

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 12, 2024

**Febrasgo
inaugura
Centro de
Treinamento
e Simulação
para
profissionais
da Ginecologia
e Obstetrícia**

**RESIDÊNCIA MÉDICA
Avaliação de
Programas de
Residência Médica
– A importância
do selo Febrasgo**

**DEFESA E VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL
Implantes
hormonais
manipulados:
novas regras
da Anvisa**

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



746



756



759



764

745

EDITORIAL

Fechando com chave de ouro

746

CAPA

Febrasgo inaugura Centro de Treinamento e Simulação para profissionais da Ginecologia e Obstetrícia

748

ENTREVISTA

Novo Centro de Treinamento revoluciona o ensino

752

ANAGO

Inspiração para cuidar

756

FEDERADA

Sogiba: uma associação para todos

759

RESIDÊNCIA MÉDICA

Avaliação de Programas de Residência Médica – A importância do selo Febrasgo

764

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Implantes hormonais manipulados: novas regras da Anvisa

768

CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

769

Desafios e estratégias na vacinação do adolescente

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

775

Terapia hormonal no climatério e câncer de mama – Existem diferenças entre as vias de administração?

780

Transição menopausal: quando e como o progestagênio isolado ou a progesterona micronizada é suficiente?

ARTIGO ORIGINAL

785

Perfil e tendência temporal da gestação na adolescência na região Sul do Brasil no período de 2012 a 2021

ARTIGO DE REVISÃO

792

Empoderando a escolha: planejamento familiar e o adesivo anticoncepcional transdérmico no Brasil

RELATO DE CASO

800

Hiponatremia após histeroscopia: um relato de caso

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

Renata Erlich
comercial.gerencia@febrasgo.org.br

Acesse: www.Febrasgo.org.br

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 Pícolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.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

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
Gustavo Salata Romão
Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior
Ionara Diniz Evangelista Santos 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
Olimpio 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 Kakhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral

EDITORIAL

Fechando com chave de ouro

No contexto da educação continuada, a Febrasgo torna-se gigante! A *Femina* espelha essa grandeza e, em texto na forma de entrevistas, destaca em seu último volume de 2024 e disponibiliza a todos os ginecologistas e obstetras o Centro de Treinamento e Simulação. O primeiro curso Tocoginecologia e Urgências Obstétricas foi concluído. Todos os cursos serão centrados em melhorar a capacidade de resposta dos profissionais nas emergências, assegurando maior segurança ao binômio médico-paciente. Lucinda, robô realista que simula diversas situações clínicas, é apenas um exemplo da alta tecnologia em ensino-aprendizado do Centro. Mais importante, está disponível ao ginecologista e obstetra mais destacado, aos preceptores, aos residentes e a todos que desejarem atualização. Até o momento deste editorial, 40 ginecologistas e obstetras já participaram do curso de hemorragia uterina e técnicas de preservação do útero. A grandeza do centro é resultado de muitas mãos, destacando a presidente da Febrasgo, professora Maria Celeste Wender, e o nosso diretor científico, professor Agnaldo Lopes. O ano de 2025 será rico a todos nós que abraçamos a Febrasgo. O texto em pauta ressalta a opinião de vários ícones da ginecologia e obstetrícia (GO), e o texto elenca para o futuro cursos *hand-on* em laparoscopia, uso do pessários, tocurgia, LARCs (métodos contraceptivos reversíveis de longa duração) e histeroscopia. Certamente muito mais virá.

Dois acadêmicos da Academia Nacional de Ginecologia (Anago) são “ouvidos” pela jornalista Letícia. O professor Marco Aurélio Pinho de Oliveira, ocupante da cadeira nº 13, tem trajetória invejável, pavimentada no ensino da endoscopia ginecológica no Brasil. A paixão por pesquisa e estatística torna sua formação acadêmica e clínica mais robusta. Ocupando a cadeira nº 18, o professor Agnaldo Lopes da Silva é mente brilhante! É jovem, mas já professor titular da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ex-presidente da Febrasgo e diretor científico, dedica-se ao ensino e à pesquisa de alta complexidade. Em síntese, os dois entrevistados são apaixonados pela pesquisa e medicina clínico-assistencial! O professor Marcos Felipe, editor da *Femina* e da RBGO, e o professor Gustavo Salata, ambos destacados educadores da GO brasileira, desvendam o cenário dos programas de residência médica e o papel da Febrasgo na educação continuada. Terminam o texto elencando onze indicadores para excelência na avaliação. Os implantes hormonais manipulados e as novas regras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são comentados pelas professoras Lia Damásio e Maria Celeste Wender. A Resolução nº 4.353 do último novembro deixa espaços para a continuidade do uso dos implantes e terá pouco efeito prático; infelizmente, apesar dos modelos de termos de consentimento informado fornecidos.

A vacina em adolescentes, com seus desafios e estratégias, abre o Caderno Científico declarando a posição da Febrasgo. Os seis pontos-chave que abrem o artigo apontam para o decréscimo no número de imunizados e o aumento das doenças imunopreveníveis. Em suma, aponta para a necessidade de engajamento dos ginecologistas. O texto traz ainda seis recomendações destacando o papel da Febrasgo para que o número de imunizados se aproxime do esperado. A associação de terapia hormonal no climatério com o câncer de mama chama atenção para as vias de administração. Em texto elegante da professora Rita de Cássia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), a conclusão é de que os estudos atuais não permitem uma posição definitiva. O artigo é de leitura essencial! Questão interessante acerca do uso de progesterona/progestagênio isolada na transição menacme/menopausa é posta pelos professores Marcio Alexandre, da UFMG, e Anne Gompel, da Universidade de Paris, França. A revisão é sistemática e foca os sintomas vasomotores e as alterações do sono, concluindo que a progesterona tem efeito benéfico nesses sintomas. Artigo original examina a tendência da gestação em adolescentes da região Sul do país entre 2012 e 2021. O texto é de professores da Universidade do Sul de Santa Catarina. Revisão narrativa acerca do uso de adesivos contraceptivos dos professores de Jundiá, SP, e relato de caso acerca de hiponatremia após histeroscopia de professores da Universidade Federal da Bahia (UFBA) enriquecem este volume.

O ano encerra com a *Femina* mais uma vez publicando volume riquíssimo apontando para a continuidade da excelência de seus artigos no ano de 2025!

Com orgulho e alegria, fechamos 2024. Agradecimento dos editores aos apaixonados pela Febrasgo.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
Editor



Dr. Agnaldo Lopes, Dra. Maria Celeste Wender e Dr. César Eduardo Fernandes



Dr. Alexandre Nozaki, Dr. Álvaro Luiz Lage e Dr. Lucas Barbosa

Febrasgo inaugura Centro de Treinamento e Simulação para profissionais da Ginecologia e Obstetrícia

O objetivo é melhorar a capacidade de resposta dos profissionais durante momentos de emergência, garantindo maior segurança para profissionais e pacientes

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) iniciou, no último dia 23 de novembro, as atividades do seu Centro de Treinamento e Simulação com o lançamento do curso especializado em Tocoginecologia e Urgências Obstétricas. O curso, que combina atividades teóricas e práticas, utiliza metodologias ativas de ensino, como simulação realística e treinamento de habilidades. Durante o curso, os participantes tiveram ênfase nas principais manobras obstétricas recomendadas, além de técnicas de preservação uterina em casos de hemorragia pós-parto.

“Estamos extremamente felizes em inaugurar o nosso Centro de Treinamento e Simulação da Febrasgo. Gostaríamos de convidar todos a ficarem atentos aos cursos que serão divulgados em breve. O espaço foi cuidadosamente planejado para atender a todos os requisitos de segurança e tem como principal objetivo oferecer um ambiente de treinamento de excelência. Queremos que ele se torne um ambiente onde nossos associados possam aprimorar suas habilidades e, assim, proporcionar às mulheres do Brasil a qualificação em saúde que elas merecem”, declarou a presidente da Febrasgo, Dra. Maria Celeste Wender.

Entre os cursos oferecidos, serão ministrados temas como manejo de energias, hemorragia obstétrica, videolaparoscopia e muitos outros. O objetivo é melhorar a capacidade de resposta dos profissionais durante momentos de emergência, garantindo maior segurança para médicos e pacientes.

Na abertura, o Dr. Agnaldo Lopes, diretor científico da Febrasgo, ressaltou que o complexo é um grande diferencial para os associados. “Trata-se de um ambiente controlado, equipado com tecnologia de ponta, voltado para o treinamento em ginecologia e obstetrícia. O centro atende tanto profissionais já capacitados, que buscam atualizar seus conhecimentos e aprimorar suas

habilidades em procedimentos, quanto médicos residentes em formação. Neste ambiente de alta tecnologia, visamos proporcionar mais segurança às mulheres brasileiras. O centro conta com Lucinda, um robô realista que simula diversas situações de emergência, como complicações no parto e assistência obstétrica. Por meio dessa tecnologia, podemos treinar os profissionais para lidar com situações desafiadoras que não ocorrem com frequência na prática clínica diária”, destacou.

Na ocasião, também esteve presente o Dr. César Eduardo Fernandes, ex-presidente da Febrasgo e atual presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).

SISTEMA JADA

As aulas do curso JADA (Hemorragia pós-parto: ênfase nas técnicas de preservação uterina) foram conduzidas por especialistas renomados na área da ginecologia e obstetrícia. O Dr. Álvaro Luiz Lage, professor na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e presidente da Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas da Febrasgo, o Dr. Alexandre Nozaki, professor de Medicina pela Universidade de São Paulo e secretário da Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas da Febrasgo, e o Dr. Lucas Barbosa, médico e preceptor da residência médica da Ginecologia-Obstetrícia e Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), compartilharam conhecimentos e experiências práticas.

Entre os temas, foram abordadas técnicas essenciais para o manejo de urgências obstétricas, com foco nas técnicas de preservação uterina em casos de hemorragia pós-parto. Entre os tópicos principais, destacam-se: balões de tamponamento intrauterino, ligaduras vasculares, suturas uterinas compressivas e a apresentação e uso do sistema de aspiração intrauterina induzido a vácuo (Sistema JADA), uma inovação importante no tratamento da hemorragia pós-parto.



Novo Centro de Treinamento revolucionaria o ensino

Espaço conta com moderna infraestrutura e equipamentos de ponta, como Lucina, utilizado para simular diversas situações críticas obstétricas. As primeiras turmas já foram formadas e a agenda de 2025 está aberta

Por Letícia Martins

No dia 23 de novembro de 2024, quase um mês depois de completar 65 anos de fundação, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) celebrou mais uma conquista: a inauguração do Centro de Treinamento e Simulação (CTS), um espaço novo localizado na sede da entidade, em São Paulo, com equipamentos de última geração e salas climatizadas para receber estudantes, residentes e especialistas em ginecologia e obstetrícia de todo o país.

O evento de inauguração contou com a presença da diretoria da Febrasgo, de representantes das Comissões Nacionais Especializadas, do presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), Dr. César Eduardo Fernandes, além dos participantes da primeira turma do curso especializado em Tocoginecologia e Urgências Obstétricas.

“A inauguração foi um momento de grande emoção, porque o Centro de Treinamento e Simulação foi idealizado e planejado com muito carinho, cuidado e profissionalismo, para proporcionar aos associados da Febrasgo e demais especialistas em ginecologia e obstetrícia o aprimoramento na sua formação, o desenvolvimento de habilidades e a aquisição de novos conhecimentos para o seu enriquecimento profissional”, declarou a presidente da Febrasgo, **Dra. Maria Celeste Osório Wender**.

Ela ressaltou que a ideia do CTS foi concebida na gestão 2020-2023, presidida pelo atual diretor científico da Febrasgo, **Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho**, e destacou que a concretização do projeto “representa o esforço e o compromisso de um grupo composto por vários membros da diretoria atual e da anterior, além do envolvimento essencial dos funcionários da Febrasgo”.

Na avaliação do Dr. Agnaldo, com a inauguração do CTS, a Febrasgo “reforça sua posição como uma das sociedades mais organizadas e comprometidas com a educação médica continuada” e se torna referência no treinamento simulado para tocoginecologistas de todo o país.

“O CTS representa o compromisso da Febrasgo em capacitar os colegas ginecologias e obstetras, que poderão treinar suas habilidades e discutir erros e acertos de procedimentos críticos em um ambiente controlado e seguro. Com isso, as mulheres brasileiras serão beneficiadas com um atendimento cada vez mais adequado”, declarou o diretor científico, que afirmou ainda: “O investimento feito pela Febrasgo em inovação, tecnologia e ensino foi alto, mas será revertido em benefício das pacientes e na formação médica continuada. Estamos muito satisfeitos com o Centro de Treinamento da Febrasgo”.

ESPAÇO FÍSICO E APRENDIZAGEM

Para a realização do CTS, a Febrasgo contratou uma empresa especializada em arquitetura e engenharia e contou com a consultoria de vários especialistas em simulação realística. A diretora administrativa da Febrasgo,

“A inauguração foi um momento de grande emoção, porque o Centro de Treinamento e Simulação foi idealizado e planejado com muito carinho, cuidado e profissionalismo”,

declarou a presidente da Febrasgo, **Dra. Maria Celeste Osório**.





“Sem dúvida, o CTS da Febrasgo eleva o padrão da formação médica no Brasil”,

afirmou o Dr. Alexandre Nozaki.

Dra. Roseli Nomura, explicou que o cronograma de trabalho levou um tempo maior do que o previsto para ser concluído, devido a alguns percalços no início das obras, em 2023. Mas, com a chegada de 2024, as etapas foram deslançando. “O projeto foi sendo aperfeiçoado ao longo de 2024 e demandou uma equipe grande de profissionais de várias áreas e a supervisão direta da diretoria da Febrasgo. Com isso, cada vez que nós vislumbrávamos uma melhoria, tínhamos a oportunidade de discutir com a equipe responsável pelo projeto e ajustá-lo”, relatou a Dra. Roseli.

“O resultado de todo esse trabalho é um centro de treinamento e simulação moderno, totalmente climatizado e novo, com duas salas de treinamento simulado e outras duas salas para aulas e discussões, equipadas com todo o sistema de vídeo e áudio, que permitem gravações seguras dos cenários simulados. Além disso, há uma área de convivência para interação entre alunos e professores”, resumiu.

De acordo com a Dra. Roseli, que foi presidente da Comissão Nacional do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo (TEGO), a primeira turma de alunos formada no CTS aprovou o novo espaço da Febrasgo. “O ginecologista e obstetra de hoje aprende muito melhor quando é exposto a ambientes de simulação, um método de ensino que favorece a aquisição e a fixação do conhecimento. Portanto, quando nós utilizamos um centro de treinamento em ambiente simulado, estamos oferecendo uma metodologia de ensino inovadora, que torna o processo de ensino-aprendizagem mais rico. Assim, o aluno e o especialista conseguem aprender com maior facilidade, assimilar esse conhecimento e levar os aspectos da prática para o atendimento de suas pacientes no consultório”, expôs a médica.

Para o **Dr. Alexandre Nozaki**, secretário da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Urgências Obstétricas da Febrasgo, o CTS significa um marco na formação e capacitação dos ginecologistas e obstetras no Brasil. “O CTS é uma ferramenta essencial para o aprimoramento técnico e científico dos profissionais. Por meio da simulação realística e de métodos modernos de aprendizagem, os médicos têm a oportunidade de treinar situações complexas e críticas em um ambiente

seguro, sem riscos para as pacientes. Isso não apenas melhora as habilidades práticas, como também fortalece a tomada de decisão e a confiança dos profissionais. Essa estrutura promove, de forma significativa, a excelência no atendimento às mulheres, especialmente em situações de emergência obstétrica”, disse.

PRIMEIRAS TURMAS E EQUIPAMENTOS MODERNOS

Até o momento, houve duas turmas concluídas no curso “Hemorragia pós-parto: ênfase nas técnicas de preservação uterina”, com a participação de 40 médicos, incluindo residentes e especialistas em busca de atualização. O curso foi ministrado pelo Dr. Álvaro Luiz Lage, presidente da CNE de Urgências Obstétricas e professor na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pelo Dr. Alexandre, professor de Medicina na Universidade de São Paulo, e pelo Dr. Lucas Barbosa da Silva, médico e preceptor da residência médica da Ginecologia-Obstetrícia e Mastologia do Hospital das Clínicas da UFMG, que compartilharam conhecimentos e experiências práticas.

Os participantes praticaram habilidades como o uso do Sistema JADA (sistema de aspiração intrauterina induzido a vácuo) para controle de hemorragia pós-parto; suturas uterinas compressivas e ligaduras vasculares; inserção de balão intrauterino industrializado e manufatura de balões intrauterinos artesanais; além de técnicas de empacotamento abdominal com compressas para controle de danos.

“Os resultados das primeiras turmas foram extremamente positivos, e o espaço do CTS é absolutamente aprovado na prática. O ambiente oferece tecnologia de ponta e permite simulações que replicam com precisão as situações emergenciais. Isso é um diferencial, pois os profissionais saem mais confiantes e preparados para enfrentar desafios reais”, avaliou o Dr. Alexandre.

Um dos grandes destaques do CTS é Lucina, um simulador de alta fidelidade extremamente avançado, utilizado para representar diversas situações críticas obstétricas, como distocias, hemorragia pós-parto e complicações no parto. Segundo o Dr. Alexandre, embora o uso de simuladores em programas de residência

“O CTS representa o compromisso da Febrasgo em capacitar os colegas ginecologistas e obstetras. Todo o investimento será revertido em benefício das mulheres brasileiras”,

disse o Dr. Agnaldo Lopes.





“Estamos oferecendo uma metodologia de ensino inovadora, que torna o processo de ensino-aprendizagem mais rico. Assim, o aluno e o especialista conseguem aprender com maior facilidade”, expôs a Dra. Roseli Nomura.

no Brasil ainda esteja em expansão, Lucina é uma das tecnologias mais modernas disponíveis no mercado atualmente.

“A interação dos alunos com Lucina durante os treinamentos é muito imersiva. Eles podem realizar manobras obstétricas, treinar respostas a emergências e até mesmo lidar com complicações inesperadas no parto. O robô reage em tempo real às intervenções, o que torna o aprendizado mais dinâmico e próximo da realidade. Essa abordagem é única, pois permite que os médicos treinem habilidades raras ou de difícil prática no dia a dia clínico”, completou o secretário da CNE de Urgências Obstétricas.

A Febrasgo concluiu ainda o curso de energias, voltado para a área de ginecologia, “que também foi um sucesso”, como expôs a Dra. Roseli: “Recebemos 20 alunos que vieram de várias partes do país para esse treinamento no uso de *laser* em ginecologia. Com a conclusão dessas turmas, podemos dizer que toda a diretoria da Febrasgo está satisfeita com as instalações físicas e com o bom funcionamento do centro de treinamento e simulação”.

A diretora administrativa da Febrasgo revela ainda que a entidade tem o objetivo de oferecer treinamentos encomendados por instituições de ensino e pesquisa, visando disponibilizar um espaço adequado e organizar cursos personalizados. Além disso, a Febrasgo tem trabalhado em parceria com empresas especializadas na criação de simuladores de alta fidelidade e desenvolvido seus próprios simuladores para a aplicação de provas do TEGO. Tais simuladores serão utilizados ao longo do ano de 2025 para o treinamento de habilidades e competências específicas, tanto na área de ginecologia quanto na área de obstetrícia.

PRÓXIMOS CURSOS

A agenda de cursos para 2025 já está disponível no *site* da Febrasgo, com 11 turmas programadas, abrangendo temas variados. Alguns dos destaques do primeiro semestre incluem:

- Laparoscopia ginecológica: treinamento em laboratório e discussão de casos clínicos;
- Pessários para prolapso genital;

- Tocurgia e urgências obstétricas;
- LARCs: métodos contraceptivos de longa ação;
- Cuidados críticos em obstetrícia;
- JADA: hemorragia pós-parto, com ênfase nas técnicas de preservação uterina;
- Histeroscopia ambulatorial e cirúrgica: simulação e casos clínicos.

Os cursos foram desenhados para atender às necessidades específicas dos ginecologistas e obstetras, sejam eles residentes ou especialistas. O diferencial de cada curso é a simulação realística, que permite ao aluno vivenciar situações desafiadoras em um ambiente seguro e controlado. Por essa razão, antes de se inscrever, é importante que os participantes saibam que os cursos são intensivos e práticos, exigindo dedicação e disposição para aprender ou se atualizar.

“Após a conclusão dos cursos, os participantes estarão mais preparados para enfrentar situações complexas, aplicar técnicas modernas e garantir um atendimento de mais qualidade às pacientes. O CTS, sem dúvida, eleva o padrão da formação médica no Brasil”, concluiu o Dr. Alexandre Nozaki.

A presidente da Febrasgo, Dra. Maria Celeste, finaliza: “Todos os residentes e ginecologistas e obstetras estão convidados para visitar o CTS, participar dos cursos e conferir a grandiosidade desse projeto que já é realidade”.

AGENDA DO CTS

Para fazer a sua inscrição nos cursos do Centro de Treinamento e Simulação da Febrasgo, acesse o *site*: <https://www.febrasgo.org.br/pt/centro-de-treinamento>.



Inspiração para cuidar

Por Letícia Martins

A palavra motiva, o exemplo arrasta. Essa frase, tão simples e ao mesmo tempo tão impactante, expressa a trajetória de dois renomados médicos ginecologistas e obstetras que compõem a primeira geração de membros da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago).

O Dr. Marco Aurelio Pinho de Oliveira, ocupante da cadeira nº 13, e o Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, patrono e titular da cadeira nº 18, são figuras que não apenas amam a medicina e o ensino, mas que também se dedicam profundamente ao movimento associativo. Cada um deles construiu uma trajetória profissional voltada à saúde feminina e reconhecida como referência em suas áreas de atuação, mostrando que o amor à profissão, os anos de estudo e o modelo familiar podem ser verdadeiros pilares de sucesso e realização pessoal. Conheça um pouco mais sobre eles a seguir.

PRECURSOR DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM GINECOLOGIA NO BRASIL

Formado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde também fez residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e mestrado em Cirurgia Geral, o Dr. Marco Aurelio Pinho de Oliveira adentrou a área de cirurgia endoscópica assim que a subespecialidade de Endoscopia Ginecológica chegou ao Brasil.

O primeiro contato dele com esse universo aconteceu em 1991, em Brasília, durante o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, no qual assistiu a uma cirurgia videolaparoscópica para tratamento de um cisto de ovário, conduzida pelo professor espanhol Ramón Labastida. “Foi realmente inspirador perceber que não havia necessidade de fazer grandes cortes para tratar doenças ginecológicas. Percebi que era um campo que estava se abrindo, com grande potencial, e que eu teria oportunidade de crescer investindo nessa área”, relata o Dr. Marco Aurelio.

Em 1994, ele passou uma temporada nos Estados Unidos acompanhando o Dr. Harry Reich, o primeiro no mundo a realizar uma histerectomia videolaparoscópica, feito ocorrido em 1988.

Em 1995, o Dr. Marco Aurelio publicou o primeiro livro na América Latina sobre cirurgia videolaparoscópica em ginecologia, sendo ele o autor principal e contando com a colaboração do Dr. Hildoberto Carneiro de Oliveira e do Dr. Homero Meirelles Jr. Além disso, a obra ganhou um prefácio escrito pelo Dr. Harry e um capítulo com contribuição internacional do renomado Dr. Camran Nezhat.

Essa publicação pode ser considerada uma conquista especial, não apenas devido à sua originalidade no contexto brasileiro da época, mas também por ser a única das seis obras escritas pelo Dr. Marco Aurelio em que ele compartilha a autoria com seu pai, o falecido Dr. Hildoberto, uma figura inspiradora que o motivou a seguir a carreira médica, assim como sua mãe, a também médica ginecologista Marlene Martins de Pinho.

Passados dois anos, em 1997, já como professor assistente de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas

da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), o Dr. Marco Aurelio criou o primeiro ambulatório de endometriose do estado do Rio de Janeiro, no Hospital Universitário Pedro Ernesto. “Além da área da endoscopia, sempre me dediquei a assuntos de metodologia e pesquisa, pela facilidade e interesse que tenho pela matemática e estatística”, ressalta.

Em 2004, concluiu o doutorado em Epidemiologia no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ e há seis anos é coordenador de pesquisa do programa de Pós-graduação em Ciências Médicas (PGCM) da UERJ, que conta com 50 docentes permanentes e nota 5 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Ao longo da sua carreira, o Dr. Marco Aurelio liderou e participou de diversos projetos e iniciativas, sempre com o objetivo de promover a saúde feminina e ampliar o acesso à informação. “Organizamos várias palestras voltadas para o público leigo, tanto na universidade quanto fora dela, com foco na conscientização sobre a endometriose, uma condição ainda cercada por falta de conhecimento e diagnóstico tardio. Também coordenei mais de 20 edições do ‘Endometriose in Rio’, evento que tem sido fundamental

“É difícil colocar em palavras a emoção e a gratidão que senti ao receber essa indicação. Ser escolhido para ocupar uma cadeira em uma academia tão prestigiada é uma honra e um reconhecimento pelo trabalho e dedicação ao longo de minha carreira”,

declara o Dr. Marco Aurelio Pinho de Oliveira.



para capacitar profissionais de saúde e melhorar o cuidado com as pacientes que enfrentam essa condição. Participei na realização de mutirões cirúrgicos em diversos estados do Brasil, o que, além de ter beneficiado as pacientes diretamente, permitiu a capacitação de equipes cirúrgicas”, relata.

Toda essa trajetória o conduziu à cadeira nº 13, cujo patrono é ninguém menos do que o Dr. Hildoberto, que presidiu a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) de 1994 a 1997. “É uma emoção indescritível ocupar uma cadeira que tem meu pai como patrono. Ele não foi apenas meu mestre e companheiro de trabalho, mas também meu maior exemplo de dedicação, ética e amor à medicina. Estar aqui é, de certa forma, dar continuidade ao legado que ele construiu e que não se limitou à profissão, mas que também moldou os valores com os quais conduzo minha vida”, declara o Dr. Marco Aurelio.

Entre os feitos do Dr. Hildoberto à frente da Febrasgo, está a criação das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs). “Meu pai sempre falava que as comissões especializadas seriam importantes para o crescimento da nossa federação. Quando assumiu a presidência da Febrasgo, colocou tudo isso em prática, com a criação da maioria das comissões que existem atualmente. Sugeri a ele de criar também a CNE de Endoscopia Ginecológica, que era uma área em franca expansão. O primeiro presidente dessa CNE foi o saudoso Dr. Francesco Viscomi e eu tive a honra de ter sido o primeiro secretário”, destaca o Dr. Marco Aurelio, que posteriormente também presidiu a CNE de Endoscopia Ginecológica. “É fundamental que as novas gerações reconheçam e valorizem esse legado, pois ele nos lembra que a medicina é construída com esforço, determinação e, acima de tudo, compromisso humano”, finaliza.

PARTICIPAÇÃO ATIVA EM TODAS AS FRENTES

Patrono e titular da cadeira nº 18 da Anago, o Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho foi o 18º presidente da Febrasgo e o médico mais jovem a liderar a entidade, o que ocorreu no período de 2020 a 2023. Essa prematuridade, aliás, marca diversas etapas da sua trajetória profissional.

Em 1995, graduou-se médico pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e depois fez residência médica em Cirurgia Geral e do Trauma na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da UFMG.

Com o objetivo de se tornar professor universitário, ele ingressou no mestrado em 2002 na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Seu trabalho destacou-se e o Dr. Agnaldo foi transferido diretamente para o doutorado. Em 2007, ele concluiu o pós-doutorado na Universidade do Porto, em Portugal, e em 2012 conquistou o cargo de professor titular na UFMG, sendo um dos mais jovens a ocupar essa posição aos 39 anos.

Em paralelo à vida acadêmica e antes de presidir a Febrasgo, atuou em diversas associações, como a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais (Sogimig), como presidente, de 2015 a 2016; a Associação Médica Brasileira (AMB), como vice-presidente da região Sudeste, de 2021 a 2023; e a Sociedade Brasileira de Videocirurgia (Sobracil), além de ser titular da cadeira 52 na Academia Mineira de Medicina.

Mas o que motivou esse mineiro, natural de Teófilo Otoni (MG), a ocupar tantos cargos de liderança, que demandam tempo, responsabilidade e trabalho para além das atividades profissionais e acadêmicas que já possui? A resposta vem ligeira: “O amor pela medicina. Como professor universitário, participo da formação dos futuros médicos e atuo na assistência, no ensino e na pesquisa. Já nos movimentos associativos, tenho a oportunidade de ajudar a promover uma educação continuada, tanto para médicos já experientes quanto também para os residentes. Tudo isso se resume no compromisso de cuidar da saúde das pacientes”, afirma o Dr. Agnaldo, que escolheu a medicina a exemplo do pai, o otorrinolaringologista Agnaldo Lopes da Silva.

Em todos os projetos nos quais se envolve, o Dr. Agnaldo dedica energia, profissionalismo e vontade de transformar a realidade para melhor e fazer história. Como resultado desse empenho, já recebeu mais de 60 prêmios médicos e científicos e idealizou importantes projetos, como o Centro de Treinamento e Simulação (CTS), um espaço moderno para que os ginecologistas e obstetras possam desenvolver habilidades importantes para a atuação médica (saiba mais sobre o CTS na Entrevista desta edição).

Vale destacar que foi no final da gestão do Dr. Agnaldo como presidente da Febrasgo que a Anago ganhou vida: “uma Academia que tem como principal missão ser a guardiã da história da ginecologia e obstetrícia nacional, resgatando, preservando e ajudando a escrever os próximos capítulos”, ressalta. 

“Toda a minha trajetória profissional se resume no compromisso de cuidar da saúde das pacientes”,

declara o Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho.





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 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 da Febrasgo.

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

Manual sobre menopausa e doenças do coração

Até 2025, mais de 1,1 bilhão de mulheres no mundo estarão na pós-menopausa, o que representa cerca de 12% da população global. No Brasil, estima-se que 30 milhões de mulheres já vivem nessa fase.

Para ajudar todas elas a entenderem melhor esse período, a Febrasgo, o FEITO PARA ELA e o Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DCM/SBC) e a Sociedade Interamericana de Cardiologia elaboraram a "Diretriz sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa", um guia em linguagem acessível, com informações claras e baseadas em evidências científicas para uma vida saudável.

O manual traz 20 respostas para as principais dúvidas das mulheres sobre menopausa e pode ser baixado gratuitamente em formato PDF.



Sete afirmações falsas e absurdas sobre o estupro

Em 2023, um caso de estupro ocorreu a cada seis minutos no Brasil, segundo dados divulgados em junho de 2024 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP).

O número de ocorrências é tão preocupante quanto os mitos que ainda permeiam o assunto. "A maioria dos casos de estupro é cometida por desconhecido" e "o estupro só é concretizado com a penetração do pênis na mulher e a ejaculação" são duas afirmações falsas nas quais muitas pessoas ainda acreditam.

No *site* FEITO PARA ELA, especialistas esclarecem essas inverdades e ainda trazem informações sobre como ajudar vítimas de violência sexual.



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 levar informação segura e de qualidade às mulheres brasileiras!

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



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR

Sogiba: uma associação para todos



Associação de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia investe em eventos que abraçam de residentes a veteranos, em formato on-line e presencial, além de jornadas para cidades do interior

Por Letícia Martins

Uma alemã naturalizada brasileira e apaixonada pela terra que a acolheu desde a primeira infância. Na Bahia, **Claudia Margaret Smith** cresceu e se formou médica em 1988, na Universidade Federal da Bahia, onde, no ano seguinte, ingressou na residência de ginecologia e obstetrícia. Constituiu família, fez amigos e se encontrou na missão de cuidar da saúde das mulheres.

Enquanto fazia a residência, outra paixão a contagiou: o associativismo. “Trabalhei com o Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes, que foi meu guru, e desde então tenho participado em diferentes gestões e eventos científicos da Associação de Ginecologia

e Obstetrícia da Bahia, a nossa querida Sogiba”, declarou a médica, que, em dezembro de 2023, assumiu a presidência da maior Federada do Nordeste.

A Dra. Claudia conversou com *Femina* sobre as ações desenvolvidas nos doze meses já concluídos de gestão à frente da Sogiba e se diz realizada com os primeiros resultados, mas ciente do muito que há para fazer. Confira a entrevista.

Femina: Como a senhora se sente presidindo a Sogiba, associação na qual atua desde quando era residente?

Dra. Claudia Smith: É uma alegria fazer parte da Sogiba e ajudar a manter viva a missão principal dela, que é a de promover a educação médica continuada, por meio da realização de congressos, jornadas e eventos científicos. Além disso, entendemos que a Sogiba pode e deve atuar em ações voltadas para a sociedade. Na nossa gestão, identificamos a defesa da mulher vítima de violência como nossa ação social. No dia 28 de março de 2025, por exemplo, realizaremos o Fórum Baiano de Defesa da Mulher Vítima de Violência Sexual, tema que esteve em evidência em 2024 e seguirá

em pauta no próximo ano, haja vista o aumento no número de casos de violência contra o público feminino adulto e adolescente.

Femina: De que forma a Sogiba pode contribuir com essa causa?

Dra. Claudia Smith: É essencial que haja um trabalho em equipe e que a sociedade se engaje nessa luta. Em Salvador, foi inaugurada em 2023 a Casa da Mulher Brasileira, onde as vítimas de violência recebem atendimento integral e são orientadas por profissionais de várias áreas, como assistentes sociais, psicólogos e advogados. Nossa ideia é somar forças com iniciativas como essa e unir as Secretarias de Saúde Pública, o Ministério Público e a Defensoria Pública para atuar de forma integrada na prevenção e no atendimento a essas mulheres. Outro objetivo nosso é avaliar os indicadores de violência e identificar possíveis melhorias. Entendemos que realizar um Fórum Regional para debater o assunto é importante, mas não pode ser apenas isso. É essencial monitorar e avaliar se as condições e atendimentos estão sendo adequados e se as vítimas de violência não estão sendo revitimizadas no processo. Da mesma forma,



Dra. Claudia Margaret Smith

vemos como necessário identificar, entender e solucionar as falhas que levam ao aborto tardio, uma situação que ninguém quer que aconteça.

Femina: Como a Sogiba enxerga a relação com os veículos de imprensa do Estado, principalmente em torno de assuntos polêmicos?

Dra. Claudia Smith: Essa relação, isto é, o diálogo com os profissionais de comunicação e a população, precisa acontecer o ano inteiro, não só em momentos de crise. Por isso, como sociedade médica, nos colocamos à disposição para informar corretamente e evitar distorções na informação, ressaltando a necessidade de cuidado ao lidar com casos sensíveis. Essa é uma das vantagens do associativismo, pois entendo que, quando estamos unidos como especialidade, podemos passar uma mensagem consolidada para a sociedade em geral por meio da imprensa.

Femina: A Sogiba foi fundada em 1977, ou seja, tem uma tradição de quase meio século. Como é o engajamento dos tocoginecologistas e dos residentes com a Federada atualmente?

Dra. Claudia Smith: De fato, somos uma Federada tradicional, com 550 associados e muita história para contar e comemorar. Mas temos iniciativas interessantes para atrair novos associados e, principalmente, os jovens médicos e residentes. Uma dessas iniciativas foi isentar a anuidade para os residentes de ginecologia e obstetrícia da Bahia. Com isso, os 132 residentes foram absorvidos e convidados para participar das atividades da Sociedade. Temos desenvolvido atividades exclusivas para os residentes. Fizemos uma enquete *on-line* com eles para saber quais os temas que gostariam que fossem abordados pela Sogiba. Com base nas respostas deles, passamos a promover sessões *on-line* e práticas *hands on*.

Femina: Outros dois projetos da gestão atual são o “Café Científico com GOSTO da Bahia” e a “Jornada Itinerante do Interior”. Qual o objetivo de cada um deles?

Dra. Claudia Smith: O “Café Científico com GOSTO da Bahia”, escrito assim

mesmo, com as letras GO em maiúscula, são encontros presenciais que ocupam uma manhã na agenda dos associados que querem se atualizar e se aprofundar em um tema específico. Em 2024, foram realizadas cinco edições, e a proposta é fazer um encontro a cada dois meses. Já a proposta da “Jornada Itinerante do Interior” é estreitar relações e levar conhecimento a lugares mais distantes da capital, onde podemos fazer a diferença. Na primeira edição, fomos para o extremo oeste, em Barreiras, distante cerca de oito horas de Salvador. A ideia inicial era fazer uma jornada por semestre, mas, devido ao alto custo, faremos uma vez por ano. O próximo local será Santo Antônio de Jesus, no Recôncavo Baiano.

Femina: Por falar em tradição, o logotipo da Sogiba foi repaginado pela primeira vez desde a fundação da Federada. Por quê?



Dra. Claudia Smith:

O logo inicial da Sogiba trazia uma mulher negra carregando o filho no colo e tinha o azul e branco como cores principais. Essa marca representou muito bem nossa Sociedade por aproximadamente cinco décadas. Acreditamos que era o momento de atualizar a marca e convidamos o artista plástico Luiz Humberto Carvalho para realizar uma releitura do logo. Ele aceitou e apresentou a Sogiba com um logotipo lindo, que reflete o feminino, com o símbolo do espelho de Vênus e a silhueta de mulher grávida, representando não apenas a mulher negra baiana, mas todas as mulheres nos diferentes matizes de cores. Essa mulher segura uma criança nos braços e, na barriga, uma imagem simbolizando o mundo. As cores rosa e azul predominam na nova marca, que foi aprovada por unanimidade em assembleia.

Femina: Em maio de 2024, a Bahia recebeu a 29ª Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (JBGO). Como foi a participação da Sogiba?

Dra. Claudia Smith: A JBGO é promovida pela Febrasgo (Federação Brasileira



Atividades com os residentes da Bahia.

das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), e toda a diretoria da Sogiba apoiou a organização e contribuiu com a programação. Foi um evento importante para todos nós, pois tivemos a oportunidade de unir a cultura baiana – que é riquíssima e festiva – à atualização médica. Os participantes puderam desfrutar da culinária local, como o saboroso acarajé, e assistir a apresentações musicais e até mesmo a uma orquestra de cordas de berimbau.

Femina: Quantos projetos foram realizados em um ano! Há outro evento que a senhora gostaria de destacar antes de terminarmos?

Dra. Claudia Smith: Sim! Recentemente, fizemos uma festa de confraternização maravilhosa e contamos com a presença de 100 associados. Teve até DJ, que colocou todo mundo para dançar! Precisamos celebrar as conquistas, não é mesmo? Em 2025 pretendemos continuar sediando eventos importantes e oferecendo experiências enriquecedoras aos nossos associados, assim como alcançar todos os ginecologistas e obstetras de todas as macrorregiões do estado. Aguardem, pois ainda há muito mais por vir!



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



Avaliação de Programas de Residência Médica – A importância do selo Febrasgo

Marcos Felipe Silva de Sá¹, Gustavo Salata Romão²

O CENÁRIO ATUAL DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Em 1990, o país contava com 78 escolas médicas, e a sua quantidade quintuplicou nos últimos anos. Os dados mais recentes apontam que no Brasil existem atualmente 389 escolas médicas espalhadas pelo território nacional. A quantidade é a segunda maior do mundo, atrás somente da Índia,⁽¹⁾ país que tem uma população sete vezes maior que a do Brasil. Somem-se aos médicos formados no país aqueles brasileiros diplomados em faculdades de Medicina no exterior e aprovados no Revalida. Na prova teórica da edição de 2024/2 do Revalida, realizada em agosto de 2024, participaram 12.962 médicos formados no exterior (93% dos inscritos).⁽²⁾ Em 2024, entraram no mercado de trabalho no Brasil 35.398 médicos. Atualmente, a relação

médico/habitante em nosso país é de 2,81 médicos/mil habitantes, número próximo ao ideal sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁽¹⁾

Conforme a legislação vigente no Brasil, todos os profissionais formados nas escolas médicas brasileiras ou aprovados no Revalida podem exercer uma especialidade, mesmo que não tenham frequentado qualquer programa complementar para sua formação. Essa legislação é inadequada para as condições atuais, pois é do conhecimento das próprias autoridades governamentais e educadores que os cursos de graduação em Medicina não são terminais e, portanto, uma formação complementar deveria ser exigida para o exercício da profissão, o que não acontece na realidade dos dias de hoje.

OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA (PRMS) COMO MODELOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL QUALIFICADA

Os PRMs foram instituídos e oficializados no Brasil em 1977 pelo Decreto nº 80.281, de 5 setembro de 1977, e regulamentados pela Lei nº 6.932, de 7 junho de 1981,⁽³⁾ sendo criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) a fim de regulamentar essa modalidade de ensino no país. No decorrer dos anos, ela se consolidou como a melhor forma para preparar o novo profissional

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

2. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Marcos Felipe Silva de Sá
marcosfelipe@fmrp.usp.br

para o exercício da medicina moderna e tem se tornado, em muitos países, um alvo obrigatório para os estudantes de Medicina como forma não só de corrigir as deficiências da formação da graduação, mas, sobretudo, para garantir sua especialização.

Evidentemente, essa especialização somente pode ser obtida em programas bem estruturados, com planejamento e um “balanço equilibrado” entre as atividades teóricas e práticas. Hoje a residência médica é considerada o padrão-ouro para a especialização profissional em Medicina em todo o mundo. Seus programas se expandiram e se destacaram, conferindo *status* diferenciado aos médicos que o concluem e que recebem o título de especialista após o seu término.

CENÁRIO ATUAL DOS PRMS NO BRASIL

Os PRMs no Brasil também se multiplicaram em decorrência do aumento do número de escolas médicas autorizadas pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, pois ele condiciona a abertura das novas escolas à criação de PRM a elas vinculados. Muitos desses PRMs, no entanto, foram criados à semelhança das novas escolas médicas, em localidades sem uma rede de serviços de saúde organizada e sem as condições mínimas de infraestrutura e recursos humanos qualificados para oferecer um programa de qualidade para seus alunos de graduação e residentes. Esse fato pode ser indiretamente avaliado pelas altas taxas de evasão ou pela baixa procura de estagiários por esses PRMs. No ano de 2021, das 24.417 vagas oferecidas para residentes de primeiro ano (R1) no Brasil, somente 16.648 foram ocupadas (68,2%), deixando ociosas 31,8% das vagas.⁽¹⁾

Deve-se considerar, portanto, que um terço dos recém-formados nas escolas médicas brasileiras vai diretamente para o mercado de trabalho, dispensando a complementação de sua formação em PRM. Em 2024, mais de 200 mil médicos em atividade não possuíam o título de especialista no Brasil.⁽¹⁾

PRMS E O TÍTULO DE ESPECIALISTA

A legislação brasileira determina que o título de médico especialista só pode ser obtido após a conclusão de PRMs credenciados pela CNRM/Ministério da Educação (MEC) ou por meio das Sociedades de Especialidades Médicas (SMEs) filiadas à Associação Médica Brasileira (AMB). A eles, os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) concedem o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nas especialidades reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME). A CME, formada por representantes da CNRM e da AMB e pelo CFM, reconhece 55 especialidades médicas e 61 áreas

"Essa especialização somente pode ser obtida em programas bem estruturados, com planejamento e um 'balanço equilibrado' entre as atividades teóricas e práticas."

de atuação em medicina.^(4,5) Esse título de especialista, entretanto, é concedido a todos os egressos dos PRMs, independentemente da qualidade do programa e sem qualquer avaliação final dos conhecimentos e habilidades do concludente.

Esse tema tem sido, já há algum tempo, preocupação das SMEs, que passaram a conceder seu próprio título de especialista somente após a aprovação do candidato em um exame de avaliação por elas aplicado, em moldes variáveis, a depender de cada SME. De modo geral, os números têm mostrado que há um alto índice de re-

provação entre os egressos dos PRMs que se submetem às provas das SMEs. Na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), por exemplo, as taxas de aprovações para o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), feito por meio de avaliações teórico-práticas, estão na faixa de 30%-40% dos concursados. Portanto, 60% a 70% dos candidatos, egressos de PRMs de diferentes regiões no Brasil, não estariam habilitados ao exercício da especialidade, embora já estejam no mercado de trabalho como tal.

IMPACTOS NA SEGURANÇA DOS PACIENTES

Não deixa de ser preocupante o risco para a saúde da comunidade atendida por esses profissionais com deficiências notórias em sua formação, seja em seus consultórios privados ou contratados para serviços em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou como plantonistas em hospitais para atendimento de urgências. A segurança dos pacientes é um tema em evidência mundial nos últimos anos, sendo requisito fundamental para a qualidade da assistência em qualquer nível de atendimento, seja ele primário, secundário ou terciário. Eventos adversos podem levar à incapacidade parcial ou total e mesmo à morte de pacientes.⁽⁶⁾ Eles podem ocorrer em consequência de falhas nos diagnósticos e nas prescrições, nas dosagens ou na aplicação de medicamentos, assim como pelo uso incorreto de equipamentos, infecções hospitalares, entre outros. Não decorrem exclusivamente de má assistência por médicos, mas também de outros profissionais envolvidos no atendimento. Nos EUA, os erros médicos podem ser responsabilizados por mais de 250.000 mortes anualmente, tornando-os a terceira principal causa de todas as mortes, atrás somente das doenças cardíacas e do câncer.⁽⁷⁾ No Brasil, o Anuário de Segurança Assistencial Hospitalar, publicado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), revela que cinco pessoas morrem a cada minuto no país devido a erros médicos, totalizando quase 55 mil pacientes por ano. Mais

da metade, ou seja, 53% desses danos ocorrem durante a fase de prescrição e poderiam ser evitáveis.⁽⁸⁾

A ginecologia e obstetrícia (GO) está entre as especialidades mais expostas aos processos de judicialização devido a acontecimentos envolvendo assistência a pacientes. No Brasil acontecem 3 milhões de partos por ano, com grande potencial de eventos adversos, que colocam em risco a vida do binômio mãe/feto. A segurança desses pacientes está em jogo, e a qualidade deficiente do atendimento tem se refletido nas altas taxas das morbidades e mortalidades maternas e fetais, que se constituem em um grande desafio para os gestores responsáveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁽⁹⁾

Não há dúvidas de que há a necessidade de intervenções dos gestores para uma melhor assistência a ser feita, visando reduzir esse número elevado de morbimortalidades, e elas incluem ações em todos os níveis de atenção como planejamento familiar, redução do número de gravidezes na adolescência, boa assistência pré-natal, assistência ao trabalho de parto, no parto e no puerpério, entre outros.^(10,11) Nesse sentido, é de notar que tais intervenções vêm sendo implementadas de forma descentralizada, não priorizando um passo capital nesses processos, que é a formação com qualidade dos profissionais que vão atuar nessa área tão estratégica que é a saúde materno-infantil.

O risco maior está concentrado no trabalho realizado nas maternidades, especialmente aquelas que atendem gestantes de alto risco e que exigem a presença de equipes multiprofissionais. Nos hospitais de ensino, com a presença de estudantes de graduação e pós-graduação e, particularmente, de residentes (que são mais diretamente envolvidos na assistência direta aos pacientes), tais cuidados devem ser intensificados, especialmente, em suas etapas iniciais do treinamento,

Em geral, a coordenação dessas equipes nas maternidades é feita por médicos gineco-obstetras, o que exige deles, por certo, uma formação qualificada que só pode ser obtida nos PRMs.⁽¹²⁾

DESAFIOS NA FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM GO

Iniciativas da Febrasgo para a melhoria na formação do especialista em GO

Considerando todo o preocupante cenário descrito acima na formação de profissionais para a assistência médica no Brasil, a Febrasgo, como parte diretamente interessada no problema, tomou a decisão de buscar modelos alternativos para auxiliar na melhoria dos PRMs em GO de todo o Brasil. Criou a sua Comissão de Residência Médica

"A ginecologia e obstetrícia (GO) está entre as especialidades mais expostas aos processos de judicialização devido a acontecimentos envolvendo assistência a pacientes."

(Coreme) e passou a executar uma série de ações visando despertar entre seus associados o interesse e a necessidade pelo aprimoramento dos PRMs em GO em todo o Brasil. Dentre elas, destacamos:

Matriz de Competência

A Coreme liderou o desenvolvimento da Matriz de Competências para os PRMs de GO, com a participação ativa de todas as 30 Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo.⁽¹³⁾ O documento relativo à Matriz de Competências foi submetido à apreciação, aprovado pela AMB e acolhido positivamente pela própria CNRM, que a tornou o padrão a ser aplicado por todos os PRMs de GO no

Brasil, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União.⁽¹⁴⁾

Teste de Progresso Individual

Outro passo importante da Coreme/Febrasgo foi a instituição, em 2018, do Teste de Progresso Individual (TPI), visando criar uma forma de avaliar os PRMs em GO de todo o Brasil. Nesse projeto, a Febrasgo passou a aplicar anualmente, para os residentes de primeiro, segundo e terceiro ano (R1, R2 e R3), a mesma prova teórica que é utilizada para a obtenção do título de especialista em GO (TEGO), sempre na mesma data e horário dele (provas simultâneas). A prova é aplicada no formato *online*, o que facilita a participação dos candidatos, sem a necessidade do seu deslocamento até os centros aplicadores, evitando, assim, o desfalque das equipes do PRM de origem. Além disso, foram estabelecidos critérios que permitem a dispensa e a bonificação na Prova Teórica de Título de Especialista para candidatos que tenham assiduidade e bom desempenho. Os resultados do TPI têm permitido obter uma série de informações sobre os residentes avaliados e também análises comparativas entre todos os PRMs participantes.⁽¹⁵⁾

O TPI tem sido muito bem aceito pelos coordenadores e residentes dos diversos PRMs. Na última edição, de 2024, cerca de 2.000 residentes de GO de todas as regiões do Brasil se submeteram à prova.

Capacitação de preceptores de residência médica

O sucesso dos PRMs começa com uma boa equipe de preceptores e coordenadores, que, se bem treinados, serão capazes de aplicar as modernas técnicas de ensino e avaliação da educação médica, ainda pouco utilizadas no Brasil. Por essa razão, especial atenção tem sido dada ao treinamento deles. Foram oferecidos cursos teórico-práticos para grupos de 25 a 30 preceptores/curso, com o uso de simuladores para treinamento prático.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Outras ações

Além das ações acima descritas, outras iniciativas foram implementadas visando à padronização e à uniformização para acompanhamento e avaliação dos PRMs, como a elaboração das EPAs (*Entrustable Professionals Activities*)⁽²⁰⁾ e o LogBook.⁽²¹⁾ A revista *Femina*, órgão oficial de divulgação das atividades científicas da Febrasgo, tem uma seção específica destinada à Residência Médica e publica mensalmente temas de interesse dos residentes e preceptores, escritos por membros da Coreme e especialistas em educação médica. A *Femina* é uma revista de acesso aberto e pode ser acessada no endereço <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina>.

PROPOSTA DO SELO DE QUALIDADE PARA OS PRMS EM GO

Complementando essa série de iniciativas, a Diretoria Executiva da Febrasgo sinalizou positivamente para a criação de um Selo de Qualidade para os PRMs em GO. Essa seria uma estratégia que visaria identificar os PRMs que atendem determinados quesitos mínimos de excelência estabelecidos pelas comissões internas da Febrasgo, mediante padrões e critérios previamente definidos e que, ao final da avaliação, poderão resultar em uma certificação (Acreditação), promovendo a valorização do PRMs e incentivando sua melhoria contínua.

A busca de um modelo para o Brasil

Entende-se que isso não será uma tarefa fácil, pois não há modelos brasileiros a serem seguidos. O *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, nos EUA, pode ser uma referência para nortear a criação dos critérios a serem adotados pela Febrasgo. A ACGME é uma instituição de caráter privado, sem fins lucrativos, que define os padrões para os PRMs nos EUA. Nesse sistema, cada especialidade cria um comitê de revisão com médicos voluntários, responsável por propor o programa e um conjunto de normas que são aplicados em todos os PRMs credenciados naquela especialidade.⁽²²⁾

No Brasil, as SMEs têm pessoal qualificado para executar essa tarefa de maneira similar à do ACGME, obviamente adaptada às condições brasileiras. As SMEs podem ser instituições catalizadoras que facilitem a aproximação entre os PRMs incipientes e os PRMs tradicionais, já consolidados, promovendo e estimulando a interação entre eles. Programas mais estruturados poderiam compartilhar, via internet, aulas, cursos e sessões de discussão de casos clínicos, o que muito auxiliaria na formação teórica dos residentes de outros programas. Também poderiam receber preceptores ou mesmo residentes dos novos PRMs como visitantes (estágio de curta duração), pois a experiência por eles adquirida

“O grande desafio será conseguir e acumular informações suficientes para estabelecer os padrões mínimos de qualidade...”

seria muito importante não só para a sua formação técnica, mas também pelo contato com os professores de alto nível dos programas acolhedores, e, eventualmente, poderiam ser criadas oportunidades futuras para recebê-los nos estágios em subáreas de especialização não disponíveis em PRMs incipientes.

Critérios, em estudos, para a obtenção do Selo de Qualidade da Febrasgo

O modelo a ser utilizado pela Febrasgo ainda está em estudo, e os debates serão coordenados pela Coreme e a proposta final deverá ser referendada pela diretoria executiva. Pretende-se viabilizar esse projeto com base na coleta de informações obtidas a partir dos próprios PRMs, por meio de formulários com critérios cuidadosamente elaborados pela Coreme, sendo ouvidas as CNEs. O grande desafio será conseguir e acumular informações suficientes para estabelecer os padrões mínimos de qualidade a serem oferecidos pelos PRMs, tendo em vista as enormes diferenças que poderão ser encontradas entre eles. Uma campanha de conscientização e esclarecimento deverá ser feita pela Febrasgo com os PRMs, motivando-os a preencherem os formulários que serão disponibilizados eletronicamente. Poderão também ser previstas vistorias *in loco*, quando necessárias.

Outro ponto que deverá ser fortemente considerado é a participação dos residentes dos programas no TPI ou as notas obtidas pelos seus egressos no TEGO. Nesse ponto, a Febrasgo já deu um grande passo, tendo em vista a riqueza de informações que os resultados do TPI têm oferecido sobre os PRMs, seja individualmente ou no comparativo entre eles.

Abaixo apresentamos alguns indicadores que já foram sugeridos em algumas discussões preliminares e que poderão ser utilizados para a avaliação:

1. Infraestrutura e recursos materiais: Instalações adequadas para o desenvolvimento do programa, tais como maternidade/hospital com as salas de parto adequadamente instaladas, berçários, salas cirúrgicas, salas de ambulatórios e enfermarias, serviços de ultrassonografia, colposcopia, laboratórios clínicos de apoio etc.
2. Recursos humanos: Proporção do nº de preceptores x nº de residentes. O coordenador e o preceptor devem ser portadores do TEGO.
3. Existência dos serviços próprios ou por meio de convênios com UBS do município para atenção básica em GO, como pré-natal, contracepção, rastreamento do câncer ginecológico e outros.
4. Dentro das subespecialidades da GO, quais ambulatórios e serviços o programa oferece. Por

exemplo, atendimento em uroginecologia, recursos de endoscopia, gestação de alto risco, reprodução humana, patologia do trato genital inferior, oncologia ginecológica, mastologia e outros.

5. Garantia de financiamento da residência (bolsas de estudo) para todos os residentes.
6. Projeto pedagógico e o seu alinhamento com a Matriz de Competência em Ginecologia e Obstetrícia estabelecida pela CNRM.
7. Se o PRM faz avaliação da evolução dos residentes ao longo do ano. Uso de técnicas de avaliação (MiniEx, *objective structured clinical examination* [OSCE], EPAs e outros).
8. Como é feito o controle dos procedimentos realizados pelos residentes (LogBook, portfólio ou equivalente).
9. Participação dos residentes no TPI e desempenho de seus egressos no TEGO.
10. Entrevistas com residentes, quando necessário.
11. Acesso gratuito à internet e a plataformas de pesquisas médicas.

CONCLUSÃO

Ter um selo de qualidade no PRM de GO poderá agregar valor à imagem do serviço ou hospital que o detém, passando a mensagem de que os médicos-residentes egressos daquele PRM estarão mais bem capacitados para oferecer serviços de assistência médica de melhor qualidade. Certamente esses PRMs serão mais procurados por aqueles recém-formados que se preocupam com sua boa formação profissional. Por outro lado, os PRMs que ainda não tiverem atingido as qualificações para obtenção do Selo certamente farão esforços para conseguí-lo para também se tornarem uma referência de qualidade. Essa iniciativa deve ser vista como um primeiro passo para a Acreditação de todos os PRMs no país, garantindo que profissionais egressos estejam preparados para enfrentar os desafios da prática médica e para contribuir para a melhoria do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Coelho E. CFM lança Demografia Médica 2024. 2024 [cited 2024 Nov 25]. Available from: <https://med.estrategia.com/portal/noticias/cfm-lanca-demografia-medica-2024/>
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Revalida: Edição 2024/2: resultado da prova objetiva divulgado. 2024 [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/revalida/edicao-2024-2-resultado-da-prova-objetiva-divulgado#>
3. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 jul 1981;Seç. 1:12789.

4. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União. 11 set 2015;Seç. 1:1.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.330/2023. Homologa a Portaria CME nº 1/2023, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. 2023 [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2330>
6. World Health Organization. Patient Safety. Global patient safety report. 2024 [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/07/9789240095458-eng.pdf>
7. Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2026;353:i2489. doi: 10.1136/bmj.i2139
8. Organização Nacional de Acreditação. Segurança do Paciente: OMS revela que cinco pessoas morrem a cada minuto no país devido a erros médicos, totalizando quase 55 mil pacientes por ano. 2024 [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://www.ona.org.br/noticias/seguranca-do-paciente-oms-revela-que-cinco-possuas-morrem-a-cada-minuto-no-pais-devido-a-erros-medicos-totalizando-quase-55-mil-pacientes-por-ano>
9. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Pacagnella RC, Lansky S, Gama SG, et al. Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(4):e00248222. doi: 10.1590/0102-311XPT248222
10. Guinsburg R. Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(6):301-2. doi: 10.1590/S0100-72032005000600002
11. Silva de Sá MF. Maternal mortality and the public health service in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(9):645-7. doi: 10.1055/s-0041-1736537
12. Silva de Sá MF, Romão GS. The need for a competence matrix in delivery rooms for the proper work of multiprofessional teams. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(1):1-3. doi: 10.1055/s-0039-1677882
13. Romão GS, Silva de Sá MF. Competency-based training and the competency framework in gynecology and obstetrics in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):272-88. doi: 10.1055/s-0040-1708887
14. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 3, de 8 de abril de 2019. Dispõe sobre a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Diário Oficial da União. 11 abr 2019;Seç. 1:192-6.
15. Silva de Sá MF, Romão GS, Fernandes CE, Silva Filho AL. The individual progress Test of Gynecology and Obstetrics Residents (TPI-GO): the Brazilian experience by Febrasgo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(6):425-8. doi: 10.1055/s-0041-1731803
16. Romão GS, Silva de Sá MF. Preceptoría e capacitação de preceptores de residência médica: tendências atuais. *Femina*. 2019;47(4):224-6.
17. Barcelos ID, Romão GS. Segurança do paciente no treinamento em ginecologia e obstetrícia. *Femina*. 2023;51(9):528-31.
18. Simões MC, Jakobi HR. Saúde mental dos preceptores da Residência Médica. *Femina*. 2024;52(1):18-21.
19. Pachnicki JP. A complexidade de ser um preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia: dos atributos às estratégias de treinamento. *Femina*. 2024;52(8):489-95.
20. Comissão Nacional Especializada de Residência Médica. As EPAs (Entrustable Professional Activities) na formação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia: proposta da Febrasgo. *Femina*. 2022;50(6):326-45.
21. Schreiner L, Piccinini VL, Penteado LV, Romão GS, Silva Filho AL. Logbook Febrasgo: a ferramenta para o dia a dia do médico-residente. *Femina*. 2024;52(9):567-8.
22. The ACGME for Residents and Fellows. Available from: <https://www.acgme.org/residents-and-fellows/the-acgme-for-residents-and-fellows/>. Access on: Nov 25, 2024.



Implantes hormonais manipulados: novas regras da Anvisa

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osório Wender²

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

2. Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

A recente publicação da Resolução-RE nº 4.353, de 21 de novembro de 2024,⁽¹⁾ pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), introduz importantes atualizações sobre a manipulação e o uso de implantes hormonais no Brasil. Complementada pelo Despacho nº 163,⁽²⁾ essa nova regulamentação visa estabelecer critérios mais rígidos para assegurar a segurança dos pacientes e orientar os profissionais de saúde na prescrição ética e segura de terapias hormonais.

No cenário atual, no qual a manipulação de implantes hormonais tem sido alvo de diversas controvérsias, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) reconhece a relevância dessa medida para a proteção dos ginecologistas, obstetras e seus pacientes. Este artigo aborda as mudanças mais

significativas, os desafios da prática clínica e os cuidados necessários na prescrição e utilização de implantes hormonais manipulados.

PRINCIPAIS MUDANÇAS NA REGULAMENTAÇÃO

A Resolução-RE nº 4.353⁽¹⁾ e o Despacho nº 163⁽²⁾ introduzem diretrizes claras que regulamentam a manipulação de implantes hormonais. Dentre os principais pontos, destacam-se:

1. Apenas implantes contendo insumos farmacêuticos ativos (IFAs) registrados e aprovados pela Anvisa podem ser manipulados.
2. A prescrição deve incluir obrigatoriamente o Código Internacional de Doenças (CID) da condição clínica a ser tratada.
3. Finalidades como estética, ganho de massa muscular e desempenho esportivo estão proibidas para implantes hormonais.
4. É obrigatório o preenchimento de um Termo de Consentimento/Esclarecimento, em três vias, assinado pelo médico, paciente e responsável técnico da farmácia.
5. A farmácia de manipulação que receber a receita médica deverá registrá-la no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Essa medida visa facilitar o controle da quantidade, evitando abusos e com o controle adequado e *online* de cada prescrição pela Anvisa.

Ressalte-se que a Resolução nº 4.353/2024⁽¹⁾ mantém a proibição da propaganda de implantes manipulados ao público em geral e as prescrições devem obrigatoriamente incluir o CID correspondente à condição clínica tratada, sendo vedada a prescrição para finalidades proibidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), como estética, ganho de massa muscular e melhora de desempenho esportivo, nos termos da Resolução CFM nº 2.333/2023.⁽³⁾

A Anvisa ressalta em seu comunicado que medicamentos manipulados devem ser utilizados somente diante da indisponibilidade do produto industrializado, registrado na Agência, na dosagem ou forma farmacêutica específica necessária ao paciente, e a partir de avaliação e da prescrição do profissional médico responsável.

ESCLARECIMENTO SOBRE RISCOS

A Anvisa reforça que a utilização de implantes hormonais manipulados pode estar associada a diversos riscos à saúde. Estudos recentes apontam complicações como alterações cardiovasculares, disfunções hepáticas e efeitos neuropsiquiátricos. Por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde realizem uma avaliação criteriosa antes de prescrever tais terapias, assegurando-se de que não existem alternativas comerciais registradas e disponíveis para o tratamento. A resolução da

Anvisa não tem o objetivo de incentivar a prescrição de hormônios manipulados, tampouco de liberar irrestritamente o uso de implantes, mas visa a uma conciliação entre a autonomia médica e a segurança dos pacientes. Esses tratamentos são considerados de exceção, sendo essencial observar todos os critérios estabelecidos, como a correta prescrição da receita e a estrita indicação médica, além da clara responsabilização de prescritores e farmácias de manipulação sobre a dose liberada diariamente e a segurança do uso.

TERMO DE CONSENTIMENTO

O Termo de Consentimento/Esclarecimento, conforme descrito no Despacho nº 163,⁽²⁾ é obrigatório, devendo ser preenchido e assinado pelo prescritor, pelo paciente e pela farmácia, em três vias, devendo a primeira via permanecer no prontuário, a segunda via ser arquivada na farmácia de manipulação e a terceira via ser mantida com o paciente, e deve ser preenchido conforme quadro a seguir.

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Há obrigatoriedade da notificação de qualquer evento adverso relacionado ao uso de implantes hormonais manipulados por meio do sistema VigiMed. Essa prática é essencial para o monitoramento contínuo da segurança dos pacientes e para a identificação de possíveis irregularidades no processo de manipulação.

Todo e qualquer evento adverso relacionado ao uso de implantes hormonais é de notificação compulsória ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, devendo ser realizada por profissionais de saúde e pelas farmácias de manipulação, por meio do sistema VigiMed, mediante, minimamente, a apresentação das seguintes informações: informação de que se trata de medicamento manipulado ou não, indicação terapêutica, dosagem, via de administração e forma farmacêutica, no seguinte *link*: <https://vigiflow-eforms.who-umc.org/br/vigimed>

ORIENTAÇÕES PARA GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS

Para os ginecologistas e obstetras, é essencial seguir as diretrizes regulatórias ao prescrever implantes hormonais manipulados. Algumas recomendações incluem:

1. Certifique-se de que a farmácia de manipulação cumpre todas as Boas Práticas de Manipulação estabelecidas pela Anvisa.
2. Realize uma avaliação detalhada da condição clínica do(a) paciente e documente justificativas claras para a escolha do implante hormonal manipulado.
3. Informe ao(à) paciente todos os riscos e benefícios envolvidos, assegurando o entendimento completo antes da assinatura do termo de consentimento completo.

TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO REFERENTE AO USO DE IMPLANTES HORMONAIS MANIPULADOS

A ser preenchido pelo(a) médico(a):

Eu, Dr.(a), registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado sob o número, sou o(a) responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente , gênero, com idade de anos completos, com diagnóstico de , CID, para quem estou indicando o uso de implante hormonal manipulado contendo o medicamento, na concentração

Declaro que a presente prescrição visa ao tratamento de condição clínica que não pode ser atendida pelas opções terapêuticas disponíveis, apresentando para tanto a seguinte justificativa:

Informei verbalmente ao(à) paciente que:

1. A via de administração do medicamento na forma de implante não teve a eficácia e segurança avaliadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
2. O uso desse medicamento está relacionado a diversos efeitos colaterais e eventos adversos, tais como: aumento no risco de doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão, disfunção ventricular e cardiomiopatia; alterações adversas no perfil lipídico, caracterizadas por diminuição nos níveis de colesterol HDL (lipoproteína de alta densidade) e aumento nos níveis de colesterol LDL (lipoproteína de baixa densidade), que aumentam substancialmente o risco de aterosclerose e outras doenças cardiovasculares; indução de eritrocitose, resultando em aumento perigoso da viscosidade sanguínea e, conseqüentemente, em maior risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar; possibilidade de eventos cardíacos graves, como infarto do miocárdio, que permanece elevado mesmo após a interrupção do uso de andrógenos, especialmente em indivíduos com histórico prolongado de abuso; elevação das enzimas hepáticas, colestase e neoplasias do fígado, tanto benignas como carcinoma hepatocelular; acne e queda de cabelo; ginecomastia em homens; engrossamento irreversível da voz, hirsutismo, atrofia mamária, distúrbios menstruais e aumento do clitóris em mulheres; efeitos adversos neuropsiquiátricos, incluindo dismorfia corporal, transtornos do humor (como depressão e mania) e aumento da agressividade; dependência física e psíquica e síndrome de abstinência; hipogonadismo secundário, atrofia testicular, infertilidade e disfunção erétil.
3. O(A) paciente deve informar ao(à) médico(a) prescriptor(a) toda e qualquer intercorrência clínica durante o uso do medicamento.
4. É de responsabilidade do(a) médico(a) prescriptor(a) notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema VigiMed, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.
5. Certifiquei-me de que o(a) paciente compreendeu as informações acima descritas.
6. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao(à) paciente os seguintes telefones, e-mail ou outro sistema de contato:

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

CRM: Data:/...../.....

A ser preenchido pelo(a) paciente

Eu,, Carteira de Identidade nº:, Órgão Expedidor, residente na rua, cidade, estado, telefone, recebi pessoalmente do(a) médico(a) prescriptor(a) as informações sobre o tratamento que vou fazer e a orientação de que devo informar ao(à) médico(a) prescriptor(a) toda e qualquer intercorrência clínica durante o uso do medicamento.

Assinatura do(a) paciente Data:/...../.....

A ser preenchido pelo(a) responsável técnico(a) da farmácia

Eu, Dr.(a), registrado(a) no Conselho Regional de Farmácia do Estado, sob o número, sendo o(a) responsável técnico(a) da Farmácia, situada no endereço, Autorização de Funcionamento (AFE) nº, Autorização Especial (AE) nº, sou responsável pelo aviamento e dispensação do implante hormonal manipulado contendo o medicamento, concentração, lote, para o(a) paciente

Informei ao(à) paciente que:

1. Ele deve informar à farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento.
2. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao(à) paciente os seguintes telefones, e-mail ou outro sistema de contato:

Assinatura do(a) farmacêutico(a)

Data:/...../.....

A Febrasgo reafirma seu compromisso com a prática médica ética e segura, apoiando as medidas regulatórias que buscam proteger os pacientes e também os médicos, para sua adequada segurança e defesa no exercício profissional. Embora haja potencial terapêutico de alguns implantes hormonais, sua utilização deve ser embasada em evidências científicas robustas e em conformidade com as regulamentações vigentes, com a devida atenção. A Febrasgo continuará atualizando nossos associados sobre quaisquer mudanças relevantes nesse cenário.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RE nº 4.353, de 21 de novembro de 2024. Farmácias de manipulação ficam proibidas de manipular, comercializar e usar implantes hormonais à base de esteroides anabolizantes ou hormônios androgênicos, com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo. Também fica proibida a propaganda, por farmácias de manipulação, ao público em geral de implantes hormonais manipulados. Diário Oficial da União. 22 nov 2024 [cited 2024 Dec 2];Seç. 1:109. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-re-n-4.353-de-21-de-novembro-de-2024-597098013>
2. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Despacho nº 163, de 25 de novembro de 2024. Determinar que somente poderão ser manipulados implantes hormonais contendo Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) que já tiveram a eficácia e segurança avaliadas pela Anvisa. A prescrição de implantes hormonais à base de esteroides anabolizantes ou hormônios androgênicos deve conter o Código Internacional da Doença (CID), evitando o uso indevido para fins estéticos ou performance esportiva; deve ser realizada em receituário de controle especial, por médico legalmente habilitado e acompanhada de um Termo de Responsabilidade/Esclarecimento. Diário Oficial da União. 26 nov 2024 [cited 2024 Dec 2];Seç. 1:91. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/despacho-n-163-de-25-de-novembro-de-2024-597938106>
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.333, de 30 de março de 2023. Adota as normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes de acordo com as evidências científicas disponíveis sobre os riscos e malefícios à saúde, contraindicando o uso com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo. Diário Oficial da União. 11 abr 2023 [cited 2024 Dec 2];Seç. 1:226-7. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/04/2023&jornal=515&pagina=226>

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 Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

769 Desafios e estratégias na vacinação do adolescente

Cecília Maria Roteli-Martins, Renato de Ávila Kfourri, André Luís Ferreira Santos

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

775 Terapia hormonal no climatério e câncer de mama – Existem diferenças entre as vias de administração?

Rita de Cássia de Maio Dardes

780 Transição menopausal: quando e como o progestagênio isolado ou a progesterona micronizada é suficiente?

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues, Anne Gompel

ARTIGO ORIGINAL

785 Perfil e tendência temporal da gestação na adolescência na região Sul do Brasil no período de 2012 a 2021

Giulia Dematé Tessarollo, Juliana Patrício Sulzbach, Laura Britz Soares

ARTIGO DE REVISÃO

792 Empoderando a escolha: planejamento familiar e o adesivo anticoncepcional transdérmico no Brasil

Carlos Alberto Petta, Rogério Bonassi Machado, Sílvia Paz Ruiz

RELATO DE CASO

800 Hiponatremia após histeroscopia: um relato de caso

Jéssica Evangelista Rocha, Simone Silva Pereira, Renata Lopes Britto

Desafios e estratégias na vacinação do adolescente

Número 12 – 2024

A Comissão Nacional Especializada em Vacinas 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

- Nos últimos 10 anos, tem sido demonstrado que a proteção imunológica das vacinas administradas nos primeiros anos de vida diminui progressivamente, e isso está associado a uma incidência superior à esperada de doenças imunopreveníveis em adolescentes e adultos jovens.
- A maior circulação de agentes patogênicos entre adolescentes e adultos jovens leva a um elevado risco de infecção em crianças mais novas não vacinadas ou não totalmente vacinadas.
- A vacinação dos adolescentes tem importância para aumentar os benefícios da imunização de forma mais equitativa para além da infância.
- Após a pandemia de COVID-19, foram lançados diversos programas para aumentar a utilização das diferentes vacinas nas populações adolescentes em todo o mundo, entretanto a cobertura vacinal (CV) entre os adolescentes permanece abaixo do ideal.
- É muito importante que os ginecologistas estejam atentos aos desafios na efetiva vacinação dos adolescentes contra as principais doenças imunopreveníveis que acometem essa faixa etária.
- É de grande interesse levar o conhecimento das evidências sobre as estratégias que podem ser adotadas para a melhor adesão à imunização nas adolescentes, principalmente durante uma consulta ginecológica.

RECOMENDAÇÕES

- A Febrasgo entende o impacto negativo das infecções imunopreveníveis nas adolescentes e recomenda que os profissionais de saúde estejam atentos às oportunidades para uma abordagem da vacinação durante as consultas de rotina das adolescentes e de seus familiares responsáveis.
- A Febrasgo tem o papel de trazer o conhecimento das evidências dos estudos sobre as vacinas disponíveis na adolescência e a necessidade dos reforços para uma efetiva proteção como decisão compartilhada entre os profissionais e suas pacientes.
- A Febrasgo compreende a lacuna de conhecimento em torno das intervenções para melhorar a adesão à vacina entre os adolescentes e recomenda que a estratégia da vacinação nas escolas deve ser adotada para melhorar a CV entre adolescentes, com melhor adesão às vacinas atuais e também às futuras vacinas.
- A Febrasgo defende o fortalecimento de vacinação de adolescentes do Programa Nacional de Vacinação (PNI) e da inclusão de novas vacinas, como contra os sorogrupos da doença meningocócica, além do sorogrupo C.
- A Comissão Nacional Especializada (CNE) de Vacinas da Febrasgo entende que, para diminuir mortes, hospitalizações e impactos negativos nas famílias e nos sistemas de saúde, é necessário aproveitar cada oportunidade para informar e atualizar os profissionais de saúde sobre os benefícios e riscos das vacinas e das doenças imunopreveníveis, para que eles possam fazer as escolhas e as necessárias recomendações para seus pacientes adolescentes.
- A Febrasgo entende que, com as necessárias e corretas informações, pode ser possível diminuir a hesitação vacinal e reduzir a morbidade e a mortalidade relacionadas a patógenos, especialmente os que acometem os adolescentes como os diversos sorogrupos do meningococo causador da doença meningocócica.

CONTEXTO CLÍNICO

Em 2021, aproximadamente 1.500.000 adolescentes e adultos jovens, entre 10 e 24 anos de idade, foram a óbito, ou seja, 4.500 mortes por dia; as chances de sobrevivência de adolescentes e jovens adultos variam muito em todo o mundo. Em 2021, a probabilidade de morrer entre as pessoas com idades compreendidas entre 10 e 24 anos era mais elevada na África Subsaariana e mais baixa na Europa e na América do Norte. Também a probabilidade global média de uma criança de 10 anos morrer antes dos 24 anos era cerca de seis vezes maior na África Subsaariana do que na América do Norte e na Europa.⁽¹⁾

É importante ressaltar que os padrões de mortalidade nas pessoas com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos refletem os perfis de risco subjacentes dos grupos etários, sendo os dos jovens entre 10 e 14 anos dominados por doenças infecciosas, entre elas as imunopreveníveis.⁽²⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda diversas vacinas para crianças entre 10 e 19 anos, e algumas dessas vacinas são oferecidas principalmente a essa faixa etária, como a vacina contra meningite e contra o papilomavírus humano (HPV). Outras vacinas são as de reforço, também administradas a crianças mais novas, como vacinas contra hepatite B, difteria, tétano e coqueluche.⁽²⁾

Muitos adolescentes não recebem as vacinas recomendadas, e diferentes abordagens foram testadas para mudar essa situação. Uma abordagem é envolver não somente os adolescentes, mas também os seus pais e as comunidades, fornecendo-lhes informações sobre vacinas ou mesmo lembrando-os da data de vencimento das vacinas, assim como das vantagens da vacinação. Outra abordagem consiste em envolver os profissionais de saúde, levando o conhecimento e benefícios da imunização com atividades educativas. Uma terceira abordagem é tornar as vacinas mais acessíveis às pessoas, disponibilizando vacinas gratuitas ou oferecendo vacinas mais perto de casa, com horários flexíveis, inclusive nas escolas. Uma quarta abordagem é aprovar leis sobre vacinação, como em alguns países nos quais os estudantes têm de provar que foram vacinados antes de poderem frequentar a escola.⁽³⁾

A doença meningocócica invasiva, mesmo estando, nas últimas décadas, associada a tendências de incidência baixa e decrescente, provoca pânico entre a população, principalmente por sua potencial natureza epidêmica, rápido início, altas taxas de letalidade (10%-20%), morbidade e risco de complicações (até 20% dos sobreviventes da doença meningocócica podem desenvolver sequelas de longo prazo, incluindo déficit neurológico, deficiência ocular e auditiva ou amputação de membros).⁽⁴⁾

O agente causador da doença meningocócica, *Neisseria meningitidis*, é um diplococo Gram-negativo,

aeróbico e imóvel pertencente à família Neisseriaceae. A composição antigênica da cápsula polissacarídica permite a classificação de *N. meningitidis* em 12 sorogrupos diferentes: A, B, C, H, I, K, L, W, X, Y, Z e E. Atualmente, os sorogrupos A, B, C, Y, W e X são responsáveis por quase todos os casos da doença, infectando apenas humanos.⁽⁴⁾

A prevalência do meningococo sorotipo B no Brasil variou ao longo do tempo. O sorogrupo B foi uma causa significativa de doença meningocócica no Brasil durante a década de 1990 e início dos anos 2000. Entre 1990 e 2001, o sorogrupo B foi responsável por 67% dos isolados invasivos de *Neisseria meningitidis*, e entre 1997-1998, cerca de 60% dos casos de doença meningocócica confirmados em laboratório foram identificados como sorogrupo B.⁽⁵⁾

No entanto, houve uma mudança na prevalência de sorogrupos ao longo dos anos. De 2002 a 2017, o sorogrupo B representou 38,1% dos isolados, com uma diminuição notável na prevalência à medida que o sorogrupo C se tornou mais dominante. Em regiões específicas, como o Rio Grande do Sul, o sorogrupo B foi responsável por 69,8% dos casos de 1995 a 2003.⁽⁵⁾

As coberturas vacinais contra as meningites bacterianas em níveis próximos de 90% proporcionam marcada redução do número de casos da doença meningocócica entre os vacinados, e isso foi evidenciado após a introdução em programas públicos, em diversos países do mundo, da vacina MenC, que foi a primeira vacina aprovada contra o meningococo.⁽⁶⁾ Assim, os países que incluíram adolescentes em seus programas de vacinação obtiveram resultados expressivos de proteção indireta, já que é nessa faixa etária que se concentra a maior parte dos portadores assintomáticos da bactéria.⁽⁷⁾

Atualmente as vacinas disponíveis para prevenir a doença meningocócica são as que contêm polissacarídeos capsulares dos sorogrupos A, C, W e Y do meningococo, conjugados, dependendo do fabricante, a diferentes proteínas carreadoras; e elas ampliam o espectro de proteção em relação à vacina monovalente C e têm sido recomendadas, no calendário de crianças e adolescentes, pelas sociedades científicas e pela Febrasgo. Essa vacina ACWY está disponível, pelo Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) para idades de 11 a 14 anos, em esquema de dose única, e para outras faixas etárias, somente na rede privada.^(8,9)

O início da adolescência (9-14 anos) é o momento ideal para a vacinação contra a infecção pelo HPV, e estima-se que, se 90% das adolescentes em nível mundial receberem a vacina contra o HPV, mais de 40 milhões de vidas poderão ser salvas no próximo século. Entretanto, estima-se que em 2021 apenas 12% dessas adolescentes foram vacinadas.⁽¹⁰⁾

Em 2020 a *Cochrane Database of Systematic Reviews* publicou uma revisão com o objetivo de avaliar os

efeitos de intervenções para melhorar a adesão à vacinação entre adolescentes. Nessa revisão, várias estratégias foram avaliadas para melhorar a vacinação dos adolescentes, incluindo educação para a saúde, incentivos financeiros, vacinação obrigatória e distribuição de vacinas nas escolas. No entanto, a maior parte das evidências foi de baixo a moderado grau de evidência. Portanto, embora essa revisão forneça alguma indicação do efeito provável dessas intervenções, a probabilidade de os efeitos serem substancialmente diferentes é elevada, sendo necessários novos estudos adicionais para melhorar ainda mais as estratégias de imunização dos adolescentes, especialmente em países de baixa e média renda, onde existem programas limitados de vacinação para essa faixa etária. Além disso, os autores concluíram que é fundamental compreender os fatores que influenciam a hesitação, a aceitação e a procura da vacinação dos adolescentes em diferentes contextos.⁽³⁾

A adesão às vacinas durante a adolescência é uma questão global, influenciada por múltiplos fatores, como a falta de medidas preventivas programáticas, consultas de saúde nessa idade, aconselhamento médico fraco sobre a importância da vacinação e a falta de requisitos de ingresso escolar para a vacinação de adolescentes. Assim, é crucial o papel dos profissionais de saúde, entre eles os ginecologistas, em recomendar a vacinação para as adolescentes aproveitando as oportunidades de consulta ou mesmo as campanhas de vacinação nas escolas.

QUAIS AS PRINCIPAIS VACINAS E OS BENEFÍCIOS DE VACINAR NA ADOLESCÊNCIA?

As vacinas meningocócicas B e a conjugada quadrivalente (tipos A, C, W e Y) devem ser consideradas como as melhores opções para a imunização dos adolescentes para evitar a doença meningocócica. A Febrasgo recomenda a vacinação com uma única dose da vacina ACWY e com duas doses da meningocócica B, com intervalo de um mês entre elas. A imprevisibilidade da doença meningocócica, associada ao estado de portador assintomático dos jovens, com hábitos e comportamentos que facilitam a propagação como viagens e deslocamentos, e ainda ao potencial epidêmico da bactéria, torna a utilização de vacinas multivalentes extremamente desejável, por ampliar o espectro de proteção contra a doença.⁽⁹⁾

Direcionar os adolescentes para a vacinação de imediato gera três benefícios: recuperação das vacin角度ões perdidas, reforço da imunidade em declínio e imunização primária com novas vacinas.^(11,12) As vacinas administradas durante a adolescência incluem, mas não estão limitadas a, aquelas contra o HPV, difteria, tétano, coqueluche, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, hepatite B, poliomielite, doença meningocócica e, atualmente, a vacina contra a COVID-19.⁽¹³⁾

QUAL O PRINCIPAL DESAFIO PARA A ABORDAGEM DA VACINAÇÃO DURANTE UMA CONSULTA DE ROTINA DE UMA ADOLESCENTE?

O principal desafio é que em muitos locais as adolescentes geralmente recorrem aos médicos apenas quando estão doentes, e não como uma rotina de prevenção, por isso, as oportunidades para informar sobre a importância das vacinas e que elas devem ser administradas são limitadas. Nesses casos, as adolescentes podem estar mais interessadas na sua condição de saúde atual do que nos possíveis benefícios da prevenção de futuras doenças evitáveis por vacinação.⁽¹⁴⁾ As escolas têm sido amplamente utilizadas como plataformas de distribuição para a vacinação de um grande número de crianças em idade escolar,⁽¹³⁾ contudo os programas de vacinação baseados nas escolas podem não ser totalmente bem-sucedidos em países com taxas de frequência escolar abaixo do ideal, como em muitos países de baixa e média renda onde as taxas de frequência escolar são variáveis devido a fatores como a localização geográfica, o perfil socioeconômico e também as questões de gênero.⁽¹⁴⁾ Estratégias como campanhas de imunização em massa podem ser utilizadas para complementar programas de vacinação escolares em locais com baixas taxas de frequência escolar.⁽¹³⁾

QUAIS AS TAXAS DE COBERTURA VACINAL (CV) ENTRE ADOLESCENTES NO MUNDO E NO BRASIL?

Os dados sobre a CV entre adolescentes são limitados, mas a CV é geralmente baixa nesse grupo.^(14,15) Em todo o território brasileiro, a cobertura inicial para a vacina MenC foi alta, excedendo 95% para bebês, mas isso diminuiu ao longo do tempo, chegando a 83% em 2018. A aceitação entre adolescentes, no entanto, foi notavelmente menor, com menos de 20% de cobertura em 2017-2018. A pandemia de COVID-19 exacerbou ainda mais o declínio nas taxas de vacinação, com uma redução relatada de 10%-20% na cobertura geral de vacinação durante 2019-2020. No geral, embora a introdução de vacinas meningocócicas tenha levado a uma redução significativa na incidência e mortalidade da doença meningocócica, particularmente para o sorogrupo C, manter altas taxas de cobertura continua sendo um desafio, especialmente entre adolescentes e no contexto da pandemia de COVID-19.^(16,17)

A vacinação contra HPV tem taxas de cobertura também consideradas baixas, sendo estimado que apenas 6,1% das adolescentes em todo o mundo tenham completado a série de vacinação contra o HPV em 2014, com grande variação entre países de baixa e média renda e países de alta renda. A cobertura da vacinação contra o HPV foi de apenas 1,1% na Ásia e 1,2% em África, em comparação com 35,6% na América do Norte e 35,9% na Oceania.⁽¹⁰⁾ No Brasil, em 2023, a cobertura para a vacina HPV foi de 70% com as duas doses recomendadas

acumuladas para meninas, não alcançando a meta de 90% de CV recomendada pela OMS.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Globalmente, a média dos programas de HPV atingem CV de 55% para a primeira dose e de 44% para a última dose da vacina HPV, e essa CV de HPV reduziu em menos de 15% desde 2019, refletindo uma tendência de queda, que continuou em 2021. Essa baixa cobertura combinada com a grande população sem acesso às vacinas contra HPV resulta em uma cobertura global muito baixa (12%).⁽¹⁾

QUAIS AS PRINCIPAIS BARREIRAS À VACINAÇÃO DOS ADOLESCENTES?

A adolescência é um período particular da vida caracterizado por mudanças no desenvolvimento intelectual, moral, físico, emocional e psicológico. Tudo isso pode ter impacto considerável no cumprimento dos calendários vacinais, porque a abordagem de qualquer método preventivo já não depende inteiramente do julgamento dos pais e dos pediatras, como nos primeiros anos de vida, mas é consequência de um processo mais complexo que envolve os adolescentes, seus pensamentos e opiniões, suas relações com seus pais, amigos e médicos, e as informações que recebem dos meios de comunicação de massa.⁽¹⁴⁾ As barreiras mais comumente relatadas à vacinação de adolescentes incluem: falta de conhecimento sobre vacinas; atitudes negativas em relação à vacinação por parte de adolescentes, pais, professores e profissionais de saúde; infraestrutura de vacinas deficiente; e restrições financeiras.⁽²¹⁾

QUAIS AS ESTRATÉGIAS QUE PODEM SER IMPLEMENTADAS PARA AUMENTAR AS TAXAS DE CV NA ADOLESCÊNCIA?

As intervenções para aumentar a adesão às vacinas pelos adolescentes podem ter múltiplos componentes, visando aos adolescentes e suas comunidades, aos profissionais de saúde, ao sistema de saúde ou a uma combinação deles.⁽³⁾ Uma estratégia consiste no envolvimento dos órgãos governamentais relevantes no planejamento, implementação e monitoramento do PNI, com o deslocamento da vacinação dos postos de saúde para as escolas, garantindo a série completa de vacinação para os adolescentes.⁽³⁾ Além da escolha das escolas como local primário de vacinação, existe a adoção de estratégia envolvendo a vacinação no mesmo dia, ou seja, no mesmo lugar da consulta, da prescrição e da administração.⁽²²⁾ Outros componentes que são citados como estratégias envolvem o envio de mensagens informando aos adolescentes sobre as vacinações que vão vencer ou que já venceram e o monitoramento do desempenho dos programas para garantir resultados de imunização efetivos, socialmente justos e com custo-eficácia.⁽²³⁾

EXISTEM INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS PARA AUMENTO DA ADESÃO À VACINAÇÃO TENDO COMO ALVO OS ADOLESCENTES?

As intervenções educativas permitem que os adolescentes e as suas comunidades compreendam o significado e a relevância da vacinação para sua saúde.^(24,25) Tais intervenções podem ser realizadas pessoalmente ou por meio de mensagens, conversas nas redes sociais, apresentação audiovisual ou dramatização, materiais impressos, *websites*, campanhas multimídia ou eventos comunitários.⁽³⁾ Esses tipos de intervenções podem ser dirigidos a indivíduos ou grupos e podem incluir informações sobre saúde e nutrição; os riscos e benefícios das vacinas; onde, como e quando acessar os serviços de vacinas; quem deve ser vacinado; ou uma combinação deles. Os adolescentes e as comunidades podem receber educação sobre vacinas por meio de cartazes afixados em salas de espera, brochuras, *e-mails* e recursos de *websites*.⁽²²⁾

QUAL O PAPEL DO GINECOLOGISTA PARA AUMENTAR A ADESÃO À VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA?

Os ginecologistas devem esclarecer e aconselhar pais e adolescentes sobre a vacinação, de forma clara, apontando os seus benefícios ao evitar uma doença e eventuais eventos adversos. A necessidade dos ginecologistas de se manterem atualizados com o conhecimento sobre vacinas é essencial, especialmente quando são recomendadas novas vacinas.^(9,14) O aconselhamento cuidadoso e verdadeiro sobre a vacinação de adolescentes e dos seus pais por parte dos profissionais de saúde pode resultar numa maior disponibilidade dos adolescentes para serem vacinados. As intervenções do sistema de saúde garantem que as vacinas estejam disponíveis quando os adolescentes e as suas comunidades são capazes de exigir e cobrar dos órgãos governamentais.^(26,27)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários fatores podem desempenhar um papel na redução da cobertura vacinal entre os adolescentes, mas alguns desafios são substancialmente iguais às barreiras à imunização de crianças e adultos. Contudo, como os adolescentes estão pessoalmente envolvidos na tomada de decisões, a organização da administração das vacinas e a aceitação ou não da vacinação são mais complicadas e existe risco maior de oportunidades perdidas. Entretanto, os estudiosos do assunto concordam que uma das estratégias para aumentar a cobertura vacinal dos adolescentes é uma informação clara, vinda dos profissionais de saúde, para os adolescentes e seus familiares. A imunização de adolescentes contra a doença meningocócica e a vacinação contra o HPV são uma extensão importante do calendário de

imunização tradicional, que há muito tempo se destina quase exclusivamente às crianças. A CNE de Vacinas da Febrasgo, com este Febrasgo *Position Statement*, tem o objetivo de mostrar esses desafios e estratégias para auxiliar em uma nova abordagem preventiva, que pode ter efeitos positivos não só nos próprios adolescentes, mas também na comunidade.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Reducing Missed Opportunities for Vaccination (MOV). 2017 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/implementation/reducing-missed-opportunities-for-vaccination>
- World Health Organization. Adolescent and young adult health. 2023 [cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Abdullahi LH, Kagina BM, Ndze VN, Hussey GD, Wiysonge CS. Improving vaccination uptake among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;1(1):CD011895. doi: 10.1002/14651858.CD011895.pub2
- Stephens DS, Greenwood B, Brandtzaeg P. Epidemic meningitis, meningococcaemia, and Neisseria meningitidis. *Lancet.* 2007;369(9580):2196–1210. doi:10.1016/S0140-6736(07)61016-2
- Chicuto LAD, de Moraes C, Cássio de Moraes J, Sáfadi MAP. A Critical Analysis of Serogroup B Meningococcal Disease Burden in Brazil (2001-2015): Implications for Public Health Decisions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics.* 2020;16(8):1945-1950. doi: 10.1080/21645515.2019.1700710
- Ministério da Saúde. Situação epidemiológica. 2021 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite/situacao-epidemiologica>
- Centers for Disease Control and Prevention. Chapter 14: Meningococcal disease. In: Hamborsky J, Kroger A, Wolfe C, editors. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases.* 13th ed. Washington (DC): Public Health Foundation; 2015. p. 231–46.
- Ministério da Saúde. Calendário de vacinação: adulto e idoso. 2023 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>
- Roteli-Martins CM, Neves NA, Magno V, Kfour R. Vacinação para doença meningocócica. *Femina.* 2022;50(9):544-8. (Febrasgo Position Statement; no. 9).
- Bruni L, Saura-Lázaro A, Montoliu A, Brotons M, Alemany L, Diallo MS, et al. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010-2019. *Prev Med.* 2021;144:106399. doi: 10.1016/j.jpmed.2020.106399
- World Health Organization. Human papillomavirus and cervical cancer. 2024 [cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
- Brabin L, Greenberg DP, Hessel L, Hyer R, Ivanoff B, Van Damme P. Current issues in adolescent immunization. *Vaccine.* 2008;26(33):4120-34. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.04.055
- Piot P, Larson HJ, O'Brien KL, N'kengasong J, Ng E, Sow S, et al. Immunization: vital progress, unfinished agenda. *Nature.* 2019;575(7781):119-29. doi: 10.1038/s41586-019-1656-7
- Principi N, Esposito S. Adolescents and vaccines in the western world. *Vaccine.* 2013;31(46):5366-74. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.08.092
- Cawley J, Hull HF, Rousculp MD. Strategies for implementing school-located influenza vaccination of children: a systematic literature review. *J Sch Health.* 2010;80(4):167-75. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00482.x
- Aparecido Nunes A, De Jesus Lopes De Abreu A, Cintra O, et al. Meningococcal Disease Epidemiology in Brazil (2005-2018) and Impact of MenC Vaccination. *Vaccine.* 2021;39(3):605-616. doi:10.1016/j.vaccine.2020.11.067
- Silveira MM, Conrad NL, Leivas Leite FP. Effect of COVID-19 on Vaccination Coverage in Brazil. *Journal of Medical Microbiology.* 2021;70(11). doi:10.1099/jmm.0.001466
- Mackroth MS, Irwin K, Vandelaer J, Hombach J, Eckert LO. Immunizing school-age children and adolescents: experience from low- and middle-income countries. *Vaccine.* 2010;28(5):1138-47. doi: 10.1016/j.vaccine.2009.11.008
- Loke AY, Kwan ML, Wong YT, Wong AK. The uptake of human papillomavirus vaccination and its associated factors among adolescents: a systematic review. *J Prim Care Community Health.* 2017;8(4):349-62. doi: 10.1177/2150131917742299.2017
- Ministério da Saúde. Título do documento. [cited 2023 Nov 10]. Available from: www.sipni.datasus.gov.br
- Ngcobo NJ, Burnett RJ, Cooper S, Wiysonge CS. Human papillomavirus vaccination acceptance and hesitancy in South Africa: research and policy agenda. *S Afr Med J.* 2018;109(1):13-5. doi: 10.7196/SAMJ.2018.v109i1.13723
- Bednarczyk RA, Brewer NT, Gilkey MB, Zorn S, Perkins RB, Oliver K, et al. Human papillomavirus vaccination at the first opportunity: an overview. *Hum Vaccin Immunother.* 2023;19(1):2213603. doi: 10.1080/21645515.2023.2213603
- Biggaard J, Franceschi S. Vaccination against HPV: boosting coverage and tackling misinformation. *Mol Oncol.* 2021;15(3):770-8. doi: 10.1002/1878-0261.12808
- Stinchfield PK. Practice-proven interventions to increase vaccination rates and broaden the immunization season. *Am J Med.* 2008;121(7 Suppl 2):S11-21. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.05.003
- Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, et al. "Communicate to vaccinate": the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. *BMC Int Health Hum Rights.* 2013;13:23. doi: 10.1186/1472-698X-13-23
- Kaufman J, Ames H, Bosch-Capblanch X, Cartier Y, Cliff J, Glenton C, et al. The comprehensive 'Communicate to Vaccinate' taxonomy of communication interventions for childhood vaccination in routine and campaign contexts. *BMC Public Health.* 2017;17(1):423. doi: 10.1186/s12889-017-4320-x
- Kaddar M, Schmitt S, Makinen M, Milstien J. Global support for new vaccine implementation in middle-income countries. *Vaccine.* 2013;31 Suppl 2:B81-96. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.11.085

Como citar:

Roteli-Martins CM, Kfour R, Santos AL. Desafios e estratégias na vacinação do adolescente. *Femina.* 2024;52(12):769-74.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Challenges and strategies in adolescent vaccination", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2024;46:e-FPS12.

Cecília Maria Roteli-Martins

Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Renato de Ávila Kfourri

Sociedade Brasileira de Pediatria.

André Luís Ferreira Santos

Universidade de Taubaté.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Presidente:

Cecilia Maria Roteli Martins

Vice-presidente:

Nilma Antas Neves

Secretária:

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

Membros:

André Luis Ferreira Santos

Angelina Farias Maia

Fabiola Zoppas Fridman

Giuliane Jesus Lajos

Isabella de Assis Martins Ballalai

Juarez Cunha

Julio Cesar Teixeira

Manoel Afonso Guimaraes Gonçalves

Marcia Marly Winck Yamamoto de Medeiros

Renata Robial

Renato de Ávila Kfourri

Valentino Antonio Magno

Terapia hormonal no climatério e câncer de mama – Existem diferenças entre as vias de administração?

Rita de Cássia de Maio Dardes¹

RESUMO

A terapia hormonal no climatério tem demonstrado muita evolução nos últimos tempos. Em especial, com relação ao câncer de mama, maior temor entre as mulheres, o risco de desenvolver a doença depende da terapêutica adotada. Nos dias atuais, está bem estabelecido que os tipos de terapia hormonal utilizados – combinada *versus* isolada – diferem em relação ao risco de câncer de mama. A terapia isolada é muito mais segura para a mama do que a terapia combinada. E, no tocante à terapia combinada, sabemos que o tipo de progestagênios utilizado difere no risco para câncer de mama. No entanto, este artigo discutirá sobre uma recente revisão sistemática das diferentes vias da terapia hormonal e o risco para câncer de mama. Evidenciou-se que a via da terapia hormonal não parece interferir no risco para desenvolver câncer de mama.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da mulher brasileira aumentou consideravelmente ao longo do último meio século e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁽¹⁾ a expectativa de vida para o ano de 2022 foi de 77,5 anos. Portanto, a mulher pode passar quase metade da sua vida no período de pós-menopausa, com risco consistente de desenvolver uma série de sintomas e agravos de condições clínicas decorrentes da deficiência de estrogênio⁽²⁾ e aumento da incidência de câncer de mama, que ocorre com o envelhecimento.⁽³⁾

Uma grande preocupação da mulher em relação à terapia hormonal (TH) como tratamento dos sintomas da menopausa é o risco de desenvolver câncer de mama.⁽³⁾ No entanto, a principal causa de mortalidade em mulheres no climatério é a doença cardiovascular, e não o câncer de mama.⁽⁴⁾ Cabe ao ginecologista desmistificar esse grande temor; para isso, temos que educar nossa classe com dados da literatura (nível de evidência A). Segundo o único estudo prospectivo, randomizado e duplo-cego que avaliou esse risco – *Women's Health Initiative Study* (WHI)⁽⁵⁾ –, de cada 10.000 mulheres do grupo placebo, 30 desenvolvem câncer de mama e, no grupo de TH combinado, 38 casos, isto é, um risco atribuível de 8 casos extras em cada 10.000 mulheres. No entanto, vale ressaltar que o estudo WHI não demonstrou risco aumentado nas usuárias de terapia estrogênica isolada.

Assim, a mulher selecionada para o uso da TH deve ser aconselhada sobre o risco de câncer de mama antes de iniciar a terapêutica, com base nos dados individuais. Devem-se levar em consideração seus antecedentes pessoais, familiares e, especialmente, os fatores de risco modificáveis,

Descritores

Terapia hormonal; Via de administração; Terapia hormonal oral; Terapia hormonal transdérmica; Câncer de mama; Pós-menopausa; Climatério

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rita de Cássia de Maio Dardes
rdardes@unifesp.br

Como citar:

Dardes RC. Terapia hormonal no climatério e câncer de mama – Existem diferenças entre as vias de administração? *Femina*. 2024;52(12):775-9.

como obesidade, consumo de álcool e sedentarismo (nível de evidência C),⁽⁶⁾ uma vez que tais condições contribuem para o aumento significativo do risco e são passíveis de intervenção. Dessa forma, deve-se orientar a paciente de que o risco é multifatorial. Existem calculadoras disponíveis para individualizar o risco de cada mulher, sendo a mais utilizada a da NIH (*National Cancer Institute*) – <http://www.cancer.gov/bcrisktool/>. A partir do momento que demonstramos o seu risco individual, e esse não for maior do que a população em geral, o risco atribuível da TH se torna não significativo. Isso pode ajudar na decisão compartilhada sobre a introdução da TH, trazendo informação mais objetiva e individual à paciente. É importante salientar que o consumo elevado de álcool (em doses por dia) e/ou a obesidade da pós-menopausa são fatores de risco para câncer de mama mais elevado do que o uso da TH combinada por mais de cinco anos.⁽⁶⁾

Além disso, a TH, quando bem indicada, na janela de oportunidade (até dez anos da menopausa e não após os 60 anos), traz benefícios, como a proteção cardiovascular e a preservação da massa óssea, que são perdidas com o hipoestrogenismo.⁽⁶⁾ Adicionalmente, a TH melhorará a cognição, humor, sono, sistema urogenital e bem-estar em geral. Devemos, então, privar a mulher do climatério de tantos benefícios comprovados da TH em nome de um risco diminuto de câncer de mama? Para responder a essa questão, vamos falar sobre o real risco da TH no câncer de mama e as possíveis maneiras de reduzir esse risco por meio de diferentes terapêuticas existentes. Nesse cenário, avaliar a melhor e talvez a mais segura via de administração da TH é de grande relevância. A TH transdérmica é metabolizada de maneira diferente da via oral, com uma dose eficaz menor.⁽⁷⁾ A pele metaboliza o estradiol (E₂) em uma pequena parte, e uma quantidade reduzida do hormônio é necessária com menor concentração sérica de estro-
na (E₂), semelhante aos níveis da pré-menopausa.⁽⁷⁾

A proposta deste artigo foi resumir as evidências mais recentes disponíveis, comparando as vias de administração transdérmica e oral da TH em mulheres na pós-menopausa e o risco para desenvolver câncer de mama. Discutiremos sobre a última revisão sistemática da literatura,⁽⁷⁾ que utilizou vários bancos de dados entre janeiro de 1990 e dezembro de 2021. Essa revisão incluiu ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais, comparando as vias de administração transdérmica e oral de estrogênios para TH em mulheres na pós-menopausa em relação a pelo menos um dos desfechos de interesse: risco cardiovascular, tromboembolismo venoso (TEV), metabolismo lipídico, metabolismo de carboidratos, densidade mineral óssea (DMO) e risco de lesões endometriais pré-malignas e malignas ou câncer de mama. **Vamos apenas discutir os achados sobre o câncer de mama neste artigo.**

Goldštajn *et al.*⁽⁸⁾ identificaram seis estudos de coorte e um estudo de caso-controle comparando os

efeitos da TH oral e transdérmica no risco de câncer de mama (Quadro 1). O *UK Million Women Study*⁽⁹⁾ foi o primeiro estudo a investigar o efeito da via de administração de estrogênio no risco de câncer de mama, e não foram encontradas diferenças entre a administração oral e a transdérmica. Posteriormente, em 2006, Lyytinen *et al.*⁽¹⁰⁾ alcançaram as mesmas conclusões depois de comparar a TH oral e a transdérmica com doses altas, médias e baixas de estrogênio e durações iguais de tratamento. Os mesmos autores compararam o efeito da TH oral e transdérmica combinada com a suplementação de progestagênios em 2009.⁽¹¹⁾ Mais uma vez, não foram encontradas diferenças significativas entre a administração oral e a transdérmica de estrogênio. A mesma conclusão foi evidenciada por revisão anterior envolvendo 108.647 casos, publicada em 2019.⁽¹²⁾ Além disso, Lyytinen *et al.*⁽¹¹⁾ evidenciaram que, cinco anos após a interrupção da terapia, o risco de câncer de mama era o mesmo para não usuárias. Da mesma forma, os dados do estudo de coorte francês E3N relataram um risco aumentado de câncer de mama entre mulheres que recebem TH, sem diferenças entre as vias de administração oral e transdérmica, embora os autores tenham sugerido preferir a progesterona micronizada às progestinas sintéticas.^(13,14) Em um estudo baseado em dados de médicos de família britânicos, Opatrny *et al.*⁽¹⁵⁾ relataram risco aumentado de câncer de mama entre usuárias de TH de estrogênios orais; entretanto, o mesmo não foi observado em usuárias de produtos transdérmicos. No entanto, os intervalos foram amplos, e a sobreposição com os resultados do grupo oral não fez diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos de vias de administração de TH (Quadro 1).

Assim, eles concluem que as vias de administração oral e transdérmica são semelhantes em relação ao câncer de mama. Apontam também haver uma possível diferença entre o tipo de progesterona utilizada e o risco de câncer de mama (Quadro 1).

Vale mencionar que esse estudo demonstrou também indiferença em relação às vias de TH nos parâmetros da DMO e do metabolismo da glicose e melhorias no perfil lipídico, bem como que elas não parecem diferentes em relação a doença endometrial e risco cardiovascular.⁽⁸⁾ A literatura identificada fornece evidências claras apenas do risco de TEV, que é maior com a via de administração oral.

CONCLUSÃO

As evidências disponíveis comparando as vias de administração transdérmica e oral para TH são limitadas e de baixa qualidade, recomendando investigações adicionais. O risco de TEV pode ser considerado a diferença clínica mais clara e forte entre as duas vias de administração, apoiando a TH transdérmica como mais segura do que a via de administração oral. **No entanto,**

Quadro 1. Risco de câncer de mama: resultados de estudos comparando a administração oral e a transdérmica de TH

Autor e ano	Tipo de estudo	Número de mulheres	Grupos	Resultados
Beral (2003) ⁽⁹⁾	Estudo de coorte	1.084.110 mulheres do Reino Unido entre 50-64 anos (metade com TH)	Grupo 1 Oral Transdérmico Grupo 2 Controles	A TH aumentou o risco de câncer de mama x controles (RR: 1,66 [IC de 95%: 1,58-1,75], $p < 0,0001$). A TH aumentou a mortalidade, em comparação aos controles (RR: 1,22 [1,00-1,48], $p = 0,05$). O risco de câncer de mama foi ligeiramente maior no grupo de TH oral x TH transdérmica, mas a diferença foi estatisticamente insignificante (RR: 1,32 [1,21-1,45]) vs. (RR: 1,24 [1,11-1,39]). A terapia oral combinada apresentou risco maior, em comparação com a preparação apenas com estrogênio (RR: 2,00 vs. 1,30, $p < 0,0001$).
Fournier et al. (2005) ⁽¹³⁾	Estudo de coorte	80.377 mulheres na pós-menopausa de 40-65 anos, entre 1990-2002	Grupo 1 Oral Grupo 2 Transdérmico Grupo 3 Controles	A TH aumentou o risco de câncer de mama, em comparação aos controles (RR: 1,22; 1,1-1,4). TH oral com RR 1,5 (1,1-1,9), TH transdérmica com RR 1,4 (1,2-1,7, $p < 0,001$), com diferença estatisticamente insignificante entre as duas vias de administração. Terapia apenas com estrogênio: RR 1,1 (0,8-1,6). Estrogênio combinado com progestagênios orais: RR 1,3 (1,1-1,5). O risco é maior com TH contendo progestinas sintéticas do que com progesterona micronizada.
Lyytinen et al. (2006) ⁽¹⁰⁾	Estudo de coorte	Mulheres acima de 50 anos entre 1994-2001: 84.729 – estradiol oral ou transdérmico, 7.941 – estriol oral e 18.314 – estrogênio vaginal	Grupo 1 Oral E2 Grupo 2 Transdérmico E2 Grupo 3 Estrogênios vaginais	A TH < 5 anos não está associada a risco aumentado de câncer de mama (OR: 0,93; 0,80-1,04). A TH > 5 anos está associada a risco aumentado (OR: 1,44; 1,29-1,59). Preparações orais e transdérmicas apresentam risco semelhante de câncer de mama. Estrogênio vaginal não está associado a um risco aumentado. Doses baixas de E2: oral (OR: 1,15 [0,71-1,75]); transdérmico (1,60 [0,77-2,95]). Doses médias de E2: oral (OR: 1,38 [0,84-2,12]); transdérmico (1,32 [1,12-1,64]). Altas doses de E2: oral (1,49 [1,25-1,75]); transdérmico (1,44 [0,88-2,22]).
Fournier et al. (2008) ⁽¹⁴⁾ E3N	Estudo de coorte	54.548 mulheres na pós-menopausa sem TH com média 52,8 anos acompanhadas por 5 anos	Grupo 1 Oral Grupo 2 Transdérmico	TH oral combinada (RR: 1,31 [0,762,29]); TH combinada transdérmica (1,28 [0,98-1,69]). Oral (OR 0,77 [0,36-1,62]) e transdérmico (1,18 [0,95-1,48]). E2 combinado com didrogesterona não apresentou risco aumentado. Oral (OR: 2,74 [1,42-5,29]) e transdérmico (2,03 [1,39-2,97]). E2 combinado com AMP aumentou o risco. Oral (RR: 2,02 [1,00-4,06]) e E2 transdérmico (RR: 1,48 [1,05-2,09]) combinados com acetato de clormadinona tiveram risco aumentado. Oral (RR: 1,62 [0,94-2,82]) e transdérmico E2 (RR: 1,52 [1,19-1,96]) combinado com promegestona (sintética) teve risco aumentado. Oral (RR: 1,10 [0,55-2,21]) e transdérmico E2 (1,60 [1,28-2,01]) combinado com acetato de nomegestrol teve risco aumentado.

Opatrny et al. (2008) ⁽¹⁵⁾	Estudo caso-controle	502.820 mulheres de 50 a 75 anos entre 1998 e 2004	<p>Grupo 1 Estrogênios combinados orais</p> <p>Grupo 2 Estrogênios combinados transdérmicos</p> <p>Grupo 3 TRH sem oposição</p> <p>Grupo 4 Controles</p>	A TH com estrogênios orais combinados teve risco aumentado (OR: 1,38 [1,27-1,48]). A TH com estrogênios combinados transdérmicos não apresentou risco aumentado (OR: 1,08 [0,81-1,43]). Nenhuma diferença entre regime sequencial ou contínuo de TH combinada. A TH sem oposição não apresentou risco aumentado de câncer de mama (RR: 0,97 [0,86-1,09]).
Corrão et al. (2008) ⁽¹⁶⁾	Estudo de coorte	73.505 mulheres com TH entre 1998-2000 acompanhadas até o ano 2005	<p>Grupo 1 TH > 2 anos Oral</p> <p>Grupo Transdérmico 2 TRH < 6 meses Oral Transdérmico</p>	TH > 2 anos de risco maior que TH < 6 meses (RR: 1,34 [1,13-1,58]) TH oral: RR 2,14 (1,43-3,21) TH transdérmica: RR 1,27 (1,07-1,51)
Lyytinen et al. (2009) ⁽¹¹⁾	Estudo de coorte	221.551 mulheres acima de 50 anos entre 1994-2005	<p>Grupo 1 Oral</p> <p>Grupo 2 Transdérmico</p>	Até 3 anos de TH oral e transdérmica não aumentou o risco de câncer de mama. (RR 1,05; 0,99-1,12, 931 casos vs. RR 0,99; 0,79-1,23, 82 casos) Entre 3º e 5º: oral (RR: 1,27 [1,15-1,39]) transdérmico (RR: 1,38 [1,01-1,85]) Após 5 anos: oral (RR: 1,81 [1,73-1,89]) transdérmico (RR: 1,60 [1,11-2,23]) As preparações com NETA apresentaram maior risco de câncer de mama, em comparação com as preparações com didrogesterona e AMP.

TRH: terapia de reposição hormonal; TH: terapia hormonal; RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança; OR: *odds ratio*; E2: estradiol; AMP: acetato de medroxiprogesterona; NETA: acetato de noretisterona.

Fonte: Adaptada de Goldštajn MŠ, et al. (2023).⁽⁶⁾

em relação ao câncer de mama, não houve diferença entre as vias de administração, mas há diferença em relação aos tipos de progestagênios. Os progestagênios mais seguros seriam a didrogesterona e a progesterona micronizada. E também há diferença entre a terapia combinada e a isolada, com a isolada mostrando-se mais segura. Além disso, a dose do estrogênio também parece implicar no aumento de risco para câncer de mama, assim como a duração da terapêutica.

As recomendações da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac), da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), da *International Menopause Society* (IMS) e da Sociedade Norte-americana de Menopausa (NAMS) sobre TH e vias de administração e câncer de mama são as seguintes:

- As vias de administração transdérmica podem oferecer **vantagens potenciais**, porque as vias não orais contornam o efeito hepático de primeira passagem; no entanto, não se sabe se as vias não orais de terapia estrogênica isolada ou combinada estão associadas a menor risco (*versus* vias orais) de **câncer de mama, porque os ensaios clínicos não foram projetados para examinar esse resultado**.

- Os dados existentes não permitem afirmar taxativamente sobre diferenças quanto ao risco das vias de administração para o câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos. Agência IBGE. 2023 [cited 2024 Jun 13. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>
2. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*. 2010;65(2):161-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.08.003
3. Pompei LM, Bonassi-Machado R, Steiner ML, Pompei IM, de Melo NR, Nappi RE, et al. Profile of Brazilian climacteric women: results from the Brazilian Menopause Study. *Climacteric*. 2022;25(5):523-9. doi: 10.1080/13697137.2022.2088276
4. Oliveira GM, Almeida MC, Marques-Santos C, Costa ME, Carvalho RC, Freire CM, et al. Position Statement on Women's Cardiovascular Health - 2022. *Arq Bras Cardiol*. 2022;119(5):815-82. doi: 10.36660/abc.20230306
5. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-33. doi: 10.1001/jama.288.3.321

6. Machado RB, Pompei LM, Paiva LH, Melo NR, Wender MC, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. São Paulo: Sobrac; 2024 [cited 2024 Jun 20]. Available from: https://sobrac.org.br/consenso_brasileiro_de_terapeutica_hormonal_do_climaterio_da_sobrac_2024.html
7. Kopper NW, Gudeman J, Thompson DJ. Transdermal hormone therapy in postmenopausal women: a review of metabolic effects and drug delivery technologies. *Drug Des Devel Ther.* 2009;2:193-202. doi: 10.2147/dddt.s4146
8. Goldštajn MŠ, Mikuš M, Ferrari FA, Bosco M, Uccella S, Noventa M, et al. Effects of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopause: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2023;307(6):1727-45. doi: 10.1007/s00404-022-06647-5
9. Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet.* 2003;362(9382):419-27. doi: 10.1016/s0140-6736(03)14065-2
10. Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Breast cancer risk in postmenopausal women using estrogen-only therapy. *Obstet Gynecol.* 2006;108(6):1354-60. doi: 10.1097/01.AOG.0000241091.86268.6e
11. Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestogen therapy. *Obstet Gynecol.* 2009;113(1):65-73. doi: 10.1097/AOG.0b013e31818e8cd6
12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet.* 2019;394(10204):1159-68. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31709-X
13. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer.* 2005;114(3):448-54. doi: 10.1002/ijc.20710
14. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;107(1):103-11. doi: 10.1007/s10549-007-9523-x
15. Opatrny L, Dell'Aniello S, Assouline S, Suissa S. Hormone replacement therapy use and variations in the risk of breast cancer. *BJOG.* 2008;115(2):169-75. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01520.x
16. Corrão G, Zambon A, Conti V, Nicotra F, La Vecchia C, Fornari C, et al. Menopause hormone replacement therapy and cancer risk: an Italian record linkage investigation. *Ann Oncol.* 2008;19(1):150-5. doi: 10.1093/annonc/mdm404

Transição menopausal: quando e como o progestagênio isolado ou a progesterona micronizada é suficiente?

Menopausal transition: when progestogen or micronized progesterone alone is enough?

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues¹, Anne Gompel²

Descritores

Menopausa; Transição da menopausa; Progestágenos; Progesterona; Sintomas vasomotores; Perimenopausa

Keywords

Menopause; Menopausal transition; Progestogens; Progesterone; Vasomotor symptoms; Perimenopause

Submetido:

06/08/2024

Aceito:

21/10/2024

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Professora Emérita da Universidade de Paris (Paris Université V), Paris, França.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues
marcioahr@gmail.com

Como citar:

Rodrigues MA, Gompel A. Transição menopausal: quando e como o progestagênio isolado ou a progesterona micronizada é suficiente? *Femina*. 2024;52(12):780-4.

RESUMO

A perimenopausa inclui o período de transição menopausal e se estende até um ano após 12 meses de amenorria, ou seja, a data da última menstruação. Mulheres durante esse período podem apresentar sintomas vasomotores incômodos, além de irregularidades menstruais e alterações do sono e do humor. Foi realizada busca eletrônica nas bases de dados PubMed, Lilacs e SciELO, com datas a partir do ano de 2007 até o presente ano de 2024. A busca incluiu termos como “menopausa”, “transição menopausal”, “progesterona micronizada” e “progestagênios”. Há carência de estudos randomizados na condução dos sintomas apresentados pelas mulheres durante essa fase da vida, a perimenopausa. Entretanto, alguns estudos recentemente publicados sugerem potencial ação da progesterona na melhora dos sintomas vasomotores e das alterações do sono, frequentemente relatados pelas mulheres que estão transitando pelo período menopausal.

ABSTRACT

Perimenopause includes the period of menopausal transition and extends up to 1 year after 12 months of amenorrhea, that is, the date of the last menstrual period. Women during this period may experience bothersome vasomotor symptoms, as well as menstrual irregularities, sleep and mood changes. An electronic search was performed in the following databases, PubMed, Lilacs, and SciELO, from 2007 to 2024. The search included terms such as menopause, menopausal transition, micronized progesterone, and progestogens. There is a lack of randomized studies on the management of symptoms presented by women during this phase of life, perimenopause. However, some recently published studies suggest a potential action of progesterone in improving vasomotor symptoms and sleep changes, frequently reported by those who are going through the menopausal period.

INTRODUÇÃO

A menopausa é definida como a interrupção permanente dos ciclos menstruais (idade média variando entre 48-52 anos), ou seja, após 12 meses consecutivos de amenorria, decorrente da perda da atividade folicular ovariana. Ela pode ser espontânea (menopausa natural), decorrente de remoção dos ovários (menopausa cirúrgica) ou decorrente de quimioterapia

ou radioterapia que determina a falência ovariana. Essas duas últimas são também chamadas de menopausa iatrogênica.⁽¹⁾ No intuito de facilitar as pesquisas em menopausa e melhorar a comunicação entre o médico e suas pacientes, foi publicado um estudo com a descrição dos estágios do envelhecimento reprodutivo da mulher (STRAW – *Staging of Reproductive Aging Workshop*) (Figura 1)⁽²⁾ com sete segmentos, incluindo a transição menopausal (TM), dividida em duas fases – precoce e tardia –, finalizando na data de ocorrência do último período menstrual (DUM – data da última menstruação), ou seja, após 12 meses consecutivos de ausência de ciclos menstruais. A perimenopausa, outro termo ainda muito utilizado, além de incluir a TM, finaliza após um ano da DUM e tem duração média entre um e três anos.⁽²⁾ A fase precoce da TM é definida por alteração dos ciclos menstruais anteriormente regulares ≥ 7 dias ou ausência de alguns ciclos. Durante esse período, os níveis de estrogênio são flutuantes e os ciclos são geralmente ovulatórios, assim como os níveis do hormônio folículo-estimulante (FSH), mas com tendência à elevação desse último. Os sintomas, principalmente os vasomotores (SVMs), são geralmente leves e não requerem tratamento. Entretanto, na fase tardia da TM, observa-se maior intervalo dos ciclos menstruais (períodos sem ciclos menstruais de até 60 dias), níveis de FSH geralmente acima de 25 UI/L e provável presença de SVMs.^(1,2)

Os progestagênios e a progesterona micronizada em monoterapia são eficazes no tratamento dos sintomas da menopausa?

É importante ressaltar o mecanismo de ação da progesterona e de seu metabólito, a alopregnanolona, para o melhor entendimento dos efeitos e das indicações da sua utilização. A ação da progesterona, pela via clássica, se faz pela sua ligação ao receptor de progesterona (RP-A e RP-B). Na via de sinalização clássica, tanto a progesterona quanto um de seus metabólitos, a 5 α -diidroprogesterona (5 α -DHP), se ligam aos receptores

intracelulares de progesterona. Entretanto, o seu metabólito alopregnanolona, que advém após conversão de progesterona em 5-diidroprogesterona e, por sua vez, nesse último, não tem afinidade com RP, mas é um modulador positivo dos receptores de ácido γ -aminobutírico tipo A (GABA-A). No sistema nervoso central, observou-se que a progesterona diminuiu a inflamação central e o estresse oxidativo em dados de animais. Em estudo randomizado em humanos, a progesterona diminuiu a ansiedade e melhorou o sono. Além disso, a progesterona parece agir nos SVMs, pelo menos em parte, restaurando a zona termoneutra estreitada, em direção ao normal.⁽³⁾

Classificação dos progestagênios

Os progestagênios são uma classe de compostos sintéticos e desenvolvidos para mimetizar as ações biológicas da progesterona. São caracterizados pela alta afinidade pelo RP e podem induzir outros efeitos, por agir em outros receptores, determinando ações como a androgênica/antiandrogênica, antiestrogênica/estrogênica, antiminerlocorticoide e glicocorticoide. As várias classes farmacológicas dos progestagênios podem ser visualizadas na figura 2.⁽⁴⁾

SINTOMAS VASOMOTORES

Os SVMs (fogachos, sudorese noturna) são os sintomas clássicos da menopausa, sendo referidos como sensação intensa de calor e rubor facial. Podem acometer até 80% das mulheres, determinando impacto negativo na qualidade de vida. Embora a prevalência de SVMs seja elevada durante e após a TM, as mulheres apresentam heterogeneidade significativa no momento de início e evolução dos SVMs.⁽⁵⁾ No estudo SWAN, foram observadas quatro trajetórias de início e duração das ondas de calor, incluindo início precoce (18,4%), início tardio (29%), baixa frequência (27%) e alta frequência (25,5%). Nesse último grupo, os fogachos começaram antes do último período

Última menstruação espontânea
▼

Terminologia	Transição menopáusica		Pós-menopausa		
	Inicial	Tardio [†]	Inicial [†]	Tardio	
	Perimenopausa				
Duração do período	Variável		(a) 1 ano	(b) 4 anos	Até a morte
Ciclo menstrual	Alteração leve do padrão menstrual	≥ 2 ciclos ausentes e/ou períodos de amenorreia	Amenorreia (12 meses)	Ausentes	

[†]Estágio caracterizado pela presença dos sintomas vasomotores.

Fonte: Adaptada de Harlow et al.⁽²⁾

Figura 1. Períodos do Envelhecimento Reprodutivo. Sistema Straw (Stages of Reproductive Aging Workshop)

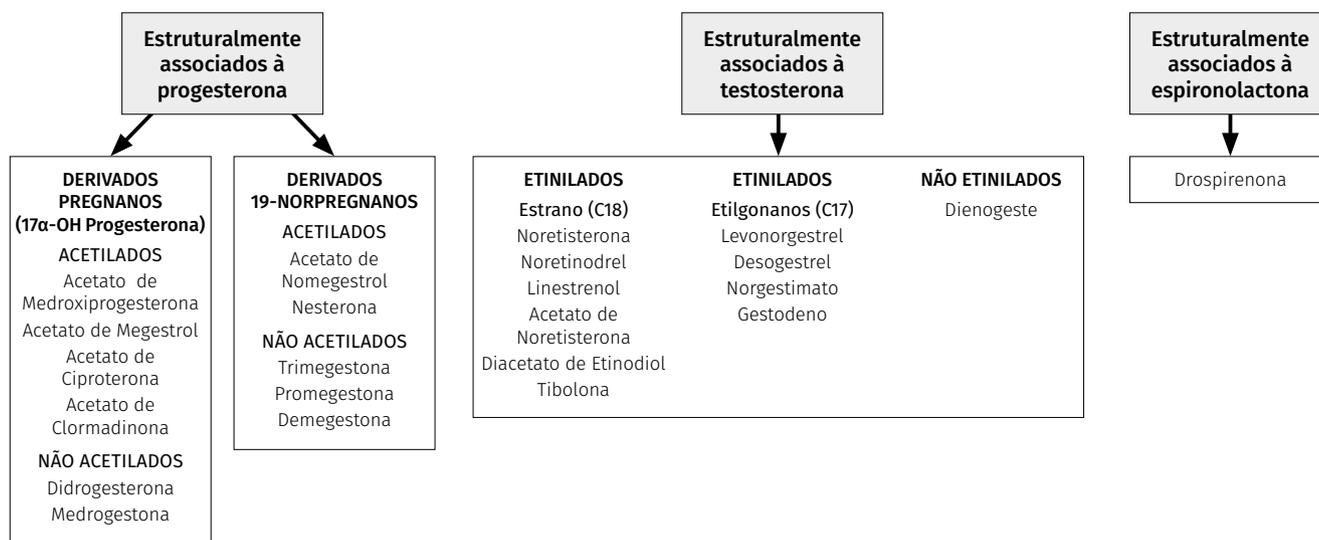


Figura 2. Classificação dos progestagênicos

menstrual e continuaram inalterados até o final do período de observação (ou seja, 14 anos após o último período menstrual). Assim, podemos inferir que existe uma diversidade ampla na manifestação dos SVMs, o que nos chama a atenção para um grupo específico de mulheres que apresentam sintomas precoces, antes da DUM, e que persistem por vários anos após essa data, desmistificando a crença de que os SVMs iniciariam próximo à DUM e com resolução imediatamente nessa data.

Estudos avaliando o uso isolado de progesterona micronizada ou progestagênicos sintéticos

Os SVMs em mulheres na pós-menopausa são efetivamente tratados pela terapia hormonal da menopausa (THM) com base em metanálises de vários ensaios clínicos randomizados (ECRs). No entanto, as mulheres na perimenopausa, além dos SVMs, também costumam apresentar outros sintomas ou sinais como sangramento menstrual intenso, mastalgia e alterações de humor, e não demonstraram ser tratadas de forma eficaz e segura em ECRs controlados por placebo *versus* THM, o que é universalmente recomendado pelos grandes *guidelines*.⁽⁶⁾ Portanto, muitas mulheres na perimenopausa e sintomáticas apresentam grande dificuldade em tratar seus incômodos sintomas, pela carência de dados na literatura médica e pouca *expertise* por parte dos profissionais que as assistem.

Em recente revisão sistemática que incluiu somente ECRs, os autores investigaram diferentes formas de administração dos progestagênicos e da progesterona micronizada para o tratamento dos SVMs e alterações do humor associados à menopausa.⁽⁷⁾ Na tabela 1, podemos verificar os ECRs com progesterona transdérmica e, na tabela 2, estudos com progesterona micronizada e agentes progestogênicos. Nessa revisão, foram incluídos sete artigos, com um total de 601 pacientes avaliadas.

Três dos sete ECRs relataram que a terapia com progestagênio determinou a melhora dos SVMs em mulheres na pós-menopausa. O maior estudo que administrou P4m por via oral usando 300 mg relatou melhora de 58,9% nos SVMs (23,5% no grupo placebo, n = 133), enquanto o maior estudo usando P4 transdérmica não relatou nenhuma melhora (n = 230). Nenhum estudo relatou melhora dos sintomas relativos ao humor. Os efeitos colaterais, como dores de cabeça e sangramento vaginal, foram significativos em cinco de sete ECRs e levaram à descontinuação do tratamento em 6% a 21% dos pacientes. Portanto, nessa revisão, os autores observaram efeito benéfico em alguns ensaios com a via transdérmica de maior duração e com o tratamento oral em doses mais elevadas para SVMs para terapia apenas com progesterona.

Em estudo duplo-cego, de fase III, randomizado, controlado por placebo, os autores investigaram a eficácia da P4m oral (300 mg), comparada a placebo, entre 189 mulheres na perimenopausa, com idade compreendida entre 35-58 anos (sendo 93 no grupo de progesterona e 96 no grupo de controle); dessas, 176 completaram o estudo.⁽⁶⁾ Esse ECR de quatro meses de P4m oral *versus* placebo para fogachos e/ou suores noturnos em mulheres na perimenopausa não encontrou melhora significativa no terceiro mês na pontuação geral dos SVMs ou no desfecho primário. Os dados, no entanto, não puderam excluir um benefício mínimo clinicamente importante dos sintomas relacionados à progesterona (intervalo de confiança [IC] de 95%: -3,97-0,95). As mulheres perceberam, no entanto, que a sudorese noturna geral diminuiu mais com a progesterona do que com o placebo ($p = 0,023$). A progesterona também causou maior diminuição percebida na frequência do suor noturno ($p = 0,015$) e diminuições tanto no suor noturno ($p < 0,001$) quanto na intensidade dos SVMs diurnos ($p < 0,014$). A progesterona também melhorou

Tabela 1. Resumo das características e resultados de três ensaios clínicos randomizados que utilizaram progesterona transdêmica (dose de 5-60 mg)

Estudo	Número de pacientes	Idade média	Intervenção (vs. placebo)	Duração do tratamento	Medidas de resultados	Resultados	Valor p	Taxa de descontinuação
Leonetti et al., 1999	102 43 - tratamento 47 - placebo	52,2	20 mg de P4 transd. + com creme de tocoferol versus creme de tocoferol sozinho	12 m	Escala de autoavaliação de depressão de Zung (escala de Zung) e SVM diário	Melhora significativa dos SVMs; melhoria de 83% no braço de tratamento vs. 19% no placebo. Nenhuma diferença significativa na Escala de Zung (41+8 vs. 43+9)	(p < 0,001)	11,8%
Wren et al., 2003	80	54	32 mg de creme transdêmico de progesterona (Pro-Feme) versus creme sem ingredientes ativos	12 sem	Greene Climacteric Scale e MENQOL	Nenhuma diferença significativa dos SVMs, depressão ou ansiedade entre os grupos de tratamento e placebo. Houve diferença quase significativa na diminuição dos SVMs por atribuição (p = 0,07)	p ns	10%
Benster et al., 2009	230 (46 por grupo)	40-60	5 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg de progesterona transdêmica (Progestelle) versus creme sem ingredientes ativos	6 m	Greene Climacteric Scale	Nenhuma diferença significativa dos SVMs e psicológica (tendência a melhora dos SVMs em altas doses)	p ns	6,7%

P4 transd.: progesterona transdêmica; SVMs: sintomas vasomotores.

Tabela 2. Resumo das características e resultados de quatro ensaios clínicos randomizados que utilizaram progesterona micronizada (300 mg) ou progesterona por via oral (acetato de medroxiprogesterona [AMP] – 10-20 mg)

Estudo	Número de pacientes	Idade média	Intervenção (vs. placebo)	Duração do tratamento	Medidas de resultados	Resultados	Valor p	Taxa de descontinuação
Schiff et al., 1980	32	52,2	20 mg AMP x placebo	12 sem	Lista de verificação diária de sintomas	Melhoria significativa no número de SVMs (redução de 73,9% vs. redução de 26,0% com placebo)	(p < 0,005)	15,6%
Prior et al., 1994	14	54	10 mg AMP (16º ao 25º dia do mês) x placebo	12 sem	Lista de verificação diária de sintomas	Nenhuma diferença significativa nos SVMs, de depressão ou de ansiedade entre o tratamento e o placebo	p ns	21,4%
Schussler et al., 2008	10	60,3	300 mg P4m x placebo	21 d	EEG do sono, questionário de sono do Hospital St. Mary, questionário diário de ondas de calor	Melhora no tempo total de sono (TTS); Nenhuma diferença significativa no SVM* *Num. ptes insuf.	TST (p < 0,05)	0%
Hitchcock et al., 2012	133	55,5	300 mg P4m x placebo	12 sem	Lista de verificação diária de sintomas	Melhoria significativa no SVM: a redução média da pontuação SVM foi de 10,0 no grupo P4 (redução 55%) x 4,4 no placebo (29%)	(p = 0,001)	9%

AMP: acetato de medroxiprogesterona; P4m: progesterona micronizada; TST: tempo total de sono; SVMs: sintomas vasomotores.

significativamente a qualidade do sono, que, assim como os SVMs, é uma prioridade de tratamento para mulheres sintomáticas na perimenopausa. Mais mulheres que usaram progesterona, em comparação àquelas que usaram placebo, relataram que o fluxo havia parado (28% vs. 14%, p = 0,024). No entanto, as alterações percebidas no fluxo menstrual não diferiram de acordo com a terapia. E a utilização da progesterona não foi associada ao aumento da depressão (pelo questionário PHQ-9) e não causou eventos adversos graves. E conclui-se que as mulheres do grupo de progesterona observaram melhora da qualidade do sono, e nenhum evento adverso sério ocorreu. Além disso, a progesterona diminuiu significativamente a percepção

das mulheres na perimenopausa sobre a interferência física e emocional em suas atividades diárias. Assim, segundo os autores, a terapia com progesterona pode tornar-se especialmente aplicável para mulheres na perimenopausa com suores noturnos frequentes, problemas de sono e dificuldade em lidar com essa situação.⁽⁶⁾

Em outro interessante estudo duplo-cego e randomizado com 38 mulheres (com idade média de 45 anos), os autores avaliaram os efeitos nos SVMs dos estrogênios equinos conjugados (EECs 0,625 mg/dia), em comparação com AMP (10 mg/dia), imediatamente após serem submetidas a histerectomia ou ooforectomia por doença benigna. Os SVMs foram bem controlados em ambos

os grupos. A intensidade dos fogachos diários diminuiu com o AMP e tendeu a permanecer estável com o EEC ($p < 0,001$). E os autores concluíram que o AMP e o EEC são equivalentes e eficazes no controle do número de fogachos e da sudorese noturna imediatamente após a ovariectomia pré-menopausa.⁽⁸⁾

Em outro estudo de 2002, 71 mulheres na pós-menopausa com histórico de câncer de mama e sem evidência de recaída, que sofriam com SVMs por pelo menos um mês antes de entrarem no estudo, foram randomizadas para receber AMP 500 mg intramuscular (IM), nos dias 1, 14 e 28, ou acetato de megestrol 40 mg por dia, por via oral, durante seis semanas. Os pacientes registravam diariamente o número e a gravidade dos fogachos; e a resposta foi definida como diminuição $\geq 50\%$ no número e na gravidade dos SVMs. Na semana 6, os fogachos foram reduzidos em média 86% em todo o grupo de pacientes, sem diferenças significativas entre os dois progestagênios. As pacientes foram acompanhadas para avaliar a manutenção da resposta (sem tratamento adicional), que foi significativamente melhor com a administração IM do AMP: nesse grupo, 89% das pacientes ainda mostraram benefício na semana 24, em comparação com 45% no grupo megestrol ($p = 0,03$).⁽⁹⁾

MENSAGENS FINAIS

Mulheres na perimenopausa têm níveis circulantes de estrogênio que são flutuantes; a progesterona natural age por meio de seu próprio receptor; os progestagênios não apresentam efeito de classe, podendo agir em outros receptores e com suas respectivas ações, tais como estrogênica ou antiestrogênica, androgênica ou antiandrogênica, glicocorticoide e antiminerlocorticoide; a alopregnanolona, além de agir por meio do RP, é um modulador positivo dos receptores de GABA-A, determinando ação indutora do sono; existe escassez

de trabalhos randomizados para avaliação de tratamento dos SVMs em mulheres na perimenopausa; a progesterona natural mostrou-se eficaz na melhora e na intensidade dos SVMs, assim como apresentou melhora na qualidade do sono em estudos randomizados.

REFERÊNCIAS

1. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, Mishra GD, Pal L, Rees M, et al. Menopause. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Apr 23;1:15054. doi: 10.1038/nrdp.2015.54.
2. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al.; STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Apr;97(4):1159-68. doi: 10.1210/jc.2011-3362.
3. Bassani TB, Bartolomeo CS, Oliveira RB, Ureshino RP. Progesterone-Mediated Neuroprotection in Central Nervous System Disorders. *Neuroendocrinology*. 2023;113(1):14-35. doi: 10.1159/000525677.
4. Hipolito Rodrigues MA, Gompel A. Micronized progesterone, progestins, and menopause hormone therapy. *Women Health*. 2021 Jan;61(1):3-14. doi: 10.1080/03630242.2020.1824956. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32957843.
5. Tepper PG, Brooks MM, Randolph JF Jr, Crawford SL, El Khoudary SR, Gold EB, et al. Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition. *Menopause*. 2016 Oct;23(10):1067-74. doi: 10.1097/GME.0000000000000676.
6. Prior JC, Cameron A, Fung M, Hitchcock CL, Janssen P, Lee T, et al. Oral micronized progesterone for perimenopausal night sweats and hot flushes a Phase III Canada-wide randomized placebo-controlled 4 month trial. *Sci Rep*. 2023 Jun 5;13(1):9082. doi: 10.1038/s41598-023-35826-w.
7. Dolitsky SN, Cordeiro Mitchell CN, Stadler SS, Segars JH. Efficacy of progestin-only treatment for the management of menopausal symptoms: a systematic review. *Menopause*. 2020 Nov 12;28(2):217-24. doi: 10.1097/GME.0000000000001676.
8. Prior JC, Nielsen JD, Hitchcock CL, Williams LA, Vigna YM, Dean CB. Medroxyprogesterone and conjugated oestrogen are equivalent for hot flushes: a 1-year randomized double-blind trial following premenopausal ovariectomy. *Clin Sci (Lond)*. 2007 May;112(10):517-25. doi: 10.1042/CS20060266.
9. Bertelli G, Venturini M, Del Mastro L, Bergaglio M, Sismondi P, Biglia N, et al. Intramuscular depot medroxyprogesterone versus oral megestrol for the control of postmenopausal hot flashes in breast cancer patients: a randomized study. *Ann Oncol*. 2002 Jun;13(6):883-8. doi: 10.1093/annonc/mdf151.

Perfil e tendência temporal da gestação na adolescência na região Sul do Brasil no período de 2012 a 2021

Profile and time trend of adolescent pregnancy in the South region of Brazil from 2012 to 2021

Giulia Dematé Tessarollo¹, Juliana Patrício Sulzbach¹, Laura Britz Soares¹

Descritores

Adolescente; Gravidez; Gravidez na adolescência; Epidemiologia; Saúde pública

Keywords

Adolescent; Pregnancy; Pregnancy in adolescence; Epidemiology; Public health

Submetido:

22/07/2024

Aceito:

26/08/2024

1. Universidade do Sul de Santa Catarina, Pedra Branca, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Giulia Dematé Tessarollo
giuliademate@outlook.com

Como citar:

Tessarollo GD, Sulzbach JP, Soares LB. Perfil e tendência temporal da gestação na adolescência na região Sul do Brasil no período de 2012 a 2021. *Femina*. 2024;52(12):785-91.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil e a tendência temporal de gestação em adolescentes na região Sul do Brasil no período de 2012 a 2021. **Métodos:** Estudo ecológico misto (perfil e séries temporais) com cerca de 535.336 casos, provenientes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Foram incluídas mães de nascidos vivos, com faixa etária de 10 a 19 anos, no período de 2012 a 2021, localizadas na região Sul do Brasil. Foi realizada regressão linear simples das taxas de nascidos vivos padronizados segundo a população estudada. Foi considerado significativo o $p < 0,05$. **Resultados:** A taxa de nascidos vivos de mães adolescentes na região Sul variou de 17,1%, em 2012, para 10,0%, em 2021, e essa redução ocorreu às custas da variação negativa observada entre mães na faixa etária de 10 a 14 anos, representando queda total de 41,1% entre o primeiro e o último ano estudado. Em relação ao perfil na região Sul, prevalecem as mães brancas, solteiras, que possuem 8 a 11 anos de estudo completo, com duração de 37 a 41 semanas de gestação, parto vaginal, classificação Grupo II de Robson, pré-natal mais que adequado, totalizando 7 ou mais consultas. Ao analisar os estados que compõem a região Sul, observou-se queda na taxa geral de nascidos vivos de mães adolescentes, entre o primeiro e o último ano estudado, representando declínio de cerca de 41,0% no Rio Grande do Sul, 42,5% em Santa Catarina e 40,1% no Paraná. **Conclusão:** A análise de tendência identifica redução nas proporções de nascidos vivos entre mães adolescentes na região Sul e em todos os estados que a compõem. Já em relação ao perfil socio-demográfico, predominaram mães brancas, solteiras, com 8 a 11 anos de estudo completo, idade gestacional de 37 a 41 semanas, parto vaginal, classificação II no grupo de Robson, realização de pré-natal mais que adequado, totalizando 7 ou mais consultas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile and temporal trend of pregnancy in adolescents in the Southern region of Brazil from 2012 to 2021. **Methods:** Mixed ecological study (profile and time series) with around 535.336 cases, from the Live Birth Information System (Sinasc), made available by the Information Technology Department of the Unified Health System (Datasus). Mothers of live births were included, aged 10 to 19 years, from 2012 to 2021, located in the Southern region of Brazil. Simple linear

regression of standardized live birth rates according to the studied population was performed. $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** The rate of live births to teenage mothers in the Southern region varied from 17.1% in 2012 to 10.0% in 2021 and this reduction occurred at the expense of the negative variation observed among mothers aged 10 to 14 years, representing a total drop of 41.1% between the first and last year studied. Regarding the profile in the Southern region, the predominance of white, single mothers, who have completed 8 to 11 years of education, lasting 37 to 41 weeks of gestation, vaginal birth, Robson's Group II classification, more than adequate prenatal care, totaling 7 or more consultations. When analyzing the states that make up the Southern region, a drop in the general rate of live births to teenage mothers was observed between the first and last year studied, representing a decline of around 41.0% in Rio Grande do Sul, 42.5% in Santa Catarina and 40.1% in Paraná. **Conclusion:** The trend analysis identifies a reduction in the proportions of live births among teenage mothers in the South region and in all states that comprise it. Regarding the sociodemographic profile, there was a predominance of white, single mothers, with 8 to 11 years of completed schooling, gestational age of 37 to 41 weeks, vaginal birth, classification II in Robson's group, more than adequate prenatal care, totaling 7 or more consultations.

INTRODUÇÃO

A adolescência, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade.⁽¹⁾ No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) define como o período entre 12 e 18 anos.⁽²⁾

Essa fase da vida é marcada por construções sociais, alterações físicas, psíquicas e comportamentais, além do amadurecimento das características sexuais, que está associado ao início da atividade reprodutiva. Tais alterações, associadas a esse período de vulnerabilidade, fazem com que os adolescentes sejam mais suscetíveis a comportamentos de risco, como o uso inadequado de métodos contraceptivos eficazes, o que também colabora para o maior risco de transmissão sexual de infecções e de gravidez.⁽³⁾

A gravidez na adolescência não pode ser vista como uma realidade biológica definitiva, mas como resultado de um processo social e cultural, visto que as mudanças sociais fizeram surgir novos padrões de comportamento entre mulheres e jovens que contribuíram para adiar a idade socialmente aceita para uma primeira gravidez, como o surgimento das pílulas anticoncepcionais, em 1960, que propiciou maior inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento da escolaridade feminina e liberdade sexual.⁽⁴⁾

Apesar desses grandes avanços e da queda nas taxas de gestação na adolescência ao longo dos anos, a realidade ainda é preocupante, mesmo nos tempos atuais, uma vez que a falta de acesso a contraceptivos seguros,

associada a baixa orientação educacional e a falta de informação, caracteriza-se como um dos mais significativos problemas sociais em todo o mundo.⁽⁵⁾ A gravidez nessa faixa etária, habitualmente, é considerada de risco, inapropriada e inadequada para os interesses dos jovens, particularmente por afetar, preferencialmente, meninas que vivem em países pouco desenvolvidos.⁽⁶⁾ Essa situação e o baixo nível de escolaridade são dois fatores que estão intrinsecamente entrelaçados, na maioria desses países, em que o panorama da gravidez precoce se repete na contramão da maior parte dos que estão no mundo desenvolvido.⁽⁷⁾

A taxa de fecundidade das adolescentes vem caminhando pelo lado contrário ao observado para as mulheres de outras faixas etárias, dado que a quantidade de filhos por mulher está diminuindo nos últimos anos, quando se consideram as mulheres maiores de 19 anos de idade.⁽⁸⁾ Diante desse panorama, os dados epidemiológicos apontam que a taxa de fecundidade no mundo entre meninas de 15 a 19 anos tem uma média de 44 a cada mil nascidos vivos, enquanto o Brasil está acima da média, com 62 a cada mil nascidos vivos, segundo relatório do Fundo de População da Organização das Nações Unidas, em 2020.⁽⁹⁾ No entanto, de acordo com o Banco Mundial, em 2021, essa taxa era de 41 a cada mil nascidos vivos.⁽¹⁰⁾ Entre as 7,3 milhões de adolescentes grávidas no mundo, 2 milhões possuem idade inferior a 14 anos, com taxas de morbimortalidade de 70 mil mortes ocasionadas por problemas durante a gestação e/ou parto.⁽¹¹⁾ A taxa de gestação na adolescência no Brasil é alta, com 400 mil casos/ano diagnosticados em 2020.⁽¹¹⁾ Entre as regiões brasileiras, a região Sul é a que apresenta menor taxa de nascidos vivos de mães adolescentes, totalizando 10,5%.⁽¹²⁾

Ao comparar as proporções dos diferentes estados da região Sul, o estado do Rio Grande do Sul mostrou ser uma das menores do Brasil. Em 2021, segundo o Datasus, era de 9,6% a proporção de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade, enquanto a média do Brasil era de 13,6%.⁽¹³⁾ No estado de Santa Catarina, ocorreu um decréscimo percentual de 16,2%, em 2009, para 10,6%, em 2018.⁽¹⁴⁾ Já o estado do Paraná apresentou redução significativa, nos anos de 2015 a 2019, de 41,7% no mesmo grupo analisado.⁽¹⁵⁾

Considerando que a gravidez na adolescência pode gerar implicações em diferentes esferas, como no crescimento populacional e na estrutura física, psicológica, econômica e social, destaca-se a importância deste estudo com a finalidade de conhecer a distribuição do evento na população adolescente e os principais contribuintes para melhor compreender a magnitude do problema, além de fornecer subsídios para políticas públicas e ações de educação, visto que os profissionais de saúde têm papel importante na prevenção e promoção da vitalidade. Assim, faz-se relevante analisar o perfil e a tendência temporal da gestação em adolescentes na região Sul do Brasil no período de 2012 a 2021.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico misto de perfil e série temporal realizado com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Foram incluídas no estudo informações sobre nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos no período de 2012 a 2021, totalizando 535.336 nascidos vivos.⁽¹⁶⁾ A faixa etária pré-estabelecida para o presente trabalho – 10 a 14 anos e 15 a 19 anos – está de acordo com a definição de gravidez na adolescência, variando de 10 a 20 anos incompletos, segundo a OMS. Para a análise estatística de prevalência de tendência da série temporal, foi utilizado o *software* SPSS versão 20.0.

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes foi calculada utilizando o percentual dessa faixa etária em relação ao total de nascidos vivos notificados, bem como a proporção específica de gravidez na adolescência de acordo com cada variável analisada. Para a tendência temporal, foram utilizados os coeficientes de notificação padronizados e o método de regressão linear simples.

As variáveis dependentes foram as proporções de gravidez na adolescência, segundo a idade, cor de pele/raça, anos de escolaridade formal, estado civil, duração da gestação, tipo de gestação, grupo de Robson, adequação ao pré-natal, tipo de parto, quantidade de consultas pré-natais, região e Unidades da Federação (UFs). As variáveis independentes foram os anos de coleta das informações (2012 a 2021). Assim, obteve-se o modelo estimado pela fórmula $y = b_0 + b_1x$, onde y é o coeficiente padronizado, b_0 é o coeficiente do período médio, b_1 é o incremento médio anual e x é o ano. Variações com $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95% foram consideradas significativas.

O grupo de Robson é uma classificação criada com o objetivo de identificar prospectivamente grupos de mulheres nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea e, dessa forma, permitir comparações ao longo do tempo ou entre diferentes locais. Dessa forma, essa classificação é composta por seis conceitos obstétricos, nos quais são incluídos: paridade (nulípara, múltípara), cesárea anterior (sim ou não), início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto), idade gestacional (termo, pré-termo), apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa) e número de fetos (única ou múltipla).

O estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários e agregados, de acesso público e em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e de acordo com as diretrizes e normas da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, artigo 1º, parágrafo único, incisos II, III e V. Dessa forma, a pesquisa foi dispensada de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina

(Unisul) e apresenta baixo risco de violação aos princípios éticos. O banco de dados não oferece acesso ao nome das pacientes ou a qualquer informação pessoal que permita a identificação individual ou coloque em risco o sigilo dos dados.

RESULTADOS

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes na região Sul variou de 17,1%, em 2012, a 10,0%, em 2021, representando queda de 41,1% na taxa na comparação entre o primeiro e o último ano estudado (Figura 1). Foi encontrada correlação muito forte ($r = -0,989$) entre o tempo em anos e a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,961$) apontou redução de 96,1% em função do tempo. O coeficiente beta (β) representou tendência de redução média de 0,831 do desfecho no período estudado (Tabela 1).

Ao classificar as adolescentes por grupos etários, a prevalência de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 14 anos apresentou variação de 4,2%, em 2012, a 3,5%, em 2021, representando queda de 17,5% na taxa entre o primeiro e último ano estudado. Enquanto a prevalência de nascidos vivos de mães entre 15 e 19 anos de idade variou de 95,7% a 96,4%, respectivamente, conforme a figura 2. A tendência de aumento na taxa, evidenciado pelo coeficiente beta ($\beta = 0,105$) e pelo coeficiente de determinação ($R^2 = 0,765$), revela que 76,5% do aumento na taxa é atribuído ao tempo entre o período. Nessa faixa etária, a correlação foi forte ($r = 0,875$). Foi encontrada correlação forte nos outros grupos etários estudados, conforme apresentado na tabela 1.

Ao analisar o perfil da região Sul no intervalo de tempo de 2012 a 2021, observa-se que as maiores taxas, em relação à situação conjugal materna, foram encontradas entre mães solteiras, as quais apresentaram prevalência crescente, representando 59,7%, em 2012, e 76,0%, em 2021, no total de nascidos vivos de mães adolescentes. Por outro lado, entre mães que são casadas, houve prevalência tendendo à redução, de 10,0% para 6,1%. Quanto à instrução materna, observa-se que



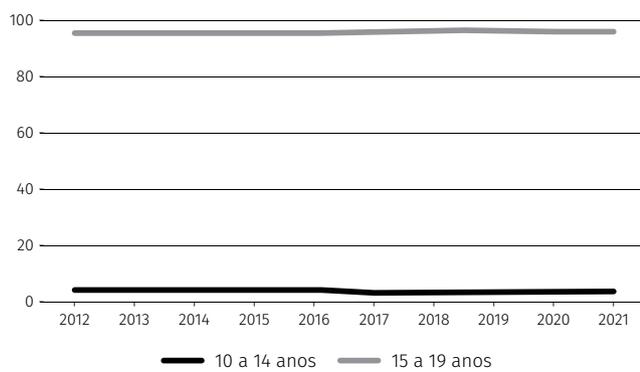
Figura 1. Tendência geral de nascidos vivos de mães adolescentes

Tabela 1. Coeficientes de regressão das taxas de incidência de nascidos vivos de gestantes adolescentes, no período 2012-2022, na região Sul, de acordo com as faixas etárias e seus estados

Estados	Coeficiente (β)	IC 95%	r	R ²	p-value
Paraná	-0,960	-1,075; -0,844	0,989	97,9	<0,001
Santa Catarina	-0,836	-0,925; -0,747	0,992	98,1	<0,001
Rio Grande do Sul	-0,795	-0,867; -0,722	0,994	98,8	<0,001
Região Sul	-0,831	-0,968; -0,695	0,98	96,1	<0,001
10 a 14 anos	-0,105	-0,152; -0,058	0,875	73,6	0,001
15 a 19 anos	0,105	0,058; 0,152	0,875	76,5	0,001

IC: intervalo de confiança; r: coeficiente de correlação de Pearson; R²: coeficiente de determinação.

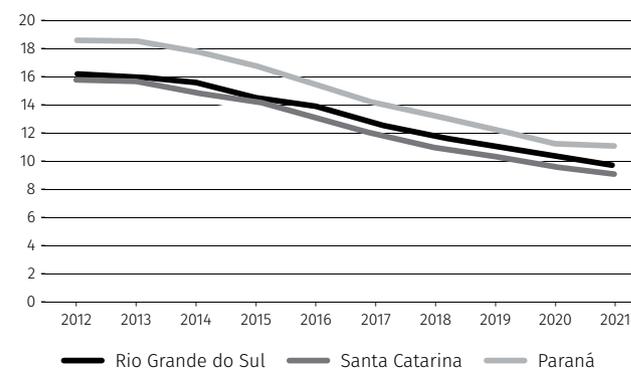
as mães adolescentes no período têm de 8 a 11 anos de estudo completos, totalizando 68,6%. Já em relação à duração da gestação, denota-se que a maioria apresentou duração de 37 a 41 semanas, representando 84,7%. Em comparação ao tipo de gestação, mostrou-se que a maior parte das gestantes adolescentes teve gestação única, com 98,7% durante o período analisado. No que se refere ao grupo de Robson, a maior porcentagem de mães adolescentes foi representada pela classificação II de Robson, com 25,8%, o qual é caracterizado por nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto. No que diz respeito à adequação ao pré-natal, 44,7% o realizaram de forma mais que adequada, o que equivale ao início antes da 13ª semana de gestação e a realização de mais de seis consultas em gestações maiores ou iguais a 36 semanas. Ao avaliar a quantidade de consultas pré-natais, sete ou mais consultas representaram a maioria das mães adolescentes, com 68,3%; em contrapartida, 7,64% realizaram menos do que quatro consultas ou, até mesmo, nenhuma. Quanto ao tipo de parto, as maiores porcentagens foram observadas em parto do tipo vaginal, representando 54,5%. Já em relação à cor de pele declarada, as maiores taxas de nascidos vivos foram encontradas entre adolescentes brancas, totalizando 73,7%.

**Figura 2.** Tendência temporal de nascidos vivos de mães adolescentes, por faixa etária

Já a prevalência de nascidos vivos de mães adolescentes no estado do Paraná variou de 18,5%, em 2012, a 11,1%, em 2021, com isso representou queda de 40,1% na taxa entre o primeiro e último ano analisados (Figura 3). Foram confirmados 231.549 nascidos vivos de mães adolescentes no período. Foi encontrada correlação muito forte ($r = -0,989$) entre o tempo em anos e a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,979$) aponta que 97,9% da redução na taxa é em função do tempo. O coeficiente beta (β) representou tendência de redução média de 0,960 na taxa em cada ano estudado ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Ao descrever o perfil no estado do Paraná, de 2012 a 2021, observa-se o mesmo padrão encontrado na região Sul, exceto pela classificação do grupo de Robson, no qual apresentou 24,8%, sendo a maioria para o estado a classificação I de Robson, em que é caracterizado por nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Em Santa Catarina, no período de 2012 a 2021, foram confirmados 119.458 nascidos vivos de mães adolescentes. A prevalência no estado variou de 15,83%, em 2012, a 9,1%, em 2021, mostrando redução de 42,5% na taxa entre o primeiro e o último ano de estudo (Figura 3). Foi encontrada correlação muito forte ($r = -0,992$) entre o tempo em anos e a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,983$)

**Figura 3.** Tendência temporal da prevalência de nascidos vivos de mães adolescentes de acordo com estados da região Sul do Brasil

revela que 98,3% da redução da taxa é em função do tempo. O coeficiente beta (β) representou uma tendência média de redução de 0,992 na taxa por ano estudado ($p < 0,001$) (Tabela 1). Ao se estudar o perfil do estado de Santa Catarina, observa-se que o perfil sociodemográfico se manteve igual àquele estudado no estado do Paraná. Por fim, o estado do Rio Grande do Sul apresentou um total de 184.329 nascidos vivos de mães adolescentes no período de 2012 a 2021. A prevalência de nascidos vivos no grupo estudado foi de 16,2%, em 2012, e 9,5%, em 2021, com redução de 41,0% na taxa entre o primeiro e o último ano estudado (Figura 3). Foi encontrada correlação muito forte ($r = -0,944$) entre o tempo em anos e a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,988$) revela que 98,8% da redução na taxa é atribuída ao tempo. O coeficiente beta (β) representou uma tendência média de redução de 0,994 na taxa de em cada ano do período estudado ($p < 0,001$) (Tabela 1). Durante a análise do perfil do Rio Grande do Sul, entre 2012 e 2021, constatou-se que o estado obteve o perfil sociodemográfico semelhante ao da região Sul.

DISCUSSÃO

Durante a década estudada, a proporção de nascidos vivos entre mães com faixa etária de 10 a 19 anos, na região Sul, reduziu mediante o decréscimo desse evento entre adolescentes com idade inferior a 15 anos, já que a proporção de nascidos vivos entre adolescentes entre 15 e 19 anos demonstrou aumento ($p < 0,001$). Ainda que a taxa total tenha apresentado redução significativa, os números absolutos são elevados e preocupantes. Esse resultado pode estar associado ao aumento de adolescentes sexualmente ativas, correlacionado, principalmente, a problemas sociais, emocionais e de saúde pública.⁽¹⁷⁾ As relações não consentidas e as agressões sexuais representam grande fator contribuinte para o aumento de casos, principalmente em países com grande desigualdade social, no qual se acentuam em desfavor às mulheres vulneráveis, as quais possuem difícil acesso às políticas governamentais.⁽¹⁸⁾

Uma pesquisa feita pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica mostrou que o estado de Santa Catarina evidenciou 6.313 casos de violência sexual entre crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, sendo na faixa etária de 10 a 14 anos a maior taxa de notificação de violência sexual, representando 15,6%, no período de 2018 a 2022; entre as violências sexuais, o estupro representou 71,3% no total de notificações, e apenas 12,1% dos agressores são desconhecidos da vítima.⁽¹⁹⁾

A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta, caracterizada por transformações biológicas, psicológicas e sociais significativas.⁽⁴⁾ Durante essa fase, a sexualidade pode ser uma jornada de descobertas e conflitos, incluindo situações de vulnerabilidade, como a gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre outros desafios.⁽²⁰⁾

A Constituição Brasileira, no artigo 226, garante o direito de planejamento familiar, no qual constitui privacidade e confidencialidade apoiadas em regras de bioética médica, assegurando o direito de aconselhamento sexual por meio do conhecimento sobre os métodos contraceptivos.⁽²¹⁾ Entre os mais utilizados entre os jovens, estão o coito interrompido, os preservativos e as pílulas combinadas, porém percebe-se que a incidência de falha correlacionada com a má aderência e utilização deles justifica a taxa de 80% de gravidez não planejada entre a classe juvenil.⁽²²⁾

É importante ressaltar que a maternidade em adolescentes ocorre, principalmente, devido a fatores sociais adversos, como maiores dificuldades financeiras, desemprego, salários menores e baixas conquistas educacionais, resultando na perpetuação do ciclo da pobreza. De acordo com a descrição apresentada pelo Fundo das Nações Unidas no ano de 2020, as mães adolescentes tendem a desistir do seguimento escolar em detrimento da criação dos seus filhos, o que acarreta maior dificuldade para retomar seus estudos e, conseqüentemente, encontrar emprego com melhor remuneração.⁽²³⁾

Em relação ao perfil sociodemográfico da região Sul, a cor de pele materna apresentou alta proporção de nascidos vivos de mães brancas às custas do processo de colonização e povoamento europeu da região, pioneiramente por alemães e, sucessivamente, por italianos, os quais ainda hoje predominam nessa região do Brasil.⁽²⁴⁾ Ao estender a discussão sobre a situação conjugal, a pesquisa revelou que há maior prevalência de nascimentos em mães solteiras. Isso se deve, em parte, ao fato de que o casamento durante a adolescência deixou de ser amplamente aceito cultural e judicialmente nos dias atuais. No dia 13 de março de 2019, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei nº 13.811/2019, que alterou o artigo 1.520 do Código Civil com o objetivo de proibir o casamento de menores de 16 anos, em qualquer hipótese, o que colaborou para a redução dos casamentos precoces, maior causa de reincidência de gravidez, embora não seja possível evitar as uniões maritais.⁽²⁵⁾ Além disso, a falta de estabilidade e concretização das relações é identificada como fator de risco para a gravidez na adolescência. Isso ocorre porque muitas mulheres nessa faixa etária não têm acesso ao planejamento familiar e concebem de maneira não programada.⁽²⁶⁾ Quanto à instrução materna, a pesquisa revelou que as mães têm, em média, de 8 a 11 anos de estudo concluídos no momento do registro do recém-nascido no Sinasc. Apesar de não ser possível realizar um acompanhamento longitudinal, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que as maiores taxas de alfabetização estão concentradas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.⁽²⁷⁾

No que tange à classificação do grupo de Robson, o estudo apresentou maior taxa de mães adolescentes pertencentes ao grupo 2, o qual é caracterizado por nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas

a cesárea antes do início do trabalho de parto. A modalidade de parto mais comum entre as mães adolescentes foi o parto vaginal, com 54,5%, um percentual considerado baixo, já que 45,3% correspondem a parto cesariano. Dentre os países da América Latina, o Brasil se destaca como a segunda maior taxa de cesariana no mundo, alcançando 56,3% de todos os nascimentos em 2019.^(28,29) Segundo informativo da OMS, as taxas de cesariana acima de 15,0% não contribuem para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.⁽³⁰⁾ Evidências científicas têm mostrado que cesarianas desnecessárias devem ser evitadas, especialmente entre as primíparas, mulheres de baixo risco, com bebês a termo e em posição cefálica, assim como entre as adolescentes. Isso porque optar pela cesariana no primeiro parto aumenta as chances de cesariana em gestações subsequentes, o que eleva o risco de complicações placentárias.⁽³¹⁾

A gravidez na adolescência no Brasil deve ser compreendida como um fenômeno social complexo. Apesar das diversas dificuldades associadas, é crucial concentrar esforços para abordar as questões que levam essas jovens à condição de gestação.⁽³²⁾ Desse modo, destaca-se a relevância da implementação e continuidade de ações voltadas à prevenção da gravidez entre adolescentes, visto que a gestação nesse grupo é um problema social grave que necessita de estudos mais relevantes para a efetivação de políticas públicas competentes, além de educação em saúde, orientações, profissionais qualificados e assistência multidisciplinar para que os números absolutos apresentem queda exponencial.⁽³³⁾

No Brasil, diversas estratégias têm sido adotadas com o objetivo de prevenir a gravidez entre jovens. Essas incluem palestras em unidades básicas de saúde, programas nas escolas, grupos de discussão, atividades em grupo e visitas domiciliares realizadas com os adolescentes e suas famílias, além do treinamento contínuo dos profissionais de saúde. No entanto, os programas e políticas de saúde já existentes necessitam de fortalecimento. Por exemplo, o Programa Saúde na Escola poderia ser ampliado para incluir consultas médicas e de enfermagem, a fim de facilitar o diálogo entre os profissionais de saúde e os adolescentes, e garantir o acesso dos jovens às ações de saúde.⁽³⁴⁾ Segundo o IBGE, 27,5% dos escolares do nono ano do ensino fundamental, do sexo feminino, já iniciaram a atividade sexual. Por esse motivo, a sexualidade deve ser trabalhada desde a infância, com orientação e esclarecimento das dúvidas, de acordo com a fase em que a criança ou o adolescente se encontra.⁽³⁵⁾

A prevenção da gravidez na adolescência é fundamentada na educação sexual. A Lei nº 13.798, que estabelece a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, foi sancionada em 2019.⁽³⁶⁾ Essa medida foi incorporada ao artigo 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e é dedicada a disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência, além de preservar a saúde e garantir a

educação das jovens.⁽²⁶⁾ Novos projetos com abordagens mais abrangentes e eficazes são essenciais para lidar com essa questão e oferecer oportunidades reais para evitar que a gravidez na adolescência seja vista como o único caminho possível. A falta de conhecimento sobre sexualidade, o baixo nível socioeconômico, a orientação inadequada, as restrições legais e a violência sexual estão entre os fatores associados à gravidez precoce, dada a vulnerabilidade inerente a essa fase da vida. Além disso, muitos adolescentes desconhecem os benefícios contraceptivos, o que também contribui para esse cenário. Embora as estatísticas indiquem uma diminuição em sua ocorrência, as estratégias para preveni-la ainda são consideradas insuficientes.⁽¹⁸⁾ Considerando a magnitude e a complexidade desse desafio, abordar a gravidez na adolescência requer medidas integrais e ações coordenadas, uma vez que há necessidade de enfrentamento em múltiplas esferas sociais, representando uma conjuntura tanto política quanto multidisciplinar.

Algumas limitações inerentes ao estudo ecológico devem ser consideradas, como a confiabilidade do banco de dados, com a possibilidade de subnotificação das variáveis estudadas. Outra questão é a impossibilidade da inferência dos resultados de um estudo ecológico para o nível individual.

CONCLUSÃO

Dado que a gravidez precoce representa um obstáculo significativo para a saúde pública e, conseqüentemente, um impacto considerável nos aspectos psicológicos e socioeconômicos, pode-se concluir que na região Sul houve tendência de redução da proporção geral de nascidos vivos entre mães adolescentes, principalmente observada na faixa de 10 a 14 anos, pois na faixa etária de 15 a 19 anos houve tendência de aumento. Quanto aos estados que compõem a região Sul, todos obtiveram queda nas taxas gerais de gestação na adolescência. Em relação ao perfil sociodemográfico na região Sul, predominam mães brancas, solteiras, com 8 a 11 anos de estudo completo, gestação de 37 a 41 semanas, parto vaginal, classificação no grupo II de Robson e realização de pré-natal considerado mais que adequado, com total de sete ou mais consultas. No estado do Paraná, ocorre o mesmo padrão encontrado na região Sul, exceto pela classificação do grupo de Robson, a qual evidenciou maioria pertencente ao grupo I. Em Santa Catarina, o perfil é igual ao do Paraná. Por fim, o estado do Rio Grande do Sul teve o mesmo perfil sociodemográfico da região Sul.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. 2021 [cited 2023 Apr 19]. Available from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/adolescent-data>
2. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 jul 1990;Seç 1:13563.

3. Jacob DS, Souza DK, Jesus IL, Montagner MI, Montagner MA, Mendes VJ. Gravidez na adolescência: uma análise teórica de determinantes sociais. *Braz J Dev.* 2020;6(2):8080-8.
4. Dias TM, Bonan C, Nakano AR, Teixeira LA. A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia, 1960-1981. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2018;25(3):725-42. doi: 10.1590/S0104-59702018000400007
5. Monteiro DL, Monteiro IP, Machado MS, Bruno ZV, Silveira FA, Rehme MF, et al. Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). *Rev Assoc Med Bras.* 2021;67(5):759-65. doi: 10.1590/1806-9282.20210265
6. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Knowledge, attitudes and peer influences related to pregnancy, sexual and reproductive health among adolescents using maternal health services in Ugu, KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health.* 2019;19(1):928-30. doi: 10.1186/s12889-019-7242-y
7. Sousa CR, Gomes KR, Silva KC, Mascarenhas MD, Rodrigues MT, Andrade J, et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cad Saúde Coletiva.* 2018;26(2):160-9. doi: 10.1590/1414-462X201800020461
8. Cruz MS, Carvalho FJ, Irffi G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. *PPP.* 2016;(46):1-24.
9. Organização das Nações Unidas. Taxa de gravidez na adolescência no Brasil está acima da média mundial, aponta ONU. 2020 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/85146-taxa-de-gravidez-na-adolescencia-no-brasil-esta-acima-da-media-mundial-aponta-onu>
10. Our World in Data. Adolescent birth rate, 15-19 year olds. 2021 [cited 2024 Aug 6]. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/adolescent-fertility-15-19?country=-VEN>
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Prevenção da gravidez na adolescência. 2019 [cited 2023 Feb 28]. (Guia Prático de Atualização; no. 11) Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf
12. Fundo das Nações Unidas para as Populações. Apesar de redução, Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência, apontam especialistas. 2022 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/news/brasil-ainda-apresenta-dados-elevados-de-gravidez-e-maternidade-na-adolescencia>
13. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul: Indicadores sociais: Gravidez na adolescência e partos cesáreos. 7ª ed. Porto Alegre: A Secretaria; 2022.
14. Kreich LP. Gravidez na adolescência no estado de Santa Catarina: evolução temporal entre 2009 a 2018 [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2020.
15. Secretaria da Saúde do Paraná. Número de gravidez na adolescência diminui no Paraná. 2021 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Numero-de-gravidez-na-adolescencia-diminui-no-Parana>
16. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2021 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
17. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. Reflexões sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. 2021 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1210-reflexoes-sobre-a-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-2021>
18. Fundo das Nações Unidas para as Populações. Apesar da redução dos índices de gravidez na adolescência, Brasil tem cerca de 19 mil nascimentos, ao ano, de mães entre 10 a 14 anos. 2021 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/news/apesar-da-reducao-dos-indices-de-gravidez-na-adolescencia-brasil-tem-cerca-de-19-mil>
19. Secretaria da Saúde de Santa Catarina. GADNT – Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Infográfico Interativo: Violência sexual em crianças e adolescentes em Santa Catarina (2018-2022). 2023 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agravos/Violencias/infografico-maio-laranja.pdf>
20. Malavé-Malavé M. Adolescentes e saúde sexual e reprodutiva. 2022 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://www.iffiocruz.br/index.php/pt/?view=article&id=236:adolescentes-e-saude-%20sexual-e-reprodutiva&catid=8>
21. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1996 [cited 2024 Apr 22]. Available from: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L9263.htm
22. Moraes JV, Souza LS, Souza MG. Desinformação sobre os métodos contraceptivos e o seu impacto na gravidez de adolescentes. 2023. *Res Soc Dev.* 2023;12(5):e17112541710. doi: 10.33448/rsd-v12i5.41710
23. Fundo das Nações Unidas para a População. Relatório Situação da População Mundial 2020 – Contra minha vontade: desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas e, impedem a igualdade. 2020 [cited 2023 Apr 10]. Available from: https://brasil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf
24. Dagnino RS. Formação e ocupação do território gaúcho. 2022 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://professor.ufrgs.br/dagnino/book/export/html/7953>
25. Licia B. Casamento infantil: a Lei nº 13.811/2019 e seus reflexos jurídicos. 2019 [cited 2024 Aug 6]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/casamento-infantil-a-lei-13811-2019-e-seus-reflexos-juridicos/729685815>
26. Soares I. Semana nacional de prevenção da gravidez na adolescência: educação sexual é essencial. 2024 [cited 2024 Mar 2]. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-educacao-sexual-e-essencial>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2022 o analfabetismo cai, mas continua mais alto entre idosos, pretos e pardos e no Nordeste. 2023 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37089-em-2022-analfabetismo-cai-mas-continua-mais-alto-entre-idosos-pretos-e-pardos-e-no-nordeste>
28. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJ, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet.* 2018;392(10155):1341-8. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7
29. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2019 [cited 2024 Mar 2]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
30. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 011, de 7 de maio de 2021. Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado. 2021 [cited 2023 Apr 3]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>
31. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health.* 2016;13 Suppl 3:128. doi: 10.1186/s12978-016-0228-7
32. Ministério da Saúde. Informativo: Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres. 2019 [cited 2023 Apr 8]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolesc%C3%Aancia%20final.pdf
33. Vieira EM, Bousquat A, Barros CR, Alves MC. Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:25. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006528
34. Spinola MC, Bêria JU, Schermann LB. Factors associated with first sexual intercourse among mothers with 14-16 years of age from Porto Alegre/RS, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(11):3755-62. doi: 10.1590/1413-812320172211.00082016
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. 2019 [cited 2024 Mar 2]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>
36. Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. 2019 [cited 2024 Apr 22]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13798.htm

Empoderando a escolha: planejamento familiar e o adesivo anticoncepcional transdérmico no Brasil

Empowering choice: family planning and the transdermal contraceptive patch in Brazil

Carlos Alberto Petta¹, Rogério Bonassi Machado², Silvia Paz Ruiz³

RESUMO

Este manuscrito aborda as complexidades da saúde sexual e reprodutiva no Brasil, destacando o adesivo contraceptivo como ponto focal. A pesquisa abrangeu publicações revisadas por pares, relatórios governamentais e discussões sobre acessibilidade contraceptiva, atitudes de profissionais de saúde e disparidades regionais. Os resultados, resumidos em forma narrativa, destacam uma diminuição no apoio público às políticas de direitos das mulheres, contribuindo para altas taxas de gravidezes não planejadas e acesso desigual aos métodos contraceptivos. Os desafios incluem interrupção de contraceptivos orais devido a efeitos colaterais, disparidades no atendimento à saúde e barreiras culturais que afetam a tomada de decisão contraceptiva. Desigualdades no poder aquisitivo resultam em acesso limitado a contraceptivos para grupos de baixa renda. A integração do adesivo contraceptivo nos sistemas de saúde pública representa uma oportunidade para mitigar esses desafios, acrescida por esforço governamental para melhoria do nível educacional da população e adequada e pertinente orientação liderada por médicos.

ABSTRACT

This manuscript addresses the complexities of sexual and reproductive health in Brazil, highlighting the contraceptive patch as a focal point. The research encompassed peer-reviewed publications, government reports, and discussions about contraceptive accessibility, healthcare provider attitudes, and regional disparities. The results, summarized in narrative form, highlight a decrease in public support for women's rights policies, contributing to high rates of unplanned pregnancies and unequal access to contraceptive methods (unequal contraceptive). Challenges include discontinuing oral contraceptives due to side effects, disparities in health care, and cultural barriers that affect contraceptive decision-making. Wealth disparities, inequalities in purchasing power result in limited access to contraceptives for low-income groups. The integration of the contraceptive patch into public health systems represents an opportunity to mitigate these challenges, facilitated by education efforts augmented by government efforts to improve the population's educational level and adequate and relevant physician-led guidance.

Descritores

Saúde reprodutiva; Contraceptivos; Adesivo transdérmico; Planejamento familiar; Brasil

Keywords

Reproductive health; Contraceptives; Transdermal patch; Family planning; Brazil

1. Clínica Fertilidade e Vida, Campinas, SP, Brasil.
2. Faculdade de Medicina de Jundiá, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Jundiá, SP, Brasil.
3. Terminal 4 Communications, Hilversum, The Netherlands.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Carlos Alberto Petta
cpetta@me.com

Como citar:

Petta CA, Machado RB, Ruiz SP. Empoderando a escolha: planejamento familiar e o adesivo anticoncepcional transdérmico no Brasil. *Femina*. 2024;52(12):792-9.

INTRODUÇÃO

A saúde e os direitos reprodutivos são temas relevantes que estão presentes nos debates políticos e nas agendas sociais.⁽¹⁾ Áreas-chave de foco incluem contracepção, cuidados maternos e a questão controversa do aborto. Iniciativas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

(PAISM), de 1983, e o Sistema Único de Saúde (SUS), de 1988, desempenharam um papel crucial para a incorporação da linguagem de saúde e dos direitos reprodutivos na narrativa nacional.⁽¹⁾

Como resultado desses esforços, o Brasil testemunhou um declínio gradual nas taxas de fertilidade, alcançando 1.668 nascimentos por mulher em 2023, refletindo uma queda de 0,83% em relação a 2022.^(2,3) Apesar do progresso geral, as altas taxas de fertilidade entre grupos marginalizados representam preocupações significativas de saúde pública, impactando as condições socioeconômicas e o bem-estar geral da população.⁽⁴⁾ A pandemia de COVID-19 ainda complicou os desafios na saúde reprodutiva.^(1,5) Além disso, as leis vigentes de aborto do Brasil propiciam altas taxas de abortos ilegais, estimados em 44 por 1.000 mulheres, superando as taxas nos EUA e no Canadá.⁽⁶⁾

Nos últimos anos, houve mudanças com a diminuição do apoio público aos direitos das mulheres por meio de ações políticas.^(5,7) Enquanto alguns aspectos da agenda de saúde e dos direitos reprodutivos, como os contraceptivos hormonais, ganham aceitação, outros, como o adesivo contraceptivo transdérmico, como o Evra®, enfrentam subutilização, apesar do entusiasmo inicial.

O adesivo contraceptivo Evra®, um contraceptivo hormonal combinado contendo 6 mg de norelgestromina (NGMN) e 600 µg de etinilestradiol (EE),⁽⁸⁾ demonstrou alta eficácia, segurança e tolerabilidade.⁽⁹⁻¹²⁾ Apesar dos benefícios, o adesivo contraceptivo não teve boa divulgação no Brasil, sendo subutilizado.

Este manuscrito revisa o complexo cenário da saúde sexual e reprodutiva brasileira, abordando dimensões como acessibilidade contraceptiva, desigualdades regionais e o papel dos profissionais de saúde. Por meio de revisão narrativa da literatura, mostra o impacto das disparidades de reembolso, das atitudes dos prestadores de cuidados de saúde e dos métodos contraceptivos preferidos. O adesivo contraceptivo, subutilizado, serve como exemplo ilustrativo.

A pesquisa literária investiga o impacto das disparidades de reembolso na disponibilidade de contraceptivos, nas atitudes dos prestadores de cuidados de saúde e nas escolhas das mulheres. Também explora as potenciais vantagens de soluções inovadoras como o adesivo contraceptivo para lidar com desafios dentro do cenário de saúde reprodutiva do Brasil.

As informações relevantes foram obtidas a partir de publicações revisadas por pares, relatórios governamentais oficiais sobre acessibilidade contraceptiva, atitudes de profissionais de saúde e desigualdades regionais no Brasil. A metodologia de pesquisa literária adotou abordagem sistemática que envolveu a busca no PubMed e no Google Scholar usando palavras-chave específicas em inglês e português relacionadas à saúde reprodutiva do Brasil e a políticas e questões pertinentes como gravidez indesejada, contracepção, métodos contraceptivos, busca de informações, atitudes de médicos e

mulheres/usuários, escolhas contraceptivas e reembolso. Além dessas buscas, foi realizada uma exploração manual das referências na literatura recuperada e em relatórios oficiais de saúde da população, complementada por discussões entre os autores.

Esta síntese narrativa oferece uma visão concisa das principais publicações, servindo como um recurso valioso para profissionais e formuladores de políticas. Fornece evidências para informar a prática profissional, ajudando na navegação eficaz dos desafios de saúde.

A legislação de planejamento familiar e o uso de contraceptivos no Brasil – explanação

- **Apoio legislativo e uso de contraceptivos:** A Constituição do Brasil apoia o planejamento familiar como um direito de todos os cidadãos, respaldado pela Lei nº 9.263. Apesar disso, apenas 80,5% das mulheres sexualmente ativas utilizam contracepção. Os métodos mais comuns incluem contraceptivos orais combinados (COCs), preservativos masculinos e esterilização tubária.

O Artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal do Brasil enfatiza o planejamento familiar como uma decisão livre para os casais, com o estado responsável por fornecer recursos educacionais para facilitar esse direito.⁽¹³⁾ A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, solidifica ainda mais o planejamento reprodutivo como um direito do cidadão, englobando ações para regular a fertilidade, enquanto garante direitos constitucionais iguais.⁽¹⁴⁾

Em 2019, entre 52,2 milhões de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), 80,1% eram sexualmente ativas, com 80,5% utilizando contraceptivos, notavelmente entre aquelas com mais de 25 anos.⁽¹⁵⁾ O método contraceptivo mais utilizado foi o COC, com 40,6%, seguido pelos preservativos masculinos (20,4%), esterilização tubária (17,3%), injetáveis (9,8%), vasectomia do parceiro (5,6%), dispositivo intrauterino (DIU) (4,4%), anel e adesivo (0,6%) e métodos tradicionais (1,2%).⁽¹⁵⁾ As mulheres mais jovens preferiram os COCs, enquanto a laqueadura tubária ou a vasectomia eram mais comuns entre as mulheres mais idosas, de 35 a 49 anos.⁽¹⁵⁾ Os métodos contraceptivos cirúrgicos ganharam popularidade com o aumento do número de filhos.⁽¹⁶⁾ As taxas de descontinuação de COC foram notáveis, com 19% das usuárias descontinuando principalmente devido a efeitos colaterais, muitas vezes mudando para métodos menos eficazes ou nenhum método.⁽¹⁷⁾

O estudo “pensando sobre as necessidades em contracepção (TANCO)”

Esse estudo revelou desafios entre as usuárias de COC. Ele mostrou que 47% esqueceram uma ou mais pílulas nos três meses anteriores ao estudo, e 17% esqueceram três ou mais pílulas.⁽¹⁸⁾ A ansiedade em relação à rotina diária de ingestão resultou em uso inconsistente.⁽¹⁹⁾

Entre os adolescentes, o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes destacou que 82,3% daqueles que iniciaram a atividade sexual usaram contraceptivos na última relação sexual, com prevalência variada entre as regiões.⁽¹⁹⁾ A região Sul mostrou prevalência mais alta (85,9%) e maior uso de pílulas contraceptivas (22,6%), em comparação com a região Norte.⁽¹⁹⁾

Descontinuidade e desafios no planejamento familiar e gravidezes não planejadas no Brasil – explanação

- **Taxas de descontinuação e desafios:** As altas taxas de interrupção do uso de COCs no Brasil (19%) geralmente ocorrem devido a efeitos colaterais, esquecimento e preocupações com a ingestão diária, resultando em uso irregular. Desafios persistem na oferta de métodos contraceptivos adequados por meio do sistema público de saúde.
- **Gravidezes não planejadas e barreiras:** O país enfrenta desafios significativos em relação às gravidezes não planejadas (62%) devido ao uso incorreto de contraceptivos. Disparidades socioeconômicas, acesso limitado a contraceptivos, crenças religiosas e educação insuficiente contribuem para esse problema, afetando especialmente adolescentes e comunidades marginalizadas.

Nos últimos anos, o Brasil testemunhou um declínio nas taxas de fertilidade geral, mas a prevalência de gravidezes não planejadas permanece como preocupação não desprezível.^(20,21) Um estudo de 2022 destacou que 62% das gravidezes no país eram não planejadas, propiciando investigação adicional sobre variações regionais.⁽²¹⁾ O uso incorreto de contraceptivos foi fator significativo em 47% das gravidezes não planejadas.⁽²¹⁾

Um estudo multicêntrico de 2023, realizado em oito hospitais universitários públicos, revelou taxas variadas de gravidezes não planejadas. As taxas flutuaram entre 54,8% e 95,3%. Entre essas, foram identificados fatores como idade materna, etnia, baixa renda, famílias numerosas e ausência de parceiros.⁽²²⁾

Gravidezes não planejadas frequentemente levam a abortos, uma questão complexa no Brasil.⁽²³⁾ A legislação vigente permite abortos apenas em casos de situações de risco de vida, estupro ou anencefalia fetal. Consequentemente, as práticas de aborto inseguro prevalecem, com cerca de 500.000 abortos ilegais ocorrendo anualmente, impondo um substancial ônus econômico ao governo e resultando em mais de 200 mortes por ano.⁽²⁴⁾ Embora a prevalência de complicações reprodutivas associadas permaneça amplamente desconhecida, as complicações de abortos inseguros são a quinta causa principal de mortalidade materna no Brasil,^(6,25) enfatizando o profundo impacto na saúde pública brasileira.^(6,26)

Adolescentes e mulheres de baixa renda são desproporcionalmente afetadas por gravidezes indesejadas,

contribuindo para consequências perinatais adversas e impactando resultados sociais, econômicos e educacionais.⁽²⁷⁾ Gravidezes na adolescência, especialmente prevalentes nas áreas menos desenvolvidas do norte, estão relacionadas a desafios como baixo peso ao nascer e nascimentos prematuros, bem como dificuldades socioeconômicas subsequentes para as jovens mães.⁽²⁷⁾ A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indica que a idade média da primeira relação sexual no Brasil é de 17,3 anos, com variações regionais.⁽²⁸⁾ A Pesquisa Nacional de Aborto de 2021 revela que 52% dos entrevistados eram adolescentes (19 anos ou menos) no momento de seu primeiro aborto.⁽²³⁾

Atrasos em consultas no sistema de saúde pública contribuem para lacunas contraceptivas, potencialmente levando a trocas por opções sem prescrição médica. Embora algumas mulheres obtenham contraceptivos de farmacêuticos, sem prescrição médica, os custos envolvidos dificultam o acesso para as classes mais pobres.⁽¹⁷⁾

Acesso à contracepção – desigualdade socioeconômica – desafios para tomadas de decisões – explanação

- **Acesso à contracepção e desigualdade socioeconômica:** A distribuição desigual e o acesso limitado aos contraceptivos são observados em todas as regiões e grupos econômicos. Os mais ricos têm melhor acesso à saúde privada, enquanto os mais pobres dependem do sistema público, enfrentando barreiras para acessar os diversos métodos contraceptivos.
- **Desafios na educação contraceptiva e tomada de decisão:** A educação e o aconselhamento insuficientes sobre opções contraceptivas levam à não adesão ou à troca entre métodos. Os médicos desempenham papel significativo na influência das escolhas contraceptivas, mas atitudes paternalistas limitam a autonomia das mulheres.

A acessibilidade aos contraceptivos e os serviços de planejamento familiar no Brasil apresentam disparidades regionais significativas, impactando as opções disponíveis para as mulheres.⁽²⁹⁾ Na região Norte, com menor poder aquisitivo, 87,7% das usuárias pagam pelos contraceptivos, enquanto no Sul, região mais rica, 62,5% dos contraceptivos são fornecidos gratuitamente.⁽⁷⁾ Além disso, existem variações significativas na disponibilidade de formulações contraceptivas, com um viés em favor dos contraceptivos orais em detrimento dos injetáveis e outras formas.⁽²⁹⁾

Compreender as preferências contraceptivas no Brasil requer a consideração das condições de reembolso, do acesso às opções contraceptivas reembolsadas, dos contextos educacionais, sociais e culturais, da disponibilidade de serviços de saúde locais e da influência de profissionais de saúde e dos políticos.⁽³⁰⁻³²⁾ O programa de planejamento familiar financiado pelo governo, que

atende 71,5% da população dependente do sistema de saúde pública,⁽³³⁾ oferece oito tipos de contraceptivos, incluindo DIUs, preservativos, contraceptivos hormonais orais e injetáveis e pílulas de emergência.⁽²⁰⁾ A vasectomia e a esterilização feminina também estão disponíveis para indivíduos com mais de 25 anos ou aqueles com pelo menos dois filhos.⁽²⁰⁾

Apesar de o SUS ser a principal fonte de acesso gratuito, 10,4% dos usuários que dependem de contraceptivos orais relataram usar amostras grátis, enfatizando disparidades no acesso efetivo.^(7,34) As divisões socioeconômicas desempenham papel crucial, com o quintil mais rico dependendo de cuidados de saúde privados (60%), enquanto o quintil mais pobre é predominantemente dependente dos serviços do SUS (96%).^(35,36) A cobertura incompleta do seguro ou a falta de reembolso pode levar a altos custos iniciais ou ao uso de métodos contraceptivos subótimos.

O empoderamento das mulheres na tomada de decisão contraceptiva é prejudicado pelas disparidades socioeconômicas regionais no Brasil.⁽²⁰⁾ Regiões com níveis mais altos de pobreza enfrentam desafios no acesso a serviços de saúde de qualidade, influenciando as escolhas contraceptivas.⁽³⁷⁾ Programas governamentais que promovem métodos contraceptivos de ação prolongada destacam a vantagem do custo-benefício, mas nem todas as mulheres são adequadas para esses métodos devido a vários fatores.⁽¹⁶⁾ Barreiras educacionais, culturais e religiosas também contribuem para uma contracepção e planejamento familiar deficientes, com conhecimento limitado sobre os métodos contraceptivos disponíveis, eficazes e seguros.^(15,18,38-40)

Médicos no Brasil frequentemente adotam atitude paternalista, tomando decisões contraceptivas pelos usuários, o que pode levar à resistência.⁽³⁶⁾ Padrões de prescrição indicam a preferência por contraceptivos orais, com ginecologistas e pediatras exibindo preconceitos e concepções errôneas em relação a certos métodos contraceptivos.^(18,41) Notavelmente, os adolescentes, um grupo vulnerável, enfrentam desafios devido à inexperience, resultando em taxas mais altas de gravidezes não planejadas.^(41,42)

Aprimorar o acesso ao adesivo contraceptivo transdérmico no setor de saúde pública do Brasil

- **Os benefícios do adesivo contraceptivo transdérmico:** O adesivo oferece entrega estável de hormônios, eficácia semelhante à dos COCs, melhor adesão e taxas de satisfação mais altas. Ele aborda preocupações relacionadas ao controle de sangramento e oferece benefícios não contraceptivos que podem capacitar as mulheres na tomada de decisões contraceptivas.

O adesivo é um contraceptivo hormonal fácil de usar, pois é aplicado uma vez por semana durante três semanas, seguidas por uma semana de pausa; pode ser

aplicado a qualquer hora do dia e é eficaz e bem tolerado.⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ Portanto, as taxas atuais de falha devido a má adesão e esquecimento poderiam ser reduzidas ao escolher uma alternativa não invasiva e confiável.⁽⁴⁵⁾

Os médicos têm oportunidade de desempenhar papel ativo na disponibilização do adesivo transdérmico nos serviços públicos no Brasil, já que o governo abre uma consulta pública e pergunta aos clínicos do que a população precisaria.⁽²⁰⁾ Essas consultas públicas permitem que o governo tenha elementos para decidir quais medicamentos e tecnologias devem fazer parte do portfólio de cuidados de saúde reembolsados nos serviços públicos.⁽⁴⁶⁾ Esse foi o caso com o DIU, atualmente incluído nos programas de planejamento familiar do sistema de saúde pública.⁽⁴⁷⁾

Vantagens do adesivo contraceptivo transdérmico no Brasil – explicação

- **Adesivo contraceptivo transdérmico como opção promissora:** O adesivo contraceptivo transdérmico surge como uma opção promissora devido à sua conveniência e eficácia. No entanto, sua integração no setor público de saúde enfrenta desafios, exigindo apoio médico e treinamento eficaz.

O adesivo contraceptivo oferece um método de administração hormonal que pode ser adequado para mulheres que apresentam eventos adversos com outros tipos de contraceptivos. Isso se baseia na farmacocinética do método, que garante níveis plasmáticos constantes e evita o metabolismo hepático de primeira passagem, além de não causar efeitos gastrointestinais.⁽⁴⁸⁾

O adesivo proporciona níveis estáveis circulantes de hormônios.^(45,49-51) Há manutenção de concentrações séricas médias de NGMN e EE dentro dos intervalos de referência.^(52,53) Os níveis persistem por até 10 dias, isso sugere que a eficácia clínica seria mantida mesmo que a troca programada fosse atrasada por até dois dias completos.⁽⁵¹⁾ Essa eficácia também foi testada em condições de calor, umidade e exercício, mantendo as concentrações séricas corretas com apenas 1,1% de descolamento.⁽⁵²⁾

Médicos que buscam reconstruir a confiança no adesivo contraceptivo devem aproveitar as evidências disponíveis para comunicar-se eficazmente com os pacientes. Numerosos estudos confirmam a eficácia comparável do adesivo e o controle do ciclo em relação aos COCs, com maior conformidade e satisfação relatada.^(45,54-56) Um estudo multicêntrico com 494 usuárias brasileiras indicou satisfação de 95,3%, enfatizando benefícios não contraceptivos, como bem-estar aprimorado e redução dos sintomas pré-menstruais, com 99% elogiando sua simplicidade.⁽⁵⁷⁾ As taxas de conformidade e de falha favoreceram o adesivo em relação aos COCs, com taxas de 89% e 79%, respectivamente.⁽⁴⁵⁾

A falta de informações contribui para a não adesão, descontinuação ou troca, mesmo quando os usuários experimentam redução de efeitos colaterais com

o adesivo. Lidar com a insegurança sobre a eficácia leva as mulheres a voltarem ou trocar para COCs.⁽⁵⁸⁾ Reconhecendo o papel fundamental dos prestadores de cuidados de saúde e da internet (87%) como principais fontes de informação contraceptiva para as mulheres, destaca-se a importância de treinamento abrangente para médicos de cuidados primários e especialistas em diferentes métodos.⁽⁵⁹⁾

Para os adolescentes, o adesivo contraceptivo surge como uma alternativa viável. Três estudos baseados nos EUA relatam altas taxas de conformidade, facilidade de uso e preferência em relação aos métodos contraceptivos anteriores.^(9,60,61) A conformidade perfeita foi observada em 87,1% dos participantes após três meses de uso do adesivo.⁽⁶⁰⁾ Em outro estudo com 57% de participantes hispânicos, 93% relataram boa conformidade, e 40% acharam o adesivo mais fácil de usar do que os métodos anteriores.⁽⁶¹⁾ O terceiro estudo revelou um uso correto mais elevado do adesivo (87,8%), em comparação com pílulas recomendadas por médicos (67,7%), entre mulheres com 18 a 20 anos.^(10,49)

Desafios futuros na contracepção nos serviços de saúde pública brasileiros – recomendações – explicação

- **Desafios futuros e recomendações:** Os serviços de saúde pública do Brasil precisam oferecer uma gama mais ampla de opções contraceptivas, priorizar campanhas educacionais sobre planejamento familiar e contracepção, envolver os profissionais de saúde e melhorar o acesso das mulheres a informações precisas por meio de diversos canais, incluindo mídias sociais e o envolvimento de enfermeiros no aconselhamento contraceptivo. A reintrodução do adesivo contraceptivo transdérmico como uma opção inovadora apresenta uma oportunidade para enfrentar esses desafios na saúde reprodutiva.

O sistema público de saúde do Brasil enfrenta necessidades não atendidas em contracepção, exigindo uma gama mais ampla de métodos disponíveis e iniciativas aprimoradas para o empoderamento das mulheres por meio do aumento do envolvimento dos prestadores de cuidados de saúde na educação. À medida que novos métodos reembolsados surgem, os médicos devem estar preparados para informar e prescrever com base nas necessidades dos pacientes.

O Ministério da Saúde do Brasil deve priorizar a redução de gravidezes indesejadas, enfatizando campanhas educacionais direcionadas sobre planejamento familiar e contracepção.⁽⁶²⁾ Do ponto de vista da gestão pública, dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) revelam economias potenciais significativas, pois países com situação econômica semelhante à do Brasil podem economizar até 17 dólares para cada dólar investido em saúde sexual e reprodutiva.⁽²⁶⁾

Diversos métodos contraceptivos modernos, incluindo o adesivo transdérmico, devem estar disponíveis no sistema público de saúde, atendendo às diversas necessidades das mulheres, além dos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs), COCs ou DIUs. Contraceptivos que permitem o gerenciamento do sangramento capacitam as mulheres a controlarem os ciclos menstruais, abordando preocupações expressas por 60% das mulheres brasileiras em uma pesquisa de 2011, que demonstraram desconforto com o sangramento.⁽⁶³⁾ Nesse caso, o adesivo contraceptivo surge como uma opção valiosa.^(43,64-66)

Os médicos frequentemente subestimam o interesse das mulheres brasileiras na discussão de métodos contraceptivos, especialmente no setor público, o que leva a disparidades na prestação de cuidados de saúde reprodutiva entre os setores público e privado.^(18,67) Os enfermeiros podem desempenhar papel fundamental na educação dos pacientes dentro do sistema público de saúde, oferecendo aconselhamento contraceptivo alinhado com suas habilidades e estabelecendo relacionamentos mais próximos com os usuários.⁽⁶⁸⁻⁷¹⁾ As redes sociais funcionam como fonte significativa de informação para as mulheres brasileiras, facilitando discussões abertas com os médicos sobre preferências e preocupações.⁽⁷²⁻⁷⁴⁾

Um cenário contraceptivo ideal no Brasil envolve educar os profissionais de saúde e os usuários, garantir a ampla disponibilidade de métodos modernos e promover a tomada de decisões compartilhadas por meio de aconselhamento, capacitando as mulheres a fazerem escolhas informadas.^(18,75-78)

CONCLUSÃO

O Brasil enfrenta questões complexas relacionadas ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva, marcadas por avanços legislativos, mas também desafios persistentes, especialmente altas taxas de gravidezes não planejadas e acesso limitado em determinados grupos demográficos. A comunicação eficaz e a educação, impulsionadas pelo envolvimento dos médicos e programas inclusivos, têm o potencial de influenciar a tomada de decisão contraceptiva, reduzindo as taxas de interrupção e as gravidezes não planejadas. Superar as barreiras ligadas a desigualdade socioeconômica, questões culturais, crenças religiosas e disparidades regionais na assistência à saúde é crucial para um cuidado reprodutivo abrangente e equitativo. Investir em educação abrangente, acessibilidade e assistência à saúde reprodutiva equitativa é fundamental para obter resultados bem-sucedidos no planejamento familiar e nos direitos reprodutivos. O adesivo contraceptivo transdérmico emerge como uma adição promissora, oferecendo vantagens em termos de entrega, segurança e eficácia. O potencial para manter níveis hormonais estáveis, a conveniência e a melhor conformidade abordam desafios enfrentados

por certos grupos. Integrar o adesivo ao setor de saúde pública do Brasil requer esforços coordenados, envolvendo a participação dos médicos, campanhas de conscientização pública e intervenções políticas. A reintrodução do adesivo contraceptivo transdérmico apresenta uma oportunidade para enfrentar esses desafios no cenário de saúde reprodutiva do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Diniz CS, Cabral CS. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Glob Public Health*. 2022;17(11):3175-88. doi: 10.1080/17441692.2021.1995463
2. Macrotrends. Brazil birth rate 1950-2023. 2023 [cited 2023 Dec 3]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/BRA/brazil/birth-rate>
3. Macrotrends. Brazil fertility rate 1950-2023. 2023 [cited 2023 Dec 3]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/BRA/brazil/fertility-rate>
4. Tejada CA, Triaca LM, da Costa FK, Hellwig F. The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171888. doi: 10.1371/journal.pone.0171888
5. de Oliveira AL, Alloatti MN. Gendering the crisis: austerity and the Covid-19 pandemic in Brazil. *Econ Polit (Bologna)*. 2022;39(1):203-24. doi: 10.1007/s40888-021-00243-7
6. Malta M, Wells S, LeGrand S, Seixas M, Baptista A, da Silva CM, et al. Abortion in Brazil: the case for women's rights, lives, and choices. *Lancet Public Health*. 2019;4(11):e552. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30204-X
7. Farias MR, Leite SN, Tavares NU, Oliveira MA, Arrais PS, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50 Suppl 2:14s. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006176
8. European Medicines Agency. Evra, INN-norelgestromin/ethinyl estradiol: Annex I: summary of product characteristics. 2012 [cited 2023 Dec 3]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/evra-epar-product-information_en.pdf
9. Archer DF, Bigrigg A, Smallwood GH, Shangold GA, Creasy GW, Fisher AC. Assessment of compliance with a weekly contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) among North American women. *Fertil Steril*. 2002;77(2 Suppl 2):S27-31. doi: 10.1016/S0015-0282(01)03263-0
10. Archer DF, Cullins V, Creasy GW, Fisher AC. The impact of improved compliance with a weekly contraceptive transdermal system (Ortho Evra) on contraceptive efficacy. *Contraception*. 2004;69(3):189-95. doi: 10.1016/j.contraception.2003.10.006
11. Galzote R, Rafie S, Teal R, Mody S. Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. *Int J Womens Health*. 2017;9:315-21. doi: 10.2147/IJWH.S102306
12. Bodner K, Bodner-Adler B, Grünberger W. Evaluation of the contraceptive efficacy, compliance, and satisfaction with the transdermal contraceptive patch system Evra: a comparison between adolescent and adult users. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(3):525-30. doi: 10.1007/s00404-010-1368-6
13. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 226 da Constituição Federal de 1988. Jusbrasil. 1988 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10645133/artigo-226-da-constituicao-federal-de-1988>
14. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1996 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclo de vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>
16. Ferreira HL, Barbosa DF, Aragão VM, Oliveira TM, Castro RC, Aquino PS, et al. Determinantes sociais da saúde e sua influência na escolha de métodos contraceptivos. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1044-51. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0574
17. Chofakian CB, Moreau C, Borges AL, Santos OA. Contraceptive discontinuation and its relation to emergency contraception use among undergraduate women in Brazil. *Sex Reprod Healthc*. 2019;21:81-6. doi: 10.1016/j.srh.2019.06.008
18. Machado RB, Ushikusa TE, Monteiro IM, Guazzelli CA, Di Bella ZJ, Politano CA, et al. Different perceptions among women and their physicians regarding contraceptive counseling: results from the TANCO Survey in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):255-65. doi: 10.1055/s-0040-1712145
19. Borges AL, Fujimori E, Kuschnir MC, Chofakian CB, Moraes AJ, Azevedo GD, et al. ERICA: Iniciação sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2016;50 Suppl 1:1s-11s. doi: 10.1590/S01518-8787.2016050006686
20. Rodrigues MA, Carneiro MM. La contraception dans d'autres pays - État de la situation au Brésil. *Med Sci (Paris)*. 2022;38(3):280-7. doi: 10.1051/medsci/2022029
21. Wender MC, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre a taxa de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*. 2022;50(3):134-41.
22. Nilson TV, Amato AA, Resende CN, Primo WQ, Nomura RM, Costa ML, et al. Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:35. doi: 10.11606/s1518-8787.2023057004449
23. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(6):1601-6. doi: 10.1590/1413-81232023286.01892023
24. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga AC, Ayers S, Gama SG, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 3:118. doi: 10.1186/s12978-016-0227-8
25. Domingues RM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EM, Menezes GM. Aborto inseguro no Brasil: uma revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:2008-18. doi: 10.1590/0102-311X00190418
26. Silva Filho AL, Lino LM, Ramires Y, Bueno RL. Reproductive health in Brazil and Europe: commentary on an analytical parallel. *Reprod Female Child Health*. 2022;1(1):7-10.
27. Faisal-Cury A, Tabb KM, Niciunovas G, Cunningham C, Menezes PR, Huang H. Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. *Int J Womens Health*. 2017;9:43-8. doi: 10.2147/IJWH.S118911
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2023 Oct 11]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>
29. Albuquerque MV, Viana AL, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais em saúde: Mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1055-64. doi: 10.1590/1413-81232017224.26862016
30. Siqueira AD, D'Antona AO, D'Antona MF, Moran EF. embodied decisions: reversible and irreversible contraceptive methods among rural women in the Brazilian Amazon. *Hum Organ*. 2007;66(2):185-95.
31. Brandão ER, Cabral CS. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00211216. doi: 10.1590/0102-311X00211216
32. Machado RB, Monteiro IM, Magalhães J, Guazzelli CA, Brito MB, Finotti MF, et al. Long-acting reversible contraception. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(6):294-308. doi: 10.1055/s-0037-1603647
33. Paula P. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência. Agência Saúde. 2014 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://bvsm.sau.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia/>

34. Souza CP, Oliveira JL, Kligerman DC. Avanços e desafios em normatização de amostras grátis de medicamentos no Brasil. *Physis*. 2014;24(3):871-83. doi: 10.1590/S0103-73312014000300011
35. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):140. doi: 10.1186/s12939-016-0431-8
36. Ostermann AC. Women's (limited) agency over their sexual bodies: contesting contraceptive recommendations in Brazil. *Soc Sci Med*. 2021;290:114276. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114276
37. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades no planejamento familiar entre mulheres brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:3493-504. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.24332019
38. Pinto LF, Rodovalho-Callegeri FV, Carbol M. Conhecimento de universitárias sobre os riscos e benefícios associados aos contraceptivos orais combinados. *Rev Med*. 2020;99(5):423-31. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v99i5p423-431
39. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I. Barriers to implementing and consolidating a family planning program that would meet Brazilian needs. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(8):373-5. doi: 10.1055/s-0037-1604423
40. Darzé OI, Barroso Júnior U. Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(10):599-605. doi: 10.1055/s-0038-1673367
41. Amorim RV, Barbieri MA, Bôtto-Menezes C, Carmona F, Ferraro AA, Bettiol H. Why are pediatricians uncomfortable with prescribing emergency contraception for adolescents? *Rev Paul Pediatr*. 2023;41:e2022060. doi: 10.1590/1984-0462/2023/41/2022060
42. Apter D. Contraception options: aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;48:115-27. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010
43. Graziottin A. Safety, efficacy and patient acceptability of the combined estrogen and progestin transdermal contraceptive patch: a review. *Patient Prefer Adherence*. 2008;2:357-67. doi: 10.2147/ppa.s3233
44. Jakimiuk AJ, Crosignani PG, Chernev T, Prilepskaya V, Bergmans P, Von Poncet M, et al. High levels of women's satisfaction and compliance with transdermal contraception: results from a European multinational, 6-month study. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27(10):849-56. doi: 10.3109/09513590.2010.538095
45. Cortés-Bonilla M, Velázquez-Ramírez N. Anticoncepción transdérmica. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88 Supl 1:S42-6. doi: 10.24245/gom.v88iSupl1.3845
46. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema de Saúde Único. Consultas Públicas. 2022 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social/consultas-publicas>
47. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica nº 24/2022/GCITS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO. Trata do resultado da etapa de avaliação final das PARs elegíveis vinculadas às UAT nº 72 (SEI nº26213125) e nº 86 (SEI nº26213132) e visa apresentar os itens dispostos nos artigos 29 e 30 da RN nº 555/2022. 2022 [cited 2023 Apr 21]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrador-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/23/Nota_Tcnica_24_e_anexos.pdf
48. Gupta DR, Prabhakar B, Wairkar S. Non-oral routes, novel formulations and devices of contraceptives: An update. *J Control Release*. 2022;345:798-810. doi: 10.1016/j.jconrel.2022.03.057
49. Milanes-Skopp R, Nelson AL. Transdermal contraceptive patches: current status and future potential. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2009;2(6):601-7. doi: 10.1586/ecp.09.37
50. Graziottin A. A review of transdermal hormonal contraception: focus on the ethinylestradiol/norelgestromin contraceptive patch. *Treat Endocrinol*. 2006;5(6):359-65. doi: 10.2165/00024677-200605060-00004
51. Abrams LS, Skee D, Natarajan J, Wong FA. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertil Steril*. 2002;77(2 Suppl 2):S3-12. doi: 10.1016/s0015-0282(01)03261-7
52. Abrams LS, Skee DM, Natarajan J, Wong FA, Leese PT, Creasy GW, et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinyl estradiol delivered by a contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *J Clin Pharmacol*. 2001;41(12):1301-9. doi: 10.1177/00912700122012887
53. Abrams LS, Skee DM, Natarajan J, Wong FA, Anderson GD. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylestradiol at four application sites. *J Clin Pharmacol*. 2002;53(2):141-6. doi: 10.1046/j.0306-5251.2001.01532.x
54. Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril*. 2002;77(2 Suppl 2):S13-8. doi: 10.1016/s0015-0282(01)03275-7
55. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;285(18):2347-54. doi: 10.1001/jama.285.18.2347
56. Shoupe D, editors. *The handbook of contraception: evidence based practice recommendations and rationales*. 3rd ed. Cham: Humana; 2020.
57. Ferriani RA, Andrade RP, Ferraz Neto L, Nakagawa HM, Dias R, Finotti MF, et al. Estudo brasileiro multicêntrico – Adesivo transdérmico semanal: preferência e satisfação das usuárias. *Rev Bras Med*. 2006;63(4):144-51.
58. Silva-Filho AL, Lira J, Rocha AL, Ferreira MC, Lamaita RM, Cândido EB, et al. Non-hormonal and hormonal intrauterine contraception: survey of patients' perceptions in four Latin American countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(3):213-9. doi: 10.3109/13625187.2015.1137281
59. Machado RB, de Melo NR, Prota FE, Lopes GP, Megale A. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. *Contraception*. 2012;86(6):698-703. doi: 10.1016/j.contraception.2012.05.016
60. Rubinstein ML, Halpern-Felsher BL, Irwin CE Jr. An evaluation of the use of the transdermal contraceptive patch in adolescents. *J Adolesc Health*. 2004;34(5):395-401. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.08.017
61. Harel Z, Riggs S, Vaz R, Flanagan P, Dunn K, Harel D. Adolescents' experience with the combined estrogen and progestin transdermal contraceptive method Ortho Evra. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005;18(2):85-90. doi: 10.1016/j.jpag.2004.11.016
62. Ferreira AL, Souza AI. Demanda contraceptiva não atendida. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018;18(4):691-2. doi: 10.1590/1806-93042018000400001
63. Makuch MY, Osis MJ, Petta CA, de Pádua KS, Bahamondes L. Menstrual bleeding: perspective of Brazilian women. *Contraception*. 2011;84(6):622-7. doi: 10.1016/j.contraception.2011.03.010
64. Schrage S, Larson M, Carlson J, Ledford K, Ehrenthal DB. Beyond birth control: noncontraceptive benefits of hormonal methods and their key role in the general medical care of women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020;29(7):937-43.
65. Piyasirisilp R, Taneapanichskul S. A clinical study of transdermal contraceptive patch in Thai adolescence women. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(2):137-41.
66. Warner P, Bancroft J. Factors related to self-reporting of the premenstrual syndrome. *Br J Psychiatry*. 1990;157:249-60. doi: 10.1192/bjp.157.2.249
67. Hart L, Beaudoin J, Parsons G, Alonge O. How do specialists address contraceptive care compared to general practitioners in a federally qualified health center in Maryland. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231173555. doi: 10.1177/21501319231173555
68. Britton LE, Alspaugh A, Greene MZ, McLemore MR. CE: an evidence-based update on contraception. *Am J Nurs*. 2020;120(2):22-33. doi: 10.1097/01.NAJ.0000654304.29632.a7

69. Laporte M, Becerra A, Castro L, Veiga N Jr, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Evaluation of clinical performance when intrauterine devices are inserted by different categories of healthcare professional. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(2):196-201. doi: 10.1002/ijgo.13396
70. Trigueiro TH, Ferrari JC, Souza SR, Wall ML, Barbosa R. Acompanhamento da inserção de dispositivo intrauterino de cobre por enfermeiras: um estudo longitudinal prospectivo. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 Suppl 4:e20200156. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0156
71. Dombrowski JG, Pontes JA, Assis WA. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(6):827-32. doi: 10.1590/S0034-71672013000600003
72. Yee L, Simon M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. *J Adolesc Health.* 2010;47(4):374-80. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.03.014
73. Merz AA, Gutiérrez-Sacristán A, Bartz D, Williams NE, Ojo A, Schaefer KM, et al. Population attitudes toward contraceptive methods over time on a social media platform. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;224(6):597.e1-e14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.11.042
74. Yousef H, Al-Sheyab N, Al Nsour M, Khader Y, Al Kattan M, Bardus M, et al. Perceptions toward the use of digital technology for enhancing family planning services: focus group discussion with beneficiaries and key informative interview with midwives. *J Med Internet Res.* 2021;23(7):e25947. doi: 10.2196/25947
75. Silva RR, Silva Filho JA, Lima ER, Belém JM, Pereira RS, Oliveira CA. Tomada de decisão compartilhada centrada na mulher para promover aconselhamento contraceptivo: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210104. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0104
76. Machado RB, Pompei LM, Giribela A, de Melo NR. Impact of standardized information provided by gynecologists on women's choice of combined hormonal contraception. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29(9):855-8. doi: 10.3109/09513590.2013.808325
77. Ferreira AL, Boa-Viagem MM, Souza AI. Contraceptive continuation, pregnancy and abortion rate two years after post abortion counselling. *Open J Obstet Gynecol.* 2015;5(3):135-41. doi: 10.4236/ojog.2015.53018
78. Chakraborty NM, Chang K, Bellows B, Grépin KA, Hameed W, Kalamar A, et al. Association between the quality of contraceptive counseling and method continuation: findings from a prospective cohort study in social franchise clinics in Pakistan and Uganda. *Glob Health Sci Pract.* 2019;7(1):87-102. doi: 10.9745/GHSP-D-18-00407

Hiponatremia após histeroscopia: um relato de caso

Hyponatremia after hysteroscopy: a case report

Jéssica Evangelista Rocha¹, Simone Silva Pereira¹, Renata Lopes Britto¹

RESUMO

A hiponatremia após histeroscopia (*overload*) é uma complicação rara que acontece pela absorção sistêmica de grande quantidade do fluido utilizado como meio de distensão para o procedimento. Relatamos o caso de uma paciente de 42 anos submetida à miomectomia histeroscópica devido a leiomioma submucoso. Nos minutos finais do procedimento, a paciente evoluiu com náuseas, vômitos e cefaleia, suspeitando-se de hiponatremia, que foi confirmada com análise sérica desse eletrólito. A paciente recebeu reposição endovenosa de sódio e foi encaminhada à unidade de terapia intensiva para vigilância. Recebeu alta hospitalar posteriormente, assintomática. Além do relato de caso, apresentamos uma revisão narrativa da literatura e propomos um acrônimo para facilitar a disseminação da informação sobre a identificação, diagnóstico e rápido tratamento do *overload*. Apesar de ser uma rara complicação, a hiponatremia após histeroscopia merece atenção pela severidade de suas possíveis consequências, principalmente durante o procedimento com o uso de soluções pouco eletrolíticas e procedimentos como miomectomia histeroscópica.

ABSTRACT

Hyponatremia after hysteroscopy (overload) is a rare complication that occurs due to the systemic absorption of a large amount of fluid used as a means of distension for the procedure. We report the case of a 42-year-old female patient who underwent hysteroscopic myomectomy due to submucosal fibroids. In the final minutes of the procedure, the patient developed nausea, vomiting and headache, and hyponatremia was suspected, which was confirmed by serum electrolyte analysis. The patient received intravenous sodium replacement and was referred to the intensive care unit for surveillance. She was later discharged from the hospital, asymptomatic. In addition to the case report, we present a narrative review of the literature and propose an acronym to facilitate the dissemination of information on the identification, diagnosis and rapid treatment of overload. Although a rare complication, hyponatremia after hysteroscopy deserves attention due to the severity of its possible consequences, especially during the procedure with the use of low electrolyte solutions and procedures such as hysteroscopic myomectomy.

Descritores

Hiponatremia; Histeroscopia; Miomectomia uterina

Keywords

Hyponatremia; Hysteroscopy; Uterine myomectomy

Submetido:

10/06/2024

Aceito:

13/08/2024

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Renata Lopes Britto
renatalopesbritto@gmail.com

Como citar:

Rocha JE, Pereira SS, Britto RL. Hiponatremia após histeroscopia: um relato de caso. Femina. 2024;52(12):800-2.

INTRODUÇÃO

A histeroscopia é um procedimento minimamente invasivo e considerado seguro, com baixo risco de efeitos adversos, em torno de 0,28%.⁽¹⁾ Em alguns casos, há risco aumentado para complicações, como, por exemplo, em mulheres na pré-menopausa.⁽²⁾

A histeroscopia exige um meio para distensão da cavidade uterina, que pode ser um gás ou meio líquido. Para a realização de abordagens cirúrgicas,

como polipectomia, miomectomia e outros procedimentos operatórios, o meio líquido é necessário e amplamente utilizado. O meio líquido permite a melhor visualização do útero pela distensão da cavidade, porém, ao mesmo tempo, esse líquido é rapidamente absorvido pelo organismo da paciente por meio da absorção pelo peritônio do conteúdo que ascende pelas trompas uterinas até a cavidade abdominal. Há também o fenômeno do intravasamento, quando o líquido é introduzido nos vasos uterinos, pela diferença de pressões entre a cavidade uterina exercida pelo sistema de irrigação e a pressão intravascular da paciente.⁽³⁾

Algumas soluções podem ser utilizadas para essa finalidade, sendo as soluções não eletrolíticas elegíveis quando se faz uso de energia monopolar, para que não haja dispersão de energia pelo meio líquido.⁽⁴⁾ Os fluidos não eletrolíticos mais utilizados são a glicina e uma solução combinada de sorbitol e manitol. A absorção sistêmica de grandes quantidades dessas soluções causa sobrecarga de fluidos (*overload*), com consequente hipervolemia e hiponatremia.⁽⁵⁾ O *overload* com consequências para a paciente foi reportado em 0,06% a 0,2% dos procedimentos de histeroscopia cirúrgica.^(1,5)

Por isso, a entrada e a saída de fluido na cavidade uterina devem ser controladas de forma ativa durante todo o procedimento, que deve ser finalizado ao se atingir um déficit de 1.500 mL para soluções não eletrolíticas.^(1,3)

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 42 anos, IMC 26,6 kg/m², portadora de rim único (agenesia renal direita), com queixa de sangramento uterino anormal e diagnóstico de miomatose uterina. Ultrassonografia transvaginal evidenciou útero com volume de 208,9 cm³ e duas imagens nodulares sugestivas de leiomiomas intramurais medindo 4,0 x 3,6 e 3,2 x 3,0 cm cada. A histeroscopia diagnóstica mostrou neoformação miomatosa, G1, com base em parede anterior, de aproximadamente 3,5 cm. A paciente foi submetida a miomectomia histeroscópica por leiomioma uterino submucoso. Avaliação pré-operatória e exames laboratoriais dentro dos limites da normalidade. O procedimento cirúrgico foi iniciado com raquianestesia e transcorreu na maior parte do tempo sem intercorrências, e a paciente manteve os sinais vitais dentro da normalidade. Nos minutos finais do procedimento, a paciente evoluiu com tosse e queixa de dor precordial, mantendo os sinais vitais estáveis. O procedimento foi encerrado e foi feita avaliação neurológica da paciente em sala operatória; ela não apresentava confusão mental, sonolência ou alteração de força muscular. Foi solicitada dosagem sérica de sódio, sendo a coleta realizada na sala de recuperação anestésica. O procedimento durou aproximadamente 24 minutos, e foi utilizada solução de sorbitol + manitol (0,027 g/mL + 0,0054 g/mL) como meio de distensão, com balanço hídrico de 1.500 mL.

A paciente foi encaminhada à enfermaria após recuperação anestésica (aproximadamente duas horas após finalizado o procedimento), evoluindo com náuseas, vômitos e cefaleia. A análise sanguínea feita logo após a finalização do procedimento cirúrgico revelou hiponatremia (concentração sérica de sódio de 123 mmol/L). Foi iniciada reposição endovenosa de sódio com solução salina hipertônica (NaCl a 3%), aproximadamente cinco horas após a finalização do procedimento, com passagem de sonda vesical de demora para quantificação de diurese, além de solicitação de vaga em unidade de terapia intensiva. A paciente evoluiu, após quinze minutos do início da reposição de sódio, com melhora dos vômitos e náuseas, mantendo cefaleia de leve intensidade. Após três horas e meia do início da reposição de sódio, a paciente foi transferida para unidade fechada, onde prontamente foi realizada hemogasometria arterial, que revelou concentração de sódio dentro da normalidade (136 mmol/L), sendo suspensa a reposição de sódio pela equipe médica da unidade. A paciente manteve estabilidade do quadro até o dia seguinte, com melhora da cefaleia e sem novos episódios de vômitos, bem como valor sérico da concentração de sódio normal. Recebeu alta assintomática.

DISCUSSÃO

Relata-se caso de uma paciente de 42 anos, com quadro de miomatose uterina, submetida a miomectomia histeroscópica, evoluindo com hiponatremia após o procedimento.

A hiponatremia ocasionada é normalmente assintomática, mas, se for severa (concentração sérica de sódio < 120 mmol/L), pode estar associada a danos neurológicos permanentes e até a morte.⁽⁶⁾ Os principais sintomas são cefaleia, confusão mental, náuseas e vômitos.⁽⁴⁾

Os fatores de risco para *overload* são o uso de soluções não eletrolíticas, cirurgias prolongadas, miomectomias, que favorecem o intravasamento de fluidos, uso de pressão elevada durante o procedimento, doença renal ou cardiopatias. O componente principal dessas complicações na histeroscopia cirúrgica é a falha em reconhecer antecipadamente o déficit hídrico. Alguns cuidados podem ser tomados no intraoperatório para reduzir o risco do *overload*, o principal deles é um rígido controle do balanço hídrico, com o uso de frascos milimetrados e controle a cada novo frasco de fluido utilizado. Além disso, são importantes o uso de baixa pressão de irrigação uterina durante o procedimento, procedimentos com tempo cirúrgico controlado, previsão de uso prévio de análogos de GnRH em miomas volumosos, realização de cirurgias em dois tempos, evitando intravasamento excessivo, e uso de anestesia raquimedular, que mantém a paciente acordada e consciente, o que facilita a identificação precoce de sintomas neurológicos.⁽⁷⁾

O tratamento deve ser prontamente iniciado após o diagnóstico da hiponatremia sintomática e consiste em

infusão salina intravenosa e diurese forçada. Devem ser utilizados 20 mg de furosemida por via intravenosa. Eletrólitos séricos devem ser monitorados a cada hora até atingirem a normalidade.⁽⁸⁾

Por se tratar de hiponatremia aguda, a reposição pode e deve ser de forma aguda, sem os riscos envolvidos na reposição rápida de sódio nos casos de hiponatremia crônica. A paciente deve receber inicialmente 100 mL de solução salina a 3% em bólus, que fornece 51 mEq de sódio e deve aumentar agudamente a concentração sérica de sódio em 2 a 3 mEq/L. Se os sintomas neurológicos não melhorarem, um bólus de 100 mL de solução salina a 3% pode ser administrado mais uma ou duas vezes em intervalos de 10 minutos. A reposição de sódio lenta não é recomendada, por dois motivos: a demora de reversão do edema cerebral e risco de lesão irreversível e a possibilidade de hipernatremia, uma vez que a causa da hiponatremia foi retirada.⁽⁸⁾

Diuréticos de alça (por exemplo, furosemida) podem ser administrados para tratar o *overload*. No entanto, os diuréticos de alça não devem ser administrados na ausência de sobrecarga de volume, pois podem reduzir o volume intravascular efetivo e contribuir para o desenvolvimento de hiponatremia.⁽⁸⁾

Propomos aqui um mnemônico para facilitar a disseminação da informação sobre a identificação, diagnóstico e rápido tratamento do *overload*:

- B = Balanço (controle rigoroso a cada troca de bolsa de fluidos e interrupção em caso de se ultrapassar o limite de segurança ou se identificarem sinais neurológicos de *overload*);
- N = Neurológico (identificar os sinais e sintomas de alteração neurológica: náuseas, vômitos, cefaleia, distúrbios visuais e confusão mental);
- N = Na⁺ – diagnóstico da hiponatremia (coleta de sangue na sala de cirurgia e dosagem imediata do nível sérico de Na⁺);

- B = Bólus – 100 mL de solução salina a 3% em bólus na sala de cirurgia. Repetir mais uma ou duas vezes se os sintomas neurológicos não melhorarem.

A histeroscopia cirúrgica é um procedimento minimamente invasivo que apresenta baixas taxas de complicação. A hiponatremia é uma complicação rara desse procedimento e ocorre principalmente quando se faz uso de soluções pouco eletrolíticas. A equipe médica envolvida no procedimento deve estar atenta à monitorização de entrada e saída de fluidos da cavidade uterina durante a histeroscopia, bem como reconhecer prontamente os sinais de hiponatremia, para o tratamento adequado e em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

1. Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TC. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):266-70. doi: 10.1016/s0029-7844(00)00865-6
2. Munro MG, Christianson LA. Complications of hysteroscopic and uterine resectoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58(4):765-97. doi: 10.1097/GRF.0000000000000146
3. Moscovitz T, Alonso L, Tcherniakovsky M. Tratado de histeroscopia: uma viagem pelas lentes do mundo. Rio de Janeiro: Di Livros; 2021.
4. Berg A, Sandvik L, Langebrenke A, Istre O. A randomized trial comparing monopolar electrodes using glycine 1.5% with two different types of bipolar electrodes (TCRIs, Versapoint) using saline, in hysteroscopic surgery. *Fertil Steril*. 2009;91(4):1273-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.083
5. Aydeniz B, Gruber IV, Schauf B, Kurek R, Meyer A, Wallwiener D. A multicenter survey of complications associated with 21,676 operative hysteroscopies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;104(2):160-4. doi: 10.1016/s0301-2115(02)00106-9
6. Phillips DR, Milim SJ, Nathanson HG, Philips RE, Haselkorn JS. Preventing hyponatremic encephalopathy: comparison of serum sodium and osmolality during operative hysteroscopy with 5.0% mannitol and 1.5% glycine distention media. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1997;4(5):567-76. doi: 10.1016/s1074-3804(05)80090-8
7. Nezhat CH, Fisher DT, Datta S. Investigation of often-reported ten percent hysteroscopy fluid overfill: is this accurate? *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(4):489-93. doi: 10.1016/j.jmig.2007.03.007
8. Sterns RH, Nigwekar SU, Hix JK. The treatment of hyponatremia. *Semin Nephrol*. 2009;29(3):282-99. doi: 10.1016/j.semnephrol.2009.03.002

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Nem sempre as condutas médicas são frutos de consensos. Frequentemente os ginecologistas e obstetras se deparam com situações clínicas em que se apresentam várias alternativas para uma abordagem das pacientes.

A Febrasgo publica regularmente o *Febrasgo Position Statement* (FPS), que é fruto de consensos obtidos entre os membros de suas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), para melhor orientar os seus associados diante de determinadas situações clínico-cirúrgicas.



- PONTOS-CHAVE
- 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)