

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 1, 2024



GESTÃO 2024-2027

Nova diretoria da Febrasgo

RESIDÊNCIA MÉDICA

**Saúde mental
na residência médica**

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

**Desafios e prioridades
da área médica**

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

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Roseli Mieko Yamamoto Nomura (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR FINANCEIRO

Marcelo Luís Steiner (SP)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio (PI)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Maria Auxiliadora Budib (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Olimpio Barbosa de Moraes Filho (PE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flavia Barra do Espirito
Santo Alves Pereira (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Sergio Podgaec (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Alberto Trapani Júnior (SC)

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

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 Obstetrícia) 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



Janeiro traz impulso para novo ano. A Febrasgo inicia com nova direção, liderada pela primeira vez por uma mulher. O júbilo não é apenas pelo gênero, mas principalmente por suas qualificações. Além do cenário nacional, a Febrasgo será bem representada no exterior, e isso nos traz orgulho, na acepção positiva da palavra. Na Capa, em maior destaque, nossa presidente com o suporte dos nove diretores. Todos foram ouvidos pela jornalista Letícia. E eles têm como propostas quatro pilares. Pilar 1 – Avanço no conhecimento científico. Isso implica a produção e divulgação dos avanços na ginecologia e obstetrícia. Talvez dar suporte aos bons pesquisadores seria uma ação ímpar e factível da Febrasgo. Pilar 2 – Qualificações dos ginecologistas e obstetras (GOs). Aqui há vespeiro a ser enfrentado. Escolas medíocres estão jorrando na sociedade jovens ávidos por melhor qualificação. As residências médicas são, então, essenciais. Pilar 3 – Defesa profissional. É o que mais o GO necessita nesse contexto. Na gestão anterior, a atual presidente deu suporte valioso, e a Comissão de Defesa e Valorização Profissional segue agora nas mãos de sua indissociável parceira. Pilar 4 – Respeito aos direitos reprodutivos. Com todas as facetas, é também um tópico sensível. Então, não deixem de ler as opiniões de todos os diretores. No total, a proposta da diretoria é promover a igualdade nas oportunidades na educação continuada e introduzir ferramentas eficazes na prática clínica.

O texto do professor Marcos Felipe, editor da RBGO, ilumina o caminho dos pesquisadores brasileiros. Com fator de impacto acima da unidade, a RBGO atende às cobranças da Capes e pontua melhor quem produz texto científico e conhecimento novo, principalmente os orientadores da pós-graduação *stricto sensu*. Na sequência deste volume, a saúde mental dos preceptores da residência médica é tratada por dois professores de Porto Velho. Eles dissecam com maestria os fatores que pressionam os educadores e suas consequências. Ainda, tratando da defesa e valorização profissional, a jornalista Letícia entrevista a professora Lia, que assume a Comissão e reforça que a equidade de gênero, a remuneração digna e a saúde psicológica na nossa atividade diária serão destacadas. Na essência, nossa atividade precisa ser prazerosa e premiada a cada ato técnico realizado. Esse foi o motivo inicial da nossa escolha.

O Caderno Científico esmiúça a assistência ao parto pélvico em artigo mostrando a posição da Febrasgo. O texto magistral é da Comissão Especializada em Urgências Obstétricas. Na prática clínica da obstetrícia, o texto é essencial. Seus dez pontos-chave norteiam as ações do obstetra nos diferentes tipos de apresentação pélvica. Nas dez recomendações está o norte para evitar que complicações aconteçam. Conhecimento das manobras, habilidades para executá-las e paciência são os princípios capitais na decisão em assistir partos pélvicos. O texto é rico em ilustrações belíssimas, laquê-o na sua galeria de artigos essenciais. O Caderno é também premiado por artigo original acerca dos aspectos epidemiológicos da infecção por HIV no sul de Santa Catarina, com redação de professores da Universidade Federal daquele estado. Este volume termina com um artigo de revisão sistemática examinando a possível associação entre prolapso genitais e dimensão da pelve óssea. A conclusão é limitada ao pequeno número de publicações examinadas.

Que tenhamos um 2024 ameno e cheio de realizações positivas em nossa Febrasgo! Boa sorte a nova diretoria e novas comissões! Que venham muitos textos para publicação em nossas revistas!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR

SUMÁRIO



6 Capa

**Nova
diretoria
assume a
gestão da
Febrasgo
até 2027**

12 Espaço RBGO

RBGO Uma revista de apoio à pesquisa em ginecologia e obstetrícia na América Latina

14 Federada

Sogirgs Cuidado de ponta a ponta



18 Residência Médica

Saúde mental dos preceptores da residência médica



22 Defesa e Valorização Profissional

Desafios e prioridades da área médica

25 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Assistência ao parto pélvico

ARTIGO ORIGINAL

Perfil clínico e epidemiológico de gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina

ARTIGO DE REVISÃO

As dimensões ósseas da pelve podem estar relacionadas à gênese dos prolapso de órgãos pélvicos? Uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico



Nova diretoria assume a gestão da Febrasgo até 2027

Com a primeira mulher na presidência, as principais bandeiras serão o avanço do conhecimento científico, a qualificação dos ginecologistas e obstetras, a defesa profissional e o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres

Por Letícia Martins

Em uma eleição histórica, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) rompeu com uma tradição de 65 anos ao eleger de forma inédita uma mulher para a sua presidência. No primeiro dia útil de janeiro, a Dra. Maria Celeste Osório Wender, que atuou como diretora de Defesa e Valorização Profissional na gestão anterior, assumiu o cargo máximo da entidade com o compromisso de dar continuidade ao fortalecimento da instituição, promover o avanço do conhecimento científico, reivindicar o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, entre outras prioridades.

A diretoria eleita para o quadriênio 2024-2027 chama atenção por duas características que irão trazer uma nova dinâmica para a gestão. Primeiramente, a equipe é composta igualmente por homens e mulheres, um marco na busca pela equidade de gênero. Além disso, a diretoria também é representativa das cinco regiões brasileiras, demonstrando a preocupação em trazer vozes de diferentes partes do país para a tomada de decisões.

O ex-presidente da Febrasgo no período 2019-2022, Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, assume a diretoria científica, enquanto os ex-diretores administrativo e

financeiro, Dr. Sergio Podgaec e Dr. Olimpio Barbosa de Moraes Filho, permanecem na gestão, mas como vice-presidentes das regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente.

Já a Dra. Lia Damásio, a Dra. Roseli Nomura e o Dr. Marcelo Luis Steiner integram pela primeira vez a diretoria da Febrasgo nos cargos de diretora de Defesa e Valorização Profissional, diretora administrativa e diretor financeiro. Enquanto a Dra. Hilka Pereira, a Dra. Maria Auxiliadora Budib e o Dr. Alberto Trapani tomam posse como vice-presidentes das regionais do Norte, Centro-Oeste e Sul do país.

PREOCUPAÇÕES E PRIORIDADES

De acordo com a Dra. Maria Celeste, os diferenciais que marcaram os últimos quatro anos da história da Febrasgo devem permanecer na gestão atual e ajudarão a atingir outros objetivos. “Nossa intenção é continuar nessa luta pela inovação, pela diversidade e pela equidade, especialmente no respeito ao gineco-obstetra e ao atendimento à saúde da mulher”, declarou a presidente da Febrasgo.

Em relação à saúde feminina, a Dra. Maria Celeste afirmou que a entidade vai trabalhar para que o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres seja exercido plenamente e que o atendimento ao casal infértil seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). “Queremos que todos os casais brasileiros inférteis tenham acesso à investigação e ao tratamento, com possibilidade de técnicas de reprodução assistida também pelo SUS”, salientou.

“Além disso, queremos que as mulheres em idade avançada tenham ações efetivas de prevenção ao câncer e maior qualidade de vida durante o climatério. Vamos lutar para que métodos de terapia hormonal de eficácia comprovada cientificamente possam ser oferecidos para toda a população feminina do Brasil”, ressaltou.

A Febrasgo também vai intensificar a pauta de proteção à mulher, orientando os associados sobre como detectar situações de violência contra a mulher, a fim de que possam ajudar as pacientes a terem uma percepção adequada a respeito do assunto e procurar ajuda quando necessário

Os diversos tipos de câncer ginecológico, em especial o câncer de colo de útero, são preocupações constantes para a Febrasgo, que continuará empenhada em promover programas de prevenção em todo o país e defender a importância da vacinação contra o HPV nesse contexto. “Além disso, o acesso a mamografias e o rastreamento do câncer de mama são fundamentais para a entidade”, acrescentou a Dra. Maria Celeste.

Entre os temas que preocupam a especialidade está o uso indiscriminado de anabolizantes para fins estéticos, que continuará sendo combatido na atual gestão. De acordo com a presidente, a Febrasgo tem se unido a outras instituições médicas, como a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metodologia (Sbem), a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso), a Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac), a Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH), a Sociedade Brasileira de Cardiologia

(SBC), entre outras, para alertar as mulheres sobre os riscos envolvidos no uso abusivo de implantes hormonais manipulados.

“Infelizmente, muitas brasileiras estão sendo influenciadas por propagandas apelativas sobre o uso desses implantes, e a maioria delas desconhece que esses métodos não são cientificamente comprovados e nem passam por qualquer tipo de análise da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, porque são hormônios feitos

em farmácias de manipulação”, disse a Dra. Maria Celeste.

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Temas como esses já fazem parte das discussões da Diretoria de Defesa e Valorização Profissional, que passou a ser conduzida pela Dra. Lia Damásio, professora associada da Disciplina de Ginecologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), que acumula mais de dez anos como conselheira nos Conselhos Federal e Estadual de Medicina, além de ser graduada em Direito e advogada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) – Piauí.

Segundo a Dra. Lia, a diretoria de Defesa e Valorização Profissional está sempre atenta aos temas mais atuais que impactam o exercício da profissão, como as mudanças na lei da laqueadura tubária, a nova tabela de subsídio da saúde suplementar, as alterações na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), os novos projetos de lei que utilizam termos que vulgarizam ou estigmatizam a profissão, entre outros.

“Entendemos que o médico, especialmente o ginecologista e obstetra, está muito vulnerável atualmente na sociedade civil, sendo visto muitas vezes como vilão ou com o peso de resolver problemas da assistência da saúde que são responsabilidades institucionais ou governamentais. Por exemplo, em muitos lugares do país o médico não encontra estrutura para realizar o aborto legal e acolher a mulher da forma correta”, declarou a Dra. Lia. A Febrasgo também atua com processos civis e éticos em defesa da Lei do Ato Médico, além de orientar as federadas sobre as denúncias de propagandas irregulares, e está muito preocupada com a saúde mental dos médicos, a prevenção da síndrome de *burnout* e a equidade das mulheres no mercado do trabalho. “A Febrasgo é uma sociedade médica com muita credibilidade, e vamos continuar trabalhando para manter esse protagonismo de ser guardião da defesa dos ginecologistas e obstetras, atuando com as comunidades governamentais, a Agência Nacional de Saúde (ANS), os planos e operadoras de saúde, os conselhos federais e os sindicatos para levar o posicionamento da nossa entidade”, afirmou a atual diretora de Defesa e Valorização Profissional, que também faz parte do Núcleo Feminino, criado em 2023 pela Febrasgo e que irá debater e

“Os associados têm expectativas e preferências diferentes em relação à forma de se atualizarem. Por isso, a Febrasgo continuará investindo em novas ferramentas para levar educação médica continuada para todos, mantendo o compromisso com a qualidade”,

afirmou o Dr. Agnaldo Lopes.

“Nossa intenção é seguir nessa luta pela inovação, pela diversidade e pela equidade, especialmente no respeito ao gineco-obstetra e ao atendimento à saúde da mulher”,

declarou a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

defender pautas em prol das mulheres médicas, buscando a equidade no exercício da profissão.

ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM DIVERSOS FORMATOS

Um dos pilares da atuação da Febrasgo é a constante atualização científica dos seus associados. Por isso, a entidade continuará investindo em eventos e cursos *on-line* e presenciais, conectando os ginecologistas, obstetras e residentes aos mais experientes pesquisadores e especialistas nacionais e internacionais.

Nos dias 9 e 11 de maio, por exemplo, ocorre em Salvador (BA) a 29ª Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e, para maio de 2025, está previsto o 26º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia no Rio de Janeiro. O diretor científico da Febrasgo define esses dois eventos como grandes momentos para os associados se conectarem ao que há de mais atual no campo científico da especialidade e cita outras formas de se manter atualizado: “Mensalmente, a Febrasgo publica a RBGO, que é a única revista científica de ginecologia e obstetrícia da América Latina com fator de impacto. Ela é coordenada pelo editor-chefe Prof. Marcos Felipe, que realiza um trabalho brilhante junto com uma equipe de editores associados. Esperamos receber cada vez artigos do mundo todo e continuar contribuindo com a produção científica”, declarou.

Para quem gosta de pílulas de conhecimento, o Febrasgo Play é constantemente abastecido com entrevistas de especialistas sobre variados temas da especialidade, que podem ser assistidas no canal do YouTube ou ouvidas nas plataformas de *podcasts*.

“Entendemos que os associados têm expectativas e preferências diferentes em relação à forma de se atualizarem. Por isso, a Febrasgo continuará investindo em novas ferramentas para levar educação médica continuada para todos, mantendo o compromisso com a qualidade”, declarou o Dr. Agnaldo.

Ele ressaltou que toda essa programação científica não existiria sem o trabalho das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) em Ginecologia e Obstetrícia, que são a “espinha dorsal da Febrasgo do ponto de vista científico” e reúnem profissionais com atuação em várias áreas, professores acadêmicos e pesquisadores. Eles dedicam tempo para gerar, revisar e divulgar conteúdos importantes, entre eles os posicionamentos da Febrasgo sobre assuntos específicos de cada especialidade.

O trabalho das CNEs é desempenhado com muita

“Vamos fazer uma gestão positiva, transparente e com muita responsabilidade com o dinheiro da Febrasgo, que é, na verdade, de todos os seus associados”,

destacou o Dr. Marcelo Luis Steiner.

DIRETORIA ELEITA PARA A GESTÃO 2024-2027



Dra. Maria Celeste Osório Wender
Presidente



Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Diretora administrativa



Dr. Marcelo Luís Steiner
Diretor financeiro



Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho
Diretor científico



Dra. Lia Damásio
Diretora de Valorização e Defesa Profissional



Dr. Sergio Podgaec
Vice-presidente da Região Sudeste



Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Vice-presidente da Região Nordeste



Dra. Hilka Flavia Barra do Espírito Santo Alves Pereira
Vice-presidente da Região Norte



Dra. Maria Auxiliadora Budib
Vice-presidente da Região Centro-Oeste



Dr. Alberto Trapani Junior
Vice-presidente da Região Sul

responsabilidade e paixão, como avalia a Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura, que integrou a Comissão Nacional do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (CNTEGO) por cerca de dez anos, oito deles como presidente. Agora, ela deixa o cargo para assumir um novo desafio na vida dela: administrar a Febrasgo. “O exame do TEGO é a minha paixão! Foi participando dessa Comissão que eu me envolvi mais nas atividades da Febrasgo. Mas seria muito difícil conciliar a presidência da CNTEGO com a diretoria administrativa da Febrasgo, por isso estou deixando no meu lugar a professora Ana Carolina Japur de Sâ Rosa e Silva, que é muito competente. Continuarei fazendo parte da Comissão e contribuindo no que for possível”, declarou a Dra. Roseli.

Além dessa ampla experiência à frente da CNTEGO, a Dra. Roseli é professora adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e professora associada livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). É graduada em Direito, advogada pela OAB-SP, especialista em Direito Médico e especialista em Direito Administrativo e Constitucional.

RESPONSABILIDADE, ORGANIZAÇÃO E TRANSPARÊNCIA

Para que uma sociedade médica com cerca de 17 mil associados cumpra seu papel educativo e representativo, as diretorias administrativa e financeira precisam estar alinhadas e ativas. “A Febrasgo tem uma limitação de recursos financeiros, que são provenientes principalmente das anuidades dos associados e das receitas de congressos, e é responsabilidade da diretoria administrativa utilizá-los de forma eficiente para garantir que a instituição consiga realizar todas as atividades que planeja, entregando, assim, diversos benefícios aos associados”, disse.

Um desses benefícios poderá ser usufruído já no primeiro semestre deste ano. “Estamos dando andamento à reforma de um espaço físico em São Paulo, que será destinado ao Centro de Simulação da Febrasgo. Esse projeto foi iniciado na diretoria anterior e a previsão de entrega é para o primeiro semestre de 2024. Com a conclusão dele, os associados poderão fazer vários cursos para treinar suas habilidades”, afirmou a Dra. Roseli.

Ela acrescentou que a Febrasgo cresceu muito nos últimos anos, tanto em volume de atividades quanto no relacionamento com outras entidades e órgãos do governo, e só foi possível alcançar

resultados positivos a partir da profissionalização de vários processos internos de trabalho. Os próximos passos é profissionalizar também os contatos comerciais.

De acordo com o Dr. Marcelo Luis Steiner, novo diretor financeiro da Febrasgo, novas estratégias já estão sendo estudadas para reduzir a dependência que o caixa da instituição ainda tem em relação aos congressos e eventos. “A ideia é oferecer programas de pós-graduação em áreas específicas da ginecologia e obstetrícia com o selo Febrasgo. Além disso, a Febrasgo irá buscar parcerias com outras sociedades nacionais e internacionais para ampliar a atuação educacional dos ginecologistas e obstetras”, declarou.

A captação de outras fontes de renda ajudará a Febrasgo a modernizar cada vez mais a plataforma de comunicação e de ensino para os associados. “Observamos que o ensino médico hoje está muito pulverizado e há opções de cursos de qualidade ruim, que passam mensagens inconvenientes ou equivocadas do ponto de vista científico. A missão de Febrasgo é resguardar o vínculo com a ciência e defender sempre o conhecimento científico da ginecologia e da obstetrícia, transmitindo-o para os associados”, argumentou o Dr. Marcelo, que também é tesoureiro da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (Abrasso) e membro da Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac).

Na gestão anterior da Febrasgo, o Dr. Marcelo foi secretário da CNE de Osteoporose e membro da Comissão de Residência Médica. Além disso, é doutor em Ginecologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) e professor associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) e tem pós-doutorado na área de Osteoimunologia pela *Emory University* (GA-EUA).

A expectativa diante do novo desafio é das melhores. “Estou muito orgulhoso de poder fazer parte dessa diretoria da Febrasgo, que tem como presidente uma mulher. A professora Maria Celeste é muito dinâmica e acredito que ela dará continuidade ao trabalho que o Dr. Agnaldo desenvolveu, incorporando novas ideias. Vamos fazer uma gestão positiva, transparente e com muita responsabilidade com o dinheiro da Febrasgo, que é, na verdade, de todos os seus associados”, finalizou o Dr. Marcelo.

“É responsabilidade da diretoria administrativa utilizar os recursos da Febrasgo de forma eficiente para garantir que a instituição consiga realizar todas as atividades que planeja, entregando, assim, diversos benefícios aos associados”,

disse a Dra. Roseli Nomura.

“A Febrasgo é uma sociedade médica com muita credibilidade e vamos continuar trabalhando para manter o protagonismo de ser guardiã da defesa dos ginecologistas e obstetras”,

ressaltou a Dra. Lia Damásio.



EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS

febrasgo EAD

Obesidade

Assista às aulas:

- Obesidade e a Fisiologia.
- Importância e Abordagem da Obesidade no consultório do GO.
- Tratamento Medicamentoso da Obesidade.
- Tratamento: Estilo de Vida X Farmacoterapia.
- Otimizando o tratamento da obesidade.



*Necessário completar todas as aulas de cada tema específico da ginecologia ou obstetria.

Professores Drs.:



Jan Pawel



Luciano Pompei



Márcio Rodrigues



Alessandra Bedin



Maria Celeste Wender



Acesse:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/plataforma-ead>

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

RBGO

Uma revista de apoio à pesquisa em ginecologia e obstetrícia na América Latina

Marcos Felipe Silva de Sá

Editor-chefe da RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do editorial “RBGO – A journal to support gynecology and obstetrics research in Latin America”, publicado na Rev Bras Ginecol Obstet. 2024;46.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) iniciou, em 2016, um grande processo de reestruturação da RBGO (*Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*), com mudanças significativas na sua política editorial. Desde aquela data, após uma reformulação de seu *editorial board*, os artigos passaram a ser publicados em inglês, com regularidade absoluta, e o periódico foi cadastrado nas principais bases de dados internacionais. A RBGO assumiu o compromisso de seguir o movimento da ciência aberta em vários de seus aspectos e, para isso, tornou-se uma revista *open access*, que não cobra qualquer taxa dos autores para a publicação de seus artigos.

Durante esses oito anos, os indicadores nas suas fontes de indexação foram sempre crescentes e, segundo dados fornecidos pela Thieme Publisher, editora parceira de RBGO, os acessos de pesquisadores aos *abstracts* ou aos *full-text* de RBGO, de janeiro a outubro de 2023, atingiram a marca de 332.000 e 240.000, respectivamente, oriundos de pesquisadores do mundo todo, conforme dados analisados pela origem dos IPs de acesso. Em 2023, a RBGO conquistou o Fator de Impacto 1.2 concedido pela WoS – *Journal Impact Factor Trend 2022*.⁽¹⁾ É, portanto, nos dias de hoje um periódico reconhecido internacionalmente.

A RBGO se destacou em nosso continente e, segundo dados do *SCLImago Journal & Country Rank* de 2022, ocupa o primeiro lugar entre os periódicos de ginecologia e obstetrícia latino-americanos, com SJR 0,29 e H Index 27.⁽²⁾ Comparativamente, esses indicadores são pouco expressivos se cotejados com os grandes periódicos da Europa e América do Norte. De fato, os autores latino-americanos preferem enviar seus artigos para *journals* internacionais, por causa de sua maior visibilidade e projeção.^(3,4) Entretanto, os custos de publicação de um artigo em revistas de renome internacional editadas na Europa ou América do Norte são proibitivos para a

grande maioria dos pesquisadores da América Latina. Atualmente, não são raros os periódicos que cobram taxas acima de US\$ 5,000 por artigo publicado. Por essa razão, é de grande importância que a América Latina venha a ter seus próprios periódicos editados com qualidade e internacionalizados para divulgar e dar visibilidade às pesquisas que são aqui desenvolvidas, de forma que o mundo acadêmico possa ter acesso à sua realidade social e científica.

Ciência de boa qualidade tanto nas áreas básicas como de aplicação é produzida em vários centros de pesquisa na América Latina. No Brasil, os cursos de pós-graduação em níveis de mestrado e doutorado se tornaram a maior fonte de pesquisa médica. Fazer chegar ao restante do mundo o produto dessa ciência é estratégico e de interesse de todos, particularmente dos órgãos e instituições governamentais ou privadas financiadores das pesquisas. Tais objetivos precisam, devem e podem ser alcançados em consonância com a nova política de ciência aberta, que ganha adeptos em todo o mundo.

O Brasil já há tempos ocupa lugar de destaque na produção científica mundial. Em 2022, situou-se na 13ª posição no *ranking* do número de publicações científicas, com uma produção de 78.940 artigos publicados em periódicos indexados na Web of Science (WoS).⁽⁵⁾ Apesar de ser um número expressivo, é sabido que a produção científica brasileira deve ser muito maior do que os dados apontados acima, pois vale ressaltar que há uma limitação da base WoS pelo fato de que sua cobertura é feita pela sua coleção principal, a *WoS Core Collection*, que não é tão abrangente e é muito focada nas publicações dos principais periódicos norte-americanos e europeus, abrangendo muito pouco da ciência produzida e publicada na América Latina.

No caso do Brasil, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), órgão governamental

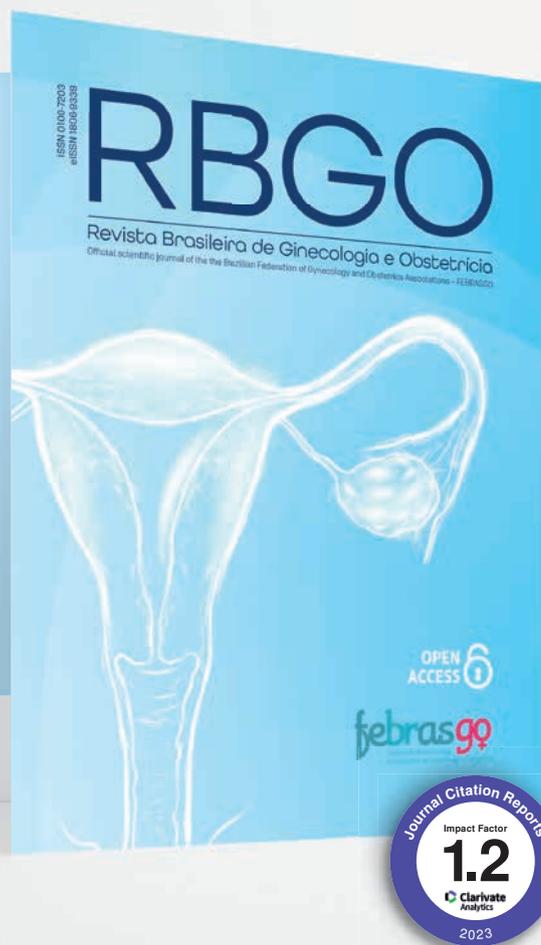
Razões para submeter o seu manuscrito à RBGO:

- Indexação: Medline/PubMed, SciELO, Scopus, LILACS, Scimago, Google Metrics
- Edição em inglês
- Periodicidade mensal
- Open Access: acesso livre e gratuito em qualquer parte do mundo
- Submissão de artigos eletronicamente pelo sistema ScholarOne
- Corpo editorial de excelência nacional e internacional
- Custo Zero: autores não pagam qualquer taxa para a publicação
- Fator de Impacto: 1,2 (WoS)

que regulamenta e supervisiona os programas de pós-graduação, tem dispendido milhões de dólares para financiar as publicações de autores brasileiros em periódicos estrangeiros. Tais recursos poderiam ser redirecionados para o desenvolvimento dos projetos de pesquisas propriamente ditos, uma vez que há carência de dinheiro para tal. Por que não valorizar os periódicos brasileiros? Eles têm se esforçado para se tornarem competitivos, mas, para que isso seja uma realidade, é preciso o apoio da comunidade científica encaminhando-lhes os artigos de boa qualidade resultantes da sua produção acadêmica. É de bom alvitre que os autores assim pensem, visto que, na atual conjuntura econômica e suas perspectivas futuras, certamente os recursos da Capes ou outra fonte governamental de financiamento para a publicação dos artigos serão cada vez mais escassos, e os preços de publicações internacionais tendem a se tornar cada vez mais altos pela competitividade da própria produção científica mundial.

Considerando as boas perspectivas futuras da RBGO, vamos continuar trabalhando cada vez mais para que ela possa se consolidar como o periódico de referência de ginecologia e obstetrícia do Brasil e ampliar seu alcance para os pesquisadores da América Latina. Aliás, vários autores latino-americanos já têm prestigiado a RBGO com a submissão de manuscritos de diferentes áreas de atuação em ginecologia e obstetrícia. A RBGO se coloca à disposição para um esforço conjunto com os autores brasileiros e latino-americanos, cujos apoios e confiança serão fundamentais para que, juntos, possamos ter também, no hemisfério sul, uma revista de qualidade que atenda a todos os interessados no desenvolvimento da pesquisa em ginecologia e obstetrícia.

A partir deste primeiro fascículo de 2024, a RBGO despede-se da Thieme Publishers, agradecendo por sua parceria ao longo destes oito anos. Doravante, a RBGO passa a ser editada por um corpo técnico altamente capacitado



e organizado pelo Escritório Editorial da Febrasgo, sua proprietária e mantenedora. A RBGO recebeu um novo *design* e poderá ser acessada em seu *site* específico (www.journalrbgo.org), que oferecerá todas as informações sobre o periódico. A partir de janeiro de 2024, ela será publicada em fluxo contínuo, com os artigos sendo publicados à medida que forem aprovados pelo corpo editorial. Essa é uma tendência internacional e se caracteriza pela agilidade nas publicações, e o sistema de submissão e a avaliação dos artigos permanecerão os mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Journal Citation Reports. 2022 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://jcr.clarivate.com/jcr-jp/journal-profile?journal=REV%20BRAS%20GINECOL%20OBS&year=2022&fromPage=%2Fjcr%2Fbrowse-category-list>
2. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Scimago Journal & Country Rank. 2022 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://www.scimagojr.com/journalrank.php?category=2729&area=2700&country=Latin%20America&type=j&year=2022>
3. González-Mariño MA. Latin American obstetrics and gynecology. What is up with the journals? Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(2):201. doi: 10.1055/s-0041-1740280
4. Sá MF. About the performance of Latin American gynecology and obstetrics journals in the international scenario. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(2):89-90. doi: 10.1055/s-0042-1744173
5. Boletim Anual OCTI 2022. Brasília (DF): Centro de Gestão e Estudos Estratégicos; 2023 Jun [cited 2023 Dec 10];3. Available from: https://www.cgee.org.br/documents/10195/11009696/CGEE_OCTI_Boletim_Anuar_do_OCTI_2022.pdf

Cuidado de ponta a ponta

Jornadas de atualização científica no interior do Rio Grande do Sul e primeira corrida pela saúde da mulher são alguns dos projetos da Sogirgs para 2024

Por Letícia Martins

A diretoria se renova e a missão continua: cuidar da saúde das mulheres promovendo a qualificação dos obstetras e ginecologistas. Esse é o lema da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (Sogirgs), destacado pelo presidente Dr. Lucas Schreiner na entrevista a seguir.



Dr. Lucas Schreiner

Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e eleito pela primeira vez para conduzir a maior federada do Sul do país no período de 2023 a 2025, o Dr. Lucas já era membro ativo do Núcleo de Uroginecologia da Sogirgs, o mais longo dos seis núcleos que promovem webinários consistentemente para atualizar os associados. Somente em 2023, foram 12 edições. Agora, à frente da federada, ele segue defendendo a capacitação dos ginecologistas e obstetras e planejando várias ações. Confira.

Femina: O que o motivou a assumir a presidência da Sogirgs?

Dr. Lucas Schreiner: Minha participação nas associações médicas sempre foi movida pela crença na ciência e na difusão do conhecimento científico como principais fatores capazes de melhorar a condição e a atuação dos ginecologistas e obstetras. Como professor universitário, a ciência e essa possibilidade de qualificação dos profissionais me impulsionaram a liderar a Sogirgs.

Femina: Como o senhor avalia o engajamento dos ginecologistas e obstetras nas ações da Sogirgs?

Dr. Lucas Schreiner: Nos últimos anos, a Sogirgs vem se mantendo como a maior federada da Febrasgo na região Sul, sempre acima de mil sócios ativos e adimplentes, o que mostra que nossos ginecologistas e obstetras confiam no nosso trabalho. Isso nos deixa muito felizes e motivados a investir cada vez mais na qualidade dos eventos que fazemos. Prova disso foi o grande sucesso da última edição do Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em setembro de 2023, com quase 900 participantes. Esse evento impulsionou muitos ginecologistas e obstetras a atualizarem a anuidade associativa. Esperamos que a aderência seja ainda maior neste ano para podermos realizar ainda mais eventos com qualidade e temas de interesse dos nossos associados.

Femina: Em março, a Sogirgs completará 77 anos de fundação. Quais são as marcas principais da federada?

Dr. Lucas Schreiner: Uma das nossas marcas é a inovação. Atualmente, os associados têm acesso ao aplicativo próprio da Sogirgs, pelo qual podem assistir a eventos, registrar seus procedimentos, além de contar com uma série de funcionalidades. A Sogirgs também se orgulha do impacto positivo que as constantes capacitações profissionais, baseadas nas melhores evidências científicas,

geram na comunidade, resultando no atendimento de qualidade à população feminina. Somado a essas duas marcas, temos uma terceira, que são os treinamentos práticos nas mais diversas áreas, inclusive com o uso de simulação realística.

Femina: Em 2022, a Sogirgs criou o projeto Parto Seguro. Como o senhor avalia os resultados desse projeto? Pretende continuá-lo?

Dr. Lucas Schreiner: O projeto Parto Seguro Sogirgs foi feito em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul visando atingir a maior parte da população feminina do nosso estado com informação científica de qualidade e de maneira acessível. Conhecendo as possíveis situações que podem ser vividas durante o processo da assistência ao parto e ao puerpério e os possíveis desfechos, as mulheres podem sentir e ter maior segurança em optar pelo parto normal. Devido à sua importância, esse projeto será continuado e, além dele, outras ações serão desenvolvidas para melhorar a qualidade da saúde das mulheres.

Femina: Pode destacar algumas delas?

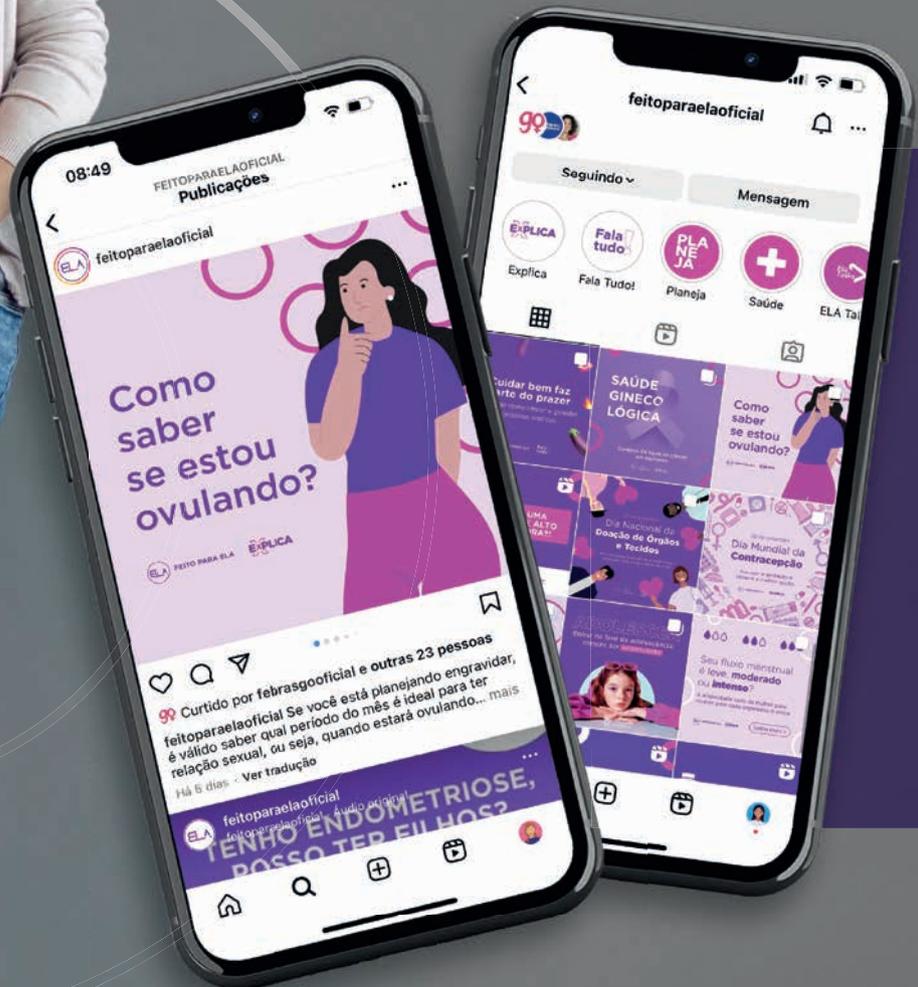
Dr. Lucas Schreiner: Nós estamos trabalhando no projeto que inclui jornadas no interior do estado. Com a participação de lideranças locais, vamos promover eventos direcionados para cada região, levando os temas que são de interesse dos ginecologistas e obstetras daquela determinada região. Além disso, vamos organizar a primeira corrida pela saúde da mulher do Rio Grande do Sul, a fim de mobilizar o maior número possível de mulheres e chamar a atenção para a importância da atividade física para a saúde feminina em suas mais diversas fases. Esses dois projetos refletem na prática a missão da Sogirgs, que é capacitar o profissional para que ele possa cuidar da saúde da mulher.





FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde integral da mulher.



SUA PACIENTE MUITO BEM INFORMADA!

Criada pela Febrasgo, a plataforma digital FEITO PARA ELA publica informação confiável e segura sobre saúde feminina.

Se por um lado a internet tem um papel importante como fonte de informação, por outro ela facilita o compartilhamento de *fake news*. Com o objetivo de combater a desinformação e divulgar conteúdo confiável, a Febrasgo criou o FEITO PARA ELA, uma plataforma digital sobre saúde integral da mulher.

No *site* e nas redes sociais do FEITO PARA ELA, há muitas matérias e entrevistas sobre bem-estar e saúde, planejamento familiar, maternidade, prevenção de doenças, comportamento, carreira, entre outros temas fundamentais à vida da mulher brasileira.

Os textos são escritos com linguagem leve e acessível, afinal o objetivo é dialogar com todas as mulheres, independentemente do perfil. Cada matéria publicada na plataforma é apurada com responsabilidade e aprovada pela diretoria e especialistas membros das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo.

Os temas são pautados nas principais dúvidas das pacientes, como estas duas que destacamos abaixo.

Como ajudar uma mulher que sofre violência doméstica?

Pesquisa aponta que mais de 50% da população já testemunhou meninas e mulheres sendo agredidas por parentes ou parceiros. Muitas pessoas ainda ficam com receio de prestar socorro, mas é importante não se omitir diante de casos de violência doméstica.

Por isso, nessa matéria, o FEITO PARA ELA destacou os tipos de violência e as formas de prestar ajuda, como ligar para o nº 180 da Central de Atendimento à Mulher.

Escaneie o QR code com o seu *smartphone* e indique essa matéria para as suas pacientes!



É normal a libido diminuir durante a gestação?

A gravidez abre espaço para um leque de expectativas, medos e novidades. As consultas de pré-natal são essenciais tanto para acompanhar a saúde da mãe e do bebê quanto para esclarecer as dúvidas.

Mas nem sempre a mulher se lembra, durante a consulta, de fazer todas as perguntas que a angustiam. Por essa razão, o FEITO PARA ELA trouxe esse tema que muitas gestantes pesquisam na internet.



A plataforma FEITO PARA ELA precisa de você para crescer e se tornar mais conhecida. Então, acesse o *site*, siga as redes sociais do FEITO PARA ELA e indique-os para suas pacientes.

Vamos juntos combater a desinformação e levar informação de qualidade e segura às mulheres brasileiras!

FEITO PARA ELA – Recomendar a leitura é bom para a saúde!



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR

Saúde mental dos preceptores da residência médica

Maria da Conceição Ribeiro Simões¹, Heinz Roland Jakob²

INTRODUÇÃO

O ensino médico baseia-se no modelo mestre-aprendiz. De acordo com esse modelo, um profissional mais experiente ensina jovens aprendizes por meio de vivências da prática médica.⁽¹⁻³⁾ O papel de “médico mais experiente” apresenta variadas definições na literatura – supervisor, tutor, mentor e preceptor –, sendo o termo “preceptor” um dos mais enraizados e difundidos entre a comunidade médica.^(1,3,4)

O preceptor deve desempenhar a função de agente na imersão e socialização de estudantes e residentes nos cenários de prática, atuando de maneira a mobilizar a responsabilidade de seus aprendizes pelos processos de aprendizagem.⁽²⁾ Dessa forma, as atribuições da preceptoria requerem competências como domínio do conhecimento na área médica de atuação, desenvolvimento de bons relacionamentos preceptor-aluno e preceptor-paciente, além de atitudes éticas e comprometidas diante dos dilemas profissionais.⁽²⁾

A residência médica (RM) é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão-ouro” de especialização médica *lato sensu*.⁽⁵⁾ O Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia é uma formação que



1. Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO, Brasil.

2. Maternidade Municipal Mãe Esperança, Porto Velho, RO, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Maria da Conceição Ribeiro Simões
conceicaosimoes@uol.com.br

lida com duas especialidades ao mesmo tempo. Com atuação clínica e cirúrgica, em uma das quatro grandes áreas básicas da medicina, envolve a capacitação de uma variedade de competências, que inclui atendimentos de urgência e emergência, além de longas jornadas de trabalho.

O preceptor de Programa de Residência Médica, de acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 16, de 30 de setembro de 2022, artigo 1º, item V, é um médico com especialização reconhecida pela CNRM que atua na orientação direta com as atividades teórico-práticas, que tem compromisso com a formação, sendo responsável por ensinar, orientar, conduzir, acompanhar e supervisionar o desenvolvimento da formação integral dos médicos-residentes, atuando como mediador no processo de ensino-aprendizagem. Esse processo é caracterizado por treinamento em serviço e desenvolvimento de atividades teórico-complementares nos diversos cenários de prática, com base na aquisição de competências, traduzidas como conhecimentos, atitudes e habilidades técnicas relacionadas ao Programa de Residência Médica de determinada área.⁽⁶⁾

PAPEL DOS PRECEPTORES

Os preceptores atuam como exemplos (*role models*) e promovem o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, num processo formativo caracterizado pelo treinamento em serviço, que ocorre em situações complexas de interação, envolvendo preceptores, residentes, profissionais de várias áreas de conhecimento, pacientes e instituições, desempenhando o preceptor um papel fundamental.⁽⁷⁾

A preceptoría é um processo de mediação que demanda do preceptor conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação.⁽⁷⁾ Nesse cenário, o profissional responsável pelo cuidado dos pacientes muitas vezes acumula o papel de educador, estabelecendo as bases da relação educador-educando nos serviços de saúde⁽⁸⁾ em ambientes pressionados por cobranças de produtividade. A distinção entre docentes e profissionais que atuam nos serviços e também ensinam vem se tornando menos visível.⁽⁹⁾

O preceptor deve extrair das situações complexas e contraditórias de seu exercício profissional diário a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução, além de exercer estratégia educativa que favoreça uma atitude reflexiva e emancipadora. O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde, bem como supervisionar e orientar no processo de decisão em questões éticas e morais da profissão. Pela natureza

e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período, funções típicas de um mentor.⁽¹⁰⁾

SAÚDE MENTAL DOS MÉDICOS PRECEPTORES

Há inúmeras gratificações psicológicas inerentes à profissão médica. Aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, sentir-se competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e gratidão são algumas das características psicológicas da tarefa médica que fazem da medicina uma profissão ainda muito atraente e gratificante.⁽¹¹⁾

Algumas das características inerentes à tarefa médica definem, isoladamente ou em seu conjunto, um ambiente profissional formado pelos intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer:⁽¹²⁾

- O contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento;
- Lidar com a intimidade corporal e emocional;
- Lidar com pacientes difíceis: queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos e cronicamente deprimidos; lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.

Algumas pesquisas citam altas taxas de estresse, depressão, suicídio e uso de substâncias psicoativas entre médicos.^(13;14) O estado de saúde mental dos médicos pode refletir em sua relação com os residentes, pacientes e familiares, e, assim, prejudicar o ensino, o relacionamento médico-paciente, bem como o diagnóstico e o tratamento.

A VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA DO MÉDICO

Uma alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos, assim como altos índices de estresse e depressão em residentes, tem sido apontada na literatura.⁽¹¹⁾

Muitas das características psicodinâmicas que conduzem as pessoas para a carreira médica também as predispõem para desordens emocionais, alcoolismo, abuso de drogas e doença mental. Essas características incluem compulsividade, rigidez, controle sobre as emoções, retardo de gratificações e formação de fantasias irrealistas sobre o futuro.⁽¹¹⁾

SÍNDROME DE BURNOUT

A síndrome de *burnout* ou síndrome do estresse profissional tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido alto grau de contato com outras pessoas. Essa síndrome tem sido definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente. A síndrome de *burnout* em profissionais da área de saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais.

Os sintomas somáticos compreendem: exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispneia. Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse são os sintomas psicológicos. A sintomatologia principal se expressa no comportamento; fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos e evitar os pacientes e o contato visual são alguns exemplos ilustrativos.

Um profissional que está “*burning-out*” tende a criticar tudo e todos que o cercam, tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos outros, e tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da autoestima.⁽¹⁵⁾

É uma síndrome psicológica de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal induzida pela exposição repetida a estressores no local de trabalho.^(16,17)

DEPRESSÃO

A depressão é denominada de transtorno depressivo maior (TDM), sendo considerada uma das mais graves doenças entre todas as enfermidades médicas. Ela se caracteriza por apresentar episódios de longa duração e altas taxas de cronicidade e de recorrência. Sua principal consequência é o prejuízo social, profissional e psicológico.⁽¹⁸⁾

A depressão é, essencialmente, uma doença que se manifesta por episódios depressivos recorrentes, e cada episódio geralmente dura de alguns meses a alguns anos, com um período normal entre eles. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão segue um curso crônico e sem remissão, ou seja, continuamente (OMS), especialmente quando não há tratamento adequado disponível.⁽¹⁹⁾ Envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e prazer e diminuição da energia, podendo prejudicar a capacidade de um indivíduo de funcionar no trabalho ou de lidar com a vida diária.^(20,21)

Estudos identificaram maior risco de suicídio entre os médicos,⁽²²⁾ sendo a psiquiatria e a anestesia as especialidades com maior risco.⁽²³⁾

ANSIEDADE

A ansiedade tem sido considerada um sentimento comum a qualquer ser humano, mas, dependendo da intensidade dos sintomas e prejuízos causados na vida do indivíduo, ela poderá ser considerada ansiedade patológica, podendo se manifestar como preocupação excessiva com circunstâncias diárias da rotina da vida, tais como trabalho, saúde e finanças, ou até mesmo com questões menores.⁽²⁴⁾

Situações de vulnerabilidade favorecem o desenvolvimento do transtorno em determinados grupos, como os trabalhadores que atuam em serviço de saúde, pois constantemente eles passam por eventos estressores e se deparam com sofrimento, medo, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade, estresse, convivência com a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao cotidiano desses trabalhadores.⁽²⁵⁾

Além das situações de vulnerabilidade, o trabalho exige dos profissionais que atuam em serviços de saúde alguns domínios para lidar com a prática diária voltada a assistência de sua população de abrangência, tais como pensamento acelerado, agilidade, capacidade de liderar e resolver situações problemáticas, pressão do tempo, entre outros, porém, quando o trabalhador não consegue desempenhar esses domínios, isso poderá causar-lhe tensão e sofrimento no trabalho.^(26,27)

O preceptor, além de lidar com todos esses sentimentos, ainda tem a função do ensino, de ser referência ao médico-residente.

DISTÚRBO DO SONO

Trabalhadores que atuam em serviços na área de saúde estão expostos a fatores laborais que provocam fadiga crônica, baixos índices de saúde e altos níveis de estresse,⁽²⁶⁾ destacando-se aqueles relacionados aos hábitos de vida, como exemplo o sono e repouso.

Estudo também apontou o sono como um fator de risco para o adoecimento mental; cerca de 30% dos trabalhadores reconheceram que dormiam mal.⁽²⁸⁾

Os níveis de ansiedade e estresse podem ser um fator diretamente proporcional ao sono, visto que, quanto maior o nível de estresse entre os profissionais que atuam em serviços de saúde, maior será a pontuação global do índice de sono, indicativo de qualidade de sono ruim, ou seja, o efeito do estresse sobre o sono causa repercussões negativas para a saúde do trabalhador.⁽²⁹⁾

É importante destacar que alguns profissionais com má qualidade de sono podem recorrer ao uso de substâncias psicoativas e à automedicação, com fins terapêuticos.⁽³⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado da saúde mental dos preceptores mostrou-se diretamente associado a alguns fatores, tais como

ansiedade, depressão, dificuldades para dormir, pressão exercida no trabalho e já ter realizado tratamento para ansiedade nos últimos doze meses.

A identificação de fatores causadores da alteração da saúde mental do preceptor, como a perda da qualidade do sono associada à ansiedade, pode permitir o planejamento de atividades que contribuam para a prevenção dessas doenças entre os preceptores, bem como para a promoção e a recuperação de sua saúde, em busca de resgatar a qualidade de vida dos profissionais, o que resultará em melhor desempenho na vida pessoal e social, no ensino e no cuidado prestado à saúde da população.

A sensibilização de gestores e demais profissionais responsáveis por elaborar estratégias que visem à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento dessas situações, que garantam um acompanhamento pelo tempo necessário que atenda às necessidades do preceptor, que ofereçam tratamento farmacológico quando necessário e tratamentos não farmacológicos que visem acolher o sofrimento desse trabalhador é fundamental. Dessa forma, será possível diminuir o preconceito diante do adoecimento mental, proporcionando, assim, a melhora da qualidade de vida, a manutenção da qualidade da saúde física e mental, bem como a melhora do desempenho profissional, do ensino e êxito em sua vida pessoal e social.

REFERÊNCIAS

- Rocha CR. Valorizar o preceptor é valorizar a medicina. In: Simões JC, editor. Manual do preceptor de residência médica. Curitiba: Conselho Regional de Medicina do Paraná; 2011. p. 9-10.
- Autonomo FR, Hortale VA, Santos GB, Botti SH. A preceptoría na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(2):316-27. doi: 10.1590/1981-52712015v39n2e02602014
- Botti SH, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):363-73. doi: 10.1590/S0100-55022008000300011
- Oliveira SF, Cunha AJ, Trajman A, Teixeira C, Gomes MK, Halfoun V. Perception about the medical internship at Federal University of Rio de Janeiro by the service's preceptors in primary health care: a case study. *Rev Bras Educ Med.* 2017;41(2):320-6. doi: 10.1590/1981-52712015v41n2RB20160031
- Michel JL, Oliveira RA, Nunes MP. Residência médica no Brasil. *Cad ABEM.* 2011;7:7-12.
- Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM nº 16 de 30 de setembro de 2022. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs) nas instituições de saúde que oferecem os Programas de Residência Médica (PRMs) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 03 Out 2022; Sec. 1:55.
- Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2000.
- Heflin MT, Pinheiro S, Kaminetzky CP, McNeill D. "So you want to be a clinician-educator...": designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Med Teach.* 2009;31(6):e233-40. doi: 10.1080/01421590802516772
- Walling AD, Sutton LD, Gold J. Administrative relationships between medical schools and community preceptors. *Acad Med.* 2001;76(2):184-7. doi: 10.1097/00001888-200102000-00021
- Soares AC, Maiorquim CR, Souza CR, Vale DN, Fujimoto DE, Fagundes FP, et al. A importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cad ABEM.* 2013;9:14-23.
- Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab.* 2003;1(1):56-8.
- Nogueira-Martins LA. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Terap.* 1991;20(9):355-64.
- Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among the physicians. *Curr Psychiatry.* 2011;10(4):16-30.
- Miller MN, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J.* 2000;93(10):966-73.
- Rodrigues AL. O "stress" no exercício profissional da medicina – uma abordagem psicossocial [tese]. Pontifícia Universidade Católica; 1998.
- Pokhrel NB, Khadayat R, Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):298. doi: 10.1186/s12888-020-02645-6
- Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. In: Zalaquett CP, Wood RJ, editors. Evaluating stress: a book of resources. 3rd ed. Palo Alto: The Scarecrow Press; 1997. p. 191-218.
- Chaves EG. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.
- Ballone GJ. Causas da depressão. 2005 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <http://www.psiqweb.med.br/>
- Silverman M. Physicians and suicide. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ, editors. The handbook of physician health: essential guide to understanding the health care needs of physicians. Chicago: American Medical Association; 2000. p. 95-117.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;81(4):354-73. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- Belayachi J, Benjelloun O, Madani N, Abidi K, Dendane T, Zeggwagh AA, et al. Self-perceived sleepiness in emergency training physicians: prevalence and relationship with quality of life. *J Occup Med Toxicol.* 2013;8(1):24. doi: 10.1186/1745-6673-8-24
- Gais S, Lucas B, Born J. Sleep after learning aids memory recall. *Learn Mem.* 2006;13(3):259-62. doi: 10.1101/lm.132106
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Braga LC, Carvalho LR, Binder MC. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Suppl 1):1585-96.
- Martins C, Campos S, Duarte J, Chaves C, Silva E. Fatores de risco em saúde mental: Contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2010;(Spe 3):21-6.
- Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2016;41:e17.
- Pascoal FF. Síndrome de burnout entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: risco de adoecimento mental [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008.
- Rocha MC, Martino MM. Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):658-65.
- Kasi PM, Kassi M, Khawar T. Excessive work hours of physicians in training: maladaptive coping strategies. *PLoS Med.* 2007;4(9):e279. doi: 10.1371/journal.pmed.0040279

Desafios e prioridades da área médica

Equidade de gênero, saúde mental e remuneração adequada são algumas das bandeiras que a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional continuará defendendo nesta gestão

Por Letícia Martins

Mensalmente, a revista *Femina* traz em suas páginas conteúdos relevantes voltados para a prática médica. Nesta edição, conversamos com a nova diretora de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Dra. Lia Cruz Vaz da Costa Damasio. Ela traz um resumo dos temas discutidos no 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em novembro de 2023, e que continuarão sendo prioridades da Febrasgo neste quadriênio.

Atualmente, entre os principais desafios enfrentados pelo médico, está a responsabilidade injustamente atribuída a ele diante de problemas institucionais ou governamentais da assistência à saúde. Como exemplo, a diretora da Febrasgo cita a falta de estrutura para a realização do aborto legal em diversas regiões do país, o que coloca o profissional médico em uma posição vulnerável e o deixa impossibilitado muitas vezes de exercer seu papel de forma adequada e acolhedora para com a mulher que busca por esse procedimento. Segundo a Dra. Lia, essa situação evidencia a necessidade de políticas públicas efetivas e de investimento em infraestrutura e treinamento profissional, para garantir o acesso pleno tanto aos direitos reprodutivos das mulheres quanto aos métodos contraceptivos.

“Outro ponto preocupante é a saúde mental dos médicos, muitos dos quais enfrentam longas jornadas e pressão constante no ambiente de trabalho”, aponta a Dra. Lia. A síndrome de *burnout*, caracterizada pelo esgotamento físico e emocional, pode ser uma consequência dessas condições desfavoráveis de trabalho. Na edição de outubro de 2023, foi publicado na *Femina* um artigo sobre síndrome de *burnout* em mulheres médicas, as quais, além dos pontos já citados,

ainda carregam mais responsabilidades familiares e sofrem desigualdades salariais em relação aos médicos homens.

A Dra. Lia ressalta a importância de criar um ambiente propício ao bem-estar e à saúde mental dos médicos. Medidas como a redução da jornada de trabalho, apoio psicológico e valorização da qualidade de vida são fundamentais. Destaque também para a necessidade de garantir a equidade de gênero, especialmente para as mulheres médicas que engravidam. “A sociedade brasileira começou recentemente a discutir questões de equidade de gênero, reconhecendo as diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho e buscando solucioná-las de forma justa. No entanto, surge um ponto crucial: quem arcará com os custos dessas mudanças? Por exemplo, não se trata apenas de querer uma licença-maternidade de dois anos, mas, sim, de encontrar uma solução equilibrada que leve em consideração tanto a visão do empregador quanto a empregabilidade das mulheres”, expõe a diretora da Febrasgo.

Pequenos, porém significativos avanços foram alcançados nos últimos anos, de acordo com a avaliação da Dra. Lia. Entre essas conquistas estão a inclusão do registro dos períodos de licença-maternidade na Plataforma Lattes, assim como o aumento do prazo para avaliação da produtividade científica de pesquisadoras que são mães, permitindo que elas possam participar de editais do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). “Antes, as pesquisadoras grávidas ficavam em desvantagem em relação aos homens. Hoje, embora a licença-maternidade esteja prevista, é necessário fazer ajustes que não prejudiquem a produtividade, ao mesmo tempo em que se reconheçam as diferenças existentes”, destaca a Dra. Lia.

Ela ressalta que a dificuldade de promoção é uma realidade para as mulheres médicas em todas as faixas etárias. Mesmo sendo uma profissão de excelência, as médicas ganham menos do que seus colegas homens. Essa disparidade salarial é problemática e revela uma visão machista enraizada na sociedade. A ideia de que o salário do médico não é influenciado pelo gênero é totalmente infundada. É importante lutar por uma distribuição justa e igualitária das oportunidades, levando em conta a sobrecarga muitas vezes enfrentada pelas mulheres devido à maternidade.

Por isso, eventos recentes como a eleição e posse da primeira presidente mulher da história da Febrasgo e uma diretoria composta por cinco homens e cinco mulheres refletem um grande avanço da nossa classe na busca para alcançar a equidade de gênero. “Essa conquista não marca apenas a primeira vez em que há mais mulheres na diretoria da maior sociedade médica de ginecologia e obstetria do Brasil, mas também a primeira vez em que nos esforçamos ativamente para alcançar a paridade durante a eleição. No entanto, é preciso ressaltar que a busca por igualdade não se trata apenas de ter metade dos membros do sexo masculino e a outra metade do sexo feminino. Devemos evitar o erro oposto. Afinal, tanto homens como mulheres são capazes e possuem competência profissional. Ambos os sexos têm igual valor e importância nessa posição”, pondera a Dra. Lia, que faz parte também do Núcleo Feminino, movimento histórico fundado em 2023 pela Febrasgo para trabalhar pautas de equidade de gênero, debater questões específicas da mulher e garantir uma perspectiva feminina e inclusiva na área.

REMUNERAÇÃO DO TRABALHO E VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Durante o CBGO (Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria), a Febrasgo realizou o 3º Fórum de Defesa e Valorização Profissional, cujo principal tema foi a baixa remuneração dos médicos tanto na saúde suplementar, principalmente pelas operadoras de planos médicos, quanto em instituições públicas. “O relatório Demografia Médica Brasileira de 2023 revela uma queda real da remuneração média dos profissionais de medicina, que passam a ter de quatro a seis vínculos de trabalho. Tudo isso leva ao desgaste físico do profissional e à síndrome de *burnout*, entre outras consequências”, analisa a Dra. Lia.

Para exemplificar essa realidade, a diretora da Febrasgo cita a Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que fixa a remuneração-base dos médicos em três salários mínimos, equivalente em 2023 a R\$ 3.960,00, para 20 horas semanais. “Contudo, vários concursos públicos realizados no ano passado ofereceram R\$ 1.200 para 20 horas semanais de trabalho. A lei está sendo afrontosamente desrespeitada”, afirma a Dra. Lia. “Nesse sentido, a Febrasgo vai atuar cada vez mais no diálogo com o Conselho Federal de Medicina, a Agência Nacional

“A Febrasgo vai atuar cada vez mais no diálogo com instituições públicas e privadas para garantir a valorização do profissional médico e lutar pela remuneração adequada, pelo cumprimento do piso salarial, entre outros pontos”,

destaca a Dra. Lia Damasio.



de Saúde Suplementar e outras instituições, para garantir a valorização do profissional médico e lutar pela remuneração adequada, pelo cumprimento do piso salarial, entre outros pontos.”

Além do diálogo com as instituições, a Febrasgo contribui com informações e o debate de projetos de lei que dizem respeito à atividade do ginecologista e obstetra. Dentre eles, destaca-se o projeto que visa criminalizar o termo “violência obstétrica”. “A Febrasgo tem um posicionamento muito forte de que essa nomenclatura estigmatiza os obstetras e defende uma nomenclatura que não ofenda nenhuma classe de trabalhadores. Afinal, todos buscamos o parto seguro e respeitoso”, argumenta.

Segundo a Dra. Lia, o termo “violência obstétrica” poderia ser substituído pela expressão “violência contra a mulher”, e qualquer pessoa que a pratique, inclusive contra uma gestante ou uma mulher em via de trabalho de parto, deve ser penalizada.

“Com o apoio e a atuação conjunta da Associação Médica Brasileira, a Febrasgo vem construindo importantes espaços de fala nas esferas públicas e tem sido convidada para participar de diversos debates, levando o entendimento e o posicionamento da nossa especialidade, baseados sempre nas evidências científicas”, declara a Dra. Lia.

Exemplo disso foi o posicionamento contrário da Febrasgo ao manual “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil e divulgado em 2022. A Febrasgo defendeu a existência do aborto legal e sua abordagem como questão de saúde pública, e sua manifestação contribuiu para a posterior decisão do Ministério da Saúde de revogar a cartilha.

Mais recentemente a Febrasgo também defendeu que a inserção e a retirada do implante contraceptivo devem ser atos privativos de médicos, não podendo ser realizados por outros profissionais da área da saúde. Esses posicionamentos são essenciais para garantir a credibilidade e a importância da Febrasgo, que representa a voz dos seus associados.



Confira o novo curso de
Educação Continuada!

Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação (LARC)

São três aulas com apresentação de dados,
discussão e análise de casos clínicos.

- **Aula 1**

PAPEL DA ANTICONCEPÇÃO NA REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

- **Aula 2**

SITUAÇÕES PRÁTICAS ENVOLVENDO INDICAÇÕES E ESCOLHA DOS LARC

- **Aula 3**

LARC: ASPECTOS PRÁTICOS

Professores: Dr. Rogério Bonassi, Dra. Ilza Monteiro, Dra. Milena Brito e Dr. Luis Sakamoto.



Acesse apontando a câmera do
seu celular para o QrCode ou
através da página no site:

www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada/category/contracecao-reversiveis-de-longa-acao-2023



EDUCAÇÃO
CONTINUADA
febrasgo

Realização:

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Apoio:

 **ORGANON**

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

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 Mieko 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

FEBRASGO POSITION STATEMENT

26 Assistência ao parto pélvico

Álvaro Luiz Lage Alves, Alexandre Massao Nozaki, Carla Betina Andreucci Polido, Lucas Barbosa da Silva, Roxana Knobel

ARTIGO ORIGINAL

41 Perfil clínico e epidemiológico de gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina

Gabrielli Dalmédico, Wesley Berger Fernandes, Melissa Negro-Dellacqua

ARTIGO DE REVISÃO

49 As dimensões ósseas da pelve podem estar relacionadas à gênese dos prolapso de órgãos pélvicos? Uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico

Rhuan Alexander da Silva Dornelles, Magda Patrícia Furlanetto

Assistência ao parto pélvico

Número 1 – 2024

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

PONTOS-CHAVE

- É imprescindível retomar o ensino da versão cefálica externa e das manobras tocúrgicas no parto pélvico vaginal, tanto em litotomia quanto na posição vertical.
- A adoção de protocolos rígidos para o parto pélvico vaginal planejado correlaciona-se com taxa de sucesso de aproximadamente 70% e taxas de resultados adversos inferiores a 7%. A morbimortalidade fetal e neonatal é semelhante à de cesárea planejada.
- Gestantes elegíveis para o parto pélvico vaginal devem concordar com a via de parto, possuir baixo risco de complicações e ser assistidas por profissionais com experiência em parto vaginal de apresentações anômalas e suas manobras obstétricas.
- Cesariana prévia e prematuridade entre 32 e 36 semanas não são contraindicações absolutas ao parto pélvico vaginal, devendo ser individualmente avaliadas na decisão da via de parto.
- Neonatologistas devem estar presentes no nascimento de fetos pélvicos, e um exame neonatal completo deve ser realizado.
- A rotação posterior do dorso fetal, o prolapso de cordão umbilical, a deflexão dos braços e/ou do polo cefálico e o encarceramento da cabeça derradeira são as principais distocias relacionadas à assistência ao parto pélvico por via vaginal. Todo profissional que assiste parto pélvico vaginal deve estar capacitado para a resolução adequada desses eventos.
- No parto pélvico vaginal em litotomia, as principais manobras para o auxílio ao desprendimento da pelve fetal são a tração inferior bidigital na prega inguinal e a manobra de Pinard; para o desprendimento do tronco fetal, as de Rojas, Deventer-Miler e Pajot; e para o desprendimento da cabeça derradeira, as de Mauriceau, Bracht, Champetier de Ribes e Praga e o parto vaginal operatório com o fórcepe de Piper.
- As posições não litotômicas no parto pélvico vaginal se associam à redução dos períodos de dilatação e expulsão, da taxa de cesariana, da necessidade de manobras para extração fetal e da taxa de lesões neonatais.
- No parto pélvico vaginal assistido na posição de quatro apoios, os aspectos a serem observados durante o desprendimento do corpo fetal incluem o tônus dos membros inferiores fetais, a rotação correta do tronco fetal (abdome fetal voltado para o dorso materno), o ingurgitamento vascular do cordão umbilical, a presença dos cotovelos e das pregas do tórax fetal e a dilatação anal materna.
- No parto pélvico vaginal assistido na posição de quatro apoios, mais da metade dos fetos se desprendem sem a necessidade de nenhuma manobra. Habitualmente, apenas duas manobras podem ser necessárias: uma para auxílio à saída dos ombros (“rotação 180°-90°”) e outra para desprendimento da cabeça fetal (“Frank nudge”).

RECOMENDAÇÕES

- Na intenção de prevenir cesarianas e distocias associadas ao parto pélvico vaginal, a versão cefálica externa, quando disponível, deve ser oferecida às gestantes que atingem o termo com seus fetos em apresentação pélvica.
- A via de parto na apresentação pélvica deve ser uma escolha informada, definida de acordo com os valores e preferências da parturiente, pela experiência, valores e preferências da equipe de assistência, adequação das condições assistenciais obstétricas e neonatais, e avaliação dos benefícios e riscos das abordagens.

- São elegíveis para o parto pélvico vaginal as gestantes sem anormalidades ou vícios pélvicos, com fetos em apresentação pélvica incompleta modo de nádegas pura ou pélvica completa, pesando entre 2.000 e 4.000 g, excluídas restrição intrauterina do crescimento, anomalias passíveis de distocias e hiperextensão do polo cefálico, em trabalho de parto espontâneo ou sob indução planejada no termo, com desejo e consentimento materno e com médico obstetra experiente disponível.
- Um exame clínico obstétrico, com ou sem ultrassonografia, deve confirmar o modo de apresentação pélvica e a atitude fetal na admissão da parturiente para assistência ao parto. A monitorização fetal eletrônica deve ser contínua. Amniotomia não deve ser realizada, e um exame vaginal deve sempre ser realizado após a amniorrexe espontânea. A episiotomia de rotina não está indicada.
- A indução planejada do parto pélvico é viável e apresenta taxa de sucesso elevada, desde que realizada entre 37 e 38 semanas por profissionais experientes e em locais com recursos para realização segura de cesárea de emergência e assistência neonatal adequada.
- Na assistência ao parto pélvico vaginal, a analgesia neuroaxial com bloqueio motor mínimo ou um bloqueio do nervo pudendo podem ser utilizados no alívio da dor. A ocitocina deve ser utilizada na fase latente prolongada e na hipocontratibilidade transitória pós-anestésica. Seu uso no prolongamento da fase ativa deve ser individualizado.
- Cesárea planejada para apresentação pélvica se associa a aumento da morbidade materna a curto prazo e a diversos riscos nas gestações subsequentes. Os resultados maternos e infantis a longo prazo são similares aos da via vaginal de parto. Caso a via abdominal seja a escolhida, deve ser planejada para entre 39+0 e 41+0 semanas, permitindo a maturidade fisiológica ideal do feto e a possibilidade de versão espontânea. A estática fetal deve ser confirmada imediatamente antes do ato cirúrgico.
- Cesárea de fetos pélvicos devem ter incisão abdominal e histerotomia amplas. Para extração de fetos a termo e limítrofes, a histerotomia segmentar transversa baixa é indicada. Para extração dos fetos pélvicos prematuros, principalmente os extremos, recomenda-se a histerotomia segmentar longitudinal ou a corporal.
- Fetos pélvicos portadores de anomalias devem ter diagnóstico e definição individualizada da via de parto. Os portadores de macrocefalia (ou de outras condições passíveis de distocias) que são considerados viáveis devem ser extraídos por cesariana. Já os portadores dessas condições, porém inviáveis, devem ser preferencialmente selecionados para a via vaginal, podendo ser necessária a realização de cefalocentese.
- No parto pélvico evoluindo para a via vaginal na ausência de equipe qualificada e/ou instalações adequadas, recomenda-se evitar os puxos voluntários ou dirigidos, instituir relaxamento uterino farmacológico e providenciar transferência do cuidado. Na impossibilidade de transferência, ou diante da eminência do parto e/ou expulsão das nádegas ou membros inferiores fetais, recomenda-se posicionar a parturiente em quatro apoios (posição de Gaskin) ou em cócoras e não realizar tração do feto.

CONTEXTO CLÍNICO

A apresentação pélvica ocorre em aproximadamente 3% das gestações a termo. No parto pélvico, a via vaginal impõe riscos relacionados ao desprendimento mais lento do corpo fetal e ao fato de o diâmetro biparietal ser o último a se desprender, expondo os recém-natos a maior morbimortalidade. Várias manobras tocúrgicas podem ser necessárias para auxiliar o desprendimento dos diâmetros fetais (bitrocantérico, biacromial e biparietal), principalmente na posição de litotomia, exigindo conhecimento e habilidades específicas.⁽¹⁾

A prevenção do parto pélvico pode ser obtida por meio da versão cefálica externa (VCE), um procedimento que pode aumentar a frequência de parturientes admitidas em trabalho de parto com fetos em apresentação cefálica.⁽¹⁾

O parto pélvico vaginal vem progressivamente sendo substituído por cesáreas. Podemos afirmar que con-

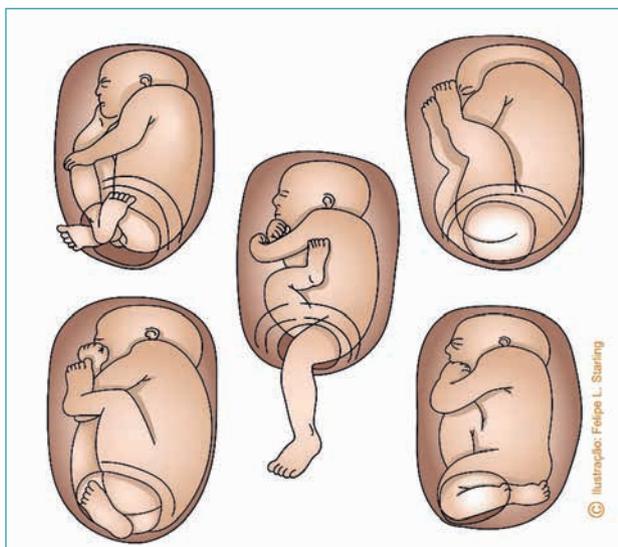
clusões enviesadas de estudos do início deste século contribuíram para esse cenário, uma vez que a recomendação da cesárea eletiva como prática mais segura para todos os fetos em apresentação pélvica foi rápida e amplamente disseminada. Desde então, cesáreas eletivas, mas também cesáreas de urgência realizadas na fase ativa do trabalho de parto, se tornaram comuns na assistência ao parto pélvico. Conseqüentemente, os partos pélvicos vaginais vêm progressivamente se tornando exceção, sendo frequentemente conduzidos como urgências obstétricas.⁽²⁾

Ao mesmo tempo, práticas de apoio ao parto pélvico vaginal, particularmente nas posições verticalizadas, vêm sendo estudadas e publicadas, oferecendo à especialidade a possibilidade do resgate dessa via de parto pautado em resultados possivelmente mais favoráveis. Portanto, é necessário corrigir e atualizar as orientações, ampliando a seleção adequada de parturientes

que possam ser assistidas pela via vaginal. Também é imprescindível a retomada do ensino da VCE e das manobras tocúrgicas, tanto as já conhecidas e úteis na assistência em litotomia quanto as mais recentemente descritas para a assistência na posição vertical.^(3,4)

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS TIPOS DE APRESENTAÇÃO PÉLVICA E QUAIS SÃO AS MAIS FAVORÁVEIS AO PARTO VAGINAL?

As apresentações pélvicas podem ser incompletas ou completas (pélvico-podálico). As apresentações incompletas se subdividem nos modos de nádegas pura (posição agripina), joelhos ou pés. No modo de nádegas pura, os quadris se encontram flexionados e as pernas, estendidas adiante do tronco. Nas demais apresentações pélvicas incompletas, partes de um ou dos dois membros inferiores (joelhos e pés) estão inferiormente posicionadas em relação aos quadris. Já as apresentações pélvicas completas apresentam quadris e joelhos flexionados, com os pés cruzados rentes às nádegas (Figura 1). A apresentação pélvica mais comum é a incompleta modo de nádegas pura, com frequência entre 50% e 70%. A apresentação pélvica completa tem frequência entre 5% e 10%, e as demais apresentações incompletas totalizam percentuais entre 10% e 40%.⁽⁵⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 1. Modalidades de apresentação pélvica

As apresentações pélvicas incompleta modo de nádegas pura e completa são as mais favoráveis ao parto vaginal. Nessas apresentações, o plano mais baixo do corpo fetal contém o diâmetro bitrocantérico, de maior dimensão, o que propicia dilatação efetiva das partes moles do canal de parto e favorece a descida e o desprendimento subsequente dos diâmetros biacromial e biparietal. Sendo assim, as coxas e o tronco fetal pas-

sam simultaneamente pelo canal de parto, facilitando o desprendimento dos ombros e da cabeça. A morbidade a curto prazo dessas apresentações parece ser similar, porém a assistência por meio de manobras é mais necessária na pélvica completa.⁽⁵⁾ As apresentações pélvicas incompletas modo de joelho e de pés apresentam a desvantagem do desprendimento antecipado dos membros inferiores em relação à pelve fetal. Sendo assim, os membros se desprendem facilmente por um colo incompletamente dilatado, ou mesmo por uma pelve de dimensões inadequadas. Essa peculiaridade frequentemente impõe dificuldades para o desprendimento imediatamente subsequente dos diâmetros bitrocantérico, biacromial e biparietal, uma vez que eles são significativamente maiores que os diâmetros dos membros inferiores. Adicionalmente, o desprendimento antecipado dos membros inferiores oferece mais espaço para o prolapso de cordão umbilical, o que pode agravar uma situação de hipóxia já imposta pelo desprendimento dificultado do tronco e da cabeça fetal. Sendo assim, fetos únicos com essas apresentações não são elegíveis para o parto vaginal, sendo essa via de parto aceitável apenas se for um segundo feto gemelar, cuja possibilidade de sucesso de uma extração podal é maior.⁽⁵⁾

COMO SÃO A PREVALÊNCIA, A PATOGÊNESE, OS FATORES DE RISCO E O RISCO DE RECORRÊNCIA NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA?

Em virtude da alta mobilidade do feto em uma cavidade uterina contendo elevação relativa do volume de líquido amniótico, a apresentação pélvica é uma ocorrência comum na gestação mais precoce. As prevalências antes de 28 semanas e no termo são, respectivamente, 20% a 25,7% e 3% a 4%.⁽⁶⁾ Fetos em apresentação pélvica podem ocorrer em qualquer gestação, porém, em mais de 15% dos casos, podem estar relacionados a anormalidades placentárias, fetais ou maternas. Fetos com anatomia, atividade, volume de líquido amniótico e localização placentárias normais se posicionam em apresentação cefálica próximo do termo, pois essa estática fetal se torna mais adequada para o espaço uterino (relação conteúdo/continente; lei de Pajot). Quando anormalidades estão presentes nessas variáveis, eleva-se a probabilidade da apresentação pélvica.⁽⁶⁾ Múltiplos fatores estão relacionados ao aumento da apresentação pélvica, entre eles: gestação pré-termo, história familiar, anormalidades uterinas (úteros bicorno e septado, miomas), localização placentária (placentas prévia e cornual), multiparidade (perda do tônus da parede abdominal, espaço intrauterino mais arredondado), oligoidrâmnio, polidrâmnio, pelve materna contraída, anomalias fetais (anencefalia, hidrocefalia, teratoma sacrococcígeo, tumores cervicais), extensão dos membros inferiores fetais, gemelaridade, doenças neurológicas fetais, hipotireoidismo materno, cordão umbilical curto, restrição do crescimento fetal intrauterino, asfixia

fetal, primiparidade, sexo feminino, terapia anticonvulsivante materna e idade materna avançada.⁽⁷⁾ O risco de recorrência aumenta em percentuais de 9%, 25% e quase 40% após, respectivamente, uma, duas ou três gestações consecutivas com apresentação pélvica.⁽⁸⁾

COMO DEVE SER O MANEJO DA GESTAÇÃO COM APRESENTAÇÃO PÉLVICA?

É consenso o maior risco de asfixia e traumatismo entre os fetos pélvicos que nascem por via vaginal. Para minimizar esses riscos, a escolha da via de parto deve ser definida de acordo com os valores e preferências da parturiente, pela experiência, valores e preferências do obstetra, adequação das condições assistenciais obstétricas e neonatais e avaliação dos benefícios e riscos das abordagens.⁽¹⁾ As estratégias de abordagem do parto de fetos pélvicos incluem:

1. VCE no termo da gestação, antes do trabalho de parto, com tentativa de parto vaginal se o procedimento for efetivo. Diante do insucesso, oferecer cesárea;
2. VCE no termo da gestação, antes do trabalho de parto, com tentativa de parto vaginal se o procedimento for efetivo. Diante do insucesso, oferecer tentativa de parto vaginal para as gestantes identificadas como de baixo risco e com critérios favoráveis para essa via de parto. A cesárea deve ser oferecida para as pacientes que recusarem a tentativa de parto vaginal e para as identificadas como de alto risco para essa via de parto; preferencialmente, deve ser realizada após início do trabalho de parto ou com 40 semanas gestacionais;
3. Cesárea sem tentativa de VCE;
4. Tentativa de parto vaginal sem VCE para as gestantes identificadas como de baixo risco e com critérios favoráveis para essa via de parto.⁽¹⁾

Versão espontânea dos fetos pélvicos pode ocorrer a qualquer tempo, mesmo após 40 semanas. Aproximadamente 25% dos fetos pélvicos na 36ª semana de gestação evoluem com versão espontânea até o nascimento. Os fatores que reduzem a probabilidade de versão espontânea (e de sucesso na VCE) incluem extensão das pernas fetais, oligoidrâmnio, cordão umbilical curto, anormalidades fetais e/ou uterinas e nuliparidade.⁽⁹⁾ Com o objetivo de prevenir cesarianas e distocias associadas ao parto pélvico vaginal, a VCE deve ser oferecida às gestantes que atingem o termo com seus fetos persistindo em apresentação pélvica. O sucesso da VCE é muito variável, com taxa agrupada de 58%. A VCE não é isenta de riscos, e a taxa de cesárea após o sucesso do procedimento é superior à dos fetos em apresentação cefálica espontânea. As complicações são infrequentes (taxa de 6,1%), com destaque

para o descolamento prematuro da placenta, cesárea de emergência e natimortalidade.⁽¹⁰⁾ Portanto, algumas mulheres podem escolher a cesariana sem tentativa de VCE. Gestantes com probabilidade de sucesso baixa na versão ou risco aumentado de dano fetal associado ao procedimento podem, razoavelmente, evitar a tentativa de VCE e optar por cesariana.⁽¹¹⁾ Outro subgrupo de pacientes pode optar por tentativa de trabalho de parto e parto pélvico vaginal sem tentativa de VCE. Sendo assim, gestantes com probabilidade de sucesso baixa na versão ou risco aumentado de dano fetal associado ao procedimento também podem, razoavelmente, evitar a VCE e escolher tentar um parto pélvico vaginal. Essa conduta deve estar adequada ao consenso geral de que essas gestantes sejam de baixo risco para complicações associadas e assistidas por um médico obstetra com experiência em parto pélvico vaginal.⁽¹²⁾

Cesárea planejada para apresentação pélvica persistente se associa, a curto prazo, a redução da morbimortalidade neonatal e aumento discreto da morbidade materna. Deve ser planejada com 39 semanas, na intenção de permitir a maturidade fisiológica ideal do feto e a possibilidade de versão espontânea. Uma vez que a versão espontânea pode ocorrer a qualquer momento, recomenda-se confirmar a estática fetal antes do procedimento, principalmente se a indicação da cesariana for somente por apresentação pélvica.⁽¹¹⁾ Entretanto, uma política de cesárea planejada pode ser inadequada ou mesmo inviável para locais de recursos limitados. Além disso, os resultados maternos e infantis a longo prazo são similares nas duas vias de parto, e cesarianas potencialmente comprometem e aumentam diversos riscos nas gestações subsequentes (iteratividade, espectro da placenta acreta, rotura uterina, morbimortalidade materna).^(13,14) Estima-se que são necessárias 338 cesáreas para evitar uma única morte perinatal.⁽¹⁵⁾ É consenso geral que gestantes que optam por tentativa de trabalho de parto e parto pélvico vaginal devem possuir baixo risco de complicações para esse tipo de parto e ser assistidas por profissionais com experiência em parto vaginal de apresentações anômalas. Os principais focos do debate são relacionados à identificação dessas gestações e à comparação entre os riscos fetais do parto vaginal e os riscos maternos da cesariana. O progresso do trabalho de parto deve ser muito bem monitorado e, se inadequado, o limiar para indicar a cesariana deve ser baixo. A adoção de protocolos rígidos para parto pélvico vaginal planejado se correlaciona com baixas taxas de resultados adversos, e a morbimortalidade fetal e neonatal se assemelha à de cesárea planejada. A taxa de sucesso do parto vaginal planejado é de aproximadamente 70%, e os resultados perinatais adversos (lesão do plexo braquial, fratura de crânio, lesão genital, hemorragia intraventricular, convulsão e morte) apresentam incidências inferiores

a 7%. Também não existem evidências de que a cesariana de urgência em um feto pélvico insinuado seja mais segura do que um parto vaginal.⁽¹⁶⁾

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA O PARTO PÉLVICO VAGINAL?

A adoção da via vaginal no parto pélvico vivenciou uma importante redução, vinculada à redução no ensino das suas habilidades e a um grande ensaio clínico randomizado publicado no início deste século. A definição de cesárea eletiva no termo como procedimento mais seguro e adequado alterou o processo docente-assistencial e determinou uma importante redução na aquisição das competências necessárias para a assistência ao parto vaginal de fetos em apresentação pélvica.^(2,16,17) Contemporaneamente, correções e novos estudos definiram melhor os critérios de seleção para a via vaginal do parto pélvico. Adicionalmente, as evidências radiológicas de ampliação dos diâmetros pélvicos maternos nas posições não litotômicas (quatro apoios, cócoras), associadas à descompressão aortocaval, à otimização do fluxo sanguíneo uteroplacentário e da oxigenação fetal e às experiências e relatos da segurança e do sucesso da via vaginal nessas posições, trazem a possibilidade interessante do resgate dessa via de parto, potencialmente tão seguro como nunca antes relatado.^(3,16) A maioria dos critérios para identificação das gestantes com menores riscos para o parto pélvico vaginal é baseada em opiniões de especialistas. Não devem estar presentes contra-indicações óbvias à via vaginal de parto, tais como placenta prévia. A pelvimetria (clínica ou radiológica) não apresenta evidência convincente para selecionar pacientes para o parto pélvico vaginal. Cesariana prévia é uma contra-indicação relativa, justificada pelos riscos associados às tentativas de trabalho de parto e parto vaginal pélvico após cesárea anterior. Cesarianas com indicação recorrente devem ter os riscos e benefícios de uma tentativa de trabalho de parto individualmente avaliados.⁽¹²⁾ A prematuridade impõe o risco de distocia da cabeça derradeira, motivado pela maior proporção da circunferência cefálica em relação à circunferência abdominal (CC/CA). Porém, a idade gestacional em que esse risco fica significativamente maior não é bem definida. Apesar de a idade gestacional acima de 36 semanas ser mais segura, dados observacionais de partos pélvicos entre 32 e 36 semanas parecem favorecer a via vaginal devido à redução de admissão em unidades de terapia intensiva neonatal, síndrome do desconforto respiratório e uso de antibióticos comparativamente a cesáreas.⁽¹⁸⁾ Apesar da orientação contrária à indução do parto pélvico, a morbidade e a mortalidade materna e perinatal dos partos pélvicos vaginais induzidos parecem ser semelhantes às dos partos vaginais espontâneos e abdominais programados.^(12,16,18-20) A indução planejada entre 37

e 38 semanas e realizada por profissionais experientes apresenta taxa de sucesso elevada (próxima de 70%) e resultados neonatais satisfatórios, o que reforça tanto a segurança da indução quanto a vantagem da assistência prestada por equipe especializada atuando em locais com recursos para a realização segura de cesárea de emergência (instalações cirúrgicas; equipe com anestesia, obstetrícia e pediatria).⁽²¹⁾

A realização de ultrassonografia em data próxima do parto é o critério que deve oferecer a maior quantidade de informações. Deve ser confirmada apresentação pélvica incompleta modo de nádegas pura ou pélvica completa (pélvico-podálica), as elegíveis para o parto vaginal. Não existem dados de alta qualidade para determinar os limites de peso ideal e os respectivos riscos da via vaginal. O intervalo de peso mais frequentemente preconizado é de 2.000 a 4.000 g. Na restrição do crescimento intrauterino, o risco de acidose fetal pela insuficiência placentária crônica pode ser agravado por uma inevitável compressão do cordão umbilical durante o período expulsivo, habitualmente mais prolongado nas apresentações pélvicas.⁽²²⁾ Anomalias fetais passíveis de causar distocias (exemplos: macrocefalia e teratoma sacrococcígeo) devem ser excluídas. Hiperextensão do pescoço/cabeça fetal, definida como um ângulo de extensão da coluna cervical $\geq 90^\circ$, também não deve estar presente, pois aumenta os riscos de lesões neurológicas.⁽²³⁾ Com a justificativa de ainda não terem suas pelves testadas, as nulíparas são consideradas como de alto risco para o parto vaginal pélvico por parcela importante dos profissionais. Apesar da limitação dos dados, não foram observadas diferenças nos resultados neonatais entre pacientes múltiparas e nulíparas após parto pélvico vaginal planejado.⁽²⁴⁾ Sendo assim, gestantes com fetos em apresentação pélvica incompleta modo de nádegas pura ou pélvica completa, pesando entre 2.000 e 4.000 g, na ausência de restrição intrauterina do crescimento fetal, anomalias passíveis de distocias e hiperextensão do polo cefálico, em trabalho de parto espontâneo ou sob indução planejada no termo, com desejo e consentimento materno, e com médico obstetra experiente disponível, parecem ser as mais elegíveis para o parto vaginal, devendo as posições não litotômicas ser incentivadas, principalmente durante o período expulsivo. Gestantes entre 32 e 36 semanas, nulíparas e as com cesarianas prévias podem ter tentativa de parto individualmente avaliada. Todas devem receber informações claras, objetivas e completas. Pacientes não elegíveis com desejo de parto vaginal possuem esse direito, portanto não devem ser excluídas da possibilidade de tentativa e devem receber a melhor atenção possível da equipe assistencial.^(12,16)

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS DISTOCIAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO POR VIA VAGINAL?

No mecanismo de parto em apresentação pélvica, a maioria dos fetos se posiciona com o dorso anterior ou roda anteriormente durante a descida da apresentação. Esse mecanismo é mais fisiológico, facilita o desprendimento do tronco fetal, que ocorre com o dorso fetal voltado para o abdome materno, e propicia o posicionamento adequado da região occipital do feto sob a borda inferior da sínfise púbica materna. Entretanto, nas variedades de posição posteriores (sacroposteriores), em que a rotação interna ocorre em direção à pelve materna posterior, o abdome fetal é que se posiciona voltado para o abdome materno. Esse mecanismo impõe dificuldade para o desprendimento do tronco fetal (diâmetro biacromial) e propicia o encarceramento do mento fetal na sínfise púbica materna, resultando em grave distocia de cabeça derradeira. Nessas situações, a intervenção obstétrica oportuna se faz necessária, com o objetivo de impedir a rotação do dorso fetal para o sentido da pelve materna posterior, prevenindo dificuldades para o desprendimento dos diâmetros fetais biacromial e biparietal.^(12,22) A deflexão de um ou ambos os braços fetais soma volumes indesejáveis aos diâmetros do polo cefálico, também propiciando dificuldades para o desprendimento da cabeça derradeira. Habitualmente, é resultante de trações intempestivas e incorretas, realizadas na ausência de contrações uterinas, ocasionando reflexos fetais que resultam em elevação e estiramento dos braços fetais e deflexão precoce do polo cefálico.^(12,22) No parto pélvico vaginal, o prolapso de cordão umbilical é a complicação mais frequentemente associada ao desprendimento antecipado dos membros inferiores e à amniorrexe, ocorrendo precocemente ao desprendimento fetal. Quando associada a dificuldades de desprendimento do tronco e/ou da cabeça fetal, o agravamento da situação de hipóxia já estabelecida é significativamente ameaçador.^(12,22)

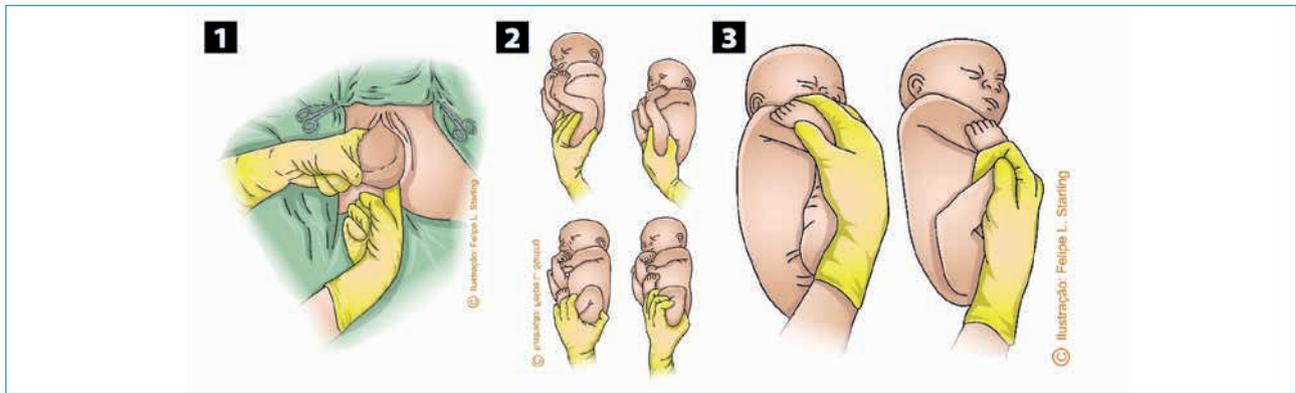
COMO DEVEM SER AS CONDUTAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO VAGINAL?

Um exame clínico obstétrico, acompanhado ou não de ultrassonografia, deve ser realizado na admissão da parturiente, objetivando confirmar o modo de apresentação pélvica e a atitude.^(1,12) Com os objetivos tanto de prevenir o prolapso do cordão umbilical e o aprisionamento da cabeça derradeira quanto de favorecer o apagamento e a dilatação cervical, as membranas amnióticas devem ser mantidas intactas, principalmente se o parto for de um feto prematuro. Idealmente, a amniorrexe deve ocorrer somente após o início do desprendimento fetal. A frequência do prolapso de cordão será menor entre a apresentação pélvica incompleta modo de nádegas pura. Um exame vaginal deve sempre ser realizado após a amniorrexe espontânea.⁽²⁵⁾ Uma vez que

é maior o risco de compressão do cordão umbilical, a monitorização fetal eletrônica deve ser contínua. Diante de dificuldade para a monitorização externa, e se disponível, um eletrodo pode ser adaptado à nádega fetal após a amniorrexe.⁽²⁶⁾ Analgesia neuroaxial é útil para o alívio da dor e, quando necessária, facilita a realização de manobras e a aplicação do fórcepe. Quando adequadamente realizada, é eficaz e apresenta bloqueio motor mínimo, preservando a capacidade dos puxos e favorecendo a participação materna no desprendimento fetal. Na sua ausência, um bloqueio do nervo pudendo pode ser realizado, caso seja necessário o parto vaginal operatório ou a episiotomia. A ocitocina endovenosa (EV) pode ser utilizada, principalmente na fase latente prolongada e na hipocontratibilidade transitória pós-anes-tésica. Como o prolongamento da fase ativa pode ser indicativo de desproporção fetopélvica, nessa situação sua administração deve ser individualizada.⁽²²⁾ Nádega no plano 0 de De Lee aos 6 cm de dilatação ou ocupando o assoalho pélvico na dilatação completa indica adequação da evolução. Retardar puxos até 90 minutos de período expulsivo parece ser aceitável no parto pélvico.⁽²²⁾ Entretanto, a parada de descida após 60 minutos de puxos é indicativa de cesárea, o que favorecerá os resultados perinatais.⁽¹⁶⁾ As posições maternas não litotômicas (quatro apoios, cócoras) parecem ser favoráveis, reduzindo intervenções, tempo de expulsão e lesões neonatais, porém carecem de estudos com maior grau de evidência científica.^(3,27) Não existem evidências científicas orientando a prática de episiotomia no parto pélvico vaginal. Manipulações do feto podem promover extensão do polo cefálico, dificultando o parto. Nenhuma tração no tronco, membros ou cabeça deve ser aplicada, evitando-se extensão cervical e dos braços, ocorrência de “braços nucais” e dificuldades para o desprendimento dos membros superiores e polo cefálico. Portanto, é consenso que sejam evitadas manobras na assistência ao parto pélvico vaginal, pelo menos até o desprendimento espontâneo dos membros inferiores e abdome fetal. Manobras específicas de rotação do tronco e de extração dos braços e cabeça podem ser necessárias, principalmente na posição materna de litotomia.^(3,22,28) Como a morbidade neonatal é mais comum, pediatras com experiência em neonatologia devem estar presentes no nascimento. Fetos em apresentações anômalas se associam mais a anomalias e a lesões durante o parto. O risco de displasia do quadril também é maior entre eles. Sendo assim, um exame neonatal completo é também necessário.⁽²⁹⁾

COMO DEVE SER A ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO VAGINAL NA POSIÇÃO DE LITOTOMIA?

As dificuldades para o desprendimento sequencial dos diâmetros bitrocantérico, biacromial e biparietal são progressivas. Na posição materna de litotomia,



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

1. Tração inferior bidigital na prega inguinal. 2. Manobra de Pinard. 3. Apreensão e tração inferior do pé fetal anterior alternativas à manobra de Pinard.

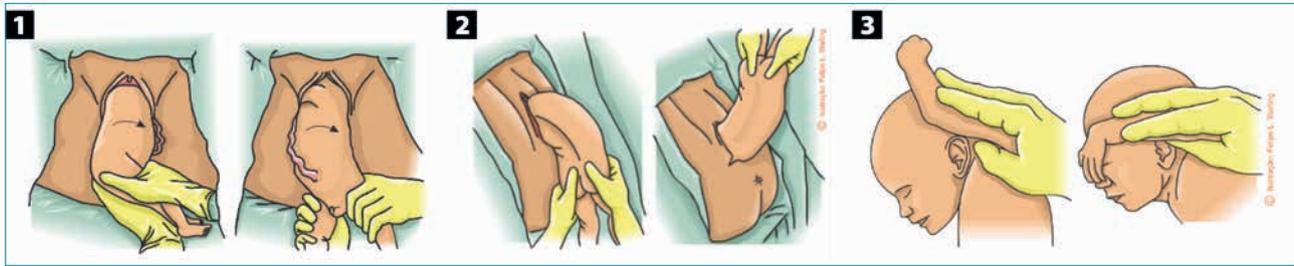
Figura 2. Manobras para o auxílio ao desprendimento da pelve e membros inferiores do feto no parto pélvico vaginal

o desprendimento será mais lento do que nas posições verticais. Durante a descida e rotação interna da pelve, a maioria dos fetos irá posicionar o dorso para cima, voltado superiormente para o abdome materno. Portanto, as porções mais proximais do cordão umbilical se posicionam inferiormente ao corpo fetal, sendo comprimido por esse em direção à coluna materna.^(12,22) O desprendimento da cintura pélvica fetal habitualmente não traz problemas. Nas apresentações pélvicas incompletas modo de nádegas pura, esse processo é mais lento, pois os membros inferiores, estendidos sobre o tronco, dificultam a inflexão lateral que promove a saída regular do diâmetro bitrocantérico. Essa dificuldade pode ser solucionada por meio de tração inferior bidigital, efetuada com os dedos do operador posicionados na prega inguinal fetal (Figura 2).^(12,22,30) Diante de urgência para o desprendimento da cintura pélvica fetal, a tração do pé correspondente ao quadril fetal anterior (“bom pé”) se faz necessária. Sendo assim, é preciso tracionar o membro inferior correspondente à nádega que se situa mais próxima do arco anterior da bacia, facilitando a descida da pelve fetal sob o arco púbico materno, como realizado na versão interna seguida de extração podal. Na apresentação pélvica completa, esse procedimento é mais simples, pois os pés do feto estão mais acessíveis. Já nas apresentações pélvicas incompletas modo de nádega pura, os pés estão em direção ao fundo uterino, podendo ser mais difícil alcançá-los. Essa dificuldade pode ser solucionada por meio da manobra de Pinard. A mão do operador, introduzida na genitália materna pelo vazio sacral, deve ascender na face ventral do feto, em busca da fossa poplíteia correspondente ao quadril anterior. O dedo polegar do operador envolve a porção supe-roexterna da coxa, e os dedos indicador e médio são aplicados na fossa poplíteia. São executadas a flexão e a abdução da coxa, facilitando a apreensão da perna pelos dedos anelar e mínimo, posicionados anteriormente ao tornozelo fetal. Alternativamente, a mão

ventral pode ser profundamente introduzida no fundo uterino, reconhecer o pé anterior, apreendê-lo pelo tornozelo com os dedos indicador e médio posicionados em gancho e tracioná-lo inferiormente. Essas manobras propiciam o abaixamento do pé anterior com subsequente extração do quadril fetal (Figura 2).^(12,22,30)

O desprendimento do tronco fetal pode ocorrer espontaneamente, com saída progressiva do abdome, tórax e membros superiores. Em sua maioria, o mecanismo de parto ocorre com o giro anterior do dorso fetal. Durante a saída do tronco fetal, o diâmetro biacromial insinua no diâmetro oblíquo do estreito superior, desce e se posiciona no diâmetro anteroposterior do estreito inferior, para expulsão subsequente dos ombros anterior e posterior. Com a saída espontânea do abdome fetal, uma tração suave do cordão umbilical pode ser efetuada para retirada parcial do cordão umbilical (“alça de cordão”), reduzindo a compressão funicular e propiciando melhor oxigenação fetal. Durante o desprendimento, o tronco deve ser sustentado em um plano igual ou discretamente inferior ao plano horizontal do canal de parto. A eliminação de mecônio é bastante comum.^(12,22)

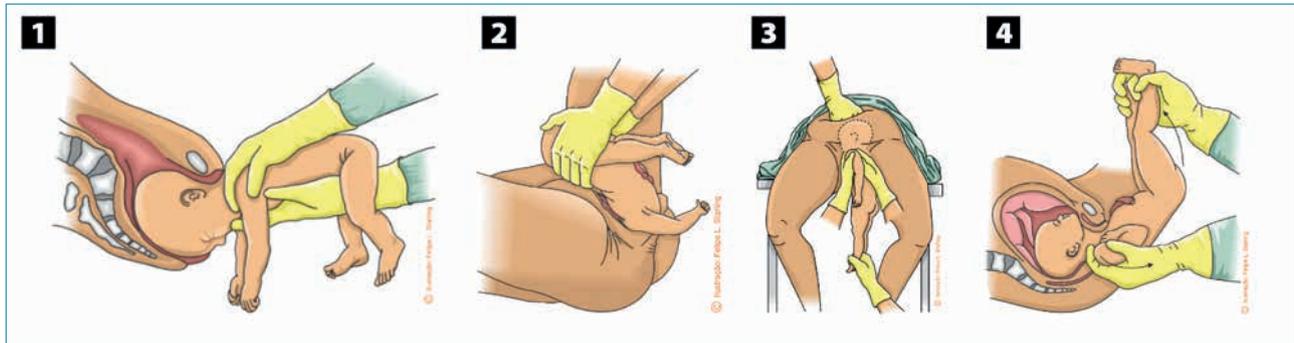
Na ausência de progressão do tronco e braços fetais, na presença de bradicardia fetal ou diante da percepção do giro espontâneo e inicial do dorso fetal para o lado posterior da pelve materna, manobras específicas se fazem necessárias. Todas elas devem ser realizadas sem tração inferior do corpo fetal, evitando que o feto abduza os ombros e estenda seus braços para cima (“braços nucais”), o que potencialmente impõe dificuldades para o desprendimento posterior da sua cabeça. As manobras de Rojas e de Deventer-Miller se aplicam para o desprendimento do abdome e tórax, podendo ser alternadamente aplicadas. Na manobra de Rojas, os membros inferiores do feto são apreendidos com os dedos indicador, médio, anelar e mínimo envolvendo cada coxa fetal e os polegares apoiados nas espinhas ilíacas posterossuperiores (Figura 3). São aplicados movimentos rotatórios de 180° que se al-



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

1. Manobra de Rojas. 2. Manobra de Deventer-Miller. 3. Manobra de Pajot.

Figura 3. Manobras para auxílio do desprendimento do tronco fetal no parto pélvico vaginal



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

1. Manobra de Mauriceau. 2. Manobra de Bracht. 3. Manobra de Champetier de Ribes. 4. Manobra de Praga.

Figura 4. Manobras para o auxílio do desprendimento da cabeça derradeira

ternam nos dois sentidos. Deve-se ter o cuidado de manter, ao final, o dorso fetal voltado para o abdome materno. Na manobra de Deventer-Miller, a apreensão fetal é idêntica. O feto é posicionado no diâmetro anteroposterior e são aplicados movimentos alternados de elevação e abaixamento do tronco, como um pêndulo (Figura 3). O sequenciamento dessas duas manobras é também descrito como manobra de Lovset. Para o desprendimento dos ombros e braços fetais, principalmente quando eles estão levantados, a manobra de Pajot pode ser utilizada. Cada ombro fetal deve ser apreendido por trás, com o operador posicionando sua mão oposta ao ombro que será extraído. O polegar se apoia na axila, o “arco” da mão se apoia no ombro e os dedos indicador e médio se posicionam paralelos ao úmero. A tração do braço é executada na direção inferior e anterior ao corpo fetal. O cotovelo e o antebraço deslizam na frente da face fetal, em direção inferior até o tórax, propiciando a liberação do braço (Figura 3).^(12,22,30)

Na posição de litotomia, o desprendimento da cabeça derradeira com o auxílio de manobras comumente se faz necessário. Na manobra de Mauriceau-Smellie-Veit (ou Mauriceau), o tórax e o abdome fetal são posicionados sobre o braço inferior do operador. Os dedos indicador e anelar da mão inferior se posicionam nas eminências malares e o dedo médio, na maxila, objetivando à flexão do polo cefálico. Alternativamente, os

dedos indicador e médio podem ser posicionados na base da língua fetal. Com o outro braço posicionado acima do dorso fetal, a mão superior apreende os ombros por trás, com os dedos indicador e anelar de cada lado do pescoço fetal e o dedo médio posicionado no occipital para exercer uma contrapressão. O desprendimento é obtido por meio da elevação simultânea dos braços, mantendo a flexão do polo cefálico fetal até completada a saída (Figura 4). Durante a execução da manobra, o corpo fetal não deve ser deslocado mais que 45° acima do plano materno horizontal, prevenindo hiperextensão da coluna cervical e oclusão das artérias vertebrais.^(30,31)

Na manobra de Bracht, o corpo fetal é apreendido com apoio dos dedos polegares nas espinhas ilíacas posterossuperiores e envolvimento das coxas e dorso com os demais dedos. O tronco fetal é elevado e projetado em direção ao abdome materno, mantendo-se a flexão das coxas sobre o abdome durante a execução da manobra (Figura 4).^(28,30)

Diante da dificuldade no desprendimento da cabeça derradeira, a insinuação do polo cefálico pode ser obtida com a manobra de Liverpool. O corpo fetal é deixado pendente durante 20 segundos, e as tentativas de desprendimento com as outras manobras são retomadas subsequentemente.⁽²²⁾

Já a manobra de Champetier de Ribes deve ser utilizada para o desprendimento da cabeça derradeira em

bacia supostamente platipeloide, sendo recomendada após falha das manobras iniciais. A parturiente deve ser posicionada com as nádegas rentes à borda da cama (ou maca) de parto e com os membros inferiores fora das pernas, pendentes abaixo do nível da pelve e projetados para o chão (posição de Crouzat-Walcher), intencionando ampliar o estreito superior. Essa posição promove uma contranaturação do sacro, levantando a articulação lombossacra contra a gravidade e aumentando o diâmetro anteroposterior da pelve posterior. Com os dedos indicador e anelar da mão que está posicionada adiante do tórax fetal, o primeiro operador apreende o malar fetal (ou, alternativamente, a base da língua fetal) e executa flexão do polo cefálico fetal e rotação dele para o diâmetro transversal da pelve. Simultaneamente, esse primeiro operador posiciona seus dedos indicador e médio da outra mão no dorso fetal, apreendendo os ombros fetais por trás. Esse operador comandará as ações. O segundo operador apreende os pés do feto e o terceiro posiciona uma mão no fundo uterino. Com o primeiro operador mantendo o polo cefálico fetal em flexão e o terceiro exercendo pressão manual no fundo uterino, ambos continuamente, o segundo operador levanta o corpo fetal pelos pés, projetando-o em direção ao tórax materno, com o objetivo de desprender o parietal posterior do feto. Sequencialmente, o segundo operador projeta o corpo fetal na direção oposta, ou seja, para o chão e membros inferiores maternos, objetivando ao desprendimento do parietal fetal anterior (Figura 4).⁽³⁰⁾

A manobra de Wigand-Martin-Winckel é uma variante do processo de Champetier de Ribes, estando indicada diante da falta de auxiliares. O operador executa a flexão e a rotação do polo cefálico para o diâmetro transversal utilizando apenas uma das mãos (a ventral). O dedo médio é posicionado dentro da boca do feto, na base da língua. Os dedos indicador e anelar são apoiados no malar, de cada lado da pirâmide nasal. O dedo polegar converge para a mandíbula. A outra mão, posicionada externamente, exerce pressão abdominal no polo cefálico, auxiliando no processo de insinuação, descida e desprendimento dos parietais.^(30,32)

A distocia de cabeça derradeira do feto cujo corpo se desprende com a face ventral voltada para o abdome materno é de difícil manejo. A manobra de Praga é a mais indicada nessa situação. Uma das mãos do operador, posicionada inferiormente e sustentando o corpo fetal pelo dorso, apreende os ombros com os dedos indicador e anelar posicionados ao lado do pescoço e o dedo médio exercendo uma contrapressão no occipital. A outra mão do operador apreende os membros inferiores do feto, na altura dos tornozelos. Sequencialmente, a mão aplicada nos tornozelos eleva os membros inferiores, projetando-os em direção ao abdome materno, enquanto a mão aplicada nos ombros executa tração axial, objetivando ao desprendimento do polo cefálico fetal (Figura 4).⁽³⁰⁾

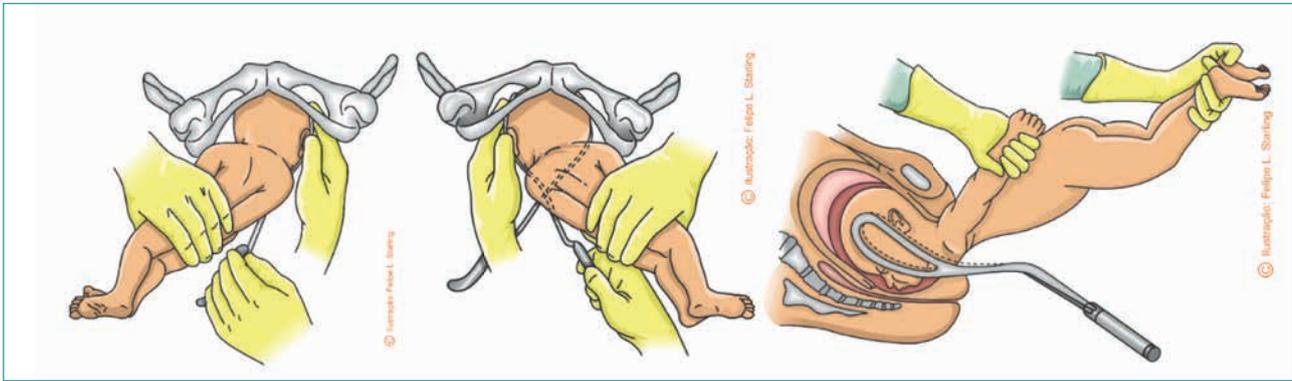
O insucesso dessas manobras específicas impõe a necessidade do parto vaginal operatório para a extração da cabeça derradeira. O uso de vácuo-extrator é impossível, pois não há acessibilidade ao ponto de flexão, situado entre as fontanelas (bregma e lambda). Portanto, o fórcepe é o instrumento de escolha para a operação, sendo o de Piper específico para a situação. O instrumento possui ramos longos (44 cm de comprimento) e cruzados, articulação inglesa e cabos sem digitações e sem aletas. Suas colheres são fenestradas e com curvaturas cefálica e pélvica bem proeminentes. Uma terceira curvatura, a perineal, está presente na face inferior das hastes, próximo das colheres. A curvatura perineal é específica desse instrumento, tendo sido idealizada para evitar a necessidade de elevação excessiva (>45°) do corpo fetal acima do instrumento (Figura 5).^(33,34)



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 5. Fórcepe de Piper

Antes de introduzir os ramos do fórcepe, o operador posiciona o polo cefálico fetal em occipitopúbica (OP), aplicando os dedos indicador e médio na base da língua fetal. Para aplicação do fórcepe de cabeça derradeira em variedade anterior (dorso fetal voltado para o abdome materno), um auxiliar desloca o corpo fetal lateralmente, apreendendo-o pelos punhos e tornozelos. O operador, ajoelhado, introduz os ramos do fórcepe por baixo do corpo fetal, em disposição horizontal, aplicando-os sobre os ossos parietais. Uma vez que na apresentação pélvica os diâmetros do crânio que estão acessíveis na vulva são menores que os diâmetros parietais que estão mais superiores, a mão do operador que serve de guia deve se aprofundar bem na vagina para obter a inserção e articulação correta dos ramos. Para evitar o descruzamento dos ramos do fórcepe, aplica-se primeiro o ramo esquerdo (ramo “fêmea”) e em sequência o ramo direito (ramo “macho”). Após articulação dos ramos do fórcepe, verificam-se os critérios da boa pega, confirmando a equidistância da linha facial em relação aos ramos do fórcepe e a impossibilidade de passagem dos dedos por dentro das fenestras de suas colheres. Na posição sentada, o operador executa uma flexão da cabeça fetal, sem tração, colocando a região suboccipital do feto sob o arco púbico. A cabeça é extraída acentuando-se a flexão, com o instrumento articulado. Simultaneamente, o auxiliar eleva o corpo fetal e, opcionalmente, outro auxiliar executa pressão manual no fundo uterino (Figura 6).^(33,34)



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

Figura 6. Aplicação do fórcepe de Piper na cabeça derradeira

Nas variedades posteriores, ou seja, quando o dorso fetal ficou inadvertidamente posicionado no sentido do dorso materno, os ramos do fórcepe devem ser introduzidos por cima do corpo fetal, e a aplicação é realizada em occipitossacra (OS). A tração é exercida para frente, com a mandíbula e o pescoço fetal se apoiando sobre a borda superior da sínfise púbica. O tronco fetal é, então, elevado em direção ao abdome materno. Na ausência do fórcepe de Piper, o fórcepe de Simpson, de maior comprimento (35 cm), ou o de Kielland é o instrumento de escolha para sua substituição.^(30,33)

A distocia persistente de cabeça derradeira é uma complicação potencialmente grave do parto pélvico, podendo exigir procedimentos de resgate. A paciente deve ser posicionada em McRoberts, por meio da hiperflexão dos membros inferiores contra seu abdome. Deve ser administrado algum relaxante uterino e cervical. Dentre as opções, destacam-se os agonistas beta-adrenérgicos (salbutamol 0,05 mg em infusão EV lenta; terbutalina 0,25 mg via subcutânea), a nitroglicerina (0,05 a 0,2 mg EV) ou mesmo a indução de anestesia geral. Os demais procedimentos, de maior risco materno-fetal, incluem as incisões de Dührssen, a manobra de Zavanelli e a sinfisiotomia.^(22,30)

Principalmente nos prematuros, o encarceramento da cabeça derradeira no colo uterino pode ser resolvido por meio de incisões de Dührssen. Um ou dois dedos são introduzidos entre o polo cefálico e o colo do útero. As incisões são realizadas com tesoura e devem se estender por todo o comprimento restante do colo uterino e não se prolongar até o segmento uterino inferior ou ligamento largo. São realizadas entre uma e três incisões. A primeira incisão deve ser realizada na posição seis horas. Se necessário, incisa-se também nas posições duas e dez horas. Na intenção de prevenir lesões nas artérias cervicouterinas, não se recomenda incisar as posições três e nove horas.⁽²²⁾

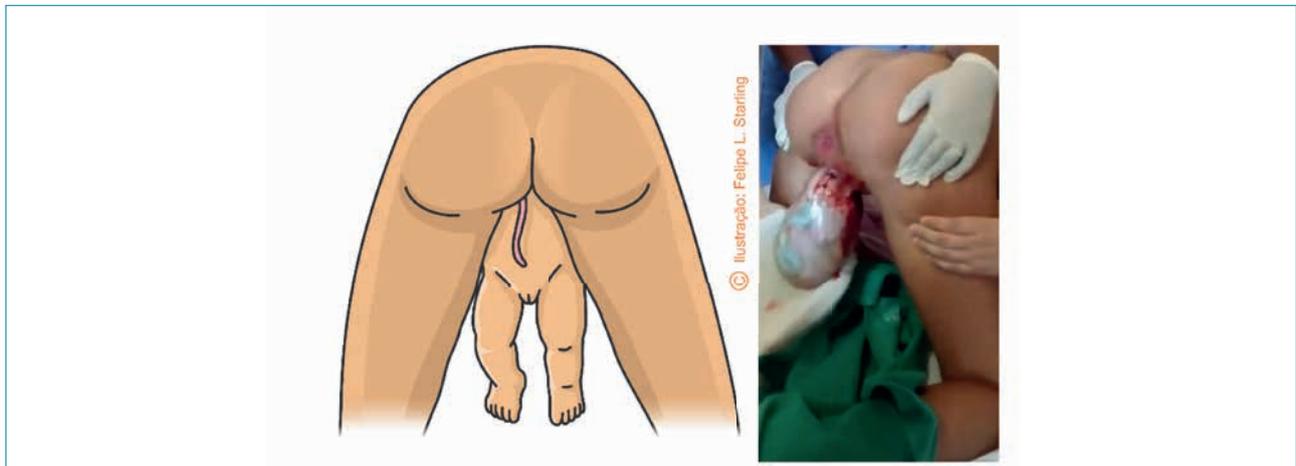
A manobra de Zavanelli seguida de cesariana também pode ser tentada. Sua execução é mais difícil do

que na distocia de ombro, pois todo o tronco e membros fetais devem ser recolocados no útero.^(30,35)

A sinfisiotomia deve ser manobra de exceção, pois pode se associar a diversas morbidades (lacerações vaginais e no trato urinário, incontinência urinária, fístula vesicovaginal) e instabilidade pélvica de longo prazo. Deve ser realizada apenas diante da falha dos demais procedimentos e em locais desprovidos de salas cirúrgicas. A técnica é realizada sob anestesia local, com a parturiente em litotomia e membros inferiores abduzidos. Após sondagem vesical, o anestésico deve ser infiltrado na pele e subcutâneos sobrejacentes à cartilagem púbica. A uretra é desviada lateralmente com uma das mãos e uma incisão de 1 a 3 cm é realizada com uma lâmina de bisturi. A incisão deve ser suficiente para o afastamento dos ramos púbicos e delivramento da cabeça fetal. Não é necessário incisar a espessura total da cartilagem, pois uma modesta separação da sínfise púbica, que será permanente, é suficiente para desprender o polo cefálico. Após o procedimento, repouso absoluto está recomendado por dois dias, seguido de mobilização progressiva. A abdução dos membros inferiores deve ser evitada entre sete e dez dias.^(22,36)

COMO DEVE SER A ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO VAGINAL NAS POSIÇÕES NÃO LITOTÔMICAS?

Não existem ensaios clínicos randomizados comparando os resultados maternos e perinatais do parto pélvico vaginal assistido nas posições verticais (quatro apoios, cócoras, sentada) com os das posições horizontais (supina, litotomia, decúbito lateral). Portanto, o conhecimento vigente se baseia em estudos de ergonomia e na experiência e opiniões de especialistas.^(3,37) Comparado à litotomia, o parto pélvico em outras posições maternas se associa a redução do período de dilatação, da taxa de cesariana, da necessidade de manobras para extração fetal e da taxa de lesões neonatais. Entre as



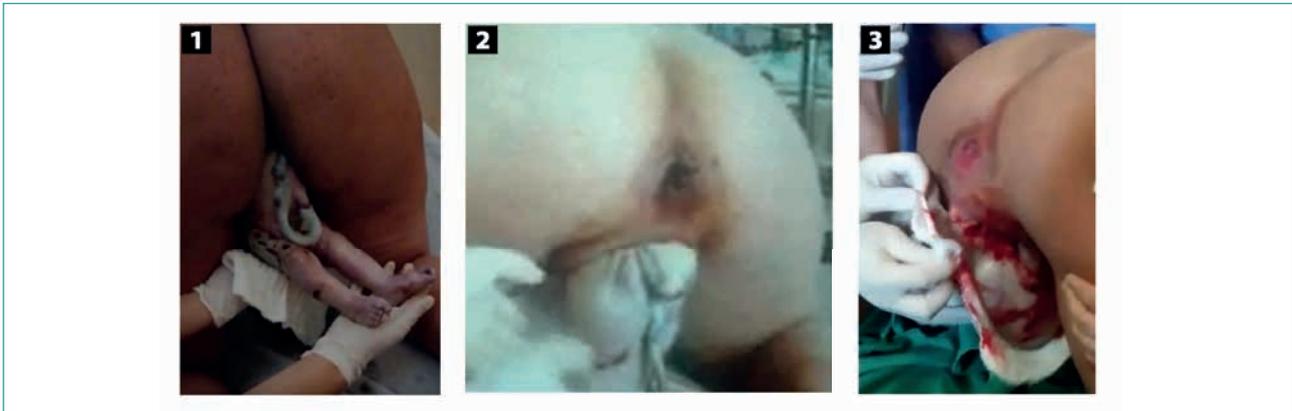
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada); registro fotográfico dos autores.

Figura 7. Visão do parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios

parturientes posicionadas sobre os quatro membros (posição de Gaskin), mais da metade dos fetos pélvicos se desprendem sem a necessidade de nenhuma manobra, e essa posição permite boa observação da expulsão progressiva dos segmentos fetais. A posição de quatro apoios no parto pélvico introduziu uma nova compreensão dos movimentos cardinais do mecanismo de parto. Também reduziu o uso de manobras para auxiliar o desprendimento fetal, habitualmente necessárias no decúbito dorsal e nas cesarianas. Ainda propiciou a descrição de novas manobras, específicas para essa posição materna.⁽³⁾ A assistência ao parto pélvico-vaginal na posição de quatro apoios é eminentemente observacional. O assistente deve conhecer o mecanismo de parto e os sinais indicativos de progressão fisiológica, evitando o uso desnecessário de manobras. Não se deve, em hipótese alguma, tracionar o feto durante seu desprendimento. As poucas manobras, eventualmente necessárias, são para efetuar rotações e melhorar o posicionamento dos diâmetros fetais, sem exercer trações verticais. Após o desprendimento do diâmetro bitrocantérico, o feto deve rodar o seu dorso anteriormente (em direção ao abdome materno) e a “visão do parto” é integrada pelo dorso materno e abdome fetal (Figura 7). O abdome fetal, disposto superiormente, reduz a compressão funicular. Devem ser observados o tônus dos membros inferiores fetais, já desprendidos, e o ingurgitamento do cordão umbilical (Figura 8). A observação do cordão umbilical ingurgitado infere a boa circulação e, portanto, oxigenação fetal adequada. Um cordão pálido e sem sangue é alerta para a hipóxia do feto e indicativo da necessidade de manobras que promovam o seu completo desprendimento. À medida que o abdome se desprende, deve-se observar a presença dos cotovelos e/ou da prega no tórax fetal, indicativos da manutenção dos braços fetais fletidos adiante do seu tórax e da ausência de distocia de ombro (Figura 8). Pode ocorrer uma pequena

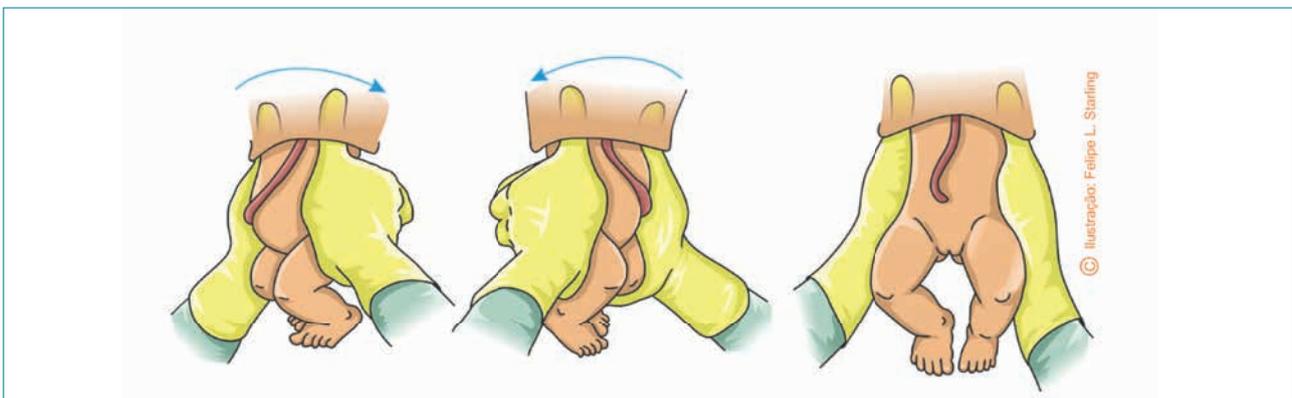
rotação fisiológica e espontânea durante o desprendimento dos braços. Durante esse processo, é muito comum que a parturiente flexione os joelhos, aproximando os membros inferiores do feto, já desprendidos, da superfície inferior de apoio onde o parto está sendo assistido. O contato dos membros inferiores fetais com uma superfície plana habitualmente desencadeia um reflexo de flexão do seu abdome (“tummy crunch”), que não deve ser coibido. A flexão do abdome fetal favorece a flexão do polo cefálico, que ainda se encontra no estreito inferior da pelve materna. Após saída do diâmetro biacromial e dos membros superiores, a dilatação anal materna é indicativa da descida do polo cefálico fletido e da eminência do seu desprendimento (Figura 8). A ausência de protusão anal materna é indicativa da necessidade de manobra para correção da flexão do polo cefálico fetal (“Frank nudge”).⁽³⁾

O parto pélvico vaginal assistido na posição de quatro apoios reduziu o número de manobras a praticamente duas: uma para auxílio à saída dos ombros e outra para o desprendimento do polo cefálico. Ambas devem ser realizadas somente se não houver progressão expulsiva ou diante da suspeita de hipóxia fetal. Na ocorrência dos “braços nucais” ou da distocia de ombro, o feto posiciona o diâmetro biacromial nos diâmetros oblíquos ou anteroposterior da pelve materna, interrompe sua descida e desprendimento, e permanece com o tronco disposto lateralmente. Também pode ocorrer a rotação incorreta do dorso fetal, ficando esse posicionado na visão do assistente. A manobra “rotação 180°-90°” se encontra indicada para correção dessas distocias. O tórax fetal é apreendido por meio da aplicação dos dedos polegares na porção ventral dos ombros (sobre as clavículas fetais) e dos demais dedos nas escápulas fetais. O corpo fetal é, então, rodado por 180°, na direção contrária ao abdome fetal. Sequencialmente o feto é rodado de volta à posição anterior, porém somente por 90°. Sendo assim, ao final das rotações, o feto deve



Fonte: Registro fotográfico gentilmente cedido pela Dra. Caroline Reis Gonçalves; registros fotográficos dos autores.
1. Tônus dos membros inferiores fetais e ingurgitamento do cordão umbilical. 2. Presença dos cotovelos e das pregas do tórax fetal. 3. Dilatação anal materna.

Figura 8. Aspectos a serem observados durante o parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 9. Manobra de “rotação 180°-90°” para desprendimento dos ombros no parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios

ocupar o diâmetro transverso da pelve, com o seu abdome voltado para o operador (Figura 9). Deve-se ter o devido cuidado em não efetuar essa manobra por meio da apreensão isolada do abdome fetal, maneira pouco eficaz e potencialmente lesiva. Sendo a manobra rotacional eficaz, sugere-se a realização sequencial imediata da manobra de desprendimento do polo cefálico. Diante da falha da manobra “rotação 180°-90°”, a manobra de Pajot deve ser tentada para o desprendimento completo do diâmetro biacromial.⁽³⁾

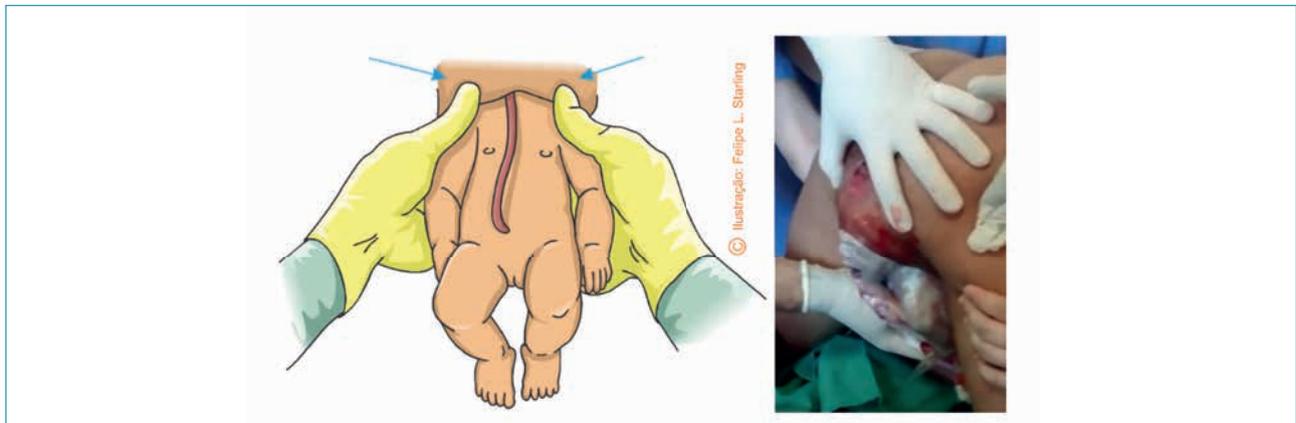
Quando a manobra “rotação 180°-90°” é realizada ou existem sinais de cabeça derradeira (ânus materno não dilatado), o desprendimento do polo cefálico pode ser auxiliado com a manobra “Frank nudge”. Com as mãos dispostas de maneira idêntica à da manobra “rotação 180°-90°”, o tronco fetal é “empurrado” para trás, em direção ao ventre materno. Essa manobra empurra o occipital do feto contra o pube materno, promovendo um apoio para a flexão do polo cefálico, aproximando o mento do esterno e ultimando a expulsão. Alternativamente, uma das mãos, espalmada, pressiona

o tórax fetal para trás (em direção ao ventre materno), enquanto a outra se apoia sobre o perineo (Figura 10).⁽³⁾

Diante da falha da manobra “Frank nudge” em promover a flexão do polo cefálico fetal, a manobra de Mauriceau-Cronk pode solucionar a deflexão. O operador posiciona os dedos indicador e médio da sua mão dominante nos maldres fetais. Os dedos indicador, médio e anelar da outra mão são posicionados sobre o occipital fetal, forçando a flexão da sua cabeça, enquanto essa é simultaneamente empurrada contra o pube materno (Figura 11). Caso não ocorra o desprendimento do polo cefálico após essa tentativa, a parturiente deve ser posicionada em litotomia para outras manobras ou aplicação do fórcepe de Piper.⁽³⁸⁾

COMO DEVE SER A CESARIANA NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA?

Na intenção de oferecer tempo para a versão cefálica espontânea e reduzir a probabilidade de problemas neonatais respiratórios, as gestantes não elegíveis para o parto pélvico vaginal devem ter agendamento da cesárea entre 39+0 e 41+0 semanas ou ser opera-



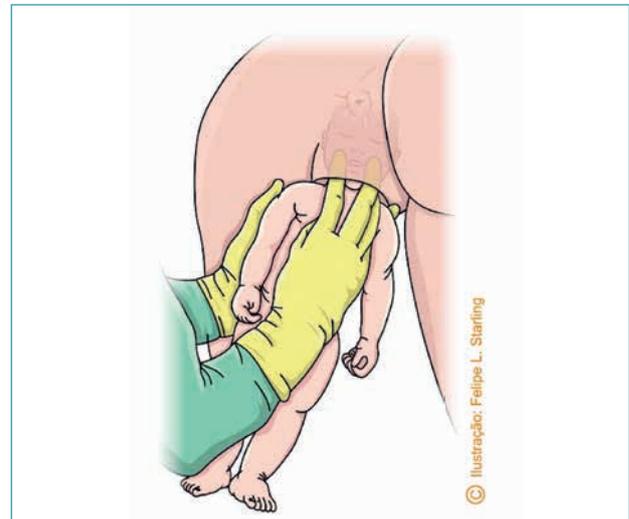
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada); registro fotográfico dos autores.

Figura 10. Manobra “Frank nudge” para auxílio ao desprendimento do polo cefálico no parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios

das de forma não programada no início do trabalho de parto espontâneo. A confirmação da estática fetal, preferencialmente por ultrassonografia, deve ser realizada imediatamente antes do ato cirúrgico. Nas situações em que o nascimento prematuro é indicado por razões médicas, a cesariana deve ser programada. Nas gestantes em trabalho de parto prematuro espontâneo, a cesárea deve ser realizada mediante a presença de sinais de inevitabilidade do parto.^(12,22) A incisão abdominal e a histerotomia devem ser amplas, evitando extrações fetais difíceis e traumáticas. A histerotomia segmentar transversa baixa, arciforme e de cavo superior (Fuchs-Marshall) é adequada para a extração dos fetos a termo e limítrofes. Para os prematuros, principalmente os extremos, uma histerotomia transversa em um segmento estreito pode cursar com dificuldade na extração fetal. Nessas situações, a histerotomia segmentar longitudinal (Krönig) ou a corporal, definidas por meio de julgamento clínico, facilitam a extração fetal, podendo ser otimizadas com relaxamento uterino farmacológico (agonistas beta-adrenérgicos, nitroglicerina, halotano). As manobras são as mesmas utilizadas da assistência ao parto pélvico vaginal na posição de litotomia, e a extração fetal deve ser a mais delicada e atraumática possível. Fôrcipes de tamanhos adequados também devem estar disponíveis. Durante a extração do polo cefálico, deve-se evitar a hiperextensão e/ou a tração vigorosa na coluna cervical.⁽³⁹⁾

COMO DEVE SER A ASSISTÊNCIA NAS SITUAÇÕES ESPECIAIS DE PARTO PÉLVICO?

A apresentação pélvica é comumente associada a anomalias fetais, particularmente aos fetos macrocéfalos. Sendo assim, o diagnóstico e o estudo individualizado das anomalias fetais passíveis de causar distocias (hidrocefalia com macrocefalia, higromas císticos, outros grandes tumores) e da viabilidade fetal são necessá-

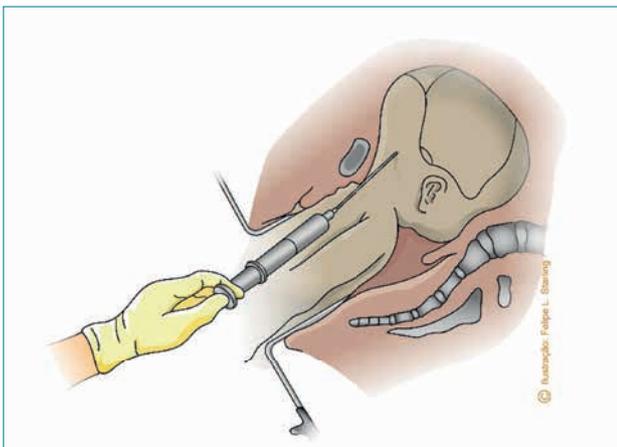


Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 11. Manobra de Mauriceau-Cronk para auxílio ao desprendimento do polo cefálico no parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios

rios na definição da via de parto. Fetos pélvicos viáveis com hidrocefalia significativa e macrocefalia devem ser extraídos por via abdominal, evitando uma cabeça derradeira gravemente encarcerada. A cesárea deve ter incisões abdominal e uterina ampliadas, sendo preferível a histerotomia segmentar longitudinal (Krönig), com possibilidade de extensão ao segmento superior ou corpo uterino. Já os fetos nessa situação, porém inviáveis, devem ser preferencialmente selecionados para o parto vaginal, pois, além de a asfixia perinatal não influenciar o prognóstico de uma anomalia congênita letal, essa via de parto é mais segura para a mãe. Caso ocorra o encarceramento da cabeça, uma cefalocentese pode ser necessária para descomprimir e colapsar a calota craniana. O procedimento pode ser realizado

tanto por via abdominal quanto por via vaginal, utilizando-se uma agulha espinhal de grosso calibre (nº 16 ou 18). Preferencialmente, a punção deve ocorrer quando a cabeça já se encontra fixa na pelve, após a expulsão do tronco e membros fetais, situação em que habitualmente o feto não se encontra mais vivo. O feto deve ser vigorosamente tracionado, obtendo-se exposição da base do crânio. A penetração da agulha na cavidade ventricular é realizada pelo occipital (nas suturas) ou pelo forame magno (Figura 12). Pode ser necessário o fórcepe de Piper para completar a extração do polo cefálico. Nos fetos com espinha bífida associada, uma alternativa é o cateterismo intraventricular com uma sonda metálica longa ou uretral. A sonda é introduzida pela espinha bífida até alcançar a cavidade craniana.⁽³⁸⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 12. Cefalocentese na via vaginal do parto pélvico de feto inviável portador de hidrocefalia e macrocefalia

No parto pélvico evoluindo para a via vaginal e assistido na ausência de equipe qualificada e/ou instalações adequadas, recomendam-se orientação contrária aos puxos voluntários, relaxamento uterino farmacológico (por exemplo: terbutalina 0,25 mg via subcutânea) e avaliação da possibilidade de transferência do cuidado. Caso o parto evolua com eminência ou expulsão das nádegas ou dos membros inferiores, além da orientação contrária à tração do feto, a verticalização da parturiente em posição de quatro apoios ou em cócoras se encontra recomendada. Na maioria dos casos, a expulsão fetal será espontânea, conforme anteriormente detalhado.⁽³⁸⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contemporaneamente, a assistência à gestação e ao parto de fetos pélvicos evoluiu com mudanças drásticas nas suas condutas. O desuso da VCE e o uso cada vez mais frequente da via abdominal de parto, inerentes ao detrimen- to na aquisição das habilidades tocúrgicas necessá- rias para assistir esses nascimentos por via vaginal, são

marcantes e concomitantes com situações emergenciais, uma vez que não foram extintas as admissões hospitala- res de parturientes em fases mais avançadas do perí- odo expulsivo, hoje frequentemente ocorrendo diante de equipes despreparadas. Paralelamente, as evidências dos benefícios da seleção adequada de parturientes para a via vaginal de parto, assim como da adoção das posições verticalizadas durante a assistência, oferecem à especia- lidade a possibilidade do resgate dessa via de parto e um grande desafio aos que ainda detêm essas habilidades e se dedicam ao ensino da tocurgia.

REFERÊNCIAS

1. ACOG Committee Opinion No. 745: mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132(2):e60-3. doi: 10.1097/AOG.0000000000002755
2. Hehir MP. Trends in vaginal breech delivery. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(12):1237-9. doi: 10.1136/jech-2015-205592
3. Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;136(2):151-61. doi: 10.1002/ijgo.12033
4. Casteels M, Podevyn K, Vanoverschelde H, Louwen F. Implementation of a breech program in a Belgian obstetric team. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;158(2):432-8. doi: 10.1002/ijgo.14003
5. Jennewein L, Allert R, Möllmann CJ, Paul B, Kielland-Kaisen U, Raimann FJ, et al. The influence of the fetal leg position on the outcome in vaginally intended deliveries out of breech presentation at term – A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One.* 2019;14(12):e0225546. doi: 10.1371/journal.pone.0225546
6. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(3):851-2. doi: 10.1016/0002-9378(92)91347-d
7. Toijonen AE, Heinonen ST, Gissler MV, Macharey G. A comparison of risk factors for breech presentation in preterm and term labor: a nationwide, population-based case-control study. *Arch Gynecol Obstet.* 2020;301(2):393-403. doi: 10.1007/s00404-019-05385-5
8. Ford JB, Roberts CL, Nassar N, Giles W, Morris JM. Recurrence of breech presentation in consecutive pregnancies. *BJOG.* 2010;117(7):830-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02576.x
9. Westgren M, Edvall H, Nordström L, Svalenius E, Ranstam J. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. *Br J Obstet Gynaecol.* 1985;92(1):19-22. doi: 10.1111/j.1471-0528.1985.tb01043.x
10. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(4):CD000083. doi: 10.1002/14651858.CD000083.pub3
11. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(7):CD000166. doi: 10.1002/14651858.CD000166.pub2
12. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Breech presentation: clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:599-604. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.033
13. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):864-71. doi: 10.1016/j.ajog.2004.06.056

14. Nordborg JW, Svanberg T, Strandell A, Carlsson Y. Term breech presentation-intended cesarean section versus intended vaginal delivery-a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022;101(6):564-76. doi: 10.1111/aogs.14333
15. Vlemmix F, Bergenhenegouwen L, Schaaf JM, Ensing S, Rosman AN, Ravelli AC, et al. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(9):888-96. doi: 10.1111/aogs.12449
16. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(4):1002-11. doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.817
17. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet.* 2000;356(9239):1375-83. doi: 10.1016/s0140-6736(00)02840-3
18. Toijonen A, Heinonen S, Gissler M, Macharey G. Neonatal outcome in vaginal breech labor at 32+0-36+0 weeks of gestation: a nationwide, population-based record linkage study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):211. doi: 10.1186/s12884-022-04547-9
19. Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, Le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(7):885-93. doi: 10.1111/aogs.13557
20. Welle-Strand JA, Tappert C, Eggebø TM. Induction of labor in breech presentations - a retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(7):1336-44. doi: 10.1111/aogs.14083
21. Owada M, Suzuki S. Outcomes of "one-day trial of vaginal breech delivery of singleton pregnancy" at 37-38 weeks' gestation at a Japanese perinatal center. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(21):3510-3. doi: 10.1080/14767058.2019.1686471
22. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R; Maternal Fetal Medicine Committee. Vaginal delivery of breech presentation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(6):557-66. doi: 10.1016/S1701-2163(16)34221-9
23. Westgren M, Grundsell H, Ingemarsson I, Mühlow A, Svenningsen NW. Hyperextension of the fetal head in breech presentation. A study with long-term follow-up. *Br J Obstet Gynaecol.* 1981;88(2):101-4. doi: 10.1111/j.1471-0528.1981.tb00949.x
24. Kielland-Kaisen U, Paul B, Jennewein L, Klemt A, Möllmann CJ, Bock N, et al. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery of nulliparous versus multiparous women of singletons at term-a prospective evaluation of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:583-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.029
25. Girault A, Carteau M, Kefelian F, Menard S, Goffinet F, Le Ray C. Benefits of the «en caul» technique for extremely preterm breech vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2022;51(2):102284. doi: 10.1016/j.jogoh.2021.102284
26. Jettestad MC, Schiøtz HA, Yli BM, Kessler J. Fetal monitoring in term breech labor - a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;239:45-51. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.05.009
27. Bogner G, Strobl M, Schausberger C, Fischer T, Reisenberger K, Jacobs VR. Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance. *J Perinat Med.* 2015;43(6):707-13. doi: 10.1515/jpm-2014-0048
28. Jotkowitz MW, Picton FC. An appraisal of an anatomically and physiologically correct method of breech delivery: the Bracht manoeuvre. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1970;10(3):151-9. doi: 10.1111/j.1479-828x.1970.tb00421.x
29. de Hundt M, Vlemmix F, Bais JM, Hutton EK, de Groot CJ, Mol BW, et al. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;165(1):8-17. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.06.030
30. Rezende J. *Obstetrícia.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. Versão. Extração podal; p. 1269-89.
31. Grosfeld O, Kretowicz J, Brokowski J. The temporomandibular joint in children after breech delivery. *J Oral Rehabil.* 1980;7(1):65-72. doi: 10.1111/j.1365-2842.1980.tb01464.x
32. Wigand JH, Naegele FK. *Die Geburt des Menschen, in physiologisch-diätetischer und pathologisch-therapeutischer Beziehung.* Berlin: Nicolai; 1820.
33. Benzecri R. *Fôrcipe passo a passo.* Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
34. Piper EB, Bachman C. The prevention of fetal injuries in breech delivery. *Journal of the American Medical Association,* vol. 92, pp. 217-221, 1929. *Am J Obstet Gynecol.* 1972;112(5):713.
35. Sandberg EC. The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience. *Obstet Gynecol.* 1999;93(2):312-7. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00340-8
36. Wilson A, Truchanowicz EG, Elmoghazy D, MacArthur C, Coomarasamy A. Symphysiotomy for obstructed labour: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2016;123(9):1453-61. doi: 10.1111/1471-0528.14040
37. Hofmeyr GJ. Delivery of the singleton fetus in breech presentation [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/delivery-of-the-singleton-fetus-in-breech-presentation>
38. Cronk M. Keep your hands off the breech. *AIMS J Aut.* 1998;10(3).
39. Westgren LM, Songster G, Paul RH. Preterm breech delivery: another retrospective study. *Obstet Gynecol.* 1985;66(4):481-4.

Como citar:

Alves AL, Nozaki AM, Polido CB, Silva LB, Knobel R. Assistência ao parto pélvico. *Femina.* 2024;52(1):26-40.

Álvaro Luiz Lage Alves 

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Alexandre Massao Nozaki 

Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP, Brasil.

Carla Betina Andreucci Polido 

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Lucas Barbosa da Silva 

Hospital das Clínicas, São Sebastião, SP, Brasil.

Roxana Knobel 

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FebRASGO)

Presidente:

Álvaro Luiz Lage Alves

Membros:

Gabriel Costa Osanan, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Adriana Amorim Francisco, Alexandre Massao Nozaki, Breno Carvalho Pinto de Melo, Breno José Acauan Filho, Carla Betina Andreucci Polido, Eduardo Cordioli, Frederico José Amedée Peret, Gilberto Nagahama, Laises Braga Vieira, Lucas Barbosa da Silva, Marcelo Guimarães Rodrigues, Rodrigo Dias Nunes, Roxana Knobel

Descritores

Gestantes; Soropositividade para HIV; Sistemas de informação em saúde; Epidemiologia; Saúde pública

Keywords

Pregnant women; HIV seropositivity; Health information systems; Epidemiology; Public health

Submetido:

02/08/2023

Aceito:

25/09/2023

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Melissa Negro-Dellacqua
Rodovia Governador Jorge Lacerda,
3.201, sala 315, Jardim das Avenidas,
88906-072, Araranguá, SC, Brasil
melissanegroLuciano@gmail.com

Como citar:

Dalmédico G, Fernandes WB, Negro-Dellacqua M. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina. *Femina*. 2024;52(1):41-8.

Perfil clínico e epidemiológico de gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina

Clinical and epidemiological profile of pregnant women living with HIV in the Southern Health Macroregion of Santa Catarina

Gabrielli Dalmédico¹, Wesley Berger Fernandes¹, Melissa Negro-Dellacqua¹

RESUMO

Objetivo: Nos últimos anos, a epidemia de HIV tem incidido consideravelmente e de forma silenciosa na população de mulheres gestantes, sobretudo devido à subnotificação, ao diagnóstico tardio e à negligência quanto à realização de teste anti-HIV pelas infectadas. Diante disso, este estudo tem por objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico de gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, analítico, retrospectivo, com base em dados secundários retirados das plataformas Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SIMC), acerca de gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina, no período entre 2019 e 2022. **Resultados:** A partir dos dados sociodemográficos, obteve-se um perfil epidemiológico prevalente de mulheres com idade entre 30 e 49 anos, brancas, com baixo nível de escolaridade e entre 1 a 13 semanas de gestação no momento da notificação de infecção por HIV. O perfil clínico apontou para a prevalência de mulheres em uso de terapia antirretroviral, com carga viral acima de 1.000 cópias/mL e contagem de linfócitos T-CD₄⁺ superior a 350 células/mm³. **Conclusão:** Apesar do baixo nível de escolaridade e da elevada carga viral, o resultado foi positivo para a população selecionada, uma vez que foi demonstrada boa adesão ao tratamento e alta contagem de linfócitos, sendo esses bons preditores de evolução clínica para o HIV.

ABSTRACT

Objective: In recent years, the HIV epidemic has significantly and silently affected the population of pregnant women, mainly due to underreporting, late diagnosis, and neglect of HIV testing among infected individuals. In light of this, the aim of this study is to describe the clinical and epidemiological profile of pregnant women living with HIV in the Southern Health Macroregion of Santa Catarina. **Methods:** This is an ecological, analytical, retrospective study based on secondary data retrieved

from the Notifiable Diseases Information System (Sinan) and the Clinical Monitoring System for People Living with HIV/AIDS (SIMC), regarding pregnant women living with HIV in the Southern Health Macroregion of Santa Catarina from 2019 to 2022. **Results:** Based on sociodemographic data, a prevalent epidemiological profile was identified, with women aged 30 to 49 years, white, with low educational level, and between 1 to 13 weeks of gestation at the time of HIV infection notification. The clinical profile revealed a prevalence of women on antiretroviral therapy, with a viral load above 1,000 copies/mL and a T-CD₄₊ lymphocyte count above 350 cells/mm³. **Conclusion:** Despite the low educational level and high viral load, the outcome was positive for the selected population, as good treatment adherence and high lymphocyte count were demonstrated, both of which are good predictors of clinical progression for HIV.

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é, atualmente, responsável pela infecção de mais de 37 milhões de pessoas no mundo,⁽¹⁾ sendo o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Essa doença é uma condição de saúde que afeta o sistema imunológico humano, causando vulnerabilidade excessiva a infecções oportunistas.⁽²⁾

Segundo informações do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2022, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) 434.803 casos de infecção por HIV no Brasil no período de 2007 a junho de 2022, sendo diagnosticados 40.880 novos casos em 2021. Do total de casos registrados, 19,4% eram procedentes da região Sul e, considerando-se apenas o ano de 2021, a taxa de infecção correspondente à região Sul foi de 16,9%.⁽³⁾

À medida que a doença vem se propagando pelo mundo, são observadas mudanças significativas no perfil epidemiológico dos pacientes acometidos. Dessa forma, o estigma circunscrito aos homens homossexuais tem dado espaço para uma nova conformação, que na fase atual é de crescimento da infecção entre as mulheres, o que caracteriza uma feminização do HIV/AIDS.⁽⁴⁾ Diante dessa transição, é importante destacar que grande parte das mulheres infectadas encontra-se em idade fértil e, por isso, há relevância em se tratar, também, da gestação no contexto do HIV, sobretudo devido ao risco de transmissão vertical.⁽⁵⁾

Nos últimos anos, a epidemia de HIV tem incidido consideravelmente e de forma silenciosa na população de mulheres gestantes, sobretudo devido à subnotificação, ao diagnóstico tardio e à negligência quanto à realização de teste anti-HIV pelas infectadas.^(6,7) Dentro desse escopo, foram notificadas 149.591 gestantes infectadas por HIV no Brasil entre 2000 e junho de 2022, sendo 29,1% delas residentes na região Sul.⁽³⁾

A partir de 2006, a infecção pelo HIV na gestação passou a ser um agravamento de notificação compulsória no

Brasil.⁽⁷⁾ Desde então, é possível a análise de dados específica desse grupo por meio do Sinan. Essa notificação é realizada principalmente pela atenção primária de saúde, quando diante de um diagnóstico de HIV em consultas de pré-natal. Uma vez feita a notificação, segue-se um fluxo hierárquico, passando pelas secretarias de saúde em instância municipal, estadual e federal, sequencialmente.⁽⁸⁾

Em contrapartida, foi demonstrado por estudos recentes que há subnotificação excessiva desses dados quando restritos ao Sinan, fazendo-se interessante a ampliação da busca de casos em outros Sistemas de Informação, como o SIMC (Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS), o Siscel (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD₄⁺/CD₈⁺ e Carga Viral do HIV) e o Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos).⁽⁷⁾

Quando a análise se limita às regiões de saúde do estado de Santa Catarina, os índices são ainda mais escassos, notando-se poucos registros epidemiológicos de gestantes HIV positivas em municípios de menor porte. Somado a isso, a Região de Saúde Sul do estado de Santa Catarina está entre as oito das dezessete que apresentaram aumento no número de notificações de HIV em gestantes entre 2010 e 2020.⁽⁹⁾

Diante da referida limitação do diagnóstico e notificação de HIV positivo em mulheres grávidas – sobretudo em abordagens regionais – e do destaque negativo da Região Sul de Saúde no tocante à incidência do agravamento, é indispensável conhecer as características e determinantes de saúde das gestantes soropositivas. Por esse motivo, a presente pesquisa tem por objetivo realizar uma análise de dados que resulte em um perfil clínico e epidemiológico das gestantes HIV positivas na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina, no período entre 2019 e 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico do tipo analítico com enfoque na análise temporal retrospectiva e espacial de dados de gestantes cadastradas na plataforma do Sinan e SIMC, no período de 2019 a 2022, tendo a necessidade de vínculo com a Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina. O período delimitado justifica-se por concentrar dados recentes, além de contemplar o período próximo e de vigência da pandemia de COVID-19, que afetou os mais diversos campos da saúde.

A pesquisa utilizou-se de dados básicos e de painéis de indicadores sobre os agravos de responsabilidade do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Esse conjunto de informações possui como fonte de dados as notificações compulsórias de HIV/AIDS no Sinan e em outros sistemas de informações e monitoramento, como o SIMC, disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).⁽¹⁰⁾ De for-

ma específica, os dados referentes às gestantes HIV positivas foram encontrados no Painel de Gestantes com carga viral de HIV (CV-HIV) detectável.⁽¹¹⁾

Os dados obtidos foram coletados e alocados em planilhas por meio do Google Planilhas, sendo analisados com auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 22.0. Tratando-se das variáveis quantitativas, essas foram expressas por meio de frequência e porcentagem, e todos os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. Já a associação das variáveis qualitativas foram realizadas por meio da aplicação dos testes qui-quadrado de Pearson e razão de verossimilhança. Por fim, todos os resultados foram expressos por meio de gráficos e/ou tabelas.

Em relação às figuras, foram elaboradas de acordo com os dados encontrados na pesquisa, utilizando o *software Krita* versão 5.1.1 e, como referência de base, o mapa apresentado pelo Museu da Universidade do Extremo Sul Catarinense (MUESC).

RESULTADOS

As informações coletadas foram obtidas por meio do “Painel gestantes com carga viral do HIV detectável”, uma ferramenta que contempla os dados do Sinan e do SIMC. A população analisada foi de gestantes adstritas à Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina, composta pelas regionais de saúde: Associação de Municípios do

Extremo Sul Catarinense (AMESC), Associação de Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL), no período de 2019 a 2022. O “N total” de gestantes foi de 101, considerando-se para o somatório o maior “N” entre as variáveis de cada regional de saúde. A critério de organização dos dados coletados, a análise das variáveis foi dividida em tabelas diferentes, para tratar dos aspectos sociodemográficos e clínicos separadamente. Quanto às figuras, tratam-se de ferramentas ilustrativas, que emergiram da análise focal inter-regional de resultados provenientes das tabelas, com foco nas variáveis com significância estatística e maior abordagem na literatura. A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das gestantes divididos segundo regionais de saúde, abordando faixa etária em anos, raça/cor, idade gestacional em semanas e escolaridade em anos.

Tratando-se da faixa etária, tanto na regional AMESC, com 58,9%, quanto na AMREC, com 51%, houve predomínio de gestantes com 30 a 49 anos de idade, enquanto na regional AMUREL o percentual maior (58,1%) foi de gestantes com 15 a 29 anos de idade. Quando analisada a variável raça/cor, todas as regionais obtiveram um predomínio de gestantes brancas (AMESC = 75,0%; AMREC = 68,6%; AMUREL = 80,6%). Com relação à idade gestacional, a regional da AMESC obteve predomínio de idade gestacional de 27 a 41 semanas (55,6%). Já na AMREC e na AMUREL o maior percentual foi entre 1 e

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos das gestantes que vivem com HIV

Variáveis	Regionais de Saúde, n(%)			p-value*
	AMESC	AMREC	AMUREL	
Faixa etária (anos)	n = 17	n = 53	n = 31	
<15	-	1 (1,9)	-	
15 a 29	7 (41,1)	25 (47,1)	18 (58,1)	0,673
30 a 49	10 (58,9)	27 (51,0)	13 (41,9)	
Raça/Cor	n = 16	n = 51	n = 31	
Branca	12 (75,0)	35 (68,6)	25 (80,6)	
Preta/Parda	4 (25,0)	16 (31,4)	6 (19,4)	0,483
Idade gestacional (semanas)	n = 9	n = 20	n = 18	
1 a 13	4 (44,4)	10 (50,0)	11 (61,1)	
14 a 26	-	6 (30,0)	3 (16,7)	0,162
27 a 41	5 (55,6)	4 (20,0)	4 (22,2)	
Escolaridade (anos)	n = 15	n = 56	n = 26	
Nenhuma até 3	2 (13,3)	9 (16,1)	1 (3,8)	
4 a 7	6 (40,0)	17 (30,3)	9 (34,6)	
8 a 11	2 (13,3)	21 (37,5)	14 (53,8)	0,107
12 ou mais	5 (33,4)	9 (16,1)	2 (7,7)	

*Valor obtido após aplicação do teste razão de verossimilhança. HIV: vírus da imunodeficiência humana; AMESC: Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMREC: Associação de Municípios da Região Carbonífera; AMUREL: Associação de Municípios da Região de Laguna.

13 semanas de gestação (50% e 61,1%, respectivamente). Quanto à análise de anos de escolaridade, a AMESC teve um percentual maior de gestantes com 4 a 7 anos de escolaridade (40%), enquanto a AMREC e a AMUREL obtiveram percentuais maiores (30,3% e 53,8%, respectivamente), na faixa de 8 a 11 anos de escolaridade. Embora analisados os dados sociodemográficos das gestantes, não houve significância estatística em nenhuma das variáveis. A tabela 2 apresenta os dados clínicos das gestantes divididos por regionais de saúde, abordando CV-HIV, uso de terapia antirretroviral (TARV) e contagem de linfócitos T-CD₄⁺ (LT-CD₄⁺).

Dentro do panorama de CV-HIV, houve predomínio de gestantes com mais de 1.000 cópias/mL, quando comparadas às gestantes com 50-1.000 cópias/mL. Dentre aquelas com mais de 1.000 cópias/mL, a AMREC se destacou, com grande percentual de gestantes apresentando carga viral elevada (75,5%). Quanto ao uso da TARV, o percentual predominante foi de adesão ao tratamento em todas as regionais, sendo a AMESC a regional com maior porcentagem de adesão à TARV, totalizando 90,9% da sua população. A contagem de LT-CD₄⁺ foi a única das variáveis clínicas que obteve significância estatística ($p < 0,05$). Em sua análise, percebe-se a prevalência da contagem de linfócitos igual ou maior que 350 cel/mm³ em todas as regionais. Analisando especificamente cada regional, a AMESC apresentou o mesmo percentual de gestantes com contagem de linfócitos menor que 200 cel/mm³ e entre 200 e 349 cel/mm³, sendo ambos de 5,9%. Seu maior percentual encontra-se na contagem a partir de 350 cel/mm³, correspondendo a 76,5%, sendo o maior percentual entre as três regionais. Ademais, 11,7% da amostra não realizou a mensuração linfocitária. Na AMREC, apenas 7,5% das gestantes tiveram a contagem menor que 200 cel/mm³. Entre 200 e 349 cel/mm³, a

proporção foi de 32,1%. Já o maior destaque se deu na contagem maior ou igual a 350 cel/mm³, resultando em 50,9%. Além disso, 9,4% não realizaram contagem. Quanto à AMUREL, o menor percentual de contagem obtido foi da faixa de 200 a 349 cel/mm³, sendo de 6,4%, seguido da contagem abaixo de 200 cel/mm³, com 9,7%. Já a contagem a partir de 350 cel/mm³ obteve o maior percentual, de 61,3%. Nessa regional, o índice de não realização da contagem foi de 22,6%. Partindo para a análise das figuras, que buscaram ilustrar alguns dos dados apresentados, as figuras 1 e 2 analisam a distribuição percentual de gestantes com CV-HIV detectável, respectivamente, na faixa etária de 15 a 29 anos e 30 a 49 anos. As análises se deram em função de cada regional de saúde, no período de 2019 a 2022.

Quando analisadas em sequência, nota-se uma inversão da prevalência das faixas etárias entre as regionais. Na figura 1, destaca-se que a AMUREL possui maior distribuição percentual de gestantes na faixa etária de 15 a 29 anos (50%-60%) em relação às outras duas regionais (40%-50%). Já na figura 2, que avaliou o intervalo de 30 a 49 anos, as regiões da AMREC e da AMESC obtiveram as maiores porcentagens (50%-60%) em relação à AMUREL (40%-50%). A figura 3, por sua vez, analisa a contagem de LT-CD₄⁺ da população no período estipulado, em relação a cada regional.

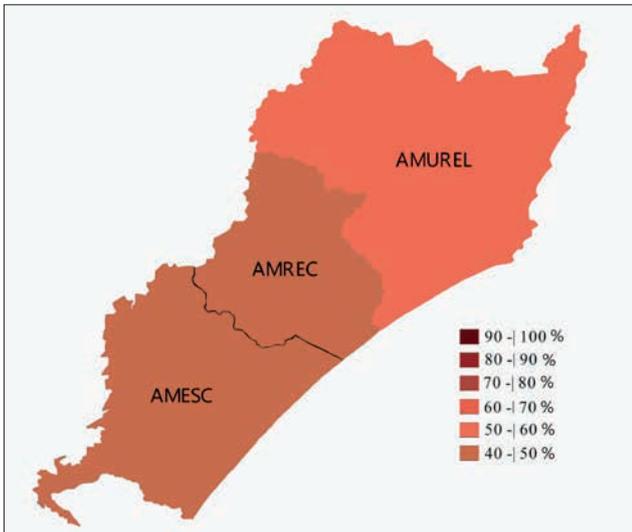
A análise permite constatar um padrão entre as regionais, com predomínio da contagem linfocitária igual ou superior a 350 cel/mm³. Em relação à figura 4, ilustra-se o percentual de gestantes com CV-HIV detectável em uso de TARV, de acordo com cada regional de saúde, no período de 2019 a 2022.

Destaca-se que a regional AMESC obteve alto percentual de adesão ao tratamento antirretroviral, correspondente ao intervalo de 90%-100%. As regionais AMUREL

Tabela 2. Aspectos clínicos das gestantes que vivem com HIV

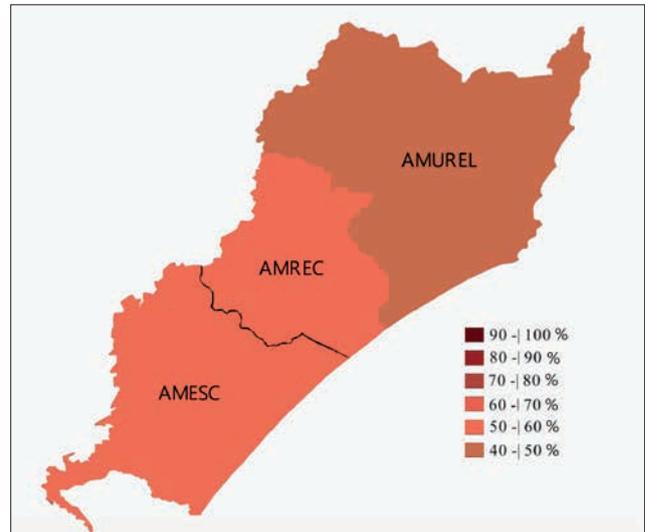
	Macrorregiões, n (%)			p-value
	AMESC	AMREC	AMUREL	
Carga viral	n = 17	n = 53	n = 31	
50-1.000 cópias/mL	6 (35,3)	13 (24,5)	11 (35,5)	0,489 [†]
>1.000 cópias/mL	11 (64,7)	40 (75,5)	20 (64,5)	
TARV	n = 11	n = 42	n = 29	
Sim	10 (90,9)	32 (76,2)	23 (79,3)	0,562 [†]
Não	1 (9,1)	10 (23,8)	6 (20,7)	
LT-CD₄⁺	n = 17	n = 53	n = 31	
<200 cel/mm	1 (5,9)	4 (7,5)	3 (9,7)	0,048 [‡]
200 a 349 cel/mm	1 (5,9)	17 (32,1)	2 (6,4)	
>350 cel/mm	13 (76,5)	27 (50,9)	19 (61,3)	
Não realizado	2 (11,7)	5 (9,4)	7 (22,6)	

[†]Valor obtido após aplicação do teste qui-quadrado de Pearson. [‡]Valor obtido após aplicação do teste razão de verossimilhança. HIV: vírus da imunodeficiência humana; AMESC: Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMREC: Associação de Municípios da Região Carbonífera; AMUREL: Associação de Municípios da Região de Laguna.



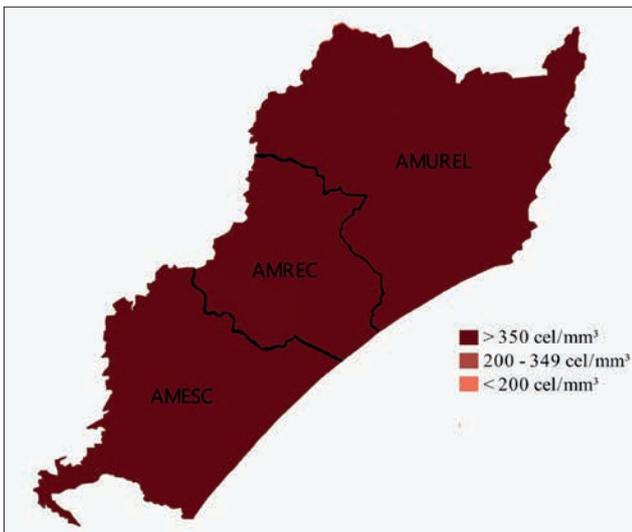
CV-HIV: carga viral do vírus da imunodeficiência humana; AMESC: Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMREC: Associação de Municípios da Região Carbonífera; AMUREL: Associação de Municípios da Região de Laguna.

Figura 1. Distribuição percentual de gestantes com CV-HIV detectável na faixa-etária de 15 a 29 anos



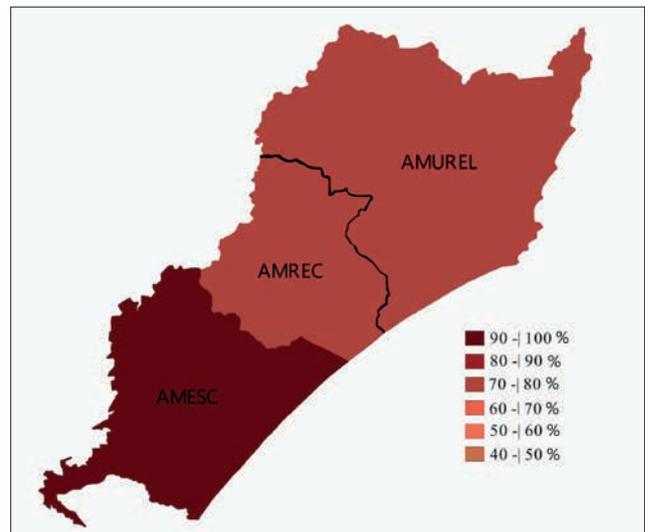
CV-HIV: carga viral do vírus da imunodeficiência humana; AMESC: Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMREC: Associação de Municípios da Região Carbonífera; AMUREL: Associação de Municípios da Região de Laguna.

Figura 2. Distribuição percentual de gestantes com CV-HIV detectável na faixa-etária de 30 a 49 anos



HIV: vírus da imunodeficiência humana; LT-CD₄⁺: linfócitos T-CD₄⁺; AMESC: Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMREC: Associação de Municípios da Região Carbonífera; AMUREL: Associação de Municípios da Região de Laguna.

Figura 3. Contagem de LT-CD₄⁺ das gestantes com carga viral do HIV detectável



HIV: vírus da imunodeficiência humana; TARV: terapia antirretroviral; AMESC: Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense; AMREC: Associação de Municípios da Região Carbonífera; AMUREL: Associação de Municípios da Região de Laguna.

Figura 4. Percentual de uso de TARV por gestantes com carga viral do HIV detectável

e AMREC também obtiveram bom percentual de uso no intervalo de 70%-80%.

DISCUSSÃO

Sabe-se que, no Brasil, entre o ano de 2000 e junho de 2022, foram notificadas 149.591 gestantes parturientes ou puérperas com infecção pelo HIV, sendo a região Sul do país a segunda com maior porcentagem de notificações, correspondendo a 29,1% delas. Ainda, constata-se que a incidência da condição nessa região apresentou

estabilidade entre os anos 2011 e 2021, porém em patamares bastante elevados se comparados à média nacional de 3 novos casos a cada mil nascidos vivos em 2021, correspondendo a 5,4 novos casos a cada mil nascidos vivos nesse mesmo ano.⁽³⁾

O presente estudo, por meio da análise da população estipulada, obteve como principal perfil epidemiológico de gestantes vivendo com HIV mulheres com idade entre 30 e 49 anos, de cor branca, com idade gestacional entre 1 e 13 semanas no momento da notificação e ensino médio incompleto. Comparando-se esse perfil

com os dados de prevalência apresentados pelo boletim epidemiológico de HIV/AIDS de 2022, observam-se divergências em relação à faixa etária e à raça/cor.⁽³⁾ Contudo, pode-se considerar que tais diferenças relacionam-se com a variação das características locais de cada região abordada.

Tratando-se da idade materna, foi constatado que a AMESC e a AMREC contrastam com o intervalo encontrado nos dados do Boletim de HIV/AIDS 2022, em que prevaleceu a faixa etária de 20 a 25 anos.⁽³⁾ Em ambas as regionais houve predominância de gestantes entre 30 e 49 anos, indicando uma idade materna mais avançada do que a média nacional. A AMUREL, por sua vez, corroborou os dados do Boletim e demais estudos, obtendo uma faixa etária predominante entre 15 e 29 anos, período que comporta o ápice da idade fértil feminina.^(4,12-14)

No que se refere à raça/cor, houve predomínio da cor branca em todas as regionais, resultado que diverge do padrão nacional apontado pelo Boletim, em que a maioria das gestantes HIV positivas em 2021 eram pardas (51,8%), seguidas das brancas (29,3%) e pretas (13,7%).⁽³⁾ No estudo de Trindade *et al.*, que também utilizou dados do Sinan e foi restrito ao estado do Pará, o fenótipo com maior representatividade entre os notificados foi de mulheres pardas, com 89,9% de prevalência.⁽¹⁵⁾ Pode-se supor que os resultados respeitem as características regionais de cada população, portanto, no atual estudo, a prevalência de raça/cor está em conformidade com as taxas do estado de Santa Catarina, em que, atualmente, 77,4% da população se autodeclara branca, 17,7%, parda e 4,3%, preta.⁽¹⁶⁾

Quanto ao nível de escolaridade das gestantes infectadas, houve concordância dos resultados das três regionais com muitos outros estudos realizados, em que se demonstrou predominância de mulheres com baixa escolaridade.^(4,14,17) A AMREC e a AMUREL obtiveram predomínio de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudos e ensino médio incompleto. A AMESC obteve índices ainda menores, com a maioria das mulheres apresentando ensino fundamental incompleto, dado que pode ser justificado pelos baixos índices demográficos de saúde, educação e renda da região do extremo sul de Santa Catarina.⁽¹⁸⁾ Ademais, vale destacar que apresentar menor grau de instrução educacional é preditor de pouco acesso a informações referentes a transmissão, diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tornando, portanto, essas mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HIV.^(14,19)

Em relação à idade gestacional no momento da notificação de infecção por HIV, a AMREC e a AMUREL obtiveram predomínio de registros entre 1 e 13 semanas, o que corresponde ao primeiro trimestre da gestação. Já na AMESC o predomínio se deu entre 27 e 41 semanas, o que corresponde ao terceiro trimestre gestacional e sugere um contexto problemático de notificação tardia. Para além de um atraso no próprio processo de notificação, deve-se considerar a possibilidade de omissão ou

falha diagnóstica do quadro infeccioso, uma vez que a testagem anti-HIV é preconizada nas primeiras consultas de pré-natal para todas as gestantes.^(14,20) Nesse sentido, também se devem considerar casos de não realização do pré-natal pelas gestantes ou, ainda, a contração do vírus durante a gravidez em curso. Todas as opções são problemáticas, uma vez que aumentam os riscos de transmissão vertical do HIV.^(4,14,21)

Adentrando à análise do perfil clínico da população estudada, evidenciou-se grande percentual em uso de TARV, predomínio de gestantes com CV-HIV acima de 1.000 cópias e contagem de LT-CD₄₊ maior do que 350 cel/mm. Ainda que os resultados entrem em contradição no que tange à alta carga viral detectada concomitante à alta contagem linfocitária, podem-se estabelecer conclusões interessantes dos resultados encontrados.

A respeito da TARV, as três regionais demonstraram realizar o tratamento, com destaque para a AMESC, que obteve taxa superior a 90%. Tal fato é bastante positivo, pois o tratamento promove o aumento da sobrevida e da qualidade de vida das pacientes, bem como reduz a transmissão vertical. Segundo Pilecco *et al.*,⁽²²⁾ na ausência do uso de TARV, as chances de infectar a criança chegam a 45%, mas decaem para quase zero caso o protocolo seja cumprido de forma total. Oliveira *et al.*⁽²¹⁾ também reforçam essa afirmação, demonstrando que, quando as recomendações são seguidas, a transmissão vertical chega a taxas de 1% a 2%.

Sobre os percentuais de gestantes não adeptas à TARV, algumas hipóteses podem ser levantadas, como os diagnósticos tardios, a burocratização do sistema de saúde, os profissionais desqualificados na assistência às gestantes soropositivas e, até mesmo, a recente pandemia de COVID-19, que exigiu períodos de quarentena e, portanto, limitou o acesso da população geral aos serviços de saúde.⁽¹⁵⁾

É importante destacar que a TARV influencia diretamente nos demais parâmetros clínicos, promovendo redução da carga viral e aumento da contagem de LT-CD₄₊, porém apenas se administrada de forma correta.^(3,21) Acerca disso, Conceição *et al.*⁽⁴⁾ destacam que a avaliação precisa da adesão ao uso de TARV acaba sendo comprometida por conta da inexistência de dados no Sinan sobre as intervenções realizadas em cada caso, o que abrangeiria o cumprimento das recomendações profiláticas e as medidas de uso adequado da TARV. Assim, pode-se interpretar que a aparente inconsistência dos achados em relação à CV-HIV, que se mostrou elevada mesmo com os altos índices de adesão à TARV, se justifique por erros na condução do tratamento. Esse fato também foi corroborado por outros dois estudos realizados na região Sul do Brasil.^(14,23)

Uma outra hipótese seria a de tempo insuficiente entre os registros das duas variáveis, já que a redução da carga viral é diretamente proporcional ao tempo decorrido desde o início da terapia medicamentosa.^(24,25) Oliveira *et al.*⁽²¹⁾ pontuam que a data de início da TARV na

gestação não consta na ficha de notificação do Sinan, a qual apresenta apenas a indicação de uso ou não pela gestante, dificultando a avaliação desse dado em relação ao desfecho infectado. Isso gera questionamentos sobre o momento de notificação dos dados e também sobre a validade das informações de adesão sem a devida verificação de detalhes do uso.

Em relação à contagem de LT-CD₄₊, que foi estatisticamente significativa, obtiveram-se bons resultados nas três regionais, com maior frequência de índices iguais ou superiores a 350 cel/mm³ em todas elas. Estudos demonstram que a contagem dessa linhagem de linfócitos é um dos melhores marcadores para avaliação prognóstica dos pacientes com HIV, uma vez que se aumenta a suscetibilidade a AIDS e doenças oportunistas conforme o declínio linfocitário, por comprometimento da resposta imunológica.^(24,26) Houve, portanto, concordância desse resultado com os achados de uso da TARV, respeitando-se, inclusive, a ordem de prevalência das regionais, com melhores percentuais de tratamento ativo. Sendo assim, a AMESC apresentou o maior percentual, seguida da AMUREL e da AMREC. Novamente, a AMESC obteve destaque positivo, o que traz bons prognósticos para a região.

Entretanto, ainda na análise dessa variável significativa, repete-se o ponto de discordância em relação à prevalência de CV-HIV acima de 1.000 cópias/mL em todas as regionais. Furini *et al.* indicam que altas taxas de vírus circulante estão estritamente ligadas ao declínio dos LT-CD₄₊,⁽²⁶⁾ o que não é demonstrado explicitamente nos resultados encontrados pelo atual estudo. Porém, pode-se inferir que a contagem linfocitária apresenta-se alta, pois costuma acontecer ainda nas fases agudas ou crônicas da infecção, antes do estabelecimento de AIDS propriamente dita, quando a contagem já passa a ser menor que 200 cél/mm³.⁽²⁷⁾ O curso natural da doença, portanto, justificaria a contradição constatada.

Ainda sobre esse ponto de divergência, embora existam controvérsias, muitos autores apontam que, considerando as variáveis sob o ponto de vista prognóstico e de desfecho clínico para portadores de HIV, a contagem de LT-CD₄₊ supera a da carga viral plasmática.^(25,26,28)

Portanto, diante dos dados obtidos, é possível visualizar algumas das especificidades sociodemográficas que carrega a região abordada. Quanto às variáveis clínicas analisadas, o resultado é positivo, apresentando-se um contexto atual favorável à saúde e à sobrevivência das gestantes que vivem com HIV na região, principalmente a partir da interpretação dos índices de uso da TARV e contagem de LT-CD₄₊.

Ainda assim, algumas limitações do estudo devem ser citadas. Por mais que existam aperfeiçoamentos e avanços nacionais no âmbito epidemiológico, a subnotificação de informações em saúde ainda é um problema a ser superado. Além disso, a pesquisa baseou-se em dados secundários, os quais advêm de coletas de prontuários e cadernetas de pré-natal, tornando-se mais

propensa a lacunas, erros e atrasos nos registros. Isso acaba influenciando na análise dos dados e, ao mesmo tempo, revela a fragilidade dos dados contidos nos sistemas informativos nacionais.

CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos pelas plataformas, concentrados no período de 2019 a 2022, acerca do perfil epidemiológico, a faixa etária prevalente das gestantes vivendo com HIV foi de 30 a 49 anos de idade. A raça/cor predominante foi a branca, em conformidade com as características étnicas da região. A idade gestacional no momento da notificação concentrou-se entre 1 e 13 semanas, correspondendo ao primeiro trimestre da gravidez. Em relação à escolaridade, a maioria possuía ensino médio incompleto. Em relação ao perfil clínico da população investigada, evidenciou-se grande percentual em uso de TARV, principalmente na regional AMESC. Quanto à carga viral, houve predominância de contagens acima de 1.000 cópias. Já em relação aos LT-CD₄₊, obteve-se uma maioria com contagem igual ou superior a 350 cel/mm³, apresentando-se um contexto atual favorável à saúde e à sobrevivência das gestantes que vivem com HIV na Macrorregião Sul de Saúde de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016-2021: actions for impact [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [ci-tesd 2022 Jun 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>
2. Teixeira SP, Aguiar DS, Nemer CR, Menezes RA. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. REAS. 2020;12(2):e2543. doi: 10.25248/reas.e2543.2020
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV/Aids. dez. 2022. Número Especial.
4. Conceição HN, Feitosa JM, Câmara JT, Chaves TS, Pereira BM, Moura LR, et al. Análise epidemiológica e espacial de HIV/AIDS em crianças e gestantes. Rev Enferm UFPE on line. 2020;14:e243437. doi: 10.5205/1981-8963.2020.243437
5. Almeida Barbosa BL, Guimarães JV, Salge AK. Gestantes HIV-positivas e fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(1):171-8. doi: 10.5205/1981-8963-v12i1a23257p171-178-2018
6. Cozendey AG, Bravin DM, Fernandes RC. Study of prevalence of HIV infection and its epidemiological variables in pregnant women at Plantadores de Cana Hospital, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, a reference in high risk pregnancies. DST. 2016;28(3):86-9. doi: 10.5533/DST-2177-8264-201628304
7. Domingues RM, Saraceni V, Leal MC. Notificação de gestantes infectadas pelo HIV: estimativas de um estudo brasileiro. Rev Saúde Pública. 2018;52:43. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052017439
8. Meirelles MQ, Lopes AK, Lima KC. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(6):427-34.
9. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas. Boletim Barriga Verde AIDS [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/HIV-AIDS/boletim-barriga-verde-aids-2021.pdf>

10. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de Indicadores Epidemiológicos [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 19]. Available from: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>
11. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de gestantes com carga viral de HIV detectável [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-indicadores-e-dados-basicos/painel-de-gestantes-com-carga-viral-de-hiv-detectavel>
12. Castro RC, Gomes SM, Damasceno AK, Bastos CV, Araújo LC, Coelho TS. Indicadores de parto e nascimento de mulheres soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Rene*. 2018;19:e33605. doi: 10.15253/2175-6783.20181933605
13. Beck ST, Cauzzo LD, Vielmo L, Andrade CS. Perfil de gestantes em tratamento para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2018;8(3):210-5. doi: 10.17058/reci.v8i3.11190
14. Bick MA, Ferreira T, Sampaio CO, Padoin SM, Paula CC. Perfil de mulheres grávidas infectadas e crianças expostas ao HIV em um serviço especializado no Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018;18(4):791-801. doi: 10.1590/1806-93042018000400007
15. Trindade LN, Nogueira LM, Rodrigues IL, Ferreira AM, Corrêa GM, Andrade NC. Infecção pelo HIV em mulheres grávidas e seus desafios para o cuidado pré-natal. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20190784. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0784
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIDRA: Banco de Tabelas estatísticas: População por cor ou raça [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>
17. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AA. Panorama epidemiológico do HIV/AIDS em mulheres grávidas de um estado do nordeste do Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:568-76. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0495
18. Sousa IF, Guerra FC, Morais FA, Tomazi VD, Fernandes MZ. Perfil da rede de saúde no extremo sul de Santa Catarina: potencialidades e desafios na implementação de um curso de medicina. *Res Soc Dev*. 2021;10(10):e139101018767. doi: 10.33448/rsd-v10i10.18767
19. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Avanços e continuidades na resposta à epidemia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(1):87-96. doi: 10.1590/1413-81232017221.14222016
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
21. Oliveira KW, Oliveira SK, Barranco AB, Hoffmann T, Duarte CS, Nazário RF, et al. Transmissão vertical do HIV na Região Sul de Santa Catarina, de 2005 a 2015: análise dos fatores de risco para a soroconversão em recém-nascidos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018;18(3):461-9. doi: 10.1590/1806-93042018000300002
22. Pilecco FB, Teixeira LB, Vigo A, Knauth DR. Aborto pós-diagnóstico em mulheres vivendo com HIV/Aids no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(5):1521-30. doi: 10.1590/1413-81232015205.13002014
23. Rosa MC, Lobato RC, Gonçalves CV, Silva NM, Barral MF, Martinez AM, et al. Avaliação dos fatores associados à transmissão vertical de HIV-1. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(6):523-8. doi: 10.1016/j.jped.2014.12.005
24. Loreto S, Pereira JM. A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. *Acta Farm Port*. 2012;2(1):5-17.
25. Souza HC, Passos XS, Camplesi Júnior M, Silva AM, Oliveira AK, Marques LO, et al. Contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral em pacientes HIV+ de um laboratório de referência. *Rev Bras Mil Ciênc*. 2020;6(15):73-8. doi: 10.36414/rbmc.v6i15.50
26. Furini AA, Neves ER, Ferreira GA, Rodrigues JF, Jorge LS, Machado RL. HIV/AIDS: relação dos níveis de linfócitos tcd4+ e carga viral com o tempo de diagnóstico. *Arq Ciênc Saúde*. 2016;23(4):95-8.
27. Abbas AK, Lichtman AH, Pillai S. *Imunologia celular e molecular*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
28. Patroclo MA, Medronho RA. Evolução da contagem de células T CD4+ de portadores de AIDS em contextos socialmente desiguais. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1955-63. doi: 10.1590/s0102-311x2007000800022

Descritores

Dimensões pélvicas; Prolapso de órgão pélvico

Keywords

Pelvic dimensions; Pelvic organ prolapse

Submetido:

26/04/2023

Aceito:

21/11/2023

1. Centro Universitário Ritter dos Reis, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rhuan Alexander da Silva Dornelles
Rua Orfanotrófio, 555, Alto
Teresópolis, 90840-440, Porto Alegre,
RS, Brasil
alexanderrhuan@gmail.com

Como citar:

Dornelles RA, Furlanetto MP. As dimensões ósseas da pelve podem estar relacionadas à gênese dos prolapso de órgãos pélvicos? uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico. Femina. 2024;52(1):49-56.

As dimensões ósseas da pelve podem estar relacionadas à gênese dos prolapso de órgãos pélvicos? Uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico

Can the bone dimensions of the pelvis be related to the genesis of pelvic organ prolapses? A systematic review of observational studies for risk assessment and prognosis

Rhuan Alexander da Silva Dornelles¹, Magda Patrícia Furlanetto¹

RESUMO

Objetivo: Averiguar qual o papel desempenhado pelas dimensões ósseas da pelve em relação à gênese do prolapso de órgãos pélvicos por meio de publicações dos últimos quinze anos. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico por meio de um levantamento bibliográfico virtual de artigos científicos publicados em revistas digitais entre os anos 2007 e 2022, nas bases de dados PubMed, BVS e ScienceDirect. **Resultados:** Uma área pélvica anterior mais ampla e um maior diâmetro interespinhoso foram caracterizados como possíveis causas para prolapso de órgãos pélvicos. A maior parte dos estudos contou com mensurações ósseas diversificadas, nas quais as demais dimensões não apresentaram significância estatística. **Conclusão:** Os estudos avaliados nesta revisão sugerem uma nova medida do assoalho pélvico relacionada a mulheres com prolapso, com apresentação de uma maior área anterior, em grande parte influenciada pelo diâmetro interespinhoso, o qual leva a um aumento da carga sobre o assoalho pélvico. Porém, ainda assim, urge a necessidade de mais estudos para corroborar nossos achados.

ABSTRACT

Objective: To investigate the role played by the bone dimensions of the pelvis in relation to the genesis of pelvic organ prolapses through publications from the last

fifteen years. **Methods:** This is a systematic review of observational studies for risk assessment and prognosis through a virtual bibliographic survey of scientific articles published in digital journals between 2007 and 2022, in PubMed, BVS and ScienceDirect databases. **Results:** A wider anterior pelvic area and a larger interspinous diameter were characterized as possible causes for pelvic organ prolapses. Most of the studies have diversified bone measurements, in which the other dimensions weren't statistically significant. **Conclusion:** The studies evaluated in this review suggest a new measurement of the pelvic floor related to women with prolapse, with a larger anterior area, largely influenced by the interspinous diameter, which leads to an increased load on the pelvic floor. However, even so, there is an urgent need for further studies to corroborate our findings.

INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é definido como o descenso ou herniação das estruturas pélvicas através do assoalho pélvico e das paredes vaginais, sendo classificado de acordo com o órgão protruso. O POP de parede anterior é caracterizado pela descida da bexiga; já o de parede posterior caracteriza-se pela protrusão retal; por sua vez, o apical consiste na herniação do útero e/ou da cúpula vaginal pós-histerectomia.^(1,2) A sintomatologia é heterogênea e tende a piorar tanto com a ação da gravidade sobre as estruturas quanto em momentos de aumento de pressão abdominal, abrangendo desde o sintoma mais prevalente referido como sensação de “bola na vagina” até incontinência urinária e fecal, bem como sangramentos, corrimentos e infecções vaginais. Tal condição afeta diretamente a qualidade de vida das mulheres.⁽¹⁾

A prevalência, no entanto, parece ser subestimada, uma vez que a maioria dos estudos se baseia em questionários de sintomas, principalmente no relato de uma sensação de protuberância vaginal e na ausência de um exame ginecológico. As taxas de prevalência variam entre 2,9% e 11,4%. Contudo, pesquisas com base em critérios anatômicos, seja por meio do exame ginecológico e/ou pelo sistema de Quantificação de Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP-Q – em inglês, *Prolapse Organ Pelvic Quantification*), mostram índices que podem atingir dos 31,8% aos 97,6%.⁽³⁾ Embora os dados sejam alarmantes, a etiologia do POP ainda não é totalmente clara, e diversos fatores de risco têm sido associados a tal etiologia. Entre eles, o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico e dos tecidos conjuntivos,^(2,4) a multiparidade ligada aos traumas obstétricos, seguidos por obesidade, predisposição genética, idade avançada, menopausa,⁽²⁾ além do aumento de colágeno tipo III e da redução do colágeno do tipo I na musculatura da parede vaginal.⁽⁵⁾

Com o aumento da expectativa de vida e da prática de atividades físicas de alto impacto, bem como devido à posição ocupada pelas mulheres no mercado de trabalho, é possível observar uma tendência de gestações

mais tardias. Consequentemente, vemos uma maior busca por tratamento, seja cirúrgico ou conservador, o que tende a representar um agravo de saúde cada vez mais presente.^(2,6) Em termos de custos, os gastos diretos com cirurgia para reparação de POP já chegaram a representar mais de 1 bilhão de dólares em um único ano nos Estados Unidos.⁽⁷⁾ Já no tratamento conservador, o uso de pessários vaginais e/ou o treinamento da musculatura do assoalho pélvico têm sido preconizados na busca pela satisfação da paciente diante do tratamento e pela melhora na qualidade de vida.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Ao longo do tempo, várias hipóteses têm sido geradas em um esforço para se identificarem os fatores de risco associados ao POP, incluindo-se a investigação sobre o tamanho e a forma da pelve. Em 2003, Handa *et al.*⁽¹¹⁾ já descreviam uma entrada pélvica transversal mais larga e um conjugado obstétrico mais curto em mulheres com distúrbios do assoalho pélvico. O estudo conduzido pelo Grupo de Pesquisa do Assoalho Pélvico do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Michigan buscou verificar o papel da pelvimetria na continência urinária e relatou dimensões pélvicas mais amplas em mulheres com incontinência urinária do que em controles continentas.⁽¹²⁾ Além disso, existem estudos sobre prolapsos que demonstram que características demográficas, como a etnia, podem afetar criticamente a forma e o tamanho da pelve.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Nesse contexto, estudos que possam gerar maior compreensão sobre a fisiopatologia dos POPs podem ser de grande valia para minimizar falhas e complicações, assim como para desenvolver intervenções que possam prevenir seu desenvolvimento e sua recorrência após o tratamento. Dessa forma, este trabalho tem por objetivo revisar sistematicamente a literatura dos últimos 15 anos na busca por parâmetros anatômicos que possam averiguar qual o papel desempenhado das dimensões ósseas da pelve para a gênese dos prolapsos de órgãos genitais.

MÉTODOS

O presente estudo se caracteriza como uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico da literatura que buscou responder se há relação entre as dimensões ósseas da pelve e a gênese dos prolapsos de órgãos pélvicos. De acordo com a estratégia PECO, esta revisão estabeleceu os seguintes critérios de elegibilidade: **População** – mulheres que apresentam prolapsos de órgãos pélvicos; **Exposição** – fatores de risco associados às dimensões ósseas; **Comparação** – mulheres que não apresentam prolapsos de órgãos pélvicos; **Desfecho** – prolapsos de órgãos pélvicos; **Tipos de estudo** – estudos observacionais comparativos.⁽¹⁶⁾

As buscas por artigos científicos publicados em revistas eletrônicas foram realizadas de fevereiro a abril de 2022, no período compreendido entre os anos 2007 e

2022, nas bases de dados PubMed, BVS e ScienceDirect. Foram selecionados estudos publicados em português e inglês, para assegurar uma busca abrangente, além de pesquisas manuais também terem sido realizadas com base nas referências dos estudos incluídos. Foram utilizados, para a estratégia de busca, os termos mediante o sistema de metadados médicos *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como disposto no quadro 1.

As buscas foram realizadas por dois avaliadores independentes, que selecionaram os estudos potencialmente relevantes a partir dos títulos e dos resumos obtidos nas bases de dados. Quando essas seções não forneceram informações suficientes para serem incluídas no escopo do trabalho, o texto completo foi verificado. Posteriormente, os mesmos revisores avaliaram independentemente os estudos completos e realizaram a seleção de acordo com os critérios de elegibilidade, ou seja, o uso de uma metodologia ligada a estudos que correlacionassem as dimensões ósseas da pelve com a gênese dos prolapso de órgãos pélvicos. Os casos discordantes foram resolvidos por consenso. Autores, ano de publicação, participantes, tipo de intervenção e resultados das variáveis de interesse foram obtidos de forma independente pelos dois revisores, utilizando-se um formulário padronizado. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos em grupos temáticos a partir das variáveis de interesse.

Os estudos selecionados para a presente revisão foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica com o *Checklist Downs and Black*. Essa escala apresenta 27 critérios, com pontuação variando de 0 a 1, exceto um critério que pontua de 0 a 2 pontos. Para estudos observacionais, apenas 18 itens são pontuados. Itens não apresentados nos estudos não recebem pontuação. Assim, estudos com melhor qualidade metodológica atingem maior pontuação. Todos os estudos inclusos nesta revisão foram mantidos, mesmo aqueles que obtiveram escores baixos no *checklist*.

Foram considerados metodologicamente fortes os trabalhos que apresentavam escores iguais ou superiores a 80% da pontuação máxima; escores entre 60% e 79% foram considerados moderados, e aqueles inferior-

res a 60% foram considerados de metodologia insatisfatória (fracos). Para o presente estudo, as questões referentes a ensaios clínicos (8, 9, 14, 15, 17, 23, 24, 26, 27) não foram consideradas. Dessa forma, foram utilizados 18 itens da escala original, fornecendo-se uma pontuação máxima de 19 pontos, visto que a pergunta 5 permite pontuação de 0 a 2.⁽¹⁷⁾

RESULTADOS

Na busca realizada, 591 referências foram localizadas. Dessas, 108 artigos foram oriundos da base de dados PubMed, 185, da base de dados BVS e 295, da ScienceDirect, e três desses artigos foram encontrados mediante busca manual nos estudos incluídos. Inicialmente, 110 foram excluídos por serem duplicatas ou triplicatas e, após a triagem, foram excluídos 469 registros por meio da leitura do título ou do resumo. Após a leitura na íntegra, seis estudos foram excluídos por não apresentarem desfechos referentes à pergunta norteadora, restando três artigos para análise qualitativa, os quais, somados aos três da busca manual, perfizeram um total de seis estudos. Desses, um estudo da busca manual foi excluído por desfecho diferente, obtendo-se, assim, cinco estudos para análise. A figura 1 representa o fluxograma de pesquisa,⁽¹⁸⁾ o qual demonstra que os cinco artigos encontrados são escritos em língua inglesa e correspondem a estudos comparativos do tipo caso-controle.

Os estudos selecionados tiveram como objetivo investigar a correlação das dimensões ósseas da pelve com os prolapso genitais e estão apresentadas no quadro 2. Em todos os artigos selecionados, os parâmetros avaliados partiram da análise de imagens de ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC), e a pontuação do POP foi quantificada a partir do sistema POP-Q.

De acordo com as pontuações obtidas por meio da Escala Metodológica *Downs and Black*, todos os estudos foram considerados metodologicamente fortes, atingindo uma média de $93,8 \pm 3,0$. A maior parte das lacunas encontradas nos estudos referiu-se aos critérios de validação externa (Figura 2).

Os resultados obtidos em relação aos métodos de avaliação, aos parâmetros avaliados e às suas conclusões estão dispostos no quadro 3.

DISCUSSÃO

Para esta revisão, foram selecionados estudos que buscavam caracterizar as dimensões ósseas da pelve como fator causal para os POPs. Nesses estudos, o diâmetro interespinhoso foi a medida mais frequente, estando presente em quatro dos cinco estudos. Essa dimensão, juntamente com aquelas relativas à área pélvica anterior (APA), demonstrou ser aplicável na busca pela gênese dos POPs. Os diâmetros anteroposteriores necessitam de mais pesquisas a fim de validar sua aplicabilidade clínica. As demais medidas não mostraram relevância,

Quadro 1. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operadores booleanos utilizados nas buscas em bases de dados

Base de Dados	Equações de Busca
PubMed	((Pelvic Dimensions) AND (Pelvic Organ Prolapse))
BVS	((Pelvic Dimensions) AND (Pelvic Organ Prolapse))
ScienceDirect	((Pelvic Dimensions) AND (Pelvic Organ Prolapse))

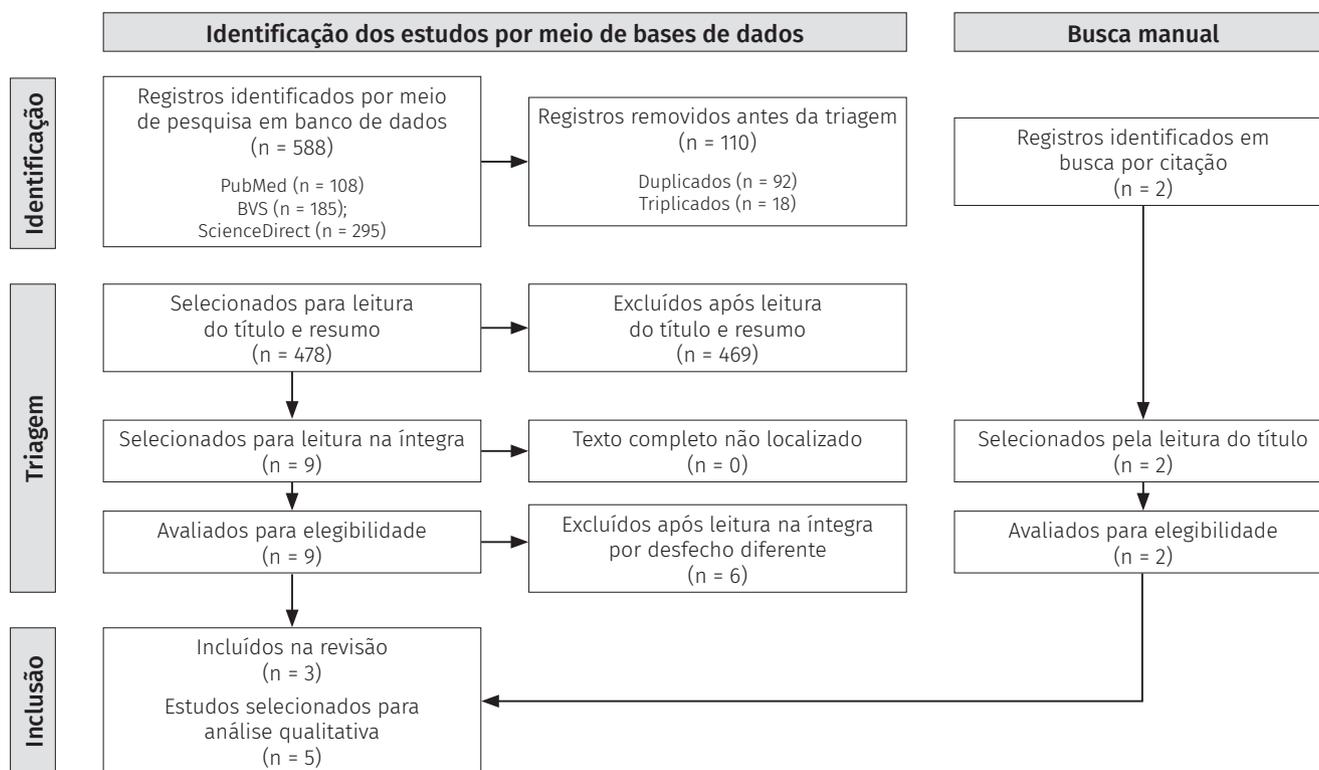


Figura 1. Fluxograma de Pesquisa – PRISMA

Quadro 2. Fontes bibliográficas identificadas, ano, delineamento do estudo, características da amostra e dimensões estudadas

Autor/Ano País	Desenho do Estudo	Amostra (n)	Etnia/Raça	Idade	Parâmetros Avaliados
Stein <i>et al.</i> (2009) ⁽¹⁹⁾ EUA	Caso-controle	84	100% CC	52,6 ± 13,2 (GCo) 52,8 ± 13,6 (GCa)	DII DAPI DSP-EI DSCC-EI
Xu <i>et al.</i> (2011) ⁽²⁰⁾ China	Caso-controle	806	100% AS	0 (GCo) ≥30 (GCa)	DAPs DIT
Sammarco <i>et al.</i> (2019) ⁽²¹⁾ EUA	Caso-controle	30	90% CC 10% N/E	29,9 (24,4;32,9) (GCo) 56,0 (52,8;59,3) (GCa1) 59,9 (54,2;58,1) (GCa2)	DII APA ADEA HG AOI
Yang <i>et al.</i> (2020) ⁽²²⁾ China	Caso-controle	506	100% AS	61,62 ± 9,70 (GCo) 62,93 ± 8,51 (GCa1) 64,64 ± 9,60 (GCa2) 62,97 ± 8,99 (GCa3)	DII DAPs DIT
Sammarco <i>et al.</i> (2021) ⁽²³⁾ EUA	Caso-controle	96	90% CC 10% N/E	54,1 (32,1;59,7) (GCo) 57,8 (52,4;63,6) (GCa)	DII DAPs AOI APA APP APT

ADEA: área de defeito anatômico do elevador do ânus; AOI: área do músculo obturador interno; APA: área pélvica anterior; APP: área pélvica posterior; APT: área pélvica total; AS: asiáticas; CC: caucasianas; DAPI: diâmetro anteroposterior da abertura inferior; DAPs: diâmetro anteroposterior da abertura superior; DII: diâmetro interespinhoso; DIT: diâmetro intertuberoso; DSCC-EI: distância entre a articulação sacrococcígea e as espinhas isquiáticas; DSP-EI: distância entre a sínfise púbica e as espinhas isquiáticas; GCa: grupo caso; GCo: grupo controle; HG: hiato genital; N/E: não especificado.

As dimensões ósseas da pelve podem estar relacionadas à gênese dos prolapso de órgãos pélvicos? Uma revisão sistemática de estudos observacionais para avaliação de risco e prognóstico

Can the bone dimensions of the pelvis be related to the genesis of pelvic organ prolapses? A systematic review of observational studies for risk assessment and prognosis

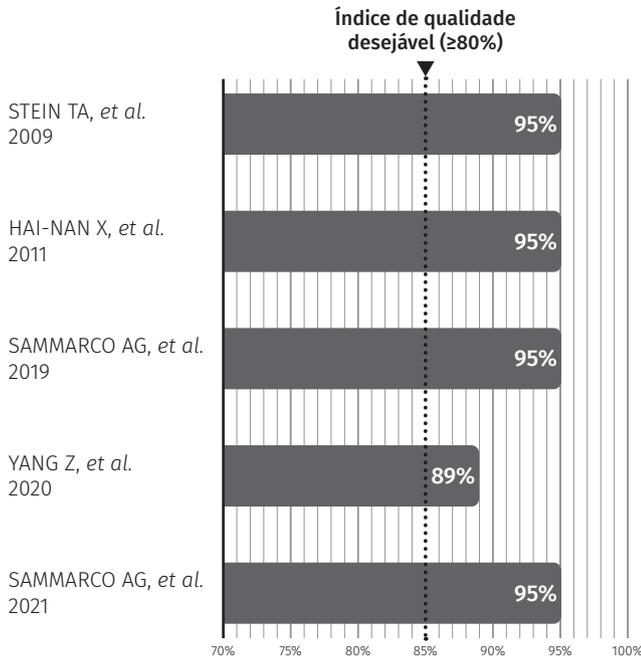


Figura 2. Avaliação do risco de viés da escala Downs and Black

seja por divergências entre os estudos ou por estarem ausentes, o que dificultou uma possível comparação.

A medida mais citada, o diâmetro interespinhoso, consiste em uma dimensão entre as espinhas isquiáticas que estão localizadas no estreito médio da pelve, no nível de inserção do diafragma pélvico.⁽²⁴⁾ Entre os cinco estudos analisados nesta revisão, três apresentaram resultados estatisticamente significativos em relação ao grupo controle, principalmente em mulheres com POP anterior e apical,⁽²²⁾ na qual a distância foi maior no grupo de casos. Sammarco et al.^(21,23) sugerem que essa pode ser uma dimensão a ser aplicada como fator de risco para o desenvolvimento de POP, visto que o diâmetro interespinhoso foi 6% maior nas pacientes com prolapso em comparação com aquelas com suporte normal e foi significativamente associado ao aumento da APA, sendo responsável por 41% da variação. Isso sugere que, nessa população, as mulheres com pelve mais larga ou diâmetro interespinhoso mais longo eram mais propensas a estar na coorte de prolapso.⁽²¹⁾ Yang et al.,⁽²²⁾ ao pesquisarem o diâmetro intertuberoso (*outlet*), também encontraram os mesmos resultados. Ratificando esses

Quadro 3. Estudo selecionado, ano, país de origem, métodos de avaliação, descrição da amostra, principais conclusões e pontuação obtida na escala Downs and Black

Autor Ano/País	Objetivos	Métodos de Avaliação	Grupos	Resultados e Principais Conclusões	DB
Stein et al. (2009) ⁽¹⁹⁾ EUA	Comparar as dimensões ósseas da pelve no nível de suporte pélvico em mulheres com e sem POP	Prolapso: POP-Q. Dimensões pélvicas: RM para medidas de distância entre: DII: diâmetro interespinhoso DAPI: diâmetro anteroposterior da abertura inferior DSP-EI: distância entre a sínfise púbica e as espinhas isquiáticas DSCC-EI: distância entre a articulação sacrococcígea e as espinhas isquiáticas	Total: n = 84 (caucasianas) GCo (controle): n = 42 (suporte normal) GCa (casos): n = 42 (POP ≥ 1 cm além do hímen)	Todas as dimensões pélvicas avaliadas não apresentaram significância estatística, indicando que essas dimensões são semelhantes em mulheres com e sem POP. DII: (p = 0,19) DAPI: (p = 0,71) DSP-EI: (p = 0,81); (p = 0,91) DSCC-EI: (p = 0,32); (p = 0,54) As dimensões pélvicas em nível do estreito inferior são semelhantes, não sendo estatisticamente diferentes nos dois grupos.	100%
Xu et al. (2011) ⁽²⁰⁾ China	Investigar a correlação entre os principais diâmetros das aberturas pélvicas inferior e superior em mulheres com disfunção do assoalho pélvico.	Prolapso: POP-Q Dimensões pélvicas: TC para medidas de distância entre: DAPs: diâmetro anteroposterior da abertura superior DIT: diâmetro intertuberoso	Total: n = 806 (asiáticas) GCo (controle): n = 508 (mulheres com mioma uterino, mas sem POP) GCa (casos): n = 298 (POP entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen e IUE)	DIT: O DIT foi maior no GCa, em relação ao GCo (p < 0,01). DAPs: Não houve diferença estatística significativa entre o GCa e o GCo (p > 0,01).	95%

Sammarco <i>et al.</i> (2019) ⁽²¹⁾ EUA	Desenvolver uma técnica para avaliar o tamanho da abertura na pelve anterior ao nível das inserções do músculo elevador do ânus e identificar alterações relacionadas à idade em mulheres com e sem prolapso.	Prolapso: POP-Q Dimensões pélvicas: RM para medidas: DII: diâmetro interespinhoso APA: área pélvica anterior ADEA: área de defeito anatômico do elevador do ânus HG: hiato genital AOI: área de secção transversa do músculo obturador interno	Total: n = 30 (caucasianas) GCo (controle): n = 10 (mulheres não menopausadas com suporte normal, sem POP) GCa1 (casos): n = 10 (mulheres na menopausa com POP ≥ 1 cm além do hímen) GCa2 (casos): n = 10 (mulheres na menopausa sem POP)	DII: GCa1 > GCo (p = 0,007) e GCa1 > GCa2 (p = 0,01). Não houve diferenças no DII entre o GCo e o GCa2 sem POP (p = 0,96). ADEA: GCa1 > GCo e GCa2 sem POP (p = 0,16). APA: GCa1 > GCo e GCa2 (p = 0,004 e 0,001). Não houve diferenças entre os grupos GCo e GCa2 sem POP (p = 0,86). HG: GCa1 > GCo e GCa2 (p = 0,03). Não houve diferenças entre os grupos GCo e GCa2 sem POP (p = 0,08). AOI: Houve diminuição com a idade, porém sem significância estatística (p = 0,33). Após o ajuste para raça e IMC, o aumento da APA foi associado a: ser uma mulher idosa com prolapso (p = 0,004); e a um maior DII (p = 0,004), sugerindo que as medidas possam ser consideradas ao avaliar mulheres com POP.	95%
Yang <i>et al.</i> (2020) ⁽²²⁾ China	Investigar a associação entre as dimensões ósseas da pelve e os POPs de compartimentos anterior, apical e posterior, e explorar o mecanismo de diferentes tipos de POP do ponto de vista anatômico.	Prolapso: POP-Q Dimensões pélvicas: RM para medidas: DII: diâmetro interespinhoso DAPs: diâmetro anteroposterior da abertura superior DIT: diâmetro intertuberoso	Total: n = 506 (asiáticas) GCo (controle): n = 253 (mulheres com mioma uterino, mas sem POP) GCa1 (casos): n = 138 (mulheres com POP de compartimento anterior) GCa2 (casos): n = 86 (Mulheres com POP de compartimento apical) GCa3 (Casos): n=29 (Mulheres com POP de compartimento posterior)	DII: O DII nos grupos GCa1 e GCa2 foi maior em relação ao do GCo e do GCa3 (p < 0,05). DAPs: O DAPs no GCa2 foi menor que nos outros grupos (p < 0,05). DIT: O DIT no GCa1 e GCa 2 foi maior no GCo, porém maior do que no GCa3 (p < 0,05). O DAPs em grupos POP foi significativamente menor do que no GCo (p < 0,05), porém o DII e o DIT foram maiores que os do GCo.	89%
Sammarco <i>et al.</i> (2021) ⁽²³⁾ EUA	Investigar a relação entre prolapso e área de secção transversa pélvica anterior (APA) e posterior (APP) em uma população maior e mais diversificada.	Prolapso: POP-Q Dimensões pélvicas: RM para medidas: DII: diâmetro interespinhoso DAPs: diâmetro anteroposterior da abertura superior AOI: área de secção transversa do músculo obturador interno APA: área pélvica anterior APP: área pélvica posterior APT: área pélvica total	Total: n = 96 (caucasianas) GCo (controle): n=66 (mulheres sem POP) GCa (casos): n=33 (mulheres com POP)	DII: GCa > GCo (p = 0,001). DAPs: GCa > GCo (p = 0,01). AP: Anterior (APA): GCa > GCo (p < 0,0001). Posterior (APP): GCa < GCo (p = 0,12). Total (APT): GCa > GCo (p < 0,0001). AOI: GCa < GCo (p = 0,002). Diferenças no HG e na ADEA foram as medidas com maior variação entre os POPs. Após o ajuste para idade, paridade e ADEA, o POP foi significativamente associado ao aumento da APA (p = 0,001).	100%

ADEA: área de defeito anatômico do elevador do ânus; AOI: área do músculo obturador interno; APA: área pélvica anterior; APP: área pélvica posterior; APT: área pélvica total; AS: asiáticas; CC: caucasianas; DAPI: diâmetro anteroposterior da abertura inferior; DAPs: diâmetro anteroposterior da abertura superior; DII: diâmetro interespinhoso; DIT: diâmetro intertuberoso; DSCC-El: distância entre a articulação sacrococcígea e as espinhas isquiáticas; DSP-El: distância entre a sínfise púbica e as espinhas isquiáticas; GCa: grupo caso; GCo: grupo controle; HG: hiato genital; IUE: incontinência urinária de esforço; TC: tomografia computadorizada; IMC: índice de massa corporal.

achados, Xu *et al.*⁽²⁰⁾ demonstraram que o diâmetro transversal da saída pélvica maior que 9,5 cm está intimamente correlacionado com a incidência de disfunções do assoalho pélvico, representando um fator de risco e que poderia ser utilizado como um índice preditivo.

Na pesquisa conduzida por Sammarco *et al.*,^(21,23) a APA foi maior no grupo de mulheres caucasianas com POP. De acordo com os autores, a APA é definida como o espaço contido entre a linha interespinhal posteriormente, as bordas mediais dos músculos obturatórios internos bilateralmente e o ponto púbico da borda inferior da sínfise púbica anteriormente. Tais dimensões estão relacionadas ao ângulo subpúbico.^(25,26) De acordo com os estudos, a APA pode ser uma análise a ser estimada na avaliação de risco e prognóstico de prolapso pélvicos. Entre os achados, o POP foi relacionado a uma APA maior associada a um maior diâmetro interespinhoso e ao fato de a mulher ser idosa, uma vez que mulheres jovens com as mesmas dimensões não apresentavam POP. Corroborando esses resultados, Sachdeva *et al.*⁽²⁵⁾ demonstraram que uma maior APA e um ângulo subpúbico mais amplo podem, também, ser fatores de risco para disfunções do assoalho pélvico, como trauma no transparto e incontinência urinária pós-parto. Nesse contexto, estudos relatam que a menopausa altera de forma significativa a resiliência do tecido conjuntivo pélvico⁽²⁷⁾ e o trofismo muscular,⁽²⁸⁾ de maneira que poderia facilitar a progressão a POPs sintomáticos.

Em relação aos diâmetros anteroposteriores, os estudos apresentaram divergências quanto às suas conclusões. Sammarco *et al.*,^(21,23) ao avaliarem o diâmetro anteroposterior da abertura superior (*inlet*) de mulheres caucasianas, encontraram como resultado um aumento dessa distância no grupo de casos com POP. Yang *et al.*,⁽²²⁾ por sua vez, ao avaliarem mulheres asiáticas, relataram uma redução desse espaço na amostra com POP, principalmente em relação ao compartimento apical. Ratificando tais achados, o estudo de Cheung *et al.*⁽¹³⁾ igualmente estimou uma maior incidência de POP de compartimento apical em mulheres do Leste Asiático, na mesma proporção em que mulheres caucasianas apresentaram maior descenso da ampola retal durante a manobra de Valsalva, risco de POP de compartimento posterior e menor risco para os de compartimento apical. Stein *et al.*⁽¹⁹⁾ e Xu *et al.*⁽²⁰⁾ não obtiveram resultados significativos concernentes a tal dimensão estudada.

Embora a etiologia do POP seja multifatorial, alguns estudos apresentam a etnia como um fator etiológico em potencial, e sua prevalência parece variar de acordo com o grupo étnico.^(29,30) Já estão bem documentadas as disparidades interétnicas da anatomia óssea humana. Inicialmente, apenas o crânio era utilizado para a diferenciação da afinidade biológica, mas, atualmente, a pelve óssea é igualmente utilizada para realizar esse reconhecimento.⁽³¹⁾

Finalmente, entre as limitações desta revisão, encontra-se a escassez de publicações sobre a relação

entre as dimensões ósseas pélvicas e as disfunções do assoalho pélvico. Essas limitações dificultam, assim, a proposição de efetivas comparações da pelvimetria óssea como critério para a gênese dos POPs. Como pontos fortes desta revisão, é possível observar uma alta robustez metodológica, visto que os estudos analisados demonstraram altos índices de qualidade na escala *Downs and Black*, na qual todos obtiveram escores acima de 80%. Os pontos fortes deste estudo incluem o fato de os estudos avaliados apresentarem cálculo amostral e/ou grande amostra. Além disso, as ferramentas de avaliação POP-Q e RM são consideradas padrão-ouro na literatura. Em relação à RM, mesmo com um alto custo envolvido, é uma ferramenta versátil e com alto grau de detalhamento de estruturas anatômicas.⁽³²⁾ Da mesma forma, o POP-Q é considerado como a mais precisa avaliação para descrever o POP em nível de pesquisa e prática clínica, segundo a *International Continence Society* e órgãos afiliados.⁽³³⁾

CONCLUSÃO

Os estudos avaliados nesta revisão sugerem uma nova medida do assoalho pélvico relacionada a mulheres com prolapso, com apresentação de uma maior área anterior, em grande parte influenciada pelo diâmetro interespinhoso, o qual leva a um aumento da carga sobre o assoalho pélvico. Compreender essa força no assoalho pélvico e o que a afeta é fundamental a fim de desenvolver intervenções clínicas para prevenção e tratamento do prolapso de órgãos pélvicos. Portanto, é possível que haja um conjunto de dimensões pélvicas ideais que previnam o desenvolvimento de prolapso. Neste caso, seria necessário encontrar um equilíbrio entre ter uma pelve grande o suficiente para dar à luz um bebê – sem gerar lesão no elevador do ânus – e ter dimensões pélvicas que reprimam a quantidade de carga gerada sobre o assoalho pélvico ao longo da vida. Em síntese, mais estudos são necessários para validar fidedignamente tais relações.

REFERÊNCIAS

1. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016;27(2):165-94. doi: 10.1007/s00192-015-2932-1
2. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020;46(1):5-14. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581
3. Fatton B, de Tayrac R, Letouzey V, Huberlant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. *Nat Rev Urol.* 2020;17(7):373-90. doi: 10.1038/s41585-020-0334-8
4. DeLancey JO. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(5):420-9. doi: 10.1097/GCO.0000000000000312
5. Vetuschi A, D'Alfonso A, Sferra R, Zanelli D, Pompili S, Patacchiola F, et al. Changes in muscularis propria of anterior vaginal wall in women with pelvic organ prolapse. *Eur J Histochem.* 2016;60(1):2604. doi: 10.4081/ejh.2016.2604

6. Horst W, do Valle JB, Silva JC, Gascho CL. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. *Int Urogynecol J*. 2016;28(8):1165-70. doi: 10.1007/s00192-016-3238-7
7. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):646-51. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01472-7
8. Panman CM, Wiegiersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse. *Menopause*. 2016;23(12):1307-18. doi: 10.1097/GME.0000000000000706
9. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2015;27(7):981-92. doi: 10.1007/s00192-015-2846-y
10. Espiño-Albela A, Castaño-García C, Díaz-Mohedo E, Ibáñez-Vera AJ. Effects of pelvic-floor muscle training in patients with pelvic organ prolapse approached with surgery vs. conservative treatment: a systematic review. *J Pers Med*. 2022;12(5):806. doi: 10.3390/jpm12050806
11. Handa VL, Pannu HK, Siddique S, Gutman R, VanRooyen J, Cundiff G. Architectural differences in the bony pelvis of women with and without pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1283-90. doi: 10.1016/j.obstetgynecol.2003.08.022
12. Berger MB, Doumouchtsis SK, DeLancey JO. Bony pelvis dimensions in women with and without stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2012;32(1):37-42. doi: 10.1002/nau.22275
13. Cheung RY, Chan SS, Shek KL, Chung TK, Dietz HP. Pelvic organ prolapse in Caucasian and East Asian women: a comparative study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019;53(4):541-5. doi: 10.1002/uog.20124
14. Ford AT, Eto CU, Smith M, Northington GM. Racial differences in pelvic organ prolapse symptoms among women undergoing pelvic reconstructive surgery for prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25(2):130-3. doi: 10.1097/SPV.0000000000000659
15. Alves GT, Silva YP, Furlanetto MP. Existe relação entre etnia e a incidência de prolapso genitais? *Fisioter Bras*. 2021;22(5):697-711. doi: 10.33233/fb.v22i5.4482
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
17. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):377-84. doi: 10.1136/jech.52.6.377
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71):1-9. doi: 10.1136/bmj.n71
19. Stein TA, Kaur G, Summers A, Larson KA, DeLancey JO. Comparison of bony dimensions at the level of the pelvic floor in women with and without pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):241.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2008.10.040
20. Xu HN, Xia ZJ, Li BX, Yin YT, Wang F, Hu Q, et al. Investigation of correlation between diameters of pelvic inlet and outlet planes and female pelvic floor dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;159(2):461-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.07.034
21. Sammarco AG, Sheyn DD, Krantz TE, Olivera CK, Rodrigues AA, Kobernik ME, et al. A novel measurement of pelvic floor cross-sectional area in older and younger women with and without prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(5):521.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2019.08.001
22. Yang Z, Xia Z, Li B, Yao X, Jin X, Wang X. Investigation of correlation between bony pelvis dimensions and pelvic organ prolapse in different compartments. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:213-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.026
23. Sammarco AG, Sheyn D, Hong CX, Kobernik EK, Swenson CW, Delancey JO. Pelvic cross-sectional area at the level of the levator ani and prolapse. *Int Urogynecol J*. 2021;32(4):1007-13. doi: 10.1007/s00192-020-04546-4
24. Shirley MK, Cole TJ, Arthurs OJ, Clark CA, Wells JC. Developmental origins of variability in pelvic dimensions: evidence from nulliparous South Asian women in the United Kingdom. *Am J Hum Biol*. 2019;32(2):e23340. doi: 10.1002/ajhb.23340
25. Sachdeva K, Singla RK, Kalsey G. Role of subpubic angle in sexual dimorphism & its clinical importance: a morphometric study in adult human bony pelvis. *Int J Anat Res*. 2016;4(4):3166-9. doi: 10.16965/ijar.2016.430
26. Kayastha P, Suwal S, Shrestha L, Paudel S, Shrestha SL, Joshi P. Measurement of subpubic angle in radiograph. *Nepal J Radiol*. 2020;10(2):22-5. doi: 10.3126/njr.v10i2.35972
27. Kerkhof MH, Hendriks L, Brölmann HA. Changes in connective tissue in patients with pelvic organ prolapse – a review of the current literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(4):461-74. doi: 10.1007/s00192-008-0737-1
28. Varella LR, Torres VB, Angelo PH, Eugênia de Oliveira MC, Matias de Barros AC, Viana ED, et al. Influence of parity, type of delivery, and physical activity level on pelvic floor muscles in postmenopausal women. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(3):824-30. doi: 10.1589/jpts.28.824
29. Shek KL, Krause HG, Wong V, Goh J, Dietz HP. Is pelvic organ support different between young nulliparous African and Caucasian women? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;47(6):774-8. doi: 10.1002/uog.15811
30. Giri A, Wu JM, Ward RM, Hartmann KE, Park AJ, North KE, et al. Genetic determinants of pelvic organ prolapse among African American and Hispanic women in the women's health initiative. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141647. doi: 10.1371/journal.pone.0141647
31. Abdool Z, Dietz HP, Lindeque BG. Interethnic variation in pelvic floor morphology in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):745-50. doi: 10.1007/s00192-017-3391-7
32. Fitzgerald J, Richter LA. The role of MRI in the diagnosis of pelvic floor disorders. *Curr Urol Rep*. 2020;21(7):26. doi: 10.1007/s11934-020-00981-4
33. Madhu CK, Hashim H. Surgery for pelvic organ prolapse. *Eur Urol Suppl*. 2018;17(3):119-25. doi: 10.1016/j.EURSUP.2018.01.002

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

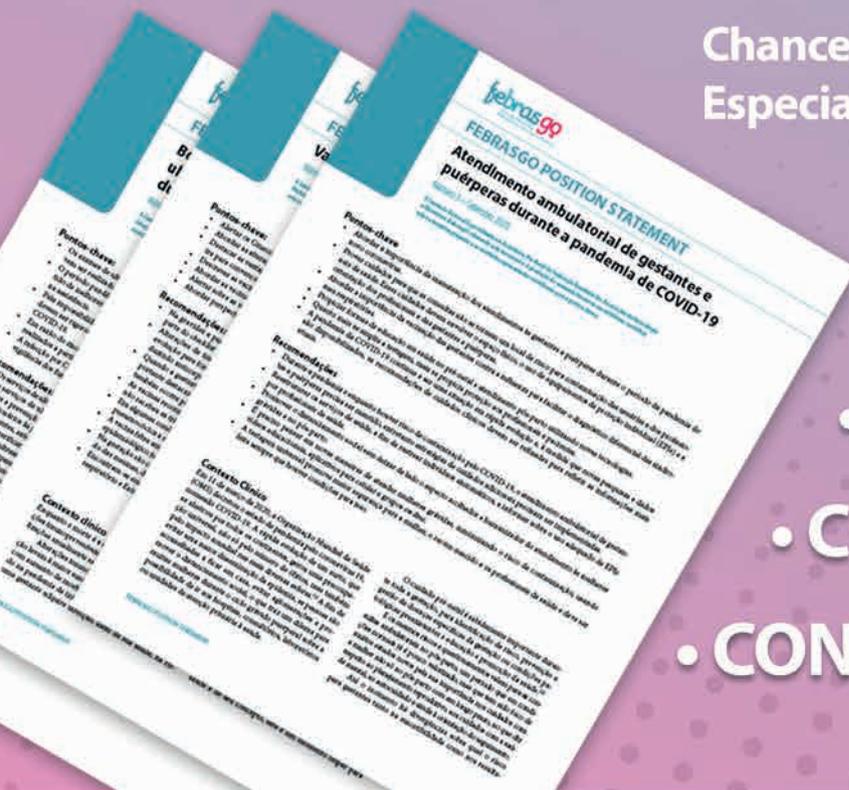


Prática
Assistencial



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)