ISSN 0100-7254

Femina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 53, Número 1, 2025

RESIDÊNCIA MÉDICA

Comunicação de más notícias pelos médicos-residentes de ginecologia e obstetrícia

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

O papel dos protocolos assistenciais na defesa médica: proteção e qualidade na prática clínica

O papel do ginecologista-obstetra na abordagem da violência doméstica

CADERNO CIENTÍFICO | Febrasgo *Position Statement* e artigos aprovados pelas comissões da Febrasgo

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.

Com emissão de **Certificado!**

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

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 Obstetrícia

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 53, Número 1, 2025

Femina

3 EDITORIAL
Um novo ciclo de conhecimento e reflexão

4 ENTREVISTA
Para além das marcas visíveis de uma agressão

10 ANAGO
Doutores regentes do tempo

12 FEDERADA
SGOB completa 60 anos de fundação

16 RESIDÊNCIA MÉDICA
Comunicação de más notícias pelos médicos-residentes de ginecologia e obstetrícia

23 DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL
O papel dos protocolos assistenciais na defesa médica: proteção e qualidade na prática clínica

26 CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO *POSITION STATEMENT*

27 Menopausa em sobreviventes de câncer ginecológico: evidências para a tomada de decisão

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

36 Sinequias uterinas

PROTOCOLOS

40 Protocolos Febrasgo – Apresentação

41 O papel do ginecologista-obstetra na abordagem da violência doméstica

47 Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta

53 Tumores *borderline* de ovário

ARTIGO ORIGINAL

61 *Near miss* materno em maternidade de referência para atendimento de parto de risco habitual no estado de Mato Grosso

ARTIGO DE REVISÃO

70 Importância do aconselhamento reprodutivo para mulheres

RELATO DE CASO

74 Síndrome de insensibilidade aos androgênios em paciente com amenorreia primária: 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 Picolo Coimbra. *Correspondência:* Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

Femina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Volume 53, Número 1, 2025

CORPO EDITORIAL

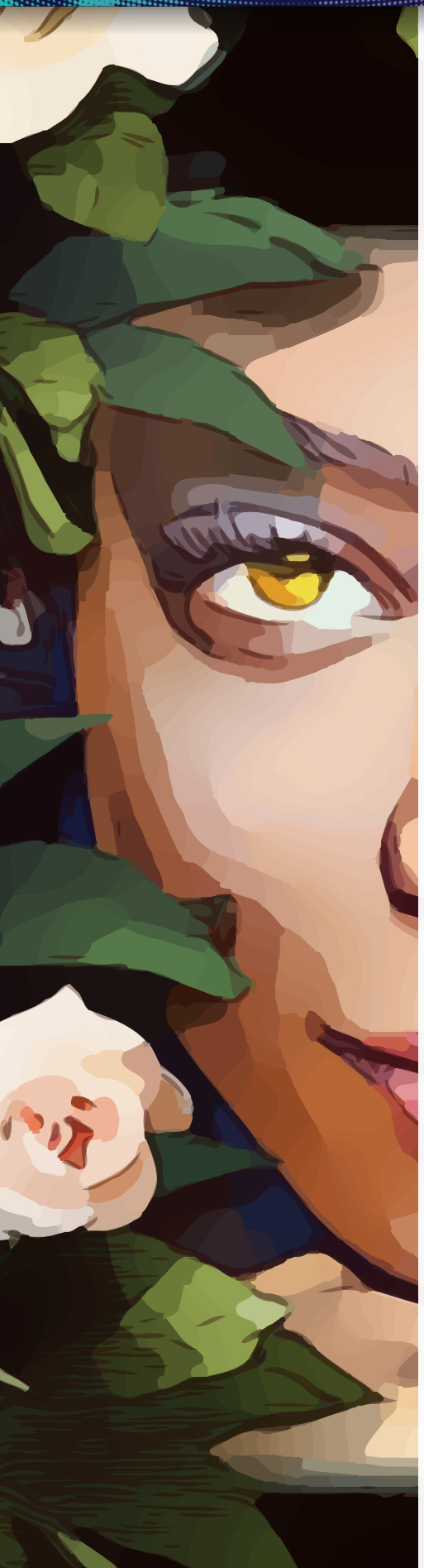
EDITORES
Marcos Felipe Silva de Sá
Sebastião Freitas de Medeiros

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 Nardozza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano
Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Dutra Leão
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral



EDITORIAL

Um novo ciclo de conhecimento e reflexão

A aurora de *Femina* irradia brilho e luz. Brilho pelos conteúdos e luz pelos ensinamentos. Neste volume de janeiro, a jornalista Letícia, em entrevista, é provocante ao chamar nossa atenção para os "sinais" da agressão contra as mulheres nem sempre visíveis. Quatro expoentes da Febrasgo ligados ao tema, entrevistados por Letícia, dimensionam os dados no país, destacam o papel do ginecologista e alertam para os sinais não revelados (casos invisíveis). Seis questões relevantes para a abordagem correta são propostas. O papel do ginecologista e obstetra nessa abordagem é ainda destacado em protocolo da Febrasgo, mostrado no Caderno Científico, contendo seis páginas com onze destaques para a prevenção e características clínico-emocionais, presentes da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Violência Sexual da Febrasgo. Quadros e figuras imperdíveis são para guardar! Não deixem de ler! Texto interessante acerca do papel do residente em ginecologia e obstetrícia na comunicação dos resultados adversos ou prognósticos nebulosos enriquece o volume. O texto é de duas ginecologistas de Porto Velho (RO). Este editor agradece pelo texto, por sua singularidade, e parabeniza as autoras. O uso do protocolo SPIKES, já feito pelos oncologistas, proposto desde 1992 por professores de Baltimore da Universidade John Hopkins, é brinde aos leitores da *Femina*!

A professora Lia Damasio, diretora de Defesa Profissional da Febrasgo, exalta a importância dos protocolos assistenciais na proteção e qualidade da nossa prática clínica. E destaca conceitos e o papel da Febrasgo em três páginas ricas de ensinamentos. Ainda, no Caderno Científico, a importância de protocolos assistenciais é destacada pelo diretor científico da Febrasgo e pelos editores de suas revistas. A posição da Febrasgo é descortinada para evidências na tomada de decisão ao assistir mulheres na menopausa sobreviventes do câncer ginecológico. Texto essencial da CNE em Oncologia da Febrasgo inclui nove páginas de preceitos. Em obediência à sua estrutura, traz seis pontos-chave para consideração e oito recomendações para exercício clínico. As figuras e quadro fornecidos facilitam nosso estudo, e as vinte e quatro referências atualizadas nos coloca no estado da arte. Situação clínica de difícil manejo, as sinequias uterinas são abordadas pela professora Daniela Yela, da Universidade de Campinas, em quatro páginas contendo introdução, diagnóstico, classificação e tratamento. As vinte e duas referências são atualizadas.

Protocolo da Febrasgo para a assistência ao abortamento espontâneo é ricamente delineado em seis páginas, podendo ser ampliado pelo mergulho em dez aspectos mais relevantes. O texto é da CNE em Assistência Pré-natal e validado pela Diretoria Científica da Febrasgo. Outro protocolo validado pela Febrasgo, redigido pela Comissão de Oncologia, estabelece premissas para conduzir os tumores *borderline* de ovário. Provê outros destaques e esmiúça todas as características clínicas desses tumores. As sessenta e uma referências fundamentam o texto. Estudo descritivo elaborado por especialistas de Mato Grosso examina dezessete casos de *near miss* materno ocorridos no ano de 2017. O Caderno Científico traz ainda artigo de revisão acerca da importância do aconselhamento reprodutivo para mulheres e um relato de caso bem ilustrado acerca da insensibilidade androgênica, descrito por professores de Passo Fundo (RS).

Que 2025 seja de concretização de nossos sonhos.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

Editor

Para além das marcas visíveis de uma agressão

Oito em cada dez casos de violência contra mulheres ocorreram em casa, e nem sempre as vítimas ficaram com sinais aparentes no corpo. A pergunta não é "se", mas como ginecologistas e obstetras podem ajudá-las

Por Letícia Martins

Foto: Saif71.com / Unsplash

"Violência doméstica" são duas palavras que conceitualmente não combinam. A primeira nem deveria existir, mas, infelizmente, os números mostram que ela é real e seus efeitos, terríveis, sobretudo para a saúde das vítimas – a maioria meninas e mulheres. Do total de 144,2 mil casos contabilizados em 2022 no Brasil pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, e apontados no Atlas da Violência 2024, mais de 116 mil ocorreram na residência das vítimas.

Apesar de ser crime enquadrado na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340) há 19 anos, engana-se quem pensa que esse assunto é unicamente de responsabilidade das autoridades de segurança pública. A violência contra a mulher é algo tão urgente e que demanda tanta atenção que a Organização Mundial da Saúde (OMS) a reconhece como um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos persistente, generalizado e enraizado na desigualdade de gênero.

Incalculáveis são os impactos que a violência doméstica pode causar na saúde das mulheres, uma vez que nesse tipo de crime se enquadra "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" e que ocorra na unidade doméstica, no âmbito da família ou na relação íntima de afeto, independentemente de coabitação e da orientação sexual.

O presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), **Dr. Rosires Pereira Andrade**, afirma: "A violência doméstica e sexual tornou-se, em nosso país, um tema da maior importância, considerando a frequência com que ela existe e o fato de que quem mais sofre é a mulher, juntamente com os filhos, com repercussões seríssimas, psicológicas e físicas, que algumas vezes chega até ao feminicídio. Desse modo, enviar informações aos ginecologistas e obstetras sobre o tema se impõe".

É por isso que a *Femina* inicia 2025 trazendo no Caderno Científico um protocolo escrito pelos membros da CNE de Violência Sexual da Febrasgo a respeito do papel desses médicos na abordagem da violência doméstica, afinal, eles são os médicos de confiança das mulheres e, de forma geral, os especialistas que elas mais visitam durante o ano. "Talvez sejamos as primeiras pessoas que possam ser apoio das mulheres que sofrem violência doméstica, mas esse é um tema invisibilizado e pouco abordado nas consultas e nos atendimentos médicos", ressalta a **Dra. Fernanda Surita**, vice-presidente da CNE de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei e professora titular de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp).

Ela reconhece o desafio que é para os profissionais de saúde lidar com o assunto e, por isso mesmo, afirma: "Atender uma paciente vítima de violência doméstica é uma situação difícil e que muitas vezes não conseguiremos resolver, mas escutá-la e apoiá-la já é o primeiro passo para que ela consiga sair desse ciclo de agressão".

Apontando o holofote para esse assunto desde o primeiro mês do ano, em vez de abordá-lo somente em agosto, quando ocorrem as campanhas de conscientização sobre violência contra a mulher, a Febrasgo reforça seu compromisso com a saúde da mulher e a atualização dos ginecologistas e obstetras. De acordo com o Dr. Rosires, o tema deve ser debatido também com mais frequência em congressos, simpósios e artigos. "Considerando que o ginecologista e obstetra atende as mulheres e que elas têm plena confiança nele, é fundamental e até obrigatório que o profissional aprenda o mínimo sobre o tema, com vistas a identificar a violência e agir para evitar danos maiores", reforça.

TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

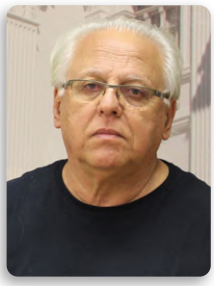
Quando pensamos na relação entre "violência doméstica e o papel do ginecologista obstetra", podemos associar primeiramente ao estupro e, consequentemente, à gravidez resultado desse crime. Mas é necessário ampliar o campo de visão e compreender algumas questões. A primeira delas é que, segundo a Lei Maria da Penha, há cinco tipos de violência contra a mulher: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (saiba mais sobre cada um deles na matéria de capa).

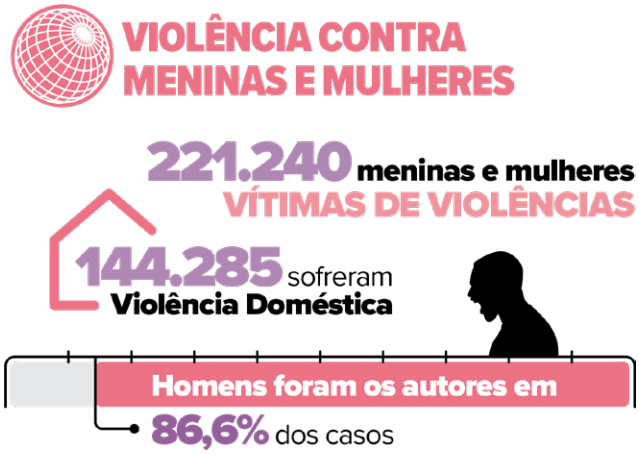
Outra questão relevante é que não existe um perfil específico de quem sofre violência doméstica, e tanto adolescentes, mulheres e gestantes quanto idosas podem ser vítimas. De acordo com o Instituto Maria da Penha, os ciclos possuem três fases, que também são chamadas de espiral da violência.

Na primeira fase, há aumento de tensão entre a mulher e o agressor; depois vem o ataque violento, que deixa a vítima constrangida e com medo; na última fase, chamada de "lua de mel", o agressor usa a clássica história de que se arrepende e pede desculpas. No entanto, com o passar do tempo, tudo volta a ser tão violento como era antes ou até pior. "A violência costuma passar por todas as etapas desse ciclo padronizado, porque quem sofre tem dificuldade em procurar ajuda. Além disso, as pessoas que perpetram a violência muitas vezes estão em condição de poder ou de controle sobre as vítimas", expõe a Dra. Fernanda.

Segundo o Atlas da Violência, os autores da violência doméstica podem ser pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, filho, irmão, cuidador, e em 86,6% dos casos são homens. Eis outra problemática: "Quando o agressor é um parceiro íntimo ou uma pessoa com quem a mulher convive, é improvável que ela procure primeiramente a Secretaria de Segurança Pública. É muito mais fácil que esses casos de violência sejam identificados pelos profissionais de saúde. Mais um motivo pelo qual nós, profissionais de saúde, somos os mais aptos para identificar e orientar essa mulher a buscar pelas medidas protetivas adequadas", expõe a ginecologista e obstetra **Dra. Aline Veras Morais Brilhante**, docente no curso de graduação em Medicina e no mestrado e doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor) e secretária e membro da CNE de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Febrasgo.

"A discussão ampla sobre violência doméstica é fato novo para uma CNE que tratava apenas da violência sexual. A Febrasgo não poderia deixar de propor medidas e ações junto com os associados para que o atendimento das mulheres também possibilitasse essa abordagem", declara o Dr. Rosires de Andrade.





Fonte: Atlas da Violência 2024, Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

MARCAS INVISÍVEIS

Segundo a Dra. Aline, a ideia de que os parceiros íntimos não são agressores em potencial é um dos maiores obstáculos na luta pelo fim da violência doméstica. "Nada pode ser mais distante da realidade do que achar que a violência por parceiro íntimo é algo que precisa ser resolvido no seio da família ou a crença de que o profissional de saúde não pode fazer nada em apoio às vítimas de violência doméstica", declara.

Ela diz que a violência por parceiro íntimo é causa de importantes problemas de saúde que afetam as mulheres, colocando o binômio materno-fetal em risco elevado e com possíveis desfechos negativos. "É papel do ginecologista e do obstetra atuar sobre esses casos, rastrear, aprender a escutar, aprender a acolher e aprender a encaminhar essa mulher", frisa a Dra. Aline.

De fato, apesar de a Lei Maria da Penha ter quase duas décadas de aprovação e as campanhas de conscientização serem realizadas anualmente, a sociedade em geral ainda mantém muitos preconceitos e mitos que atrapalham tanto a prevenção, quanto a abordagem dos casos. Frases como "a mulher apanha porque merece", "ele bate porque ama e sente ciúmes" e "a violência doméstica só acontece em famílias de baixa renda e pouca instrução" são algumas formas de preconceito estrutural.

"Atender uma paciente vítima de violência doméstica é uma situação difícil e que muitas vezes não conseguiremos resolver, mas escutá-la e apoiá-la já é o primeiro passo para que ela consiga sair desse ciclo de agressão", afirma a Dra. Fernanda Surita.

A **Dra. Sara de Pinho Cunha Paiva**, membro da CNE de Violência Sexual da Febrasgo, professora na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e médica no Hospital das Clínicas da mesma instituição, observa que muitos desses mitos chegam até a classe médica, aumentando o desafio de abordar o assunto e escancarando a desinformação. "Profissionalmente, não fomos preparados nas escolas de Medicina e nos programas de residência para atender mulheres vítimas de violência sexual, então muitos de nós trazemos a nossa formação pessoal, que, em geral, é enraizada numa cultura patriarcal, com domínio masculino e uma sobrecarga gigantesca de trabalho e de responsabilidades sobre a mulher", explica.

O grande "porém" nessa história é que nem sempre a violência é sexual e, não raramente, as marcas são invisíveis. "Muitas vezes, a violência contra a mulher não deixa marcas visíveis no corpo, então cabe ao médico, em especial ao ginecologista e obstetra, porque é o médico mais procurado pela mulher, tentar investigar histórias que podem estar associadas com a violência doméstica, por exemplo, uma paciente que tem uma marca escondida no corpo que pode ser vista durante o exame físico, como um arranhão ou hematoma", destaca a médica, que também é professora e pesquisadora visitante na *Georgetown University* (EUA).

Em algumas situações, os sintomas não estão associados diretamente à violência, mas, quando bem investigados, podem revelar agressões psicológicas sofridas. Por exemplo, uma paciente que se queixa de infecção urinária ou candidíase de repetição. "Essa paciente pode estar externando, por meio dessa infecção ou dessa dor na relação sexual, alguma dificuldade no relacionamento, medo do marido ou o fato de que ela vem sendo violentada psicologicamente. É importante que o ginecologista tenha olhos atentos, pois nem sempre um sintoma de repetição significa que vai ter alguma alteração da anatomia dessa mulher: pode ser uma alteração que esteja associada com a redução, por exemplo, do sistema imune, que está diretamente associada com uma alteração emocional, como o transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo, que podem ser uma complicação diretamente associada à violência contra mulher", detalha a Dra. Sara.

Na visão dela, o maior desafio dos médicos ginecologistas no enfrentamento da violência contra a mulher está associado à desinformação. "Muitos profissionais da área da saúde não conseguem perceber as nuances que a muldessemher traz para o consultório e que podem estar relacionadas à violência. Muitos fecham os olhos para pequenos sinais e queixas simples, como, por exemplo, a dor de cabeça e a lombalgia recorrentes." Em vez disso – continua a médica –, eles procuram uma causa anatômica para justificar a queixa, sem pensar que uma dor crônica pode estar associada a um transtorno de ansiedade ou depressivo, que podem ser complicações comuns de algum

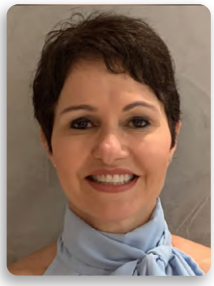
tipo de agressão. "Os médicos precisam investigar pequenos sintomas e queixas simples, que podem estar relacionados à violência doméstica. Para isso, nem sempre é preciso fazer exames complexos, mas uma boa anamnese. É crucial que os médicos se informem e percebam que podem fazer a diferença na vida de uma mulher", alerta a Dra. Sara.

A PARTE ESCONDIDA DO *ICEBERG*

A Dra. Fernanda explica que existem muitos pontos que são camuflados em uma situação de violência contra a mulher, como a parte escondida de um *iceberg*, muitas vezes bem maior do que a parte que está à mostra. "O *iceberg* da violência mostra que nós temos formas muito explícitas de violência, como a violência sexual, que é uma forma gravíssima, o feminicídio e a violência física (quando há espancamentos e lesões corporais), que são chamadas de violências visíveis ou diretas. Mas a gente tem como base dessa violência toda uma violência estrutural e cultural, que permite que formas sutis de violência aconteçam e que vão de forma crescente acontecendo, até que culminam nas formas mais graves, como a violência sexual, a violência física ou o feminicídio."

A vice-presidente explica que as formas invisíveis da violência contra as mulheres são sutis e estão enraizadas na cultura e que, justamente por isso, muitas vezes a violência acaba passando despercebida ou sendo encarada como algo "normal".

"É preciso pensar que todas essas questões de humor sexista, aquelas piadinhas, aquelas coisas que parecem engraçadas para umas pessoas, mas que são extremamente desconfortáveis para outras, são a base da violência de gênero. Enquanto não combatermos todas essas questões, a ponta do *iceberg*, que são as formas graves de violência, vão continuar acontecendo. Então, é uma questão cultural, estrutural, da nossa sociedade."



"É fundamental que os médicos investiguem pequenos sintomas e queixas simples que podem estar relacionados à violência doméstica. Para isso, nem sempre é preciso fazer exames complexos, mas uma boa anamnese", destaca a Dra. Sara Pinho.

Ela ainda ressalta que o papel do profissional ginecologista é essencial para ajudar a mulher, que muitas vezes passa por muitas etapas de violência, como a coerção (uma das primeiras formas utilizadas pelos agressores), que antecede outras mais graves, como a violência sexual.

DESAFIOS NO CONSULTÓRIO

A Dra. Aline aponta que a violência doméstica atinge todos os perfis de mulheres (gestantes, puérperas, meninas, adolescentes e idosas) e não necessariamente é cometida por um parceiro íntimo, mas por alguém que faz parte do ambiente residencial da vítima.

"Para uma prática médica baseada em evidências, é primordial para o ginecologista e obstetra fazer o rastreio dessa violência por parceiro íntimo, pois ela está associada a uma série de desfechos negativos, como lesões físicas, transtornos psíquicos, comprometimento da saúde mental dessas mulheres e riscos no que se refere à saúde reprodutiva e à saúde obstétrica", explica a médica, que também é diretora do Núcleo de Atenção Médica Integrada (Nami) da Unifor.

Especialmente nos casos das grávidas, a obstetra salienta que a violência por parceiro íntimo está associada a inúmeros desfechos desfavoráveis, como ganho de peso materno desfavorável (seja pouco ou excessivo), baixo peso fetal, aumento do risco de restrição de crescimento intrauterino e risco aumentado de 21% de parto prematuro e de 33% de internação neonatal. "Qualquer condição de saúde que aumente o risco de prematuridade e de internação do recém-nascido merece investigação, rastreio e controle", declara a Dra. Aline.

Além disso, a incidência de óbito fetal, de rotura uterina, de descolamento prematuro de placenta e de complicações hemorrágicas é maior em gestantes que sofreram algum tipo de agressão do que naquelas que não passaram por situações de violência.

Além desse caso à parte das gestantes, ela explica que existe uma série de indicadores clínicos da violência doméstica de maneira geral, aos quais os médicos,

Fonte: https://redediaconia.com.br/wp-content/uploads/2016/06/IMG_0C9A26-6E4709-7A42AE-D367AD-8BE11B-8D2453.png)

"O profissional precisa se colocar à disposição da mulher, seja com uma boa escuta ou um bom acolhimento. Estar disponível para ajudá-la é a melhor coisa que ele pode fazer", ressalta a Dra. Aline Veras.

ginecologistas e obstetras precisam ficar atentos, como hematomas múltiplos em diferentes estágios de cura, geralmente na cabeça, rosto e pescoço, distúrbios crônicos do sono, enxaqueca, dores crônicas, fibromialgia e disfunções de trato urinário. "Isoladamente, esses casos não significam que aquela pessoa está em situação de violência por parceiro íntimo. Mas, quando juntamos essas condições ao histórico de traumas físicos, acende uma luz de alerta para o médico."

Uma mulher em situação de violência tem risco aumentado de desenvolver transtornos mentais comuns, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, assim como maior probabilidade de fazer uso de substâncias psicoativas e ter pensamentos e comportamentos suicidas e de autolesão. "Essas mulheres têm risco duas vezes maior de desenvolver depressão e ansiedade e outros transtornos mentais comuns. No caso do uso de substância psicoativa – e aqui os estudos incluem tanto drogas ilícitas como o vício em medicamentos, que é a dependência química de medicamentos –, o risco é seis vezes maior em mulheres em situação de violência com parceiro íntimo, quando comparadas com mulheres que nunca sofreram violência pelo parceiro íntimo. O risco de suicídio aumenta também significativamente, assim como o risco de autolesão", explica.

"Outro indício que, principalmente, o ginecologista consegue identificar é a coerção reprodutiva e a sabotagem contraceptiva, aspectos que estão muito frequentemente associados a situações de violência doméstica, um verdadeiro conjunto de ações que coloca a mulher numa situação de submissão."

A médica declara que, nesses casos, é possível perceber a situação, pois a mulher diz não querer usar um contraceptivo ou um DIU com medo do que o marido possa pensar, porque o marido não quer que ela use. "A pergunta que fica, então, diante de tantas evidências, não deve ser mais por que devemos nos preocupar com a violência do parceiro íntimo, mas por que demoramos tanto para nos preocupar com isso", indaga a profissional.

ABORDAGEM CORRETA

É importante que o profissional que está cuidando dessa paciente tenha em mente que uma mulher que vem sofrendo violência do parceiro já está suficientemente abalada, ou seja, a forma de abordagem tem influência direta no quanto ela vai se sentir à vontade para falar sobre o assunto.

"O ideal seria que o ginecologista conseguisse conversar sempre sobre esse tema, mas sabemos que nem sempre há condições ideais numa consulta. A primeira condição ideal é que a mulher não esteja acompanhada. Se ela estiver acompanhada de qualquer pessoa, não dá para fazer esse tipo de abordagem, porque é uma questão muito íntima e, nesse momento, ainda não se sabe quem é o abusador, que pode ser um parceiro, mas pode ser qualquer outra pessoa da família. Ou, ainda, se ela estiver acompanhada de outra pessoa da família, que pode falar para o abusador o que aconteceu nessa consulta", detalha a Dra. Fernanda.

Além da privacidade, o médico precisa criar oportunidades para ter essa conversa, com perguntas diretas ou indiretas, como:

Perguntas diretas:

- **Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isso pode afetar a saúde, mesmo anos mais tarde. Isso aconteceu alguma vez com você?**

Perguntas indiretas:

- **Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?**
- **Você está com problemas no relacionamento familiar?**
- **Você se sente humilhada ou agredida?**
- **Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?**
- **Você e seu marido (ou filho ou pai ou familiar) brigam muito?**
- **Quando vocês discutem, ele fica agressivo?**

"A melhor forma de auxiliar essas pacientes é por meio da informação. Muitas vezes, as mulheres que sofrem violência doméstica não têm consciência de que vivem violência doméstica, como as que sofrem violência patrimonial", aponta a Dra. Sara.

Exemplo de violência patrimonial ocorre quando o parceiro ou marido controla todas as finanças da casa e até a conta bancária da mulher ou quando entrega o dinheiro para ela fazer as compras da casa, mas reclama das escolhas feitas ou do quanto gastou. Pode ser caracterizada como violência patrimonial também quando o companheiro impede que a mulher faça uso dos bens que são da família, como um carro, por exemplo. "Tudo isso é uma forma de violência, que pode trazer danos à saúde indiretamente. Porém, às vezes, a mulher vive toda a vida dentro dessa perspectiva, achando que aquilo é normal. Cabe a nós, profissionais da área de saúde, conversar e questionar como é a vida da mulher dentro

daquele relacionamento e se ela tem percebido algum tipo de violência", acrescenta a Dra. Sara.

"Ouvir essa paciente que é vítima de violência é uma forma de abrir as portas para que ela conte sobre isso. Outra coisa que pode ajudar muito são materiais informativos dentro dos hospitais e das clínicas, como cartazes falando sobre situações de violência, falando que a equipe de saúde está ali para ouvi-la. É preciso deixar a questão mais aberta, mais leve, para que a pessoa não ache que tem que procurar o profissional de saúde só quando estiver sofrendo uma violência física ou sexual e que existem outras formas sutis que são a base da violência e que elas vão aumentando até chegar às formas graves", finaliza a Dra. Fernanda.

A Dra. Aline concorda com essa estratégia de abordagem. "É esperado que essa mulher tenha medo de denunciar, já que ela está vivendo com o agressor, na grande maioria das vezes. E essa agressão não se torna uma agressão física quando essa mulher não tem condição psicológica de reagir". Ela explica que, enquanto a mulher e o agressor estão no intervalo entre as fases da violência e a fase da chamada lua de mel, há a intenção, a atenção e depois a agressão. Só que, nesse processo, a vítima vai sendo afastada da sua rede de apoio.

O agressor pontua que tal amizade não faz bem para a mulher e que a família dela a está colocando contra ele, entre outros pontos que afastam a mulher da sua rede de apoio. Então, quando a agressão física começa, essa mulher pode olhar para um lado e para o outro e não encontrar a quem recorrer. A autoestima dela está tão baixa e o aparelho psíquico tão fragilizado que ela não tem forças para reagir. "É nesse momento, de medo de denunciar, que acontece a violência física. Por isso, cabe ao profissional mostrar que não só é possível fazer a denúncia, como é importante, deixando claro para a mulher que a decisão é dela", indica a Dra. Aline. "O profissional precisa se colocar à disposição, seja com uma boa escuta ou um bom acolhimento. Estar disponível para ajudá-la é a melhor coisa que ele pode fazer", indica.

A denúncia e a ajuda podem vir de várias formas. O ginecologista e o obstetra devem orientar a mulher a procurar um órgão de proteção local, indicar a realização de medida protetiva e explicar quais os reais riscos que ela corre ao optar por não fazer a denúncia.

Conforme orientação do Protocolo da Febrasgo, é importante indicar para a vítima os pontos de apoio aos quais ela pode ter acesso além do serviço de saúde, como:

- Centros de Referência e Cidadania da Mulher;
- Centros de Defesa e de Convivência da Mulher (CDCM);
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas);
- Varas e Anexos de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Fórum);
- Delegacias comuns ou especializadas no atendimento à mulher (Deam);
- Defensoria Pública, como o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (Nudem);
- Ministério Público;
- Pontos de economia solidária;
- Abrigos;
- Organizações não governamentais.

Vale destacar que um ponto muito importante é indicar um acompanhamento por uma equipe multiprofissional, incluindo profissionais de saúde mental e do serviço social. "Quando existe uma situação já estabelecida de violência doméstica, a experiência tem mostrado a necessidade de ações preventivas, com vistas à proteção da mulher, principalmente, e dos filhos", explica o Dr. Rosires.

A Dra. Fernanda conta que o trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar facilita muito em uma situação de violência, já que, algumas vezes, é difícil abordar a paciente sozinha durante a consulta com o ginecologista. Mas quando ela passa, sozinha, com outro profissional, é possível realizar essa abordagem. Além disso, a médica fala da importância do sigilo médico: "Podemos fazer notificações de violência para os órgãos municipais sem identificação, só para que conste nos anuários. O sigilo médico existe sempre, em todas as condições, e qualquer ação só pode ser feita com o consentimento da pessoa que sofre violência. Caso contrário, em vez de ajudar, podemos aumentar o risco dela".

PREVENÇÃO

Já a Dra. Fernanda acredita que a educação é a base para a informação correta chegar às vítimas. "Ações educativas são essenciais tanto para os profissionais de saúde como para todas as pessoas, principalmente para os grupos mais vulneráveis, que são as maiores vítimas de violência doméstica, como mulheres, gestantes, meninas, adolescentes e população LGBT. É preciso fazer muita ação educativa, seja no nosso espaço de trabalho de saúde ou em outros locais, como escolas", defende a profissional.

O tema de violência contra a mulher tem sido preocupação e pauta de diversas ações da Febrasgo. "Nós, os 15 membros da CNE de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei, discutimos amplamente a violência doméstica, fato novo para uma CNE que tratava apenas da violência sexual. Concluímos que a Febrasgo não poderia deixar de propor medidas e ações junto com os associados para que o atendimento das mulheres também possibilitasse essa abordagem. Há muito a fazer, como estabelecer protocolos de atendimento e conduta diante dos achados de violência. Portanto, estamos dando início a mais uma atividade que consideramos ser da competência do ginecologista e obstetra", finaliza o presidente da CNE, Dr. Rosires de Andrade.

Doutores regentes do tempo

Por Letícia Martins

Na corrida frenética do dia a dia, há aqueles que sabem aproveitar o tempo a seu favor, transformando-o em aliado na arte de cuidar de pessoas. É o caso dos entrevistados desta edição, Dr. Rosires Pereira de Andrade e Dr. Antonio Rodrigues Braga Neto, que, juntos, acumulam mais de 70 anos de consagração à medicina.

Esses dois ginecologistas e obstetras se tornaram verdadeiros regentes do tempo, dedicando suas vidas a cuidar e proteger a saúde das mulheres. Devido à trajetória exemplar, foram escolhidos para representar, respectivamente, as cadeiras nºs 19 e 20 da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), que têm como patronos o Dr. Almir Antonio Urbanetz (1950-2020) e a Dra. Áurea Beirão de Almeida (1936-2009).

BODAS DE OURO COM A MEDICINA E A PESQUISA

A cadeira nº 19 da Anago foi confiada ao paranaense Dr. Rosires Pereira de Andrade, que, há mais de meio século, divide seu amor pela medicina com a história, filosofia e literatura. Hoje, aos 77 anos de idade e aposentado, mantém vivo o Memorial da Contracepção, criado por ele mesmo em 2012, além de produzir conteúdo em formato de artigos, livros e cursos sobre contracepção e violência sexual, na plataforma Estúdio EBS – Em Busca do Saber, também de sua autoria.

Esses dois projetos são fruto de uma longa jornada pautada em estudos e pesquisa e iniciada em 1968 com o curso de Medicina na Universidade Federal do Paraná (UFPR) e o "sim" às oportunidades valiosas que teve. A primeira delas surgiu no segundo ano da faculdade, quando o Dr. Rosires recebeu um convite para literalmente morar no Hospital São Lucas, de Curitiba. Lá ficou por sete anos, atuando como estudante de Medicina e como auxiliar de cirurgias e técnico em radiologia.

Após esse período, casou-se e mudou-se para Paris, na França, a fim de fazer a residência. Recebeu orientações de grandes profissionais e trabalhou em hospitais renomados, até ser surpreendido por outro convite, dessa vez para participar de uma pesquisa sobre indução ao parto por meio de medicação oral em troca de uma bolsa de estudos. O Dr. Rosires abraçou a oportunidade, dando início à sua primeira pesquisa clínica, que se tornou um marco histórico. "A equipe havia realizado vários estudos farmacológicos e epidemiológicos sobre a indução do parto após 39 semanas de gestação. Eu identificava as mulheres internadas para terem os filhos e propunha a pesquisa, observando todos os preceitos éticos e documentais. Tudo isso resultou numa tese de 100 páginas, chamada de *Mémoire Pour le Titre D'Assistant Ètranger*. Foi a minha primeira pesquisa clínica realizada e publicada numa revista francesa de ginecologia e obstetrícia", relembra o profissional.

No retorno de Paris, atuou como professor da disciplina de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, onde cursou mestrado em Clínica Cirúrgica. Já o doutorado em Princípios da Cirurgia foi concluído na Faculdade Evangélica do Paraná. E, em 1996, conquistou a cadeira de professor titular de Reprodução Humana da UFPR, aposentando-se em junho de 2022, por idade.

Os estudos nunca atrapalharam sua vertente de pesquisador, muito pelo contrário. Como diretor do Centro de Estudos e Pesquisas Médicas (Cepeme-CERHFAC), instituição que ele próprio criou, atuou com pesquisas voltadas a novos medicamentos, como a vacina quadrivalente e a multivalente contra HPV e vários contraceptivos.

Em paralelo às atividades acadêmicas, o Dr. Rosires foi secretário municipal de saúde na cidade de Campo Largo e Gerente de Ensino e Pesquisa do Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), onde, em 1997, fundou o Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual.

Atualmente, ele também preside a Comissão Nacional Especializada (CNE) de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e, com toda sua experiência, está empolgado para fazer jus ao mais recente convite para ser membro titular da primeira

"Temos o dever para com a posteridade de contar e preservar cientificamente o nosso passado e torná-lo mais interessante",

afirma o Dr. Rosires Pereira de Andrade, acadêmico da cadeira nº 19.

geração de acadêmicos da Anago. "Como bem afirmou Leon Tolstoi, 'só seremos universais se conhecermos e amarmos nossa aldeia'. Precisamos e temos o dever para com a posteridade de contar e preservar cientificamente o nosso passado e encontrar meios para torná-lo mais interessante, e que ele seja um bem precioso para deixarmos como herança aos que nos substituirão", defende o profissional.

O Dr. Rosires finaliza contando o que acredita ser o segredo para perpetuar o bom trabalho no País: "Temos que produzir, e bastante, para mostrar a importância e o papel da nossa especialidade e como devemos agir e atuar para que ela melhore cada vez mais para possibilitar o bem-estar com saúde das mulheres e suas famílias".

O EXTENSO CURRÍCULO DO MAIS JOVEM TITULAR DA ANAGO

Quantos feitos épicos cabem em dez anos de história? Na biografia do fluminense de Resende, Dr. Antonio Rodrigues Braga Neto, uma década representou a formação em Medicina, com especialização em ginecologia e obstetrícia, mestrado, doutorado, quatro pós-doutorados e duas livres-docências, com estudos no Brasil e Estados Unidos. A julgar pelo resultado da soma de conquistas, é possível dizer que ele venceu uma batalha contra o tempo.

Aos 46 anos de idade e cerca de 20 anos de formação, o Dr. Antonio Braga é o médico mais jovem a ocupar uma das 30 cadeiras da Anago. Atualmente, ele dedica seu tempo à docência de Obstetrícia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e na Universidade Federal Fluminense (UFF), além de exercer a titularidade na Universidade de Vassouras (RJ).

Mas o currículo dele não para por aí. Influenciado por um dos maiores nomes do tratamento de mulheres com doença trofoblástica gestacional (DTG), o Dr. Antonio Braga direcionou sua atuação médica para essa área e tornou-se também uma referência nacional e internacional no assunto, sendo presidente eleito da Sociedade Mundial de Doença Trofoblástica Gestacional. "Eu me formei médico com a maior autoridade de DTG do Brasil, o professor Paulo Belfort, ex-presidente da Febrasgo e patrono da cadeira nº 7 da Anago. Logo, foi muito natural para mim seguir os passos desse grande mestre", explica.

Ele ainda coordena a Linha de Cuidado da Mulher com Doença Trofoblástica Gestacional na Maternidade-Escola da UFRJ e no Hospital Universitário Antonio Pedro, da UFF, e dedica-se ao ensino médico na graduação e na residência em Ginecologia e Obstetrícia, sendo professor credenciado em programas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) na UFRJ e na UFF, além de supervisionar projetos de pós-doutorado.

Há mais de 10 anos, atua na Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), onde foi eleito conselheiro titular.

Engajado no associativismo, o Dr. Antonio Braga participa ativamente da Febrasgo, onde, por duas gestões, foi presidente da CNE de DTG, na qual seguirá como vice-presidente até 2027. Também faz parte da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SGORJ). É presidente emérito da Sociedade Brasileira de História da Medicina e membro da Academia Brasileira de Médicos Escritores, da Academia Brasileira de Medicina Militar e da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e membro honorário das Academias de Medicina de São Paulo, do Piauí e do Maranhão.

Seu envolvimento com as Academias evidencia a paixão em resgatar o passado da medicina, ao passo que ajuda a escrever o presente e o futuro dela. "O meu amor pela história da medicina vem de uma citação de Goethe: 'aquele que não conhece a história da arte nada de sua arte conhece'. Acho fundamental que o médico devote parte do seu tempo para estudar a história da medicina", declara o titular da cadeira nº 20 da Anago.

"Acredito que a Febrasgo precisa estar na vanguarda da medicina, ou seja, ela tem que olhar para frente, enquanto a Anago precisa ser a retaguarda da especialidade, zelando pela história da tocoginecologia, pelos valores, pela tradição, pela origem, pelos memoriais de suas instituições e de seus próceres", defende ele, que consegue dividir sua intensa agenda profissional com a criação de dois filhos adolescentes, Arthur e Heitor, ao lado da esposa Martha.

Em 2022, ele recebeu a Comenda da Ordem do Mérito Médico pela Presidência da República Federativa do Brasil, honraria que o enche de orgulho, mas não tanto quanto esta: "Formar novos médicos é o que me dá mais alegria na profissão", afirma. "Todos os cargos que já tive foram importantes, mas momentâneos. Eu sou e continuarei sendo até o final da minha vida professor de Medicina, que é a minha grande realização", conclui o Dr. Antonio Braga.

"Formar novos médicos é o que me dá mais alegria na profissão",
afirma o Dr. Antonio Braga, acadêmico da cadeira nº 20.

Foto: Igor Augusto / Unsplash

SGOB completa 60 anos de fundação

Esse é um dos muitos motivos que os associados da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal têm para comemorar em 2025

Por Letícia Martins

Pode ter certeza: 2025 será um ano ímpar para a Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal (SGOB), pois ela completará seis décadas de fundação! Sim, a SGOB está em festa, e a presidente atual, **Dra. Lizandra Moura Paravidine Sasaki**, fala sobre a expectativa e os preparativos para comemorar o aniversário da sociedade médica que a inspira desde que era uma jovem graduanda de Medicina na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em Uberaba (MG).

Nascida em Brasília, desde cedo Lizandra teve influências familiares que a levaram a escolher o caminho da medicina. Com uma mãe auxiliar de enfermagem e um pai que compartilhava o desejo de ser médico, a paixão pela área só foi fortalecida. Após formar-se médica e completar a residência em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade de Brasília, a Dra. Lizandra passou a trabalhar no Hospital Universitário de Brasília, onde ocupa até hoje o cargo de chefe da Unidade de Saúde da Mulher.

Dra. Lizandra Moura Paravidine Sasaki

Depois de concluir a residência, iniciou um estágio em Reprodução Humana e Videocirurgia na Clínica Genesis, em Brasília, consolidando sua atuação em áreas altamente especializadas. "Meu desejo de oferecer um cuidado primoroso e personalizado às mulheres me levou a buscar constante atualização", conta. Na sequência, ela obteve o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), bem como os Certificados de Atuação em Endoscopia Ginecológica e Reprodução Assistida, todos conferidos pela Febrasgo. Além disso, finalizou o mestrado e, atualmente, está concluindo o doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Não para por aí: em 2024, a Dra. Lizandra assumiu a presidência da SGOB e tem pela frente o desafio de organizar o 57º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do DF, vários outros eventos científicos e ainda a festa de aniversário da Federada.

Femina: Como começou a sua história com a SGOB?

Dra. Lizandra Sasaki: Minha história de amor pela SGOB começou ainda na época da faculdade de Medicina. Desde essa época, eu participava regularmente dos congressos organizados pela sociedade em Brasília, eventos de altíssimo nível que sempre me inspiraram. Naquele período, tive a oportunidade de apresentar trabalhos em formato de pôsteres, o que reforçou ainda mais minha admiração pela organização e relevância da SGOB no cenário médico.

Em 2004, durante minha especialização em reprodução assistida, alguns dos meus professores, que já haviam ocupado a presidência da SGOB, me incentivaram a me envolver mais ativamente. Fui convidada a participar das reuniões semanais e, a partir daí, iniciei minha caminhada dentro da sociedade. Passei por diferentes cargos na diretoria, acumulando experiências e contribuindo com projetos importantes, até assumir a honrosa posição de presidente da SGOB, onde tenho trabalhado com dedicação para continuar o legado de excelência da instituição.

Femina: O que a motivou a assumir o desafio de ser presidente da SGOB?

Dra. Lizandra Sasaki: Assumir a presidência da SGOB foi uma decisão motivada, acima de tudo, pelo desejo de contribuir ativamente para o fortalecimento da Ginecologia e Obstetrícia no Distrito Federal. A SGOB sempre desempenhou um papel fundamental na promoção da educação continuada e na valorização dos profissionais da área, e ter a oportunidade de liderar essa instituição é uma grande honra.

Femina: Em 60 anos de fundação da SGOB, a senhora é a sexta mulher no cargo máximo da entidade. Como enxerga esse desafio?

Dra. Lizandra Sasaki: Tenho plena ciência do grande desafio que é presidir a SGOB, mas também sei que não estou sozinha nesse caminho. O apoio contínuo de toda a diretoria, que se reúne semanalmente para planejar e discutir as ações da sociedade, é fundamental para o sucesso da nossa gestão. Cada membro da diretoria traz uma contribuição valiosa e trabalha com muito empenho para que possamos alcançar os objetivos estabelecidos.

Além disso, conto com o trabalho imprescindível da administradora e da secretária da associação, fundamentais para o bom andamento das nossas atividades.

Femina: Qual a principal meta da sua gestão?

Dra. Lizandra Sasaki: É consolidar a SGOB como referência em educação continuada e inovação na Ginecologia e Obstetrícia no Distrito Federal e no Brasil. Nosso objetivo é oferecer suporte contínuo aos profissionais da área, promovendo atualizações científicas de alta qualidade, acessíveis e voltadas para as demandas reais do dia a dia médico. Outro pilar importante desta gestão é fortalecer a integração entre médicos, residentes e estudantes, criando espaços que incentivem a troca de experiências e o desenvolvimento de habilidades técnicas e humanas. Por fim, queremos ampliar a presença e a visibilidade da SGOB na sociedade, reafirmando nosso papel não apenas como uma entidade científica, mas também como uma voz ativa na defesa da saúde da mulher e na promoção de políticas públicas voltadas para essa área tão essencial.

Femina: Em novembro de 2024, houve uma assembleia para alterar o estatuto social da SGOB. O que foi alterado?

Dra. Lizandra Sasaki: É importante destacar essas mudanças, pois elas refletem nosso compromisso em modernizar e alinhar a SGOB com as necessidades atuais e as diretrizes da Febrasgo. Em assembleia:

- alteramos os requisitos para a categoria de **Associados Eméritos**, aumentando a idade mínima de 70 para 75 anos e estabelecendo que o pagamento de 15 anuidades deve ser feito de forma consecutiva, e não mais de forma intercalada;
- incluímos duas novas diretorias: uma de **Ação Social** e outra de **Mídias Sociais**, que trarão mais dinamismo e proximidade com a comunidade e os associados;
- introduzimos a possibilidade de **votação *online*** para a eleição da gestão da sociedade, tornando o processo mais acessível e democrático;
- fizemos também ajustes na redação de artigos do antigo estatuto, com o objetivo de torná-lo mais claro e alinhado com o estatuto da Febrasgo.

Femina: Em 2024, a SGOB realizou o 56º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do DF e já tem outra edição prevista para 2025. Como é possível organizar dois congressos seguidos e exitosos?

Dra. Lizandra Sasaki: De fato, o 56º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do DF, realizado entre os dias 13 e 15 de junho de 2024 no Centro Internacional de Convenções do Brasil (CICB), foi um evento científico de altíssimo nível. Contamos com a presença de renomados palestrantes, que abordaram temas relevantes na área de Ginecologia e Obstetrícia. Recebemos 178 trabalhos submetidos e reunimos cerca de 800 participantes, consolidando o evento como um dos maiores organizados por federadas brasileiras nessa especialidade. Para a edição de 2025, que ocorrerá entre os dias 12 e 14 de junho, também no CICB, nossa expectativa é ultrapassar os números alcançados em 2024, e isso será possível com muito empenho e organização de toda a equipe da SGOB.

Femina: O que está sendo programado para a edição deste ano?

Dra. Lizandra Sasaki: O 57º Congresso contará com uma programação científica diversificada, incluindo palestras de alto nível, *workshops*, sessões interativas e um amplo espaço dedicado à simulação prática em diferentes áreas de Ginecologia e Obstetrícia, o que será um grande diferencial em relação à edição anterior, além de incluir temas inovadores e desafiadores da prática clínica. A agenda científica de 2025 abrigará ainda:

- XI Jornada de Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia do DF;
- XVII Simpósio de Medicina Fetal do DF;
- 17º Simpósio de Reprodução Humana de Brasília;
- 10ª Jornada de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia de Brasília;
- Apoio ao 2º Congresso Brasileiro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez.

Femina: Em 2025, a SGOB completará 60 anos de fundação. Haverá alguma comemoração especial?

Dra. Lizandra Sasaki: O ano de 2025 será, sem dúvida, muito especial para a SGOB, pois celebraremos nossos 60 anos de existência. Essa data histórica adiciona um significado único aos eventos do ano, tornando-os ainda mais memoráveis e importantes para todos os associados, parceiros e a comunidade médica. Como parte das comemorações, realizaremos um lindo baile de aniversário no dia 13 de junho, durante o 57º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do DF. Será uma ocasião especial para celebrarmos as conquistas da SGOB ao longo dessas seis décadas e homenagearmos aqueles que contribuíram para a nossa história.

Femina: Há outras ações ou projetos da gestão atual que a senhora gostaria de destacar?

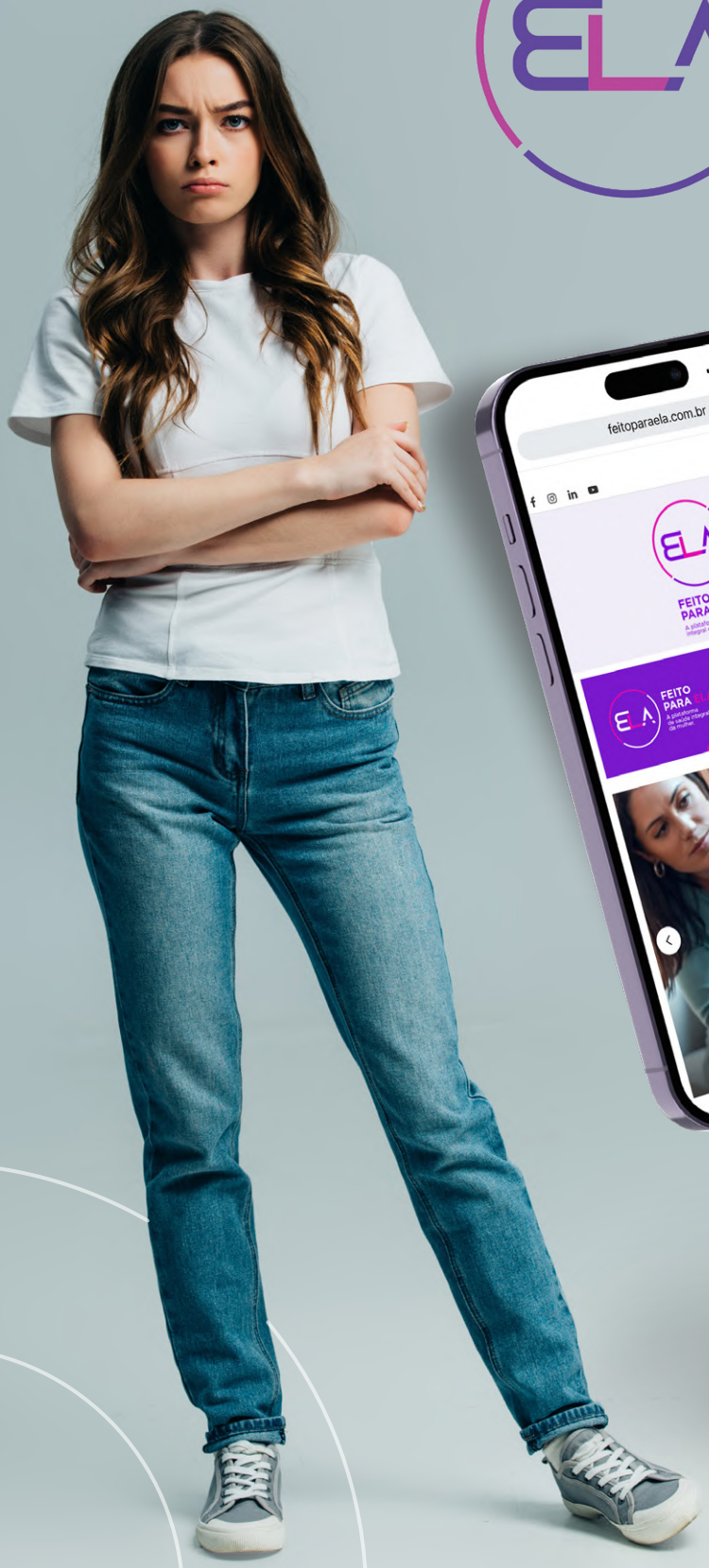
Dra. Lizandra Sasaki: Sim. Um dos projetos que continuaremos neste ano é a publicação da revista trimestral da SGOB, que é um instrumento valioso de integração e atualização para os associados. A revista traz discussão de artigos científicos, entrevistas com associados e uma seção especial chamada "Minha Vida Além da Medicina", dedicada a compartilhar as histórias e trajetórias de nossos médicos associados fora do ambiente profissional.

Além disso, seguimos com a divulgação do *Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília*, terceira edição, publicado em 2023. Essa obra é uma importante ferramenta de consulta, voltada para a prática clínica.

Esperamos que 2025 seja mais um ano marcante para a SGOB e para toda a comunidade médica.

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.

Confira alguns temas disponíveis no *site*:

Autoexame de mama salvou a vida de uma jovem com diabetes e de sua bebê

Histórias reais têm o poder de conectar pessoas e transmitir informações com mais leveza. Por isso, alguns textos do portal **FEITO PARA ELA** trazem relatos de mulheres que enfrentaram diagnósticos difíceis, mas, com o tratamento adequado, conseguiram superar os desafios.

Nesta reportagem, por exemplo, uma jovem com diabetes tipo 1 conta como descobriu o câncer de mama no início da gestação e como o acompanhamento com uma equipe médica multidisciplinar está fazendo a diferença na vida dela.

Confira e indique para suas pacientes.

Abuso sexual e estupro: quais atos caracterizam esses crimes?

O quarto tipo de violência doméstica mais frequente contra a população feminina é a sexual, e não há como combatê-la sem informar e orientar as mulheres e quem convive com elas.

Assim como a revista *Femina*, o portal e as redes sociais do **FEITO PARA ELA** também abordam esse tema, mas adaptando a linguagem para as nossas leitoras e focando nos pontos em que elas mais têm dúvidas.

Compartilhe este texto.

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!

Comunicação de más notícias pelos médicos-residentes de ginecologia e obstetrícia

Maria da Conceição Ribeiro Simões[1,2], Heinz Roland Jakobi[2]

1. Centro Universitário São Lucas – Afya, Porto Velho, RO, Brasil.
2. Maternidade Municipal Mãe Esperança, Porto Velho, RO, Brasil.

Descritores:

Comunicação; Más notícias; Residência médica; Ginecologia e obstetrícia

Keywords

Communication; Bad news; Medical residency; Gynecology and obstetrics

Conflito de interesses:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Maria da Conceição Ribeiro Simões
conceicaosimoes@uol.com.br

RESUMO

O termo "má notícia" designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que impacte, direta ou indiretamente, de forma negativa as expectativas de seu futuro. A forma como a notícia é transmitida pode impactar negativamente o seguimento do paciente. A despeito disso, pouco tempo é despendido para o treinamento de tal função durante a formação médica, o que torna essa tarefa ainda mais árdua para o profissional responsável por essa comunicação. Na área da ginecologia e obstetrícia, poucos são os serviços de residência médica que desenvolvem programas de treinamento na comunicação de más notícias, assim como seu impacto na percepção dos profissionais de saúde. O protocolo SPIKES, bastante difundido na oncologia, é baseado em habilidades e na boa prática médica para abordar más notícias e descreve seis passos a serem seguidos para minimizar a ansiedade do mensageiro e atender de maneira integral o paciente e sua família. O primeiro passo é o "*Setting up*", que se refere à preparação do médico e do

espaço físico para o evento; o segundo, "*Perception*", verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado; o terceiro, "*Invitation*", procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença; o quarto, "*Knowledge*", será a transmissão da informação propriamente dita; o quinto, "Emotions". É reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente, e o sexto, "*Strategy and Summary*", procura diminuir a ansiedade do paciente ao discutir o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer. A implementação de treinamento formal em caráter institucional e a inclusão nos currículos para a transmissão de más notícias, principalmente entre os médicos em formação (residentes), são estratégias capazes de modificar a percepção dos profissionais em relação à comunicação de más noticias.

ABSTRACT

The term "bad news" refers to any information transmitted to the patient or their family members that directly or indirectly implies negative expectations for their future. The way the news is transmitted can negatively impact patient follow-up. Despite this, little time is spent on this function during medical training, which makes this task even more arduous for the professional responsible for this communication. In the area of Gynecology and Obstetrics, few medical residency services develop training programs on communicating bad news, as well as its impact on the perception of health professionals. The SPIKES protocol, widespread in Oncology, is based on skills and good medical practice to deal with bad news and describes six steps to be followed to minimize the messenger's anxiety and provide comprehensive care to the patient and their family. The first step is "Setting up", which refers to preparing the doctor and the physical space for the event; the second "Perception" checks to what extent the patient is aware of their condition; the third "Invitation" seeks to understand how much the patient wants to know about their illness; the fourth "Knowledge" will be the transmission of the information itself; the fifth "Emotions" is reserved to respond empathically to the reaction shown by the patient, and the sixth "Strategy and Summary" seeks to reduce the patient's anxiety when discussing the therapeutic plan and what may happen. The implementation of formal training on an institutional basis and the inclusion in curricula for the transmission of bad news, especially among doctors in training (residents) is capable of changing the perception of professionals regarding the communication of bad news.

INTRODUÇÃO

Comunicar uma má notícia para um paciente e seus familiares é um grande desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista que a informação terá impacto negativo entre as pessoas envolvidas. Trata-se, então, de uma condição delicada, que exige atenção às particularidades daquilo que precisa ser comunicado e da pessoa e dos familiares que receberão a notícia. A maneira como a má notícia é transmitida repercute nas reações imediatas das pessoas envolvidas e no desenrolar da elaboração mental diante do evento adverso.[1]

Más notícias são definidas como qualquer informação comunicada por profissionais de saúde que tenha impacto significativo sobre a perspectiva futura de um paciente ou de seus familiares.[2] A má notícia também depende de quem a recebe, pois ela é má a partir da perspectiva de quem a recebe. Isso inclui – mas não se limita a – a morte, diagnósticos de doenças graves, prognósticos desfavoráveis ou qualquer mudança nas condições de saúde que resulte em ajustes significativos na vida ou expectativas do paciente.[3]

O modo como a má notícia é transmitida pode afetar a compreensão da informação pelo paciente, o contentamento com o cuidado médico, o nível de esperança e a adaptação psicológica subsequente.[4] Transmitir a notícia de maneira clara, compreensível e completa, utilizando-se de técnica, associada a palavras e gestos de confiança, conhecimento, conforto e acolhimento, é considerado o ponto-chave para a comunicação adequada de uma má notícia.[5-7]

Dessa maneira, transmitir más notícias torna-se uma tarefa complexa de comunicação. Além do componente verbal de dar de fato uma má notícia, ela também requer outras habilidades, que incluem: responder às reações emocionais dos pacientes; auxiliar na tomada de decisão; lidar com o estresse criado pelas expectativas diante do parto e diagnóstico pós-natal; lidar com a família e o dilema de como dar esperança quando a situação é desanimadora.[4]

Em obstetrícia, entre as más notícias, estão perda fetal, malformação, prognóstico negativo ou aborto espontâneo, e na ginecologia, principalmente, os diagnósticos de câncer de útero ou ovário, doenças sexualmente transmissíveis e incapacidade reprodutiva.[8,9]

O anúncio de malformação fetal traz aos pais e a todos que cercam aquela família uma mistura de sensações. Angústia, decepção, medo e culpa são frequentemente relatados pelas gestantes e vão de encontro com a esperança de um milagre ou de um diagnóstico equivocado.[5]

De modo em geral, comunicar más notícias aos pacientes e suas famílias é uma responsabilidade difícil, mas rotineira, para os muitos médicos e residentes.[9] De forma geral, essa situação traz uma inversão de expectativas e proporciona sentimentos contraditórios, visto que um cenário de cuidado que significaria vida é ressignificado, gerando sentimentos de angústia, tristeza, impotência, culpa e frustração com a finitude para os pacientes e para os cuidadores.[10]

Na prática clínica, Baile *et al.*[4,11] demonstraram que para muitos profissionais o treinamento adicional para a transmissão de más notícias pode ser útil, aumentando sua confiança nessa tarefa. O protocolo de comunicação de más notícias criado por Buckman,[12] o protocolo SPIKES,[4,9,13,14] é bastante difundido em serviços de oncologia e, atualmente, tem ganhado espaço nos setores de cuidado materno-fetal, mostrando-se benéfico na comunicação de anomalias fetais, tendo sido adaptado à esfera perinatal por Greiner e Conklin.[15]

Foto: stefanerpik / Freepik

O protocolo SPIKES é baseado em habilidades e na boa prática médica para abordar más notícias e descreve seis passos a serem seguidos para minimizar a ansiedade do mensageiro e atender de maneira integral o paciente e sua família.[16,17] O primeiro passo é o "*Setting up*", que se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento; o segundo, "*Perception*", verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado; o terceiro, "*Invitation*", procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença; o quarto, "*Knowledge*", será a transmissão da informação propriamente dita; o quinto, "*Emotions*", é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente, e o sexto, "*Strategy and Summary*", procura diminuir a ansiedade do paciente ao discutir o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.[4,13,15-18]

Dada a importância da comunicação e a dificuldade que o profissional de saúde enfrenta ao transmitir más notícias e baseado na premissa de que habilidades de comunicação podem ser ensinadas, diferentes estratégias de educação foram desenvolvidas, e a implementação de treinamento médico na área possibilita o aperfeiçoamento das práticas em comunicação e estreitamento da relação médico-paciente, mostrando ser eficaz na prevenção de estresse emocional tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.[19-23]

O treinamento simulado tem demonstrado ser uma grande ferramenta para auxiliar os profissionais de saúde a melhorarem suas habilidades de comunicação.[24] No entanto, mesmo com a expansão do treinamento em comunicação na grade curricular da graduação, após o término do curso, poucos recursos são dispensados ao treinamento de comunicação de más notícias, sendo esse um grande déficit educacional, particularmente na obstetrícia, em que o estresse de trabalhar com pacientes durante eventos adversos inesperados é especialmente desafiador, contribuindo ainda mais para o esgotamento psicológico do provedor de saúde diante dessa situação.[24]

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM PERINATOLOGIA

A descoberta de uma gravidez traz consigo a construção de sonhos e planos para o futuro daquela família e daquele imaginado filho. Da mesma forma, imagina-se que o curso da gestação e seu seguimento transcorrerão sem nenhum percalço.[25-27] Assim, receber o anúncio de uma malformação ou de que algo está errado, na maior parte das vezes, não é o esperado.[25,26] Nesse contexto, o anúncio de uma má notícia gera diversas reações emocionais nos pais e em todos que os cercam.[18] Esses incluem sentimentos de choque, tristeza, desespero, raiva, ansiedade, negação, depressão, hostilidade, desesperança e solidão.[5,13,19] Os principais sentimentos descritos pelas gestantes são decepção, medo e culpa.[5,28]

Em 2004, Aite *et al.*[28] demonstraram em seu estudo que 75% (n=30) das pacientes cujos fetos foram diagnosticados com hérnia diafragmática congênita tinham como sentimento predominante durante a consulta o medo. E, para 70% (n=28) de sua amostra, tais sensações foram tão intensas que as impediam de compreender o que lhes era explicado durante o atendimento médico.[28]

O despreparo para receber a notícia, visto que as expectativas das gestantes são voltadas à espera de um feto saudável e, com isso, raramente há preocupação com possíveis resultados desfavoráveis, é apontado como um dos fatores de agravamento dos sentimentos.[26,29] Lalor e Begley (2006),[26] avaliando as experiências de gestantes que receberam um diagnóstico fetal adverso durante o pré-natal, relataram que o despreparo pessoal para a realização de exame de rastreamento é um fator de choque diante de um resultado anormal.[26] Resultados semelhantes foram descritos por Carlsson *et al.*, em 2015,[29] em um estudo que envolveu 11 pais cujos fetos foram diagnosticados com alguma cardiopatia, que demostraram que, diante do caos emocional instalado pela notícia, a compreensão e o entendimento de todas as informações fornecidas foram dificultados. Além disso, revelaram que esclarecimentos fornecidos de maneira clara e respeitosa, com maior número de informações possíveis, utilizando-se de material escrito, desenhos ou diagramas, auxiliam na compreensão do problema, diminuindo a ansiedade dos pais.[29]

IMPACTO DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O anúncio de um diagnóstico adverso, seja uma malformação ou uma doença materna e/ou fetal, carrega consigo uma carga emocional intensa não só para o receptor, mas também para o transmissor da notícia.[5,17,30] Detraux *et al.*[5] e Herrera *et al.*[17] descreveram que o profissional que transmite a notícia experimenta sensações semelhantes às de quem a recebe. São descritos sentimentos de ansiedade e medo pelos profissionais.[5,17] Ao transmitir a notícia, cria-se um ambiente extremamente estressante e traumático também para o profissional envolvido.[5,17] O estresse gerado cria resistência à veiculação desse tipo de notícia, o que pode levar o profissional a evitar discutir informações estressantes ou evitar tópicos difíceis ao seu entendimento, como, por exemplo, diagnósticos desfavoráveis, prognósticos ruins ou transmissão de otimismo injustificado, o que contribui para a compreensão não adequada do paciente e para um falso sentimento de esperança.[17] A preocupação com as reações emocionais e a sensação de despreparo para lidar com essas más notícias, além de sentimento de incapacidade e impotência diante da possibilidade do não tratamento, são fatores que influenciam nas sensações expressas pelos profissionais e em suas dificuldades de comunicação.[5,17]

Em relação à sensação vivida pelos profissionais da saúde, Saviani-Zeoti e Petean[31] descreveram que a dificuldade em transmitir a má notícia está relacionada não somente às sensações vividas pelos profissionais, mas também à falta de preparo durante a formação médica.[31]

FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO

Diversos modelos foram criados para treinar e instrumentalizar os profissionais na transmissão adequada de más notícias. São descritos na literatura alguns modelos de comunicação nomeados por seus acrônimos. Entre eles: PACE, descrito por Garwick *et al.*,[32] em 1995 ("*Planning the setting"; "Assessing the family's background knowledge and experience*"; "*Choosing strategies that best fit the family's particular situation*" e "*Evaluating the family's understanding of the information*"); ABCDE, descrito por Rabow e McPhee,[33] em 1999 ("*Advance preparation*"; "*Built a therapeutic environment/relationship*"; "*Communicate well*"; "*Deal with patient and family reactions*" e "*Encourage and validate emotions*"); SEGUE, descrito por Makoul,[34] em 2001 ("*Elicit information*"; "*Give Information*"; "*Understand the patient's perspective*"; "*End the encounter*"); e SPIKES, descrito por Buckman,[12] em 1992 ("*Setting up*"; "*Perception*"; "*Invitation"; "Knowledge*"; "*Emotions*" e "*Strategy and Summary*").[12,32-34] Todos têm em comum utilizarem-se de métodos mnemônicos para a lembrança das etapas a serem percorridas no processo de transmissão da notícia. Além disso, todos fazem menção à preparação do profissional, do ambiente e do paciente antes de dar a notícia propriamente dita, acolhimento das emoções e reações do paciente de forma empática após a transmissão de más notícias e checagem do entendimento das informações transmitidas.

O modelo desenvolvido por Buckman[12] (SPIKES), criado para lidar com casos oncológicos, é, atualmente, um dos modelos mais utilizados em programas de treinamentos de profissional de saúde.[12] Esse modelo propõe um plano de ação centrado no paciente e norteia o profissional a conduzir a comunicação de maneira a diminuir a sua ansiedade e a contemplar as necessidades do paciente diante do problema, diminuindo os danos que uma comunicação inadequada pode gerar tanto ao receptor como ao transmissor dela.[35] Tal protocolo reúne seis etapas a serem transpassadas; são elas: "*Setting*", em que preconiza o preparo do ambiente em que se dará a notícia. Um espaço privado, reservado, seguro, sem interrupções, em que o paciente se sinta acolhido e respeitado. Além disso, é um momento também para o profissional refletir sobre o que sabe sobre o tema a ser abordado e seu ponto de vista, evitando que esse possa interferir no processo de tomada de decisão futura pelo paciente.[13,15,18] O segundo passo é o "*Perception*", que enfoca a necessidade de verificar a percepção do paciente, ou melhor, investigar o que ele sabe sobre aquela situação que está vivendo e, assim, permitir a formulação do que será exposto na comunicação. Essa fase permite que conceitos errôneos, colocados pelos pacientes sobre sua condição, sejam corrigidos.[13,15,18] Ao entender os anseios e as preocupações do paciente no passo anterior, o modelo preconiza passar para a próxima etapa: "*Invitation*", em que se recomenda que o profissional "convide" o paciente para a conversa sobre a má notícia, introduzindo o tema que será abordado em relação à não expectativa.[13,15,18] É também uma maneira de preparar o paciente para receber a notícia que está por vir. O próximo passo, "*Knowledge*", é a transmissão da notícia propriamente dita e do conhecimento clínico em relação a ela. Informações dadas de maneira clara e fracionada, atendendo à demanda dos envolvidos e evitando termos técnicos, é imprescindível para a melhor compreensão e entendimento da adversidade. É essencial checar o entendimento do que foi falado antes de dar uma nova informação.[13,15,18] Nesse momento, "*Emotions*", os sentimentos de choque e desespero vêm à tona e é importante o profissional dar tempo e espaço para acolher, nomear e responder às reações emocionais do paciente.[13,15,18] A última etapa "*Strategy and Summary*", para finalizar o que foi transmitido, serve para oferecer um sumário das próximas etapas e possibilidades de caminhos a serem seguidos.[13,15,18] Nesse momento, oferecer material escrito pode auxiliar na consolidação do que foi explanado.[13,15,18]

Greiner e Conklin,[15] em 2015, publicaram uma revisão sobre a aplicação do protocolo SPIKES na prática clínica da perinatologia, descrevendo uma abordagem do protocolo diante da detecção de uma malformação fetal verificada durante exame ultrassonográfico de rotina,[15] e concluíram que, diante do diagnóstico inesperado e potencialmente devastador, de uma anomalia fetal, a equipe de saúde deve discutir as informações de maneira direta e sensível para auxiliar a gestante a lidar com o fardo do diagnóstico. Nessa situação, o protocolo fornece base para a estruturação da consulta, além de ajudar o provedor de saúde a fornecer a notícia à gestante e a seus familiares.[15]

O protocolo SPIKES, além de ser o único protocolo de comunicação de más notícias adaptado à área de perinatologia, é considerado ferramenta válida para o treinamento de comunicação, por ser completo e didático e englobar conceitos-chave para uma comunicação eficaz, sendo, por esses motivos, utilizado como referência na construção desse projeto.[16]

TREINAMENTOS EM COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM PERINATOLOGIA

É consenso na literatura que a transmissão de más notícias requer habilidades específicas de comunicação e que é essencial melhorar a capacidade de transmitir más notícias por meio de treinamentos específicos e da aplicação prática dessas habilidades.[22,23,36-39] Sendo assim, nos últimos anos, a criação de modelos de

treinamento em perinatologia vem ganhando espaço no cenário acadêmico, à semelhança dos setores de oncologia e geriatria.

Em 2015, Marko *et al.*[30] realizaram um estudo com 77 estudantes de Medicina que passavam no setor de ginecologia e obstetrícia e observaram que a implementação do currículo estruturado em comunicação de más notícias envolvendo componente teórico e prático (dramatização) é capaz de melhorar o desempenho do aconselhamento diante de más notícias, com aumento dos níveis de confiança e empatia entre os participantes, tanto em sua autoavaliação quanto na percepção dos observadores e dos pacientes simulados utilizados na técnica de dramatização (*Role Play*).[30]

Em 2016, Karkowsky *et al.*[24] publicaram estudo sobre comunicação de más notícias em obstetrícia, com o objetivo de avaliar treinamento simulado e associado à realização de *debrifing* em comparação à aula em habilidades de ensino para comunicação de más notícias nessa área.[24] Foram incluídos 35 médicos de um grande centro acadêmico, e todos os sujeitos da pesquisa foram submetidos a um treinamento simulado de comunicação de más notícias em obstetrícia. Após a simulação inicial, os participantes foram avaliados por três observadores: eles mesmos, um observador da faculdade e um paciente padronizado, previamente instruído, sendo os dados iniciais do treinamento fornecidos nessa situação. Os indivíduos, então, foram randomizados. Um grupo foi submetido a uma palestra-padrão sobre comunicação de más notícias e outro grupo passou por uma sessão de *debrifing* individual. Nas duas situações, a abordagem foi adaptada do protocolo SPIKES. Após 2 a 12 semanas, os indivíduos foram submetidos à simulação idêntica com avaliação de si próprio, um observador e o paciente padronizado. Seis meses depois, os sujeitos foram contatados para acompanhamento de dados pós-intervenção, com o objetivo de avaliar a retenção de habilidades dos currículos combinados. Para cada avaliação, cada avaliador preencheu um formulário de avaliação, sendo esses formulários adaptados dos exames clínicos objetivos estruturados. As comparações demonstraram que houve aumento dos valores do escore de autoavaliação do grupo que sofreu a intervenção e, ainda, existiu incremento das habilidades verbais e não verbais nesse grupo. O mesmo aconteceu com o seguimento em longo prazo, demonstrando melhora contínua nas habilidades no grupo treinado. Os autores concluíram que uma equipe de centro universitário se beneficia de grade de ensino em técnicas de comunicação de más notícias. E ressaltaram que os programas devem considerar o ensino das habilidades à equipe em questão, e a escolha dos métodos de treinamento deve depender dos recursos disponíveis.[24]

No âmbito da perinatologia, Setubal *et al.*,[39] em 2017, publicaram um artigo de pesquisa qualitativa que reuniu 58 residentes, com o objetivo de analisar as percepções dos médicos-residentes sobre programa de treinamento de comunicação de más notícias baseado na revisão de vídeos e no protocolo SPIKES de comunicação de más notícias.[39] Os participantes foram divididos em dois grupos e todos foram submetidos a consulta simulada de comunicação de más notícias. Após a simulação, um dos grupos recebeu treinamento específico em más notícias baseado no protocolo de comunicação mencionado. Após o treinamento, os dois grupos realizaram novamente a simulação. Ao final do projeto, os voluntários avaliaram o treinamento com um alto valor educacional, com um alto percentual de participantes relatando melhora em sua sensação de conhecimento, capacidade e compreensão da comunicação de más notícias.[39]

Em 2018, Setubal *et al.*[40] publicaram novo artigo com o objetivo de avaliar se a realização de treinamento estruturado para comunicar más notícias ampliaria suas habilidades de comunicação, utilizando os moldes de intervenção do projeto descrito no ano anterior.[9] A cada simulação, um *checklist* sobre a comunicação era preenchido pelo paciente fictício, por meio do qual eram avaliadas as habilidades de comunicação dos participantes. Os envolvidos avaliaram a atividade de simulação realizada com *feedback* dado e posterior análise das gravações realizadas durante o exercício, possibilitando a reflexão de suas ações. Tanto o grupo controle quanto o grupo treinado aumentaram suas pontuações do *checklist*, demonstrando que o treinamento aos moldes do protocolo SPIKES não obteve melhora significativa nas habilidades dos profissionais na comparação entre grupos, no entanto as atividades de simulação com o *feedback* do atendimento foram altamente valorizadas pelos envolvidos. Os autores concluíram que avaliações longitudinais, em longo prazo, envolvendo amostras maiores poderão ajudar a estabelecer quais intervenções educacionais são mais eficazes no processo de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades de comunicação de más notícias.[40]

TREINAMENTO INSTITUCIONAL

A maioria dos estudos relacionados ao desenvolvimento de intervenção na prática clínica utilizou-se de modelos de avaliação individual, promovendo análise pessoal da melhora nas habilidades de comunicação diante da proposta de treinamento. No entanto, o trabalho em instituições pode promover mudanças para além do nível individual. Com o intuito de abranger o maior número de profissionais do setor e promover a propagação das técnicas de comunicação de más notícias, pode-se utilizar o conceito de aprendizagem organizacional advinda das áreas administrativas para entender a forma como o conhecimento se propaga, promovendo mudanças na cultura institucional.[9]

Segundo Castaneda e Rios,[41] o valor da proposta de aprendizagem institucional está na integração de três níveis de aprendizado – aprendizado individual, em grupo e organizacional – e em dois caminhos de

aprendizagem – do indivíduo à organização e da organização ao indivíduo. A aprendizagem individual em si não garante a aprendizagem organizacional, sendo necessário um processo de transferência de conhecimento entre as pessoas, com o objetivo de institucionalização do conhecimento.[41]

A aprendizagem organizacional é um esforço colaborativo em que os indivíduos criam novas ideias, compartilhando seus conhecimentos por meio da interação com os outros.[41] Além disso, as pessoas não apenas aprendem com seu próprio comportamento, mas também aprendem por meio da modelagem, observando o comportamento de outras pessoas e com consequências de suas próprias ações. Por meio da modelagem, os indivíduos podem aprender as regras de comportamento apenas observando.[41]

Dessa forma, mediante uma cultura institucional já estabelecida em comunicação de más notícias, definida por normas e valores da instituição, o conhecimento será promovido por meio de treinamentos que possibilitem o compartilhamento de informações, sugestões e experiências, e que serão colocados em prática, dando sentido a essa ação, possibilitando, assim, que outros indivíduos, que, porventura não tenham passado pelo treinamento de fato, tenham contato com a técnica de comunicação de más notícias.[9]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde enfrentam uma variedade de emoções ao comunicar más notícias, sentindo-se frequentemente entre a serenidade forçada e a empatia profunda, equilibrando a necessidade de compaixão com o dever profissional. E essa tarefa é particularmente mais árdua em ambientes como maternidades, onde as expectativas de alegria são muitas vezes contrastadas com realidades dolorosas. Essas situações, marcadas por complicações ou perdas, trazem à tona não só a tristeza dos pacientes, mas também a dos médicos, refletindo a natureza intrinsecamente humana da medicina.

As más notícias mais comuns em ginecologia e obstetrícia estão ligadas a complicações e diagnósticos negativos durante a gravidez, impactando significativamente a maneira como os médicos-residentes se comunicam com os pacientes.

Existe uma lacuna no treinamento formal entre a comunicação de más notícias e a prática real e reflexões sobre interações cruciais para o desenvolvimento de habilidades comunicativas efetivas, sendo necessário um treinamento prático e abrangente, e que prepare melhor os médicos-residentes para gerenciarem não apenas as reações dos pacientes, mas também suas próprias emoções. Essas descobertas apontam para a urgência de incorporar estratégias de ensino mais eficazes nos currículos de residência médica, visando a uma abordagem mais humana e sensível no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MA. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto Contexto - Enferm. 2005;14(1):33-7. doi: 10.1590/S0104-07072005000100004
2. Silva EE, Rodriguez GC, Silveira GB, Laguna TF, Suárez Gutiérrez ML, Rangel CR, et al. Percepção dos profissionais da saúde acerca da comunicação de más notícias e óbitos no contexto perinatal. Res Soc Dev. 2021;10(5):e43510515101. doi: 10.33448/rsd-v10i5.15101
3. Saraiva PH. Treinamento para residentes de ginecologia e obstetrícia em como transmitir más notícias a pacientes [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2023.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302
5. Detraux JJ, Gillot-de Vries FR, Vanden Eynde S, Courtois A, Desmet A. Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. Ann N Y Acad Sci. 1998;847:210-9. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb08942.x
6. Alkazaleh F, Thomas M, Grebenyuk J, Glaude L, Savage D, Johannesen J, et al. What women want: women's preferences of caregiver behavior when prenatal sonography findings are abnormal. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004;23(1):56-62. doi: 10.1002/uog.906
7. Van der Zalm JE, Byrne PJ. Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis. J Perinatol. 2006;26(7):403-8. doi: 10.1038/sj.jp.7211540
8. Ribeiro LS, D'Abreu BF, Santiago AE, Cândido EB, Romão GS, de Sá MF, et al. Breaking bad news in obstetrics and gynecology: we must talk about it. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(6):621-8. doi: 10.1055/s-0042-1742316
9. Oliveira FF. Comunicação de más notícias em obstetrícia: impacto de treinamento institucional na percepção dos profissionais de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019 [cited 2023 Nov 15]. Available from: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-10122019-085629/publico/FernandaFigueiredodeOliveira.pdf
10. Landa-Ramírez E, Domínguez-Vieyra NA, Hernández-Núñez ME, Díaz-Vásquez LP, Toledano-Toledano F. Communicating bad news in the context of COVID-19. Bol Méd Hosp Infant Méx. 2021;78(1):59-65. doi: 10.24875/bmhim.20000201
11. Baile WF. Giving bad news. Oncologist. 2015;20(8):852-3. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0250
12. Buckman R. How to break bad news: a guide for healthcare professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.
13. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news – What patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. Ann Oncol. 2014;25(3):707-11. doi: 10.1093/annonc/mdt582
14. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking bad news: use of cancer survivors in role-playing exercises. J Palliat Med. 2008;11(6):885-92. doi: 10.1089/jpm.2007.0253
15. Greiner AL, Conklin J. Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound. Obstet Gynecol Surv. 2015;70(1):39-44. doi: 10.1097/OGX.0000000000000149
16. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RA, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):52-7. doi: 10.1590/S0100-55022011000100008
17. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Rev Med Chile. 2014;142(10):1306-15. doi: 10.4067/S0034-98872014001000011
18. Lalor LG, Devane D, Begley CM. Unexpected diagnosis of fetal abnormality: women's encounters with caregivers. Birth. 2007;34(1):80-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00148.x
19. Nonino A, Magalhães SG, Falcão DP. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão de literatura. Rev Bras Educ Med. 2012;36(2):228-33. doi: 10.1590/S0100-55022012000400011

20. Aein F, Delaram M. Giving bad news: a qualitative research exploration. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(6):e8197. doi: 10.5812/ircmj.8197
21. Bowyer MW, Hanson J, Pimentel E, Flanagan AK, Rawn LM, Rizzo AG, et al. Teaching breaking bad news using mixed reality simulation. J Surg Res. 2010;159(1):462-7. doi: 10.1016/j.jss.2009.04.032
22. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. Med Educ. 2001;35(3):197-205. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.00766.x
23. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. Lancet. 2004;363(9405):312-9. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15392-5
24. Karkowsky CE, Landsberger EJ, Bernstein PS, Dayal A, Goffman D, Madden RC, et al. Breaking bad news in obstetrics: a randomized trial of simulation followed by debriefing or lecture. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(22):3717-23. doi: 10.3109/14767058.2016.1141888
25. Guerra FA, Mirlesse V, Baião AE. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2361-7. doi: 10.1590/s1413-81232011000500002
26. Lalor J, Begley C. Fetal anomaly screening: what do women want to know? J Adv Nurs. 2006;55(1):11-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03884.x
27. Bijima HH, van der Heide A, Wildschut HI. Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. Reprod Health Matters. 2008;16(31 Suppl):82-9. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31372-X
28. Aite L, Trucchi A, Nahom A, Casaccia G, Zaccara A, Giorlandino C, et al. Antenatal diagnosis of diaphragmatic hernia: parents' emotional and cognitive reactions. J Pediatr Surg. 2004;39(2):174-8. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2003.10.010
29. Carlsson T, Bergman G, Melander UM, Wadensenten B, Mattsson E. Information following a diagnosis of congenital heart defect: experiences among parents to prenatally diagnosed children. Plos One. 2015;10(2):e0117995. doi: 10.1371/journal.pone.0117995
30. Marko EK, Buery-Joyner SD, Sheridan MJ, Nieves K, Khoury AN, Dalrymple JL. Structured teaching of early pregnancy loss counseling. Obstet Gynecol. 2015;126 Suppl 4:1S-6S. doi: 10.1097/AOG.0000000000001015
31. Saviani-Zeoti F, Petean EB. Breaking bad news: doctors' feelings and behaviors. Span J Psychol. 2007;10(2):380-7. doi: 10.1017/s1138741600006648
32. Garwick AW, Patterson J, Bennett FC, Blum RW. Breaking bad news: how families first learn about the child's chronic conditions. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149(9):991-7. doi: 10.1001/archpedi.1995.02170220057008
33. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999;171(4):260-3.
34. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Council. 2001;45(1):23-34. doi: 10.1016/s0738-3991(01)00136-7
35. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. J Am Coll Radiol. 2007;4(11):800-8. Clin J Oncol Nurs. 2010;14(4):514-6. doi: 10.1188/10.CJON.514-516
36. Meunier J, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Etienne AM, Liénard A, et al. The effect of comunication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. Patient Educ Couns. 2013;93(1):40-7. doi: 10.1016/j.pec.2013.04.020
37. Sullivan AM, Warren AG, Lakoma MD, Liaw KR, Hwang D, Block SD. End-of-life care in the curricullum: a national study of medical education deans. Acad Med. 2004;79(80):760-8. doi: 10.1097/00001888-200408000-00011
38. Rosembaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. Acad Med. 2004;79(2):107-17. doi: 10.1097/00001888-200402000-00002
39. Setubal MS, Gonçalves AV, Rocha SR, Amaral EM. Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: what do perinatology residents think about it? Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(10):552-9. doi: 10.1055/s-0037-1604490
40. Setubal MS, Antonio MA, Amaral EM, Boulet J. Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: a randomized intervention study. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(3):137-46. doi: 10.1055/s-0037-1621741
41. Castaneda DI, Rios MF. From individual learning to organizational learning. Eletronic J Knowledge Manag. 2007;5(4):363-72.

Foto: wavebreakmedia_micro / Freepik

O papel dos protocolos assistenciais na defesa médica: proteção e qualidade na prática clínica

Lia Cruz Vaz da Costa Damasio[1]

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

RESUMO

Os protocolos assistenciais representam ferramentas indispensáveis para a prática médica, especialmente em áreas desafiadoras como a ginecologia e obstetrícia. Baseados em evidências científicas, eles promovem a padronização de condutas, aumentam a segurança do paciente e minimizam riscos para os profissionais, sendo fundamentais na defesa médica em casos de judicialização. No Brasil, as diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desempenham papel crucial na orientação clínica. Este artigo analisa a importância dos protocolos para a prática do ginecologista e obstetra, discute seu impacto na qualidade assistencial e na proteção jurídica, e aborda os desafios de implementação no contexto brasileiro.

INTRODUÇÃO

A medicina contemporânea enfrenta um cenário crescente de judicialização, especialmente em áreas como a ginecologia e obstetrícia, que frequentemente lidam com situações de alto risco e grandes expectativas. A judicialização não apenas gera impactos financeiros, mas também abala a relação médico-paciente e a confiança na profissão médica.

Nesse contexto, os protocolos assistenciais emergem como aliados indispensáveis para a prática médica. Mais do que um conjunto de orientações, eles são instrumentos que garantem condutas baseadas em evidências, promovendo segurança tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

No Brasil, a Febrasgo tem desempenhado papel de liderança ao desenvolver protocolos assistenciais voltados especificamente para a ginecologia e obstetrícia. Este artigo explora o impacto desses protocolos na defesa médica e na melhoria da qualidade do atendimento.

A Febrasgo desenvolve diretrizes específicas para as necessidades do ginecologista e obstetra brasileiro

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: UM PILAR DA PRÁTICA MÉDICA SEGURA

Conceito e objetivos

Os protocolos assistenciais são guias desenvolvidas com base nas melhores evidências disponíveis e têm como principais objetivos:

1. Uniformizar condutas clínicas, reduzindo variações desnecessárias na prática.
2. Promover a segurança do paciente, diminuindo riscos de erros médicos.
3. Auxiliar na tomada de decisão clínica, especialmente em casos complexos.
4. Garantir respaldo jurídico: em caso de litígios, a adesão a protocolos reconhecidos serve como evidência de boa prática médica.

O papel da Febrasgo

A Febrasgo desenvolve diretrizes específicas para as necessidades do ginecologista e obstetra brasileiro, como, por exemplo:

- **Protocolo de Assistência ao Parto Normal:** baseado na humanização do cuidado e na redução de intervenções desnecessárias.
- **Diretrizes para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero:** um guia essencial para a prevenção e o manejo da segunda neoplasia mais frequente em mulheres no Brasil.
- **Protocolo de Assistência em Pré-natal de Alto Risco:** oferece suporte em casos de gestantes com comorbidades ou complicações.

Essas diretrizes são adaptadas à realidade do sistema de saúde brasileiro e às demandas específicas da população atendida, o que aumenta sua aplicabilidade prática.

IMPACTO DOS PROTOCOLOS NA DEFESA MÉDICA

1. Redução da judicialização

A aplicação de protocolos assistenciais reduz significativamente os riscos de judicialização, pois garante que as condutas médicas sejam baseadas em evidências e sigam padrões reconhecidos. No âmbito jurídico, a adesão aos protocolos pode ser usada – e é com muita frequência – como defesa em processos contra médicos.

Por exemplo, o uso adequado do Protocolo da Febrasgo para Partograma no Parto Normal demonstra que a evolução do trabalho de parto foi monitorada conforme práticas estabelecidas, reduzindo a margem para alegações de negligência.

2. Qualidade da documentação clínica

A implementação de protocolos exige registros médicos detalhados e organizados. Essa documentação é essencial para proteger o médico, especialmente em casos de litígio. A Febrasgo reforça a importância de um prontuário bem elaborado, que registre todas as condutas, decisões e consentimentos informados dos pacientes.

3. Redução de complicações e erros médicos

Os protocolos assistenciais ajudam a evitar erros clínicos e complicações, o que fortalece a relação médico-paciente. Na obstetrícia, o seguimento das diretrizes da Febrasgo para manejo de hipertensão na gestação, por exemplo, é crucial para prevenir complicações como pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

AUMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Padronização das condutas

A adoção de protocolos reduz a variabilidade no atendimento, promovendo assistência mais uniforme e de qualidade. Essa padronização é especialmente relevante em sistemas públicos de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a Febrasgo atua em conjunto com o Ministério da Saúde na elaboração de diretrizes específicas.

Melhores desfechos clínicos

Protocolos como os de Assistência ao Parto Cesáreo e Vaginal e Diagnóstico de Vaginose Bacteriana e tantos outros disponíveis no portal da Febrasgo não apenas guiam o médico, mas também têm impacto direto na saúde das pacientes, promovendo desfechos mais positivos.

Educação médica continuada

Além de orientar práticas, os protocolos assistenciais da Febrasgo são instrumentos para a atualização de profissionais. Eles servem como base para a educação médica continuada e o treinamento de novos ginecologistas e obstetras.

DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Embora os benefícios dos protocolos sejam amplamente reconhecidos, a implementação enfrenta desafios como:

1. Resistência de profissionais: muitos médicos ainda veem os protocolos como limitadores de autonomia.
2. Falta de atualização: protocolos desatualizados podem comprometer sua eficácia e até mesmo gerar condutas inadequadas.
3. Realidades locais: a aplicação de diretrizes em unidades com limitações de recursos é um desafio no Brasil, especialmente em regiões remotas.

Os protocolos assistenciais são pilares fundamentais para a prática médica contemporânea, especialmente em áreas de alta complexidade como a ginecologia e obstetrícia

A Febrasgo tem se esforçado para superar essas barreiras, promovendo a disseminação de suas diretrizes e a capacitação de profissionais em sua aplicação.

CONCLUSÃO

Os protocolos assistenciais são pilares fundamentais para a prática médica contemporânea, especialmente em áreas de alta complexidade como a ginecologia e obstetrícia. No Brasil, as diretrizes da Febrasgo desempenham um papel crucial, oferecendo suporte tanto para a melhoria da qualidade assistencial quanto para a defesa jurídica dos profissionais.

A implementação e a adesão a esses protocolos devem ser prioridades, sendo também necessário que eles sejam constantemente atualizados para refletir os avanços científicos e as realidades da prática clínica. Dessa forma, é possível garantir assistência de excelência, com segurança para pacientes e médicos.

LITERATURA RECOMENDADA

1. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nºs 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília (DF): CFM; 2019 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf
2. Delduque MC, Montagner M, Alves SM, Montagner MI, Mascarenhas G. Medical error in the courts: an analysis of the decisions of the Court of Justice of the Brazilian Federal District. Saúde Soc. 2022;31(3):e220144pt. doi: 10.1590/S0104-12902022220144pt
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao trabalho de parto. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2001 [cited 2025 Jan 10]. (Projeto Diretrizes). Available from: https://amb.org.br/files/ans/assistencia_ao_trabalho_de_parto.pdf
4. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico: relatório preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/images/2024/relatorio-preliminar-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i-rastreamento-organizado-utilizando-testes-moleculares-para-deteccao-de-dna-hpv-oncogenico.pdf
5. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs). 2023 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas/pcdt
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
7. Villar V, Loureiro J, Machado S. Judicialização dos eventos adversos na assistência à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Cad Ibero-Am Direito Sanit. 2022;11(3):111-32. doi: 10.17566/ciads.v11i3.916

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 Nardozza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO *POSITION STATEMENT*

27 Menopausa em sobreviventes de câncer ginecológico: evidências para a tomada de decisão
Agnaldo Lopes da Silva Filho, Mariana Seabra Leite Praça, Rívia Mara Lamaita, Eduardo Batista Cândido, Lucia Helena Simões da Costa Paiva, José Maria Soares Júnior, Renato Moretti Marques, Maria Celeste Osório Wender

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

36 Sinequias uterinas
Daniela Angerame Yela

PROTOCOLOS

40 Protocolos Febrasgo – Apresentação
Agnaldo Lopes da Silva Filho, Marcos Felipe Silva de Sá, Sebastião Freitas de Medeiros

41 O papel do ginecologista-obstetra na abordagem da violência doméstica
Comissão de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei

47 Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta
Comissão Nacional Especializada em Assistência Pre-natal

53 Tumores *borderline* de ovário
Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica

ARTIGO ORIGINAL

61 *Near miss* materno em maternidade de referência para atendimento de parto de risco habitual no estado de Mato Grosso
Luiz Augusto Cavallini Menechino, Marly Mayumi Tutiya, Naiara Cristina Correia, Ellen Carolina Gomes de Souza, Laura Cristina Alencastro de Moura, Nelma Pereira Franca, Barbara Estevam Ferreira Santana, Francine Nesello Melanda

ARTIGO DE REVISÃO

70 Importância do aconselhamento reprodutivo para mulheres
Maria Eduarda Seabra de Oliveira Palmeira, Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão, Renata Lopes Britto

RELATO DE CASO

74 Síndrome de insensibilidade aos androgênios em paciente com amenorreia primária: relato de caso
Ana Flávia Azevedo Zarowny, Camila Biedler Giordani, Luíza Ramos Colpo, Isadora Dominiak da Silveira, Karen Oppermann

FEBRASGO *POSITION STATEMENT*

Menopausa em sobreviventes de câncer ginecológico: evidências para a tomada de decisão

Número 1 – 2025

A Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica 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

- Os avanços no tratamento do câncer ginecológico têm melhorado as chances de sobrevida, mas, por outro lado, podem promover aumento nas repercussões da menopausa induzida, especialmente em mulheres jovens.
- Tratamentos contra o câncer, como a ooforectomia, a quimioterapia gonadotóxica e a radioterapia pélvica, podem induzir a menopausa.
- A quimioterapia gonadotóxica, especialmente regimes que contêm agentes alquilantes, frequentemente danifica a função ovariana, podendo resultar em menopausa permanente.
- A radioterapia pélvica geralmente resulta na perda permanente da função ovariana, a menos que a transposição dos ovários seja realizada.
- Diagnosticar a menopausa após o câncer é desafiador, e critérios diagnósticos comuns, como 12 meses ou mais de amenorreia e níveis elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH), não são totalmente confiáveis, já que a função ovariana pode retornar anos após o tratamento.
- Uma abordagem multidisciplinar da menopausa após o câncer é essencial e deve incluir uma adequada linha de cuidados, já que a terapia de reposição hormonal após o tratamento da malignidade ginecológica é controversa.

RECOMENDAÇÕES

- Um hormônio antimülleriano indetectável por 30 meses pode sugerir menopausa em pacientes avaliadas após tratamento do câncer de mama.
- Embora o primeiro objetivo seja alcançar o melhor resultado oncológico, devemos levar em consideração a qualidade de vida e os resultados de saúde em longo prazo.
- Deve-se considerar preservação ovariana ou transposição ovariana em casos selecionados de câncer ginecológico.
- Se a terapia hormonal (TH) for contraindicada, existem tratamentos não farmacológicos e não hormonais disponíveis para os sintomas vasomotores.
- O estrogênio vaginal parece ser seguro para a maioria das pacientes com câncer ginecológico.
- Câncer de endométrio: a TH está indicada para mulheres sintomáticas após o tratamento cirúrgico de câncer de endométrio nos estádios iniciais.
- Câncer de ovário: a TH está indicada para carcinomas serosos de alto grau, carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso e tumores mucinosos *borderline*.
- Câncer de colo uterino, vulva e vagina: a TH pode ser considerada nesses casos.

CONTEXTO CLÍNICO

Cerca de 40% das mulheres com neoplasias ginecológicas estão na pré ou na perimenopausa no momento do diagnóstico.[1] Dependendo do tipo e do estágio do tumor, os tratamentos podem incluir histerectomia com ou sem salpingo-ooforectomia bilateral, radioterapia e quimioterapia, resultando em perda da função ovariana. Observa-se um aumento na sobrevida com as novas oportunidades de diagnóstico e terapia do câncer e, consequentemente, mais mulheres estão enfrentando os efeitos em longo prazo de certos tipos de tratamentos, como a perda da função endócrina ovariana.[2] Em mulheres com menos de 45 anos, isso pode levar à menopausa induzida, aumentando o risco de osteoporose, doenças cardiovasculares e declínio cognitivo. Esses efeitos negativos do hipogonadismo estão relacionados com a duração do período de hipoestrogenismo.[3]

Diagnosticar a menopausa após o câncer pode ser desafiador, pois os sintomas da menopausa podem se sobrepor a outros sintomas comuns em pacientes com câncer, como fadiga e disfunção sexual.[2] Os sintomas de menopausa induzida são mais intensos do que os da menopausa fisiológica devido à parada abrupta na produção hormonal ovariana, especialmente estrogênica, com maior impacto negativo na qualidade de vida.[4] Esse fenômeno, combinado com os sintomas físicos e problemas psicológicos relacionados ao tratamento do câncer, impacta negativamente a qualidade de vida dessas mulheres.[3] Além disso, os avanços no tratamento do câncer têm aumentado a sobrevida das pacientes, exigindo o monitoramento dos riscos em longo prazo associados ao hipoestrogenismo, como osteoporose e maior incidência de doenças cardiovasculares.

A terapia hormonal (TH) é o tratamento mais eficaz para os sintomas de insuficiência ovariana e para a prevenção de suas consequências tardias, para mulheres sintomáticas após o tratamento do câncer ginecológico. No entanto, além dos riscos inerentes à TH, há preocupações sobre seu impacto na recorrência do câncer tratado e na sobrevida das pacientes. O manejo dos sintomas da menopausa em sobreviventes de câncer ginecológico deve considerar a idade da mulher, o tipo e o estágio do tumor, o uso de terapias antiestrogênicas (para cânceres dependentes de hormônios) e a presença de morbidades concomitantes.[3] Quando a TH é contraindicada ou evitada, evidências emergentes apoiam a eficácia de tratamentos não farmacológicos e farmacológicos não hormonais, embora a maioria das evidências seja baseada em mulheres com mais de 50 anos com câncer de mama.[2]

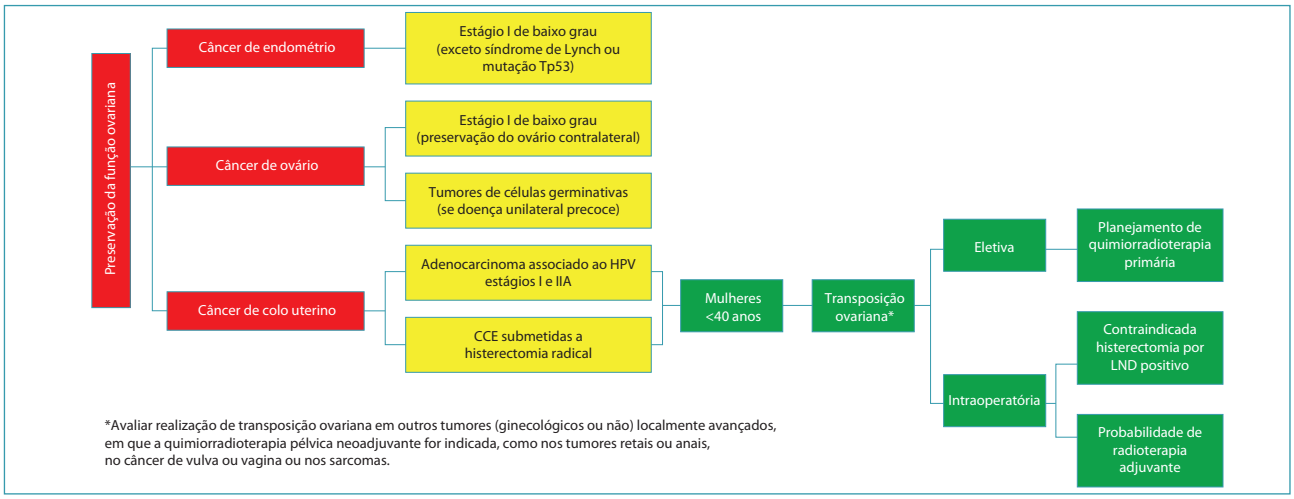
QUAIS AS ESTRATÉGIAS PARA PRESERVAR A FUNÇÃO OVARIANA ANTES DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO?

Os tratamentos contra o câncer, como a ooforectomia, a quimioterapia gonadotóxica e a radioterapia pélvica, podem induzir a menopausa. A quimioterapia gonadotóxica, especialmente regimes que contêm agentes alquilantes, frequentemente danifica a função ovariana, podendo levar à menopausa permanente. Existem poucas opções eficazes para prevenir os danos ovarianos causados pela quimioterapia. O impacto das novas terapias-alvo e imunoterapias na função ovariana ainda é incerto, mas estudos em camundongos mostram que a imunoterapia é gonadotóxica e reduz a reserva ovariana.[2]

O efeito dos análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (aGnRH) antes da quimioterapia na idade da menopausa e na função ovariana em longo prazo ainda é desconhecido. A transposição dos ovários para fora do campo de radiação pode ser uma medida protetora e deve ser discutida como parte da tomada de decisão compartilhada.[2] Essa estratégia, antes da radiação pélvica externa, possibilita a preservação da função ovariana em 20%-100% dos casos, com a eficácia dependendo principalmente da idade.[5]

Reconhecendo o valor potencial, tanto em curto quanto em longo prazo, de preservar a função ovariana, recomendam-se estratégias para preservar a fertilidade e a função ovariana após o câncer em mulheres pré-menopáusicas, nas seguintes situações:[2]

- Considerar a preservação ovariana (Figura 1):
  - Câncer de colo uterino: adenocarcinoma associado ao papilomavírus humano (HPV) estágios I ou IIA e carcinoma de células escamosas submetidas a histerectomia radical;
  - Câncer de endométrio: estágio I de baixo grau (não associado a síndrome de Lynch ou mutação TP53); futuros subtipos moleculares do câncer de endométrio podem melhorar a estratificação do cuidado;
  - Câncer de ovário: estágio IA de baixo grau (preservação do ovário contralateral; considerar o risco de 6%-13% de recorrência no ovário preservado) e em tumores de células germinativas com doença unilateral precoce.
- Considerar a transposição ovariana em mulheres com menos de 40 anos:
  - Eletiva: mulheres com câncer de colo uterino localmente avançado, se a quimiorradioterapia primária estiver planejada;
  - Intraoperatória: mulheres com câncer de colo uterino em que a histerectomia radical foi abortada devido à presença de linfonodo positivo ou se a radiação adjuvante for provável.



CCE: carcinoma de células escamosas; HPV: papilomavírus humano; LND: linfonodo.
Fonte: Adaptada de Hickey M, *et al.* (2024).[2]

Figura 1. Definição da preservação ovariana de acordo com o câncer ginecológico

COMO DIAGNOSTICAR E ABORDAR A MENOPAUSA APÓS O TRATAMENTO DO CÂNCER?

O diagnóstico da menopausa após o câncer é desafiador e não há critérios consensuais. Critérios diagnósticos comuns, como 12 meses ou mais de amenorreia e níveis elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH), não são totalmente confiáveis, pois a função ovariana pode retornar anos após o tratamento. A radioterapia pélvica geralmente resulta na perda permanente da função ovariana, a menos que a transposição dos ovários seja realizada. Por outro lado, a quimioterapia pode permitir a recuperação da função ovariana, especialmente em mulheres mais jovens. Embora o hormônio antimülleriano possa indicar uma reserva ovariana reduzida após a quimioterapia, ele não prediz com precisão a fertilidade ou a duração do período reprodutivo. No entanto, um hormônio antimülleriano indetectável aos 30 meses é um forte indicador de menopausa após quimioterapia para câncer de mama.[2]

Para mulheres com menos de 45 anos que apresentam amenorreia prolongada após tratamento gonadotóxico, a TH pode ser recomendada, desde que não haja contraindicações. O tratamento deve ser personalizado, levando em conta a idade da paciente, o tipo de câncer, o tempo desde o diagnóstico, a qualidade de vida (sintomas da menopausa), as comorbidades (como tromboembolismo venoso [TEV], polifarmácia e possíveis interações medicamentosas), os fatores de risco para doenças crônicas (como osteoporose e doença cardíaca isquêmica) e as preferências da paciente.

Como pacientes com câncer têm risco elevado de TEV, e evidências sugerem que a TH transdérmica não aumenta significativamente esse risco, sendo preferível à TH oral. Em relação à duração da TH, o tempo ideal de uso é incerto, mas deve ser considerada até a idade média da menopausa (≥45 anos), dependendo dos sintomas e de outros indicadores de saúde, como densidade óssea.[2]

Além da TH, as terapias farmacológicas não hormonais e não farmacológicas são importantes para o manejo dos sintomas da menopausa, ampliando as opções de tratamento para sintomas vasomotores e, em menor grau, sintomas geniturinários associados à menopausa. As tomadas de decisão devem ser compartilhadas, incluindo a participação da paciente e do oncologista responsável pelo tratamento.[2,4]

CÂNCER DE CORPO UTERINO

O carcinoma do endométrio (CE) é o sexto tumor maligno mais frequente entre as mulheres no mundo. Nos últimos 30 anos, foi observado aumento de mais de 130% na incidência desses tumores, o que reflete o aumento na prevalência de fatores de risco, especialmente a obesidade e o envelhecimento da população. Cerca de ¼ dos casos ocorrem no período pré-menopausa.[6] No Brasil, ocorreram 1.944 óbitos relacionados a esse tipo de câncer em 2020.[7] A grande maioria dos casos é diagnosticada em sua fase inicial, resultando em bom prognóstico após tratamento cirúrgico, com ou sem radioterapia. A maioria desses tumores expressa receptores hormonais, o que gera relutância na prescrição de TH para sobreviventes, pelo risco teórico de promover recorrência devido ao estímulo estrogênico.[8] A sobrevida global em cinco anos para todos os estágios é de cerca de 86%, e, se o câncer estiver confinado ao útero, a taxa de sobrevida em cinco anos pode aumentar para 97%.[9]

O tipo 1 do câncer de endométrio é o subtipo mais comum, representando 90% dos casos. Geralmente

apresenta histologia endometrioide, com receptores positivos para estrogênio e progesterona, e sensibilidade à ação hormonal. Por outro lado, o tipo 2 normalmente não apresenta receptores hormonais nem sensibilidade à ação hormonal, e sua histologia serosa papilar possui comportamento mais agressivo e diagnóstico em estágio mais avançado.[10] O uso de TH combinada em mulheres climatéricas sem câncer diminui o risco do câncer de endométrio e o uso de TH combinada sequencial não eleva esse risco.[4] No seguimento de 13 anos de mulheres participantes do *Women's Health Initiative* (WHI), por exemplo, observou-se redução de 33% no risco no câncer de endométrio com a terapia combinada.[11] Porém, em mulheres que foram tratadas de câncer de endométrio, mesmo após remoção uterina, há o receio de que o uso do estrogênio estimule focos ocultos de células tumorais. Em metanálises de estudos retrospectivos, não foi observado aumento do risco de recorrência ou diminuição na sobrevida.[12]

Estudos e diretrizes sugerem que a TH pode ser uma opção para tratar os sintomas da menopausa e prevenir as consequências em longo prazo do hipoestrogenismo em mulheres sobreviventes de câncer de endométrio em estádios iniciais, embora essas recomendações se baseiem em evidências de baixa qualidade.

SARCOMAS UTERINOS

Os sarcomas uterinos são um grupo heterogêneo de tumores mesenquimais e exibem expressão variável de receptores hormonais. Embora a maioria dos casos seja diagnosticada após a menopausa, esses tumores podem ocorrer em mulheres mais jovens. A pesquisa imuno-histoquímica de receptores de estrogênio e progesterona pode auxiliar nas decisões sobre a TH. Entretanto, ainda não há dados de ensaios clínicos disponíveis para orientar a prática mesmo quando a expressão de receptores hormonais é negativa.[3] Desse modo, devido à ausência de estudos sobre o uso de TH em sarcomas uterinos, não é possível determinar a segurança da prescrição nesse grupo de tumores.[12] Até o momento, outras estratégias não hormonais devem ser indicadas para a abordagem dos sintomas da menopausa e para a prevenção e tratamento da osteoporose.[12] Seguem as orientações para mulheres sobreviventes de câncer de endométrio e sarcoma uterino:[1-3,12-15]

- A TH pode ser prescrita para as mulheres sintomáticas após o tratamento cirúrgico de câncer de endométrio nos estádios iniciais.
- Não há informações disponíveis sobre a segurança de TH nos estádios FIGO > II.
- Não há evidências para orientar o uso de TH em mulheres com:
  - Câncer de endométrio não estrogênio-dependente de alto grau e carcinossarcoma;
  - Sarcomas: sarcoma de estroma endometrial, leiomiossarcomas e adenossarcomas.
  - A tomada de decisão deve ser individualizada e discutida detalhadamente com as pacientes. Devem-se levar em consideração os sintomas e preferências da mulher.
  - Não é possível tirar conclusões definitivas sobre o tipo de hormônio, modo de administração ou duração da terapia.
  - Uma estratégia válida, discutida de forma multidisciplinar com a oncologia clínica, é a avaliação da expressão imuno-histoquímica tumoral dos receptores hormonais. Dessa forma, é possível uma conduta individualizada, considerando os riscos e benefícios associados.
  - Caso seja indicado tratamento adjuvante na abordagem desses tumores, a TH deve ser iniciada 6 a 12 meses após a realização do tratamento.

CÂNCER DE OVÁRIO

O câncer de ovário é o sétimo câncer mais comum entre as mulheres globalmente. Na população geral, 1,4% das mulheres vão apresentar câncer de ovário e 1% delas irão a óbito por essa condição.[16] No Brasil, estimam-se 7.310 novos casos e em torno de 3.920 mortes a cada ano por câncer de ovário.[6] A maioria dos tumores malignos de ovário é diagnosticada em estádios avançados devido à falta de sintomas específicos nos estádios iniciais. Apesar de muito esforço para identificar uma abordagem eficaz para o rastreamento do câncer de ovário, até o momento nenhum teste se mostrou capaz de reduzir a mortalidade por essa neoplasia.[15]

Uma das classificações histológicas mais utilizadas para neoplasias ovarianas baseia-se na origem embrionária das células. Conforme essa classificação, os tumores não metastáticos podem ser epiteliais, do estroma e cordões sexuais, ou de células germinativas. Cerca de 90% dos cânceres de ovário são de origem epitelial, sendo os mais frequentes entre as neoplasias malignas. Os tipos celulares incluem seroso (30%-70%), mucinoso (5%-20%), endometrioide (10%-20%), de células claras (3%-10%) e indiferenciado (1%). Carcinomas serosos, os mais comuns, representam 80%-85% dos casos, sendo bilaterais em até 25% dos casos. Existem dois tipos de carcinomas serosos: de baixo e alto grau. O carcinoma seroso de baixo grau tem progressão lenta e bom prognóstico, enquanto o de alto grau apresenta evolução desfavorável e é diagnosticado em estádios avançados. Tumores *borderline*, que podem ser serosos ou mucinosos, constituem 10% dos tumores epiteliais de

ovário e têm, na maioria dos casos, melhor prognóstico. Carcinomas mucinosos representam menos de 5% dos casos, sendo geralmente bem diferenciados e diagnosticados em estádios iniciais, assim como os carcinomas endometrioides e de células claras.[15]

A etiologia dos tumores ovarianos permanece desconhecida, apesar de diversas teorias e de muitos trabalhos tentarem elucidar as relações entre causa e efeito. Acredita-se que a origem das neoplasias ovarianas esteja relacionada a um conjunto de fatores, como os ambientais, reprodutivos, alimentares e infecciosos, à exposição a agentes teratogênicos e a questões genéticas e endócrinas. Os dados são escassos e não forneceram evidências convincentes sobre o papel do estrogênio na carcinogênese ovariana. O uso atual e recente de terapêutica hormonal está associado a risco pequeno, mas estatisticamente significativo, de câncer de ovário em estudos observacionais, principalmente para o tipo seroso.[4]

As evidências sugerem melhor sobrevida global em mulheres com câncer epitelial de ovário operadas que recebem TH, em comparação àquelas que não usam TH, embora a certeza das evidências seja baixa. Em geral, os resultados dos estudos não mostram nenhum efeito negativo da TH no risco de recorrência. No entanto, os dados não avaliaram os resultados definitivos em relação aos vários subgrupos histológicos ou à caracterização do câncer de ovário.[14,17,18] Mulheres tratadas para câncer de ovário que apresentam sintomas e piora da qualidade de vida devem receber acompanhamento especializado para avaliar a indicação da TH. Seguem algumas orientações sobre TH nessa situação:[1,12,14,15,18]

- A TH pode ser iniciada após o término do tratamento e não deve ser prescrita concomitantemente com tratamentos biológicos ou experimentais para câncer de ovário.
- Carcinomas serosos de alto grau não são predominantemente dependentes de estrogênio, portanto a TH pode ser utilizada.
- Carcinomas serosos de baixo grau podem expressar receptores de estrogênio e progesterona, sendo dependentes de hormônios. Portanto, a TH não é recomendada, e alternativas não hormonais devem ser consideradas.
- Em carcinomas endometrioides, especialmente com expressão hormonal positiva, é necessário ter muita cautela ao considerar a TH.
- Em carcinomas mucinosos, a TH pode ser prescrita.
- Em carcinomas de células claras, devido ao risco aumentado de TEV, a administração transdérmica da TH é recomendada.
- Tumores serosos *borderline* requerem cautela ao administrar TH, pois podem progredir para tumores serosos de baixo grau, que são responsivos a hormônios.
- Em tumores mucinosos *borderline* sem fatores de risco, a TH pode ser administrada.
- Tumores estromais são de natureza hormônio-dependente e podem ser tratados com terapia antiendócrina. Dessa forma, a TH não é recomendada devido ao risco de estimular o crescimento tumoral.
- Tumores germinativos geralmente afetam pacientes jovens e podem ser tratados com cirurgias que preservam a fertilidade. A TH pode ser utilizada para aliviar os sintomas da menopausa e melhorar a qualidade de vida das pacientes.
- Avaliações de rotina do *status* de receptores hormonais podem ajudar a estratificar pacientes em grupos de baixo e alto risco para a TH.
- Essas considerações podem se referir a um curso curto de TH (2-5 anos). Em casos de menopausa iatrogênica precoce, uma abordagem multidisciplinar deve ser implementada para decidir se a TH deve ser continuada por um período mais longo.

CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer de colo uterino é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres em escala global; no Brasil, a incidência anual esperada é de 17.010 novos casos entre 2023 e 2025, tornando-o o terceiro câncer mais comum entre as mulheres brasileiras.[6]

Não há dados que demonstrem o efeito da TH na taxa de recorrência ou nos resultados do câncer em pacientes com carcinoma de células escamosas ou adenocarcinoma do colo do útero. A TH varia conforme o tratamento do colo uterino. Em pacientes tratadas cirurgicamente com histerectomia radical, é recomendada a terapia apenas com estrogênio. Para pacientes submetidas à quimioirradiação, é proposta a terapia combinada contínua. Seguem as considerações sobre a TH em mulheres com câncer de colo uterino:[2,14,19]

- Para a menopausa relacionada ao tratamento, a TH deve ser considerada.
- O regime de terapia (estrogênio sem oposição ou estrogênio com progestagênio) depende da presença ou ausência do útero.
- A terapia pode ser prescrita tanto para pacientes em estágio inicial submetidas à cirurgia quanto para pacientes com estágios localmente avançados que estão recebendo quimioirradiação exclusiva.
- O uso de hidratantes ou estrogênio vaginal após a radiação é recomendado. Pode ser necessário o uso de dilatadores vaginais.

CÂNCER DE VULVA E VAGINA

Os cânceres de vulva e vagina são raros e, quando combinados, representam menos de 10% de todos os cânceres ginecológicos.[6] No momento do diagnóstico, a maioria das mulheres acometidas já está na pós-menopausa. O carcinoma de células escamosas é o tipo mais comum em ambos os casos e frequentemente está relacionado à infecção pelo HPV. Semelhante ao câncer de colo uterino, os carcinomas de células escamosas da vulva e da vagina não são dependentes de hormônios. Não há evidências de que o uso de TH após o tratamento desses cânceres esteja associado a maior taxa de recorrência ou a menor sobrevida.[20] Em mulheres abaixo de 40 anos, na pré-menopausa e com indicação de quimiorradioterapia pélvica, a transposição ovariana deve ser considerada.[1,21]

MULHERES COM MUTAÇÕES BRCA1 E BRCA2 SUBMETIDAS A SALPINGO-OOFORECTOMIA REDUTORA DE RISCO

Portadoras de variantes patogênicas germinativas em BRCA1 e BRCA2 têm risco aproximado de 44% de desenvolver câncer de ovário e de 72% a 69% de desenvolver câncer de mama ao longo da vida. A salpingo-ooforectomia redutora de risco (SORR) pode reduzir significativamente esses riscos. Mulheres e médicos que consideram a SORR devem estar cientes desses riscos, e o cuidado clínico deve focar nas opções seguras disponíveis para o manejo dos sintomas e na otimização da saúde em longo prazo.[4,21] Nessas pacientes, a TH pode tanto melhorar a qualidade quanto aumentar a expectativa de vida, sem anular os efeitos protetores da SORR e sem aumentar o risco subsequente de câncer de mama.[1,12] Recomendações de TH para mulheres, sem história de câncer de mama, submetidas a SORR:[12,21]

- TH após a SORR para mulheres com até 45 anos: indicada para alívio de sintomas vasomotores e/ou prevenção de doenças.
- TH após os 45 anos: deve ser individualizada, considerando a necessidade de progestagênio, a mastectomia redutora de risco prévia, a gravidade dos sintomas e os fatores de risco para osteoporose.
- TH transdérmica é recomendada para as mulheres com risco elevado de TEV.

MULHERES COM SÍNDROME DE LYNCH SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA COM SALPINGO-OOFORECTOMIA REDUTORA DE RISCO[3,22]

- Em pacientes com histórico de síndrome de Lynch que carregam mutações germinativas nos genes de reparo do DNA – *MSH2*, *MLH1* e *MSH6* –, a histerectomia com salpingo-ooforectomia redutora de risco está indicada entre 35 e 40 anos. Nessas mulheres, a TH isolada com estrogênio pode ser considerada para alívio dos sintomas climatéricos.
- Nesse grupo específico, há ainda o benefício da redução da incidência do câncer colorretal, e a TH pode ser recomendada.
- Em pacientes com história de câncer colorretal prévio, há dados na literatura que evidenciam melhora dos desfechos relacionados.
- Pela ausência de aumento significativo de câncer de ovário, é possível que as portadoras de mutações no gene *PMS2* evitem a salpingo-ooforectomia bilateral.

QUAIS SÃO AS TERAPIAS NÃO HORMONAIS PARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS CLIMATÉRICOS NAS SOBREVIVENTES DE CÂNCER GINECOLÓGICO?

Para pacientes nas quais a TH é contraindicada ou deve ser evitada após o câncer, há um número crescente de terapias não hormonais disponíveis para tratar os sintomas vasomotores. Essas abordagens não farmacológicas parecem ter alguma eficácia no controle dos sintomas vasomotores. Mudanças no estilo de vida, treinamento de relaxamento e redução do estresse baseada em *mindfulness* são opções viáveis que também melhoram o sono, os sintomas depressivos e o estresse autorrelatado. A terapia cognitivo-comportamental e outras práticas terapêuticas como hipnose, bloqueio do gânglio estrelado, acupuntura e ioga também mostram benefícios, incluindo as pacientes após tratamento do câncer.[2,3]

No entanto, ao contrário da TH, outras terapias medicamentosas não hormonais não melhoram os sintomas geniturinários nem previnem fraturas. Anticonvulsivantes como gabapentina têm eficácia semelhante, enquanto o anti-hipertensivo clonidina é menos eficaz e atualmente não recomendado. A terapia direcionada com o antagonista do receptor da neurocinina B, fezolinetanto, é uma nova opção farmacológica e já se encontra disponível em alguns países, entretanto ainda não foi avaliada em pacientes oncológicas. Sua utilização para o tratamento dos sintomas vasomotores mostrou redução significativa na frequência e gravidade dos fogachos, com impacto na qualidade de vida.[2] A seleção de tratamentos não hormonais deve seguir uma abordagem de tomada de decisão compartilhada. Uma abordagem sugerida para iniciar esses tratamentos inclui o uso de paroxetina 7,5 a 20 mg, venlafaxina 37,5 a 150 mg, desvenlafaxina 100 a 150 mg, escitalopram ou citalopram 10-20 mg. Recomenda-se iniciar com doses mais baixas e aumentar gradualmen-

te conforme a resposta clínica. A oxibutinina 2,5 a 5 mg também tem sido utilizada, mas apresenta mais efeitos adversos, como declínio cognitivo com o uso prolongado. A gabapentina (300-2.400 mg) reduz os suores noturnos e causa sonolência, o que pode melhorar o sono.[2,3] A dose de 900 mg fracionada em três tomadas de 300 mg/dia é a mais utilizada. Dados com a pregabalina são mais limitados e, pelo potencial de uso abusivo, ela não é recomendada.

As questões sexuais devem ser abordadas e discutidas pelos profissionais de saúde com todas as pacientes com câncer. Essa abordagem deve ser realizada desde o início do tratamento. Devem ser oferecidos aconselhamento psicossocial ou psicossexual para melhorar a resposta sexual, a imagem corporal, a intimidade e questões de relacionamento, bem como o funcionamento e a satisfação sexual geral.

QUAIS OS TRATAMENTOS POSSÍVEIS PARA A SÍNDROME GENITURINÁRIA DA MENOPAUSA NAS SOBREVIVENTES DE CÂNCER GINECOLÓGICO?

O tratamento da síndrome geniturinária (SGU) e da disfunção sexual recomenda agentes não hormonais como terapia de primeira linha, reservando os estrogênios vaginais para sintomas persistentes. Contudo, os estrogênios vaginais ainda são os melhores tratamentos para essa condição. Eles favorecem o restabelecimento do trofismo vulvovaginal, promovendo a melhora do ressecamento vaginal, sem diferenças significativas entre os produtos. Entre as opções disponíveis no Brasil de uso vaginal, encontram-se 17-β-estradiol, o promestrieno e o estriol. A recomendação para uso de qualquer dessas formulações é de uma aplicação intravaginal, à noite, durante 14 dias, e, em seguida, uma aplicação de manutenção duas a três vezes por semana, enquanto persistirem os sintomas. A melhora da SGU geralmente ocorre a partir da terceira semana do início da terapia local (nível de evidência: A), contudo algumas mulheres necessitam de aproximadamente 12 semanas ou mais de tratamento para obter resultado ótimo. Sabe-se que, com o aumento da idade, a responsividade ao tratamento é menor, por isso a administração deve ser iniciada assim que iniciarem os sintomas consequentes à atrofia. Não há limite de idade para iniciar o tratamento.

Há poucas evidências provenientes de ensaios clínicos que suportem a eficácia de lubrificantes e hidratantes. Por isso, a maioria dos *guidelines* considera que o uso do estrogênio tópico é superior ao dos hidratantes vaginais, sendo o tratamento-padrão para a SGU.[2,22,23]

Há ainda a possibilidade de utilização de terapias baseadas em energia no tratamento dos sintomas geniturinários dessas pacientes. O *laser* pode ser considerado uma opção terapêutica que possibilita à mulher evitar intervenções hormonais no tratamento da SGU. Pode ser utilizado o *laser* de CO_2 fracionado microablativo ou o *laser* YAG Erbium vaginal não ablativo (LEV). O tratamento com o *laser* de CO_2 ou LEV geralmente consiste em uma série de três a quatro aplicações, com intervalo de quatro a seis semanas, ambulatorialmente. Apesar de já existirem trabalhos que sugerem melhora da saúde vaginal após a utilização das terapias baseadas em energia, a maioria deles não foi controlada por simulação ou placebo e incluiu um número pequeno de pacientes sem câncer, com curto tempo de seguimento.[22] Assim, o *laser* deve ser indicado e utilizado com cautela ou como potencial alternativa no tratamento da SGU. A falha de resposta satisfatória com o uso de estrogênios vaginais, a existência da contraindicação relativa ao uso de TH ou a recusa na utilização de estrogênios vaginais podem ser possíveis indicações. Em pacientes tratadas de câncer de colo uterino, não há estudos sobre segurança com o uso de terapias baseadas em energias, assim elas não são recomendadas.

Os efeitos vaginais da radioterapia externa ou braquiterapia, especialmente a secura vaginal, fibrose e encurtamento, que podem causar desconforto ou dor durante a atividade sexual e prejudicar a função sexual, podem ser mais graves do que os da quimioterapia. Dilatadores vaginais são recomendados para manter a capacidade vaginal após a radiação pélvica. Entretanto, a adesão é baixa, com menos de 25% das pacientes utilizando-os, e a base de evidências é limitada. Estrogênio vaginal é comumente oferecido, embora haja poucas evidências que sustentem sua eficácia.[2,22] A avaliação e o seguimento multidisciplinar dessas pacientes, com a atuação de fisioterapeutas treinados na avaliação do assoalho pélvico após o tratamento do câncer ginecológico, são de extrema importância e devem ser indicados quando disponíveis (Figuras 2 e 3).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços na detecção precoce e no tratamento das malignidades ginecológicas têm melhorado a sobrevida das pacientes. No entanto, esses ganhos são frequentemente acompanhados de toxicidades associadas ao tratamento, que afetam negativamente a qualidade de vida. O manejo dos sintomas climatéricos deve seguir uma abordagem de decisão compartilhada, levando em conta a idade da paciente, o tipo de câncer, o tempo desde o diagnóstico, a qualidade de vida, as comorbidades e as preferências pessoais. A TH é eficaz para tratar sintomas vasomotores e parece ser segura para muitas pacientes sobreviventes ao câncer ginecológico. Apesar de a maioria das evidências mostrar um benefício da TH em sobreviventes de câncer

Tipo histológico	Recomendação de TH	Nível de evidência
Seroso de alto grau	Se indicada, pode ser reutilizada	Metanálise
Seroso de baixo grau	Não recomendada (há expressão de RH)	Estudos observacionais
Endometrioide	Se indicada, pode ser considerada (cautela se houver expressão de RH)	Coorte retrospectiva
Células claras	Evitar TH sistêmica pelo risco de TEV	Ensaios clínicos randomizados, mas não especificamente em sobreviventes de câncer
Mucionoso	Se indicada, pode ser utilizada	Metanálise
Células germinativas	Se indicada, pode ser utilizada	Nenhuma evidência clínica de risco
Estroma do cordão sexual	Não recomendada (dependente de hormônio, curso indolente, recorrência tardia)	Sem evidência clínica direcionada
Borderline	Por ser utilizada emdoença completamente ressecada (sem implantes invasivos) Tumores serosos: cautela pela progressão para tumores de baixo grau com expressão de RH	Sem evidência clínica direcionada

TH: terapia hormonal; RH: receptor hormonal; TEV: tromboembolismo venoso.
Fonte: Adaptada de Brennan A, *et al.* (2021).[22]

Figura 2. Recomendações de terapia de reposição hormonal no câncer de ovário por tipo histológico

	Corpo uterino	Ovário	Colo de útero	Vulva e vagina
INDICAR	Mulheres sintomáticas após o TTO cirúrgico em mulheres com câncer endometrial nos estádios iniciais	Carcinomas serosos de alto grau Carcionoma de células claras Carcinoma mucinoso Tumores mucinosos *borderline*	Indicada em mulheres sintomáticas	Indicada em mulheres sintomáticas
CAUTELA	Nos estádios FIGO > II	Tumores serosos *borderline* Tumores endometrioides		
NÃO INDICAR	Câncer de endométrio não estrogênio-dependente (alto grau e carcinossarcoma) e nos sarcomas uterinos (sarcoma de estroma endometrial, leiomiossarcomas e adenossarcomas)	Carcinomas serosos de baixo grau Tumor de granulosa		

TTO: tratamento.

Nota: A terapia hormonal pode ser prescrita para as mulheres sintomáticas sem melhora com terapias não hormonais, de forma individualizada, levando em consideração os sintomas e preferências da mulher.
Fonte: Adaptada de The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society" Advisory Panel.[12]

Figura 3. Proposta para decisão clínica na indicação de terapia hormonal para mulheres sobreviventes de câncer ginecológico

ginecológico, tanto na qualidade de vida quanto, em alguns casos, na melhora da sobrevida geral, a TH ainda é pouco prescrita de forma geral. O subuso da TH é provavelmente multifatorial, com preocupações entre pacientes e médicos sobre os desfechos oncológicos adversos, incluindo o risco de recorrência. Tratamentos não farmacológicos emergem como alternativas eficazes, ampliando as opções de tratamento para sintomas vasomotores e sintomas geniturinários associados à menopausa induzida.

REFERÊNCIAS

1. Sinno AK, Pinkerton J, Febbraro T, Jones N, Khanna N, Temkin S, et al. Hormone therapy (HT) in women with gynecologic cancers and in women at high risk for developing a gynecologic cancer: A Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical practice statement: This practice statement has been endorsed by The North American Menopause Society. Gynecol Oncol. 2020;157(2):303-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.01.035
2. Hickey M, Basu P, Sassarini J, Stegmann ME, Weiderpass E, Chilowa KN, et al. Managing menopause after cancer. Lancet. 2024;403(10430):984-96. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02802-7
3. Rees M, Angioli R, Coleman RL, Glasspool R, Plotti F, Simoncini T, et al. European Menopause and Andropause Society (EMAS) and International Gynecologic Cancer Society (IGCS) position statement on managing the menopause after gynecological cancer: focus on menopausal symptoms and osteoporosis. Maturitas. 2020;134:56-61. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.01.005
4. Machado RB, Pompei LM. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. 3ª ed. São Paulo: Alef Editora; 2024.
5. Hoekman EJ, Broeders EA, Louwe LA, Nout RA, Jansen FW, de Kroon CD. Ovarian function after ovarian transposition and additional pelvic radiotherapy: a systematic review. Eur J Surg Oncol. 2019;45(8):1328-40. doi: 10.1016/j.ejso.2019.02.017
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
7. Crosbie EJ, Kitson SJ, McAlpine JN, Mukhopadhyay A, Powell ME, Singh N. Endometrial cancer. Lancet. 2022;399(10333):1412-28. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00323-3

8. Tempfer CB, Hilal Z, Kern P, Juhasz-Boess I, Rezniczek GA. Menopausal hormone therapy and risk of endometrial cancer: a systematic review. Cancers (Basel). 2020;12(8):2195. doi: 10.3390/cancers12082195
9. Londero AP, Parisi N, Tassi A, Bertozzi S, Cagnacci A. Hormone replacement therapy in endometrial cancer survivors: a meta-analysis. J Clin Med. 2021;10(14):3165. doi: 10.3390/jcm10143165
10. Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Gynecol Oncol. 1983;15(1):10-7. doi: 10.1016/0090-8258(83)90111-7
11. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2013;310(13):1353-68. doi: 10.1001/jama.2013.278040
12. "The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society" Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-94. doi: 10.1097/GME.0000000000002028
13. Edey KA, Rundle S, Hickey M. Hormone replacement therapy for women previously treated for endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD008830. doi: 10.1002/14651858.CD008830.pub3
14. Villa P, Bounous VE, Amar ID, Bernardini F, Giorgi M, Attianese D, et al. Hormone replacement therapy in post-menopause hormone-dependent gynecological cancer patients: a narrative review. J Clin Med. 2024;13(5):1443. doi: 10.3390/jcm13051443
15. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Ovarian Cancer/Fallopian Tube Cancer/Primary Peritoneal Cancer. 2024 [cited 2024 May 12]. Available from: https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1453
16. Daum H, Peretz T, Laufer N. BRCA mutations and reproduction. Fertil Steril. 2018;109(1):33-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.12.004
17. Achimaș-Cadariu PA, Păun DL, Pașca A. Impact of hormone replacement therapy on the overall survival and progression free survival of ovarian cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Cancers. 2023;15(2):356. doi: 10.3390/cancers15020356
18. Saeaib N, Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Buhachat R, Myriokefalitaki E. Hormone replacement therapy after surgery for epithelial ovarian cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2020;1(1):CD012559. doi: 10.1002/14651858.CD012559.pub2
19. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Cervical Cancer. 2024 [cited 2024 May 12]. Available from: https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1426
20. Kuhle CL, Kapoor E, Sood R, Thielen JM, Jatoi A, Faubion SS. Menopausal hormone therapy in cancer survivors: a narrative review of the literature. Maturitas. 2016;92:86-96. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.07.018
21. Nebgen DR, Domchek SM, Kotsopoulos J, de Hullu JA, Crosbie EJ, Paramanandam VS, et al. Care after premenopausal risk-reducing salpingo-oophorectomy in high-risk women: scoping review and international consensus recommendations. BJOG. 2023;130(12):1437-50. doi: 10.1111/1471-0528.17511
22. Brennan A, Brennan D, Rees M, Hickey M. Management of menopausal symptoms and ovarian function preservation in women with gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer. 2021;31(3):352-9. doi: 10.1136/ijgc-2020-002032
23. The NAMS 2020 GSM Position Statement Editorial Panel. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2020;27(9):976-92. doi: 10.1097/GME.0000000000001609

Como citar:
Silva Filho AL, Praça MS, Cândido EB, Lamaita RM, Costa Paiva LH, Soares Júnior JM, et al. Menopausa em sobreviventes de câncer ginecológico: evidências para a tomada de decisão. Femina. 2025;53(1):27-35.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Menopause in gynecologic cancer survivors: evidence for decision-making", publicado na Rev Bras Ginecol Obstet. 2025;47:e-FPS1.

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, mg, Brasil.

Mariana Seabra Leite Praça
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, mg, Brasil.

Eduardo Batista Cândido
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, mg, Brasil.

Rívia Mara Lamaita
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, mg, Brasil.

Lucia Helena Simões da Costa Paiva
Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

José Maria Soares Júnior
Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Renato Moretti Marques
Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Maria Celeste Osório Wender
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:
nada a declarar.

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

Presidente:
Eduardo Batista Candido

Vice-presidente:
Renato Moretti Marques

Secretária:
Sophie Françoise Mauricette Derchain

Membros:
José Carlos de Jesus Conceição
Walquiria Quida Salles Pereira Primo
Suzana Arenhart Pessini
Jesus Paula Carvalho
Caetano da Silva Cardial
Delzio Salgado Bicalho
Etelvino de Souza Trindade
Geórgia Fontes Cintra
Marcia Luiza Appel Binda
Ricardo dos Reis
Filomena Marino Carvalho
Leandro Santos de Araújo Resende
Mariana Seabra Leite Praça

Sinequias uterinas

Daniela Angerame Yela[1]

RESUMO

As aderências intrauterinas podem ser chamadas de sinequias, quando o trauma intrauterino ocorre em um útero não gravídico, ou síndrome de Asherman, quando o trauma intrauterino ocorre em um útero gravídico. Elas podem causar amenorreia secundária e infertilidade/aborto recorrente, e o ideal seria poder prevenir a sua formação para poder evitar esses agravos à saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

Em 1894, Fritsch descreveu pela primeira vez aderências intrauterinas causando amenorreia em uma mulher após curetagem uterina.[1] Mais de cinco décadas após, em 1948, o ginecologista israelense Joseph Asherman descreveu a tríade de sintomas: dor pélvica cíclica, irregularidade menstrual e infertilidade ou aborto recorrente que foram causadas por aderências intrauterinas observadas em 29 mulheres após curetagem de aborto.[2] O termo "síndrome de Asherman", desde então, foi popularizado para descrever a formação de aderências intrauterinas ou tecido cicatricial levando à tríade clássica de sintomas após instrumentação uterina.

O uso do termo "síndrome de Asherman" deve ser reservado para a formação de cicatriz intrauterina após trauma de úteros gravídicos, enquanto os termos "aderência intrauterina", "cicatriz" e "sinequia" devem ser usados para a formação de tecido cicatricial após trauma de úteros não gravídicos.[3]

Uma revisão de 10 estudos retrospectivos e oito prospectivos (1.770 mulheres) mostrou prevalência de 19% de síndrome de Asherman após curetagem de aborto. A instrumentação uterina e o número de abortos foram considerados como os principais fatores de risco para a síndrome. Da mesma forma, o risco de formação de aderências após a instrumentação da cavidade uterina pós-parto tem alta prevalência, que varia de 19%-27%, com o maior risco ocorrendo entre duas e quatro semanas pós-parto.[1] No Brasil, um estudo com 119 mulheres que realizaram histeroscopia diagnóstica seis meses após a curetagem de aborto encontrou prevalência de 37% de síndrome de Asherman, sendo, na maioria, aderências mucosas, que puderam ser desfeitas durante a histeroscopia diagnóstica.[4]

Aderências intrauterinas também podem se formar após instrumentação uterina em úteros não gravídicos. As taxas de formação de aderências após septoplastia uterina, ressecção de mioma único e ressecção de múltiplos miomas são relatadas como sendo de 6,7%, 31,3% e 45,5%, respectivamente. A formação de aderências intrauterinas induzidas por isquemia tecidual pode ser vista em 10% das mulheres que foram submetidas à embolização da artéria uterina. Da mesma forma, o tecido cicatricial pode se desenvolver após radiação pélvica. Finalmente, causas infecciosas, particularmente o *Mycobacterium tuberculosis*, também podem causar aderências intrauterinas.[1]

DIAGNÓSTICO

Mulheres com aderência intrauterina apresentam história de trauma uterino e, clinicamente, podem apresentar ausência de sintomas (frequentemente vistos em mulheres após a menopausa), anormalidades menstruais (amenorreia secundária ou diminuição do fluxo menstrual), dor cíclica ou dismenorreia e infertilidade ou aborto recorrente.[1]

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Daniela Angerame Yela
yela@unicamp.br

Como citar:
Yela DA. Sinequias uterinas. Femina. 2025;53(1):36-9.

As anormalidades menstruais são representadas em dois terços por amenorreia e um terço por hipomenorreia. Algumas mulheres também podem apresentar hematometra. A infertilidade está associada à obstrução dos óstios tubários e à substituição do endométrio saudável por tecido fibroso, prejudicando a implantação. O exame físico geralmente fornece informações limitadas, visto que, em geral, não apresenta alterações. Os exames hormonais para investigar amenorreia são normais. A confirmação diagnóstica se dá por meio de exames de imagem.[1]

Apesar de ser de fácil acesso e baixo custo, a ultrassonografia bidimensional transvaginal tem baixa qualidade diagnóstica. Quando um meio de distensão uterina é adicionado durante a avaliação (solução salina – histerossonografia), a capacidade diagnóstica melhora, com sensibilidade de aproximadamente 75%. Estudos recentes descreveram as taxas de sensibilidade e especificidade da histerossonografia em até 82% e 99%, respectivamente. A ultrassonografia tridimensional melhora ainda mais a qualidade diagnóstica da imagem ultrassonográfica.[5] Um estudo mostrou que o ultrassom tem sensibilidade de 54% e especificidade de 96%, enquanto a histerossonografia, de 74% e 97% e o ultrassom 3D, de 96% e 84%, respectivamente.[6]

A ressonância magnética também pode ser usada para diagnóstico. No entanto, na prática clínica, ela não é utilizada devido à disponibilidade limitada, ao custo alto e à qualidade diagnóstica desconhecida.[7]

A histerossalpingografia (HSG) tem baixa sensibilidade (75%-81%) e altas taxas de falso-negativos (39%). O desconforto da mulher, a exposição à radiação e a disponibilidade da histeroscopia em consultório tornaram a HSG menos popular nos últimos anos. A histeroscopia diagnóstica é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico. A histeroscopia permite a avaliação da gravidade do tecido cicatricial e pode ajudar na classificação das aderências (Figura 1).[1]

Figura 1. Sinequia intrauterina vista pela histeroscopia

CLASSIFICAÇÃO

Existem vários sistemas de classificação para descrever a síndrome de Asherman e as aderências intrauterinas. Elas podem ser classificadas: quanto a sua severidade, em mínimas, moderadas e severas; quanto a sua localização, em central, marginal, cornual e ístmica; e quanto a sua característica, em mucosas/tênues, muscular e fibrosas/densas.[8]

Outra classificação é a da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (*American Society for Reproductive Medicine* – ASRM), que classifica as aderências de acordo com a avalição por HSG ou histeroscopia, por meio de três parâmetros: menstrual (normal, hipomenorreia e amenorreia), extensão das lesões (até 1/3, de 1/3 até 2/3 e acima de 2/3) e característica das lesões (tênues, musculares e fibrosas); na HSG, todas as aderências são fibrosas. Com os resultados dos escores, as aderências são classificadas em estádio I/leve (1 a 4), em estádio II/moderada (5 a 8) e em estádio III/severa (9 a 12) (Tabela 1).[9]

Também há a classificação da Sociedade Europeia de Histeroscopia, que classifica as aderências em estádio I (aderências mucosas que podem ser desfeitas com o histeroscópio), estádio II (uma aderência firme que separa a cavidade em duas partes, mas que não obstrui os óstios tubários), estádio III (aderências firmes que obstruem um dos óstios tubários) e estádio IV (aderências firmes que obstruem ambos os óstios tubários) (Figura 2).[10]

Infelizmente, nenhum dos sistemas de classificação é capaz de prever o sucesso após o tratamento cirúrgico. Além disso, os múltiplos sistemas de classificação podem criar confusão e dificultar a classificação uniforme da doença, levando a dificuldades no relato do estudo. Portanto, há necessidade de um sistema de classificação universalmente aceito que seja clinicamente significativo e possa ajudar a prever o retorno da função menstrual e da fertilidade após a cirurgia.

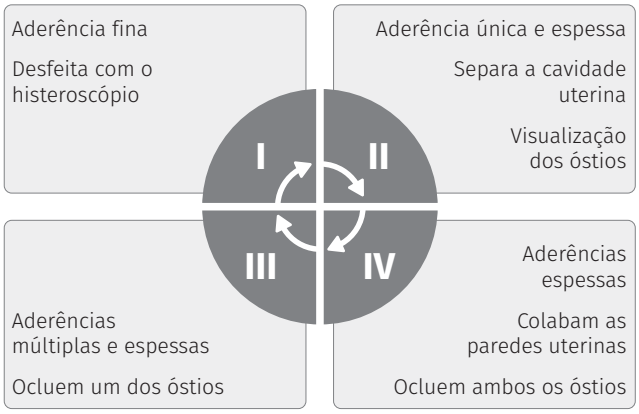
Tabela 1. Classificação das aderências intrauterinas segundo sua extensão na cavidade, sua característica e sua sintomatologia clínica

Extensão na cavidade	Até 1/3	1/3 a 2/3	Maior que 2/3
	1	2	4
Tipo de aderência	Mucosa	Muscular	Fibrosa
	1	2	4
Padrão menstrual	Regular	Hipomenorreia	Amenorreia
	0	2	4

Fonte: The American Fertility Society classifications (1988).[9]

TRATAMENTO

A prevenção da síndrome de Asherman seria ideal. Infelizmente, não há dados ou diretrizes relacionados a esse tema. Estudos mostram que a substituição da



Fonte: Manchanda R, *et al.* (2021).[10]

Figura 2. Classificação das sinequias de acordo com a Sociedade Europeia de Histeroscopia

curetagem uterina por aspiração manual intrauterina pode reduzir a formação de aderências. Também há trabalhos que discutem a realização de histeroscopia após procedimentos traumáticos no útero para desfazer sinequias finas. Dados de longo prazo são necessários para avaliar a eficácia dessa abordagem.[1,11]

O tratamento é indicado para as mulheres sintomáticas. A cirurgia com lise de aderências sob visualização histeroscópica direta é a abordagem principal para mulheres que desejam fertilidade ou restauração de seu padrão menstrual. A cirurgia pode ser realizada com Bettochi ou com ressectoscópio com alça de Collins. O objetivo da cirurgia é a preservação uterina e a restauração da anatomia da cavidade endometrial de forma a se visualizar pelo menos um óstio tubário. Embora a cirurgia histeroscópica tenha baixa prevalência de complicações, esse tipo de cirurgia tem maior risco de perfuração uterina e *overload*.[12,13]

O tratamento médico com terapias hormonais que causam a supressão da menstruação (estrogênio e progestagênio combinados ou progestagênio isolado) é útil em mulheres com dor cíclica e hematometra. Quando a fertilidade não é desejada, a histerectomia com preservação ovariana pode ser uma via de tratamento definitiva.

Estudos mostram que a cirurgia restaura o padrão menstrual em 80% a 100% dos casos, mas, em relação à restauração da fertilidade, isso ocorre em 30% a 70% dos casos. Quando ocorre gestação após tratamento de sinequias, essas mulheres têm maior chance de apresentar retardo de crescimento intrauterino, prematuridade, hemorragia puerperal e acretismo placentário, sendo esse último a complicação mais frequente, que pode ocorrer em até 35% das gestantes.[14,15]

Um estudo mostrou que quanto pior o estádio da sinequia, maior a chance de sua recorrência. Sinequias em estádio I ou II têm chance de recorrência de 25%, as em estádio III, de 39% e as em estádio IV, de 42%.[16]

Para evitar a recorrência, existem várias estratégias que podem ser usadas isoladamente ou em associação. Uma delas baseia-se no uso de terapia hormonal, com a prescrição de uma dose alta de estrogênio. Assim, o preconizado é o uso de estradiol 4 mg por dia por 30 dias, associado a um progestagênio nos últimos 7 a 10 dias.[17]

Outra estratégia é o uso de barreiras sólidas como o dispositivo intrauterino (DIU) e a sonda Folley. O DIU é inserido logo após a ressecção da sinequia por histeroscopia e deve ser mantido por 60 a 90 dias. O DIU apresenta algumas limitações como o aumento do processo inflamatório e o fato de não ocupar toda a área da superfície intrauterina. O DIU utilizado é o T de cobre. É preconizado que se use a sonda Folley com tamanho 8 a 12 e que se infunda de 3 a 5 mL no balão, mantendo esse dispositivo por três a sete dias. Quando há indicação de manter o balão por 10 a 14 dias, sugere-se o uso antibioticoterapia com doxiciclina para reduzir o risco de infecção.[18]

Outras formas de prevenir a recorrência das sinequias é com o uso de ácido hialurônico e a realização de uma nova histeroscopia (*second look*) após 60 a 90 dias do procedimento. Atualmente, fala-se do uso de terapia com células-tronco ou plasma rico em plaquetas como forma de prevenir a recorrência das sinequias por meio da regeneração endometrial.[1,19]

Recentemente, foram publicados estudos com novas substâncias para a prevenção da recorrência das sinequias. Um estudo experimental com ratos mostrou a efetividade do uso de hidrogel na prevenção de sinequias,[20] e outro ensaio clínico com 154 mulheres com sinequias moderadas a severas avaliou a efetividade do uso de filme de óxido de polietileno.[21]

Uma revisão sistemática que avaliou todos esses recursos para prevenir a recorrência de sinequias mostrou que os melhores resultados foram com o uso de balão e plasma rico em plaquetas.[22] Na realidade brasileira, o que é mais utilizado é a terapia hormonal associada ao DIU e a realização de *second look* após 60 dias.

CONCLUSÃO

As sinequias decorrem de um trauma intrauterino. Existem inúmeras classificações, mas ainda não há um sistema de classificação que seja clinicamente significativo e que possa ajudar a prever o retorno da função menstrual e da fertilidade. A histeroscopia é o melhor método para diagnóstico e tratamento. Ainda não há métodos de prevenção eficientes e de baixo custo para evitar a recorrência das sinequias.

REFERÊNCIAS

1. Khan Z. Etiology, risk factors, and management of Asherman syndrome. Obstet Gynecol. 2023;142(3):543-54. doi: 10.1097/AOG.0000000000005309
2. Asherman JG. Amenorrhoea traumatica (atretica). J Obstet Gynaecol Br Emp. 1948;55(1):23-30. doi: 10.1111/j.1471-0528.1948.tb07045.x
3. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. J Minim Invasive Gynecol. 2010;17(5):555-69. doi: 10.1016/j.jmig.2010.04.016
4. Salzani A, Yela DA, Gabiatti JR, Bedone AJ, Monteiro IM. Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage. Sao Paulo Med J. 2007;125(5):261-4. doi: 10.1590/s1516-31802007000500002

5. Ding C, Wei W, Ding F, Ding J, Li B, Ma Q. Ultrasound diagnostic of intrauterine adhesions: systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2024;50(9):1681-6. doi: 10.1111/jog.16027
6. Guimarães Filho HA, Mattar R, Araujo Júnior E, Pires CR, Moron AF. Diagnóstico de sinequias uterinas por histerossonografia transvaginal. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(5):308-11. doi: 10.1590/S0104-42302006000500016
7. Deans R, Moses D, Sach TA, Vancaillie T, Ledger B, Abbott JA. Perfusion magnetic resonance imaging in Asherman syndrome. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2024;64(4):341-6. doi: 10.1111/ajo.13799
8. Valle RF, Sciarra JJ. Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. Am J Obstet Gynecol. 1988;158(6 Pt 1):1459-70. doi: 10.1016/0002-9378(88)90382-1
9. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Steril. 1988;49(6):944-55. doi: 10.1016/s0015-0282(16)59942-7
10. Manchanda R, Rathore A, Carugno J, Della Corte L, Tesarik J, Török P, et al. Classification systems of Asherman's syndrome. An old problem with new directions. Minim Invasive Ther Allied Technol. 2021;30(5):304-10. doi: 10.1080/13645706.2021.1893190
11. Tam WH, Lau WC, Cheung LP, Yuen PM, Chung TK. Intrauterine adhesions after conservative and surgical management of spontaneous abortion. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2002;9(2):182-5. doi: 10.1016/s1074-3804(05)60129-6
12. Bougie O, Lortie K, Chen I, Shenassa H, Singh SS. Treatment of Asherman's syndrome in an outpatient hysteroscopy setting. J Minim Invasive Gynecol. 2015;22(3):446-50. doi: 10.1016/j.jmig.2015.08.356
13. AAGL Elevating Gynecologic Surgery. AAGL Practice Report: practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(5):695-705. doi: 10.1016/j.jmig.2016.11.008
14. Johary J, Xue M, Zhu X, Xu D, Velu PP. Efficacy of estrogen therapy in patients with intrauterine adhesions: systematic review. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(1):44-54. doi: 10.1016/j.jmig.2013.07.018
15. Deans R, Vancaillie T, Ledger W, Liu J, Abbott JA. Live birth rate and obstetric complications following the hysteroscopic management of intrauterine adhesions including Asherman syndrome. Hum Reprod. 2018;33(10):1847-53. doi: 10.1093/humrep/dey237
16. Hanstede MM, van der Meij E, Goedemans L, Emanuel MH. Results of centralized Asherman surgery, 2003-2013. Fertil Steril. 2015;104(6):1561-8.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.039
17. Dreisler E, Kjer JJ. Asherman syndrome: current perspectives on diagnosis and management. Int J Womens Health. 2019;11:191-8. doi: 10.2147/IJWH.S165474
18. Salazar CA, Isaacson K, Morris S. A comprehensive review of Asherman's syndrome: causes, symptoms and treatment options. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017;29(4):249-56. doi: 10.1097/GCO.0000000000000378
19. Gu L, Zhang C, Luo J, Zhou C, Song Y, Huang X. Efficacy and prognostic factors of combined administration of progesterone and estriol valerate tablets for preventing intrauterine adhesions in patients with early missed abortion following dilation and curettage. Am J Transl Res. 2024;6(7):3164-70. doi: 10.62347/AMEB4153
20. Zhang W, He Y, Chu Y, Zhai Y, Qian S, Wang X, et al. Amorphous curcumin-based hydrogels to reduce the incidence of post-surgical intrauterine adhesions. Regen Biomater. 2024;11:rbae043. doi: 10.1093/rb/rbae043
21. Fernandez H, Miquel L, Sroussi J, Weyers S, Munmany M, Luo X, et al. Effectiveness of degradable polymer film in the management of severe or moderate intrauterine adhesions (PREG-2): a randomized, double-blind, multicenter, stratified, superiority trial. Fertil Steril. 2024 Jul 22:S0015-0282(24)00616-2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.07.020. [ahead of print].
22. Tang R, Zhang W, Xiao X, Li W, Chen X, Wang X. Intrauterine interventions options for preventing recurrence after hysteroscopic adhesiolysis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Gynecol Obstet. 2024;309(5):1847-61. doi: 10.1007/s00404-024-07460-y

Protocolos Febrasgo – Apresentação

Agnaldo Lopes da Silva Filho[1],
Marcos Felipe Silva de Sá[2],
Sebastião Freitas de Medeiros[3]

A literatura médica evolui a passos rápidos, e a Ginecologia e a Obstetrícia são áreas da saúde influenciadas nas suas práticas clínicas pelas constantes modificações nos protocolos clínicos (PCs). Os PCs são ferramentas importantes para orientação dos profissionais nas suas atividades do dia a dia de consultório e/ou hospitais e são frequentemente editados pelas diferentes sociedades internacionais de especialidades, procurando manter seus associados cientificamente atualizados. Entretanto, não é incomum nesses protocolos internacionais a proposição de condutas diagnósticas e/ou terapêuticas indisponíveis ou inaplicáveis às nossas práticas no Brasil.

Por essa razão, considerando a realidade da assistência à saúde no Brasil, fortemente baseada nas ações amparadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e considerando a excepcional qualidade técnica e acadêmica dos seus associados, particularmente aqueles vinculados às suas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), a Febrasgo tomou a iniciativa de editar PROTOCOLOS sobre os diversos temas em Ginecologia e Obstetrícia. A primeira edição ocorreu em 2017. Em 2021, tivemos a segunda edição e, agora, decorridos outros quatro anos, é chegado o momento de novas atualizações.

Os temas são selecionados pelas sua importância epidemiológica e clínica. Os textos são elaborados e/ou atualizados pelos membros atuais das CNEs, sendo o PC, portanto, um documento avalizado pela respectiva CNE, que se torna um documento oficial da Febrasgo, aprovado pela Diretoria Executiva.

Na sua elaboração, as CNEs têm procurado estabelecer critérios de conduta adequados às condições de trabalho dos médicos brasileiros, dando prioridade, sempre que possível, para aqueles que forem aplicáveis igualmente aos pacientes privados e os atendidos pelo SUS.

Esses Protocolos estarão disponibilizados no *site* da Febrasgo e, a partir deste número, também serão publicados no Caderno Científico da *Femina*. São documentos de alta qualidade científica, e esperamos que nossos associados possam usufruir dessa nova ferramenta para sua atualização e aplicação no atendimento diário de suas pacientes.

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Diretor Científico da Febrasgo.
2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coeditor da *Femina*.
3. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso. Coeditor da *Femina*.

Femina
PROTOCOLOS FEBRASGO

O papel do ginecologista-obstetra na abordagem da violência doméstica

HIGHLIGHTS

1. A violência está presente na vida das mulheres sob diversas formas, porém é no espaço doméstico e nas relações afetivas que se encontra a maior frequência dos episódios.
2. A Lei Maria da Penha define violência doméstica como "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" e que ocorra na unidade doméstica, no âmbito da família ou na relação íntima de afeto.
3. Tipos de violência mais reconhecidos: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.
4. A violência doméstica opera como um ciclo, mediante episódios recorrentes e que aumentam em gravidade e frequência.
5. O sistema de saúde é um setor-chave, pois mulheres que sofrem violência doméstica podem apresentar condições clínicas associadas à violência.
6. Serviços de saúde são frequentemente o primeiro contato para sobreviventes de violência, e condições clínicas associadas a situações de violência podem ser identificadas durante as consultas.
7. Condições mínimas são necessárias para enfrentar a violência pelos profissionais de saúde: protocolo de atendimento, treinamento, ambiente com privacidade, confidencialidade e sistema de encaminhamento.
8. Havendo privacidade, a abordagem da violência nas consultas pode ocorrer por relato espontâneo e perguntas diretas ou indiretas.
9. Ao constatar situações de violência, deve ser feita a avaliação do risco e devem ser elaboradas estratégias de enfrentamento, baseadas na gravidade e nos possíveis pontos de apoio, no serviço de saúde e fora dele.
10. Nós, ginecologistas-obstetras, não fomos treinados para essa abordagem, mas, mediante a gravidade, a frequência e as consequências do problema, precisamos de educação continuada sobre o tema e sua abordagem nas consultas ginecológicas.
11. A violência contra as mulheres também é um problema de saúde.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos persistente, generalizado e enraizado na desigualdade de gênero.[1] A violência impacta os indivíduos e também traz desfechos adversos do ponto de vista social e econômico, com graves consequências para as famílias, a comunidade e a sociedade em geral. Define-se violência como "uso de força física ou poder, em ameaça ou, na prática, contra si próprio, outra pessoa ou

Descritores

Violência contra a mulher; Violência doméstica; Violência de gênero; Triagem

Como citar?
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei. O papel do ginecologista-obstetra na abordagem da violência doméstica. Femina. 2025;53(1):41-6.

*Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia, n. 1. Acesse: https://www.Febrasgo.org.br/

Todo conteúdo está licenciado sob a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação".[1]

Uma classificação possível das abordagens em cada nível, baseada no aspecto temporal das ações de prevenção, é a seguinte:[2]

- Prevenção primária: corresponde a ações que pretendem prevenir a violência antes que ela aconteça.
- Prevenção secundária: voltada às reações imediatas, incluindo assistência médica e serviços de emergência ou atenção após violência sexual.
- Prevenção terciária: cuidados prolongados após o episódio de violência, incluindo reabilitação e reintegração, para diminuir o impacto das consequências provocadas.

Porém, a atuação dos serviços de saúde tem se ocupado com cuidados de emergência diante de lesões decorrentes da violência e nos processos de reabilitação e recuperação. É importantíssimo e compreensível a atuação nas consequências imediatas da violência, mas é preciso maior investimento na prevenção primária.[2] A violência está presente na vida das mulheres sob diversas formas, porém as estatísticas revelam que é no espaço doméstico e nas relações afetivas que esses episódios são mais frequentes.[3] Segundo a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, a violência doméstica é definida como "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" e ocorre na unidade doméstica, no âmbito da família ou na relação íntima de afeto, independentemente de coabitação e da orientação sexual.[4] A violência doméstica é uma das formas da violência interpessoal.

PREVALÊNCIA E TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No Brasil, dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2023 revelaram aumento da violência doméstica durante o ano de 2022, com crescimento tanto de feminicídios como de registros de agressões. Nesse período, cerca de 18,6 milhões de mulheres foram vítimas de violência. No Brasil, as violências são a segunda causa de morte e chegam a ocupar o primeiro lugar em alguns estados. O espaço do lar é, para algumas mulheres, adolescentes e meninas, um lugar pouco acolhedor, no qual seus direitos e a segurança se mostram constantemente ameaçados. A subnotificação da violência é um problema frequente, que incide nas estimativas sobre o número real de casos.[3] A alta prevalência sugere que a violência doméstica é um fenômeno complexo, sendo necessário desenvolver análises aprofundadas sobre sua dinâmica. Destacamos a necessidade de melhorar a compreensão sobre a dinâmica da violência doméstica, com base na perspectiva ecológica, reconhecendo não só fatores individuais e relacionamentos, mas também questões comunitárias e sociais, para alcançar uma abordagem abrangente e, consequentemente, implementar estratégias para responder e prevenir a violência em todas suas formas.[5] A violência está presente em todos os grupos etários, mas mulheres jovens em idade reprodutiva se encontram entre as principais vítimas, reforçando a importância de que serviços com foco na atenção à saúde sexual e reprodutiva fiquem alertas às manifestações e às consequências da violência de gênero nessa população (Quadro 1).[6]

MECANISMOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E BARREIRAS PARA SEU ROMPIMENTO

A violência doméstica opera como um ciclo. Isso mostra como, geralmente, a violência se intensifica, mediante episódios que se tornam recorrentes e que aumentam em gravidade e frequência.[7] O ciclo da violência foi descrito pela psicóloga Lenore Walker baseado em entrevistas em profundidade conduzidas com mulheres em situação de violência em seus relacionamentos íntimos. Nele, descreve-se uma série de padrões que permitem entender o comportamento cíclico da violência. No modelo em geral, incluem-se três etapas, sendo possível identificar uma fase de acúmulo de tensões, seguida do episódio agudo e, na continuação, a denominada "lua de mel", etapa de pedido de desculpas e procura de reconciliação, até que o ciclo se repita.[8] Considerar o caráter cíclico da violência permite reconhecer que eventos passados e recentes de violência podem estar presentes em diversas etapas, afetando negativamente a qualidade de vida e o bem-estar de mulheres, meninas e adolescentes durante sua vida (Quadro 2).[7]

A percepção da dinâmica das relações violentas e a compreensão das dificuldades e barreiras que as mulheres enfrentam para romper o ciclo são aspectos importantes para a detecção precoce e a identificação de alternativas assistenciais. Sair do ciclo da violência não é uma decisão fácil para as mulheres. Múltiplas são as barreiras que elas enfrentam; algumas delas são:[9]

- Vergonha e temor por sua segurança e a de seus filhos.
- Sentimento de culpa pelos episódios de violência.
- Não ter o controle de suas decisões.
- Expectativas de mudanças da conduta do agressor.
- Agressões e seus agravos minimizados.
- Dependência afetiva e econômica.
- Medo de perder os filhos.
- Experiências negativas prévias ao procurar ajuda.
- Falta de privacidade e oportunidades para denunciar as situações de violência.

PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E IMPACTOS CLÍNICOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Várias organizações internacionais desenvolveram declarações, orientação ética e recomendações sobre

Quadro 1. Tipos de violência

Tipo de violência	Definição	Exemplos
Física	Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher	Espancamento; atirar objetos; sacudir, apertar os braços; estrangulamento; sufocamento; lesões com objetos cortantes ou perfurantes; ferimentos por queimaduras ou armas de fogo; tortura
Psicológica	Qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima; prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher; ou vise desagradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões	Ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição costumaz, insultos, chantagem, exploração, limitação do direito de ir e vir, ridicularização, tirar a liberdade de crença, distorcer e omitir fatos para deixar dúvida sobre memória e sanidade (*gaslighting*)
Sexual	Qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força	Estupro; obrigar a mulher a fazer atos sexuais que causam desconforto ou repulsa; impedir o uso de métodos contraceptivos ou forçar a mulher a abortar; forçar matrimônio, gravidez ou prostituição por meio de coação, chantagem, suborno ou manipulação; limitar ou anular o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher
Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades	Controlar o dinheiro; deixar de pagar pensão alimentícia; destruir documentos pessoais; furto, extorsão ou dano; estelionato; privar de bens, valores ou recursos econômicos; causar danos propositais a objetos da mulher ou dos quais ela goste
Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria	Acusar a mulher de traição; emitir juízos morais sobre sua conduta; fazer críticas mentirosas; expor a vida íntima; rebaixar a mulher por meio de xingamentos que incidem sobre sua índole; desvalorizar a vítima pelo seu modo de se vestir

Fonte: Sánchez OR, *et al.* (2023).[6]

violência doméstica e por parceiro íntimo em ambientes de saúde. Organizações como a *American Medical Association* (AMA), a *American Academy of Family Physicians* (AAFP), a *Emergency Nurses Association* (ENA) e a *American Academy of Pediatrics* (AAP), entre outras, reconhecem a importância do rastreio de experiências de violência. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) concorda que, durante a gravidez e em consultas ginecológicas, é necessário implementar uma triagem de forma sistemática. Da mesma forma, a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) tem uma publicação intitulada *FIGO Shouts 'No' to Violence Against Women*, que reforça as consequências das experiências de violência doméstica e o papel dos ginecologistas-obstetras para abordar essa questão, que também é uma preocupação para a Febrasgo.[10-12]

Uma série de condições mínimas é necessária para enfrentar a violência nesse contexto, como protocolo específico, treinamento para profissionais, ambiente com privacidade, confidencialidade e um sistema de encaminhamento. Especialmente durante a gravidez, a violência doméstica é uma questão relevante a ser abordada, considerando que o vínculo com os profissionais de saúde e o número de atendimentos são maiores.[13]

O sistema de saúde é reconhecido como um setor-chave, pois as mulheres que sofrem violência doméstica podem apresentar condições clínicas associadas a violência. Os serviços de saúde são, por vezes, o primeiro contato para sobreviventes de violência, e algumas condições clínicas associadas a situações de violência podem ser identificadas durante as consultas.

A seguir, alguns sinais e sintomas da saúde mental, sexual e reprodutiva ou gerais que podem estar relacionados a violência doméstica:[6]

- Saúde mental: sintomas de depressão e ansiedade; síndrome do pânico; estresse pós-traumático; transtornos do sono; automutilação; ideação suicida; abuso de álcool e outras substâncias; problemas emocionais e comportamentais das crianças.
- Saúde sexual e reprodutiva: lesões repetidas ou mal explicadas; infecções sexualmente transmissíveis de repetição e HIV; gestações não desejadas; dor pélvica; dispareunia e demais transtornos/disfunções sexuais; infecções urinárias de repetição; atraso no início do pré-natal ou não realização dele.
- Queixas gerais: dores crônicas; distúrbios gastrointestinais; problemas do sistema nervoso central – dores de cabeça, problemas cognitivos, perda auditiva, cefaleias; consultas repetidas sem diagnóstico claro; parceiro intrusivo durante as consultas.

Quadro 2. Fases do ciclo da violência

Fases do ciclo	Comportamentos
I. Aumento de tensão	Acumulam-se as tensões; emergem agressões verbais, controle, ciúmes, humilhações, ameaças e destruição de objetos por parte do agressor. A mulher minimiza a situação, pode ter atitude de justificar o comportamento e tenta controlar "fatores externos" que supostamente "provocam" os atos violentos, assim como nega para os outros a situação que está vivenciando. Emergem sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, medo e desilusão.
II. Ataque violento	A tensão acumulada se materializa em violência verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial. A mulher pode ficar deprimida e ocultar as lesões físicas. Aparecem prejuízos para a saúde mental, como insônia, perda de peso, fadiga constante, ansiedade, entre outros. Nessa fase, a mulher pode ter uma reação de procura de ajuda nas redes de apoio primária e/ou secundária, denunciar e separar-se do agressor.
III. "Lua de mel"	Fase de arrependimento, perdão, reconciliação e promessas por parte do agressor, até a mulher voltar a viver novamente momentos mais tensos. A mulher acredita no perdão e pode se sentir culpada, confusa e pressionada para manter o vínculo. Nessa fase acontecem a tentativa de retirada das denúncias e o abandono dos grupos de ajuda, em caso de ter sido procurado algum tipo de assistência.

Fonte: Adaptado de Instituto Maria da Penha (2024).[7]

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE O ATENDIMENTO GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO

A inclusão desse tema na rotina assistencial está sustentada na abordagem centrada na pessoa e na garantia do bem-estar baseado na integralidade nos cuidados em saúde. Para melhores resultados em saúde, é necessário investir na utilização de tecnologias de cuidado, contando com ações para fortalecimento do vínculo entre profissional e usuária, do acolhimento, da escuta qualificada e da educação em saúde. As consultas são uma oportunidade para acolher e apoiar as mulheres em situação de violência e oferecer informação a respeito dos serviços e encaminhamentos disponíveis. Em condições de retornos frequentes, o contato sistemático com as equipes multiprofissionais é uma oportunidade para abordar temas sensíveis que afetam a saúde e o bem-estar das mulheres e de pessoas próximas a elas. Clínicas de pré-natal, em especial, podem ser entendidas como "serviços sentinela", o que significa que, dentro desses espaços, deve ser favorecida a escuta ativa do discurso sobre possíveis situações de violência atual ou pregressa.[11] A abordagem desse tema precisa de sensibilização e preparação dos profissionais para o acolhimento de relatos de violência que, de maneira espontânea, as mulheres apresentem nas consultas, assim como a elaboração de perguntas que favoreçam uma abordagem direta ou indireta dentro dos serviços de saúde, criando um ambiente onde essas mulheres se sintam confortáveis para falar sobre o tema.[14] É importante citar a importância do vínculo de confiança e respeito; inicialmente fazer perguntas gerais sobre os relacionamentos ou sobre a situação em casa; fazer primeiramente perguntas abertas para facilitar a interação; realizar contato visual frequente e sutil, de acordo com as circunstâncias; observar aspectos da comunicação verbal e não verbal e, principalmente, fazer perguntas sem julgamentos, evitando culpabilização e vitimização da sobrevivente. No quadro 3, constam sugestões de perguntas diretas e indiretas na abordagem da violência doméstica e relatos espontâneos que podem levar ao diagnóstico de situações de a violência.[14]

Quadro 3. Sugestões de perguntas diretas e indiretas na abordagem da violência doméstica

Perguntas diretas:

- Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isso pode afetar a saúde, mesmo anos mais tarde. Isso aconteceu alguma vez com você?

Perguntas indiretas:

- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?
- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Você se sente humilhada ou agredida?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- Você e seu marido (ou filho ou pai ou familiar) brigam muito?
- Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

Fonte: Sánchez OR, *et al.* (2021).[14]

RELATOS ESPONTÂNEOS SUGESTIVOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

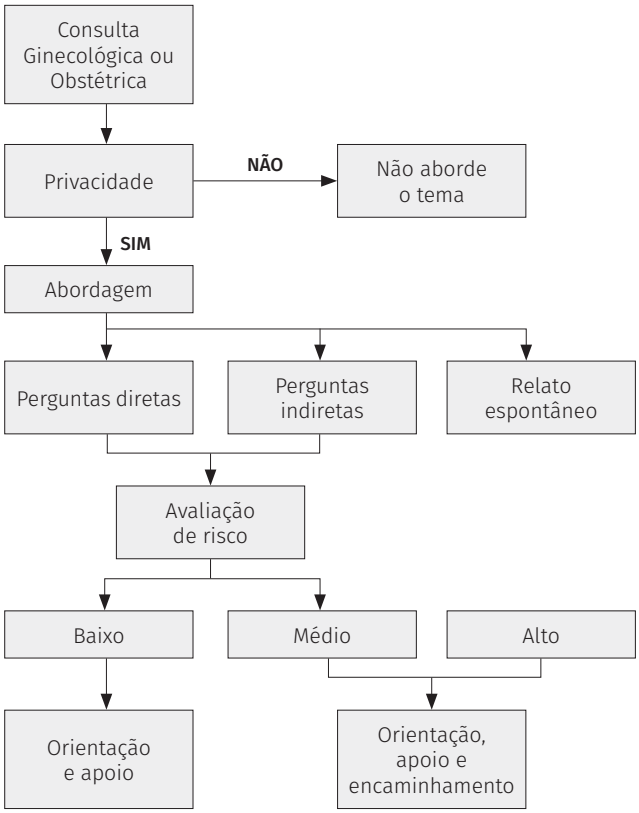
Constituem formas de violência doméstica ataques a entes queridos, a objetos pessoais ou a animais de estimação; restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora, estudar ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares); práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas; humilhação (maus-tratos, desqualificações públicas ou privadas), xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares; discussões e brigas verbais frequentes; ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física; relações sexuais forçadas; submissão a práticas sexuais

indesejadas; agressão física de qualquer espécie. Há uma estratificação do risco da violência, que não é definitiva, podendo transitar rapidamente do baixo para o alto risco (Figura 1).[15]

Cada serviço/localidade deve reconhecer quem são seus pontos de apoio para cuidado de mulheres em situação de violência; quando possível, a equipe multidisciplinar deve ser chamada (serviço social, psicologia etc.). São sugestões de pontos de apoio além do serviço de saúde:[14]

- Centros de Referência e Cidadania da Mulher;
- Centros de Defesa e de Convivência da Mulher (CDCM);
- Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas);
- Varas e Anexos de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Fórum);
- Delegacias comuns ou especializadas no atendimento à mulher (Deam);
- Defensoria Pública, como o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (Nudem);
- Ministério Público;
- Pontos de economia solidária;
- Abrigos;
- Organizações não governamentais.

FLUXOGRAMA DE CONDUTA



Fonte: Elaboração própria.

Fonte: Violentômetro.[15]

Figura 1. Situações de violência, conforme o risco

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O médico ginecologista-obstetra é o profissional de saúde que mais acesso tem à conversa com as clientes sobre suas questões íntimas. É a esse profissional que a mulher poderia se dirigir e encontrar espaço para referir suas queixas e dúvidas acerca da sexualidade e de outras necessidades. Considerando a importância da violência doméstica e sua frequência, podendo resultar em sérios problemas de saúde, físicos e mentais, e até não tão raramente em situações de risco de morte, consideramos importante estabelecer rotineiramente um mínimo de perguntas nas consultas médicas de ginecologia e obstetrícia, possibilitando uma abordagem a mais sobre violência, com vistas à saúde e à prevenção de riscos para a mulher. O treinamento e a capacitação dos residentes em ginecologia e obstetrícia para a identificação de violência doméstica contra a mulher fazem-se necessários. Do mesmo modo, os eventos científicos da nossa especialidade devem dedicar um espaço para abordagem desse tema tão importante para a saúde feminina e familiar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). RESPECT women: Preventing violence against women. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Jun 18]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(Suppl):1163-78.
3. Bueno S, Martins J, Brandão J, Sobral I, Lagreca A (Orgs.). Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 4ª ed. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Datafolha. 2023 [citado 2024 Jun. 18]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf
4. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2006 [citado 2024 Jun. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
5. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. Int J Gynaecol Obstet. 2020;151(2):180-7.
6. Sánchez OR, Dantas-Silva A, Surita FG. Avaliação da violência doméstica em serviço de atenção pré-natal e pós-parto. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Luz SH, Jármy-Di Bella ZI (Orgs.). PROAGO: Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 19. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2023. p. 11-32.
7. Instituto Maria da Penha (IMP). Tipos de violência. IMP; c2024c [citado 2024 Jun. 18]. Disponível em: https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html
8. Walker LE. Looking back and looking forward: Psychological and legal interventions for domestic violence. Ethics, Medicine and Public Health. 2015;1(1):19-32.
9. Sánchez OD, Zambrano E, Dantas-Silva A, Surita FG. Perceptions of Brazilian women at a public obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study. BMJ Open. 2023;13(6):e071838.
10. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO Shouts 'No' to Violence Against Women. Figo Statement. 2018 [cited 2024 Jul 2]. Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/2020-02/16.10.18%20-%20FIGO%20shouts%20%27No%27%20To%20Violence%20Against%20Women%20EN.pdf
11. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Ginecologistas e Obstetras têm papel fundamental na identificação da violência contra a mulher, diz Diretora da Febrasgo. São Paulo: Febrasgo; 2023 [citado 2024 Jun. 18]. Disponível em: https://www.Febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1722-ginecologistas-e-obstetras-tem-papel-fundamental-na-identificacao-da-violencia-contra-a-mulher-diz-diretora-da-Febrasgo
12. Surita FG, Sánchez OD. Routine enquiry for domestic violence during antenatal care: an opportunity to improve women's health. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(3):211-3.
13. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Jun 18]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912
14. Sánchez OR, Alves AC, Surita FG. Violência contra a mulher: cartilha para profissionais de saúde na atenção pré-natal e pós-natal. Campinas: Caism/Unicamp; 2021 [citado 2024 Jun. 18]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1nHqftDPd4la97q1yU3XuoOEY4YLs9Rd-/view
15. Violentômetro. [citado 2024 Jun. 18]. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/styles/large/public/2020-11/violentometro_site.jpg?h=22e3b4fb&itok=xhT0BApD

Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta

HIGHLIGHTS

1. O abortamento apresenta alta incidência em países em desenvolvimento e representa um sério problema de saúde pública.
2. O abortamento ainda é uma importante causa de mortalidade materna no mundo.
3. O aborto espontâneo é um evento relativamente comum, afetando cerca de 10% das gestações confirmadas clinicamente, no entanto nem sempre é notificado.
4. A maioria dos abortamentos ocorre no primeiro trimestre de gravidez, e estima-se que cerca de 60% deles decorram de alterações genéticas, sendo a trissomia autossômica a disfunção mais frequente.
5. Os fatores etiológicos relacionados ao abortamento são idade materna, diabetes não controlada, tireoidopatias, síndrome dos ovários policísticos, infecções maternas, sinequias intrauterinas, miomas intramurais e submucosos, trombofilias, tabagismo, álcool e traumas graves.
6. O diagnóstico de aborto espontâneo inclui histórico clínico da paciente, exame físico, ultrassonografia e exames laboratoriais.
7. A perda gestacional espontânea pode ser diagnosticada por meio de sinais e sintomas (sangramento, dor e febre), exame físico ginecológico (exame especular e exame de orifício interno do colo uterino) e exames complementares (exames de sangue e ultrassonografia).
8. Os tipos de abortamento são: inevitável, completo, incompleto, infectado, retido, recorrente ou ameaça.
9. O tratamento do aborto deve ser individualizado, de acordo com a gravidade de cada caso, idade gestacional e tipo de abortamento.
10. Embora nem todos os abortos espontâneos possam ser prevenidos, o cuidado pré-natal adequado, a identificação precoce de fatores de risco e a oferta de apoio e tratamento adequado podem ajudar a minimizar o risco e melhorar os resultados da gravidez.

INTRODUÇÃO

O abortamento é um problema de saúde pública, com grande incidência nos países em desenvolvimento, e uma importante causa de mortalidade materna no mundo.

Abortamento é a interrupção da gravidez antes que o produto da concepção tenha alcançado viabilidade. Por aborto, entende-se o produto biológico do abortamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera abortamento a expulsão ou extração fetal antes de 20 a 22 semanas de idade gestacional ou peso fetal menor que 500 g.[1] Pode ser classificado como precoce ou tardio, quanto à cronologia; como espontâneo ou induzido, conforme a intenção; ou seguro ou inseguro, quanto às técnicas e condições empregadas.

Descritores

Aborto espontâneo; Recidiva; Misoprostol; Curetagem a vácuo; Curetagem

Como citar?
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta. Femina. 2025;53(1):47-52.

*Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 17. Acesse: https://www.Febrasgo.org.br/

Todo conteúdo está licenciado sob a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

INCIDÊNCIA

Abortamento é uma das complicações mais frequentes da gravidez, acontecendo muitas vezes antes mesmo do atraso menstrual.

Primeiro trimestre

A incidência de perda precoce da gravidez é estimada em 31%, embora ela diminua para aproximadamente 10% quando se consideram apenas as perdas que ocorrem em gestações clinicamente reconhecidas.[2,3]

Segundo trimestre

A incidência de perdas no segundo trimestre até as 20 semanas de gestação é inferior a 1%.[4]

LIMITAÇÕES DOS DADOS

A real incidência da perda de gravidez é difícil de determinar, uma vez que muitas perdas ocorrem antes da gravidez clinicamente reconhecida.

FATORES DE RISCO E ETIOLOGIA

Os fatores de risco comuns incluem aumento da idade materna; condições médicas, como endocrinopatias, obesidade, distúrbios metabólicos, síndrome antifosfolípide, infecções; anomalias uterinas; uso de medicamentos e/ou substâncias ilícitas; estresse crônico, trauma e exposições ambientais.[4-6]

Fatores genéticos, principalmente anomalias cromossômicas, são a causa mais comum de aborto espontâneo precoce (50% a 60%). Essas anomalias podem envolver um ou mais cromossomos autossomos, cromossomos sexuais e ambos simultaneamente e são identificadas por meio de métodos citogenéticos convencionais baseados em microscopia de luz.[7]

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A história clínica e o exame físico constituem partes importantes da avaliação da paciente com suspeita de abortamento. O diagnóstico deve ser considerado quando uma mulher em idade reprodutiva, com vida sexual ativa, apresenta atraso menstrual e sangramento vaginal acompanhado de cólicas. Outros sintomas vão ocorrer dependendo da gravidade do caso, como fraqueza, tontura, sudorese e perda da consciência. A depender do volume de sangramento, poderão estar presentes sinais de hipovolemia, como palidez, taquicardia, hipotensão arterial, agitação, torpor e choque. Se houver infecção, poderá haver também hipertermia, taquipneia e dor à palpação uterina. O exame especular permite a avaliação da quantidade e do local de sangramento. O toque vaginal possibilita a determinação do volume uterino e dilatação cervical.[6]

O abortamento infectado é frequentemente relacionado a aborto induzido por técnicas inadequadas e inseguras. As infecções são geralmente polimicrobianas e provocadas por bactérias do trato genital. Com a progressão da infecção, no exame ginecológico, a mulher pode referir bastante dor e apresentar sinais de peritonismo, estado geral comprometido, náuseas e vômitos, queda do nível de consciência e sinais de choque séptico (calafrio, cianose, desidratação, hipotensão, taquicardia e pulso filiforme).

O quadro 1 resume os principais achados e a conduta em cada forma clínica de abortamento.

No quadro 2, estão descritos os critérios ultrassonográficos que apresentam alta especificidade para diagnóstico de abortamento retido.[8]

TRATAMENTO

Medidas gerais

A conduta deve ser individualizada de acordo com a gravidade de cada caso, idade gestacional e tipo de abortamento.

Técnicas de esvaziamento uterino

O esvaziamento uterino é o procedimento indicado e pode ser realizado de forma farmacológica ou mecânica.[9] Em condições excepcionais, nas quais esses procedimentos falhem, é possível a realização de uma microcesárea como último recurso.[9]

Método farmacológico

A forma mais efetiva da promoção do abortamento farmacológico é o uso do misoprostol em comprimidos para uso vaginal de 25, 100 e 200 µg, em ambiente hospitalar.[9] Como principais vantagens do uso do misoprostol, citam-se: ausência da possibilidade de perfuração uterina e formação de sinequias, redução dos riscos de sequelas inerentes à dilatação mecânica do colo uterino e não demanda de procedimento anestésico. Como desvantagens, têm-se o maior tempo de resolução (às vezes, dias); a maior prevalência de alguns sintomas, como cólicas, sangramento, náuseas, febre e calafrios; a necessidade eventual de complementação cirúrgica e de hemotransfusão e a ansiedade da mulher pela espera.[10]

Abortamento no primeiro trimestre

A *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) e a OMS recomendam a administração de 800 mcg pela via vaginal (quatro comprimidos de 200 mcg), com um intervalo de 3 a 12 horas.[11-13] No caso de mulheres com sangramento genital intenso, sepse de foco uterino, com contraindicações ao uso do misoprostol ou com comorbidades que necessitam de um modo monitorado de evacuação uterina em ambiente hospitalar, o esvaziamento uterino mecânico (ou cirúrgico) está indicado como método de primeira escolha.[14,15]

Quadro 1. Formas clínicas de aborto

	Ameaça de abortamento	**Abortamento completo**	**Abortamento incompleto**	**Abortamento retido**	**Abortamento infectado ou séptico**	**Abortamento inevitável**
Sangramento	Discreto	Ausente ou discreto	Presente e, por vezes, abundante	Ausente ou muito discreto	Variável	Presente e, por vezes, abundante
Dor	Discreta ou ausente	Ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Intensa e contínua	Cólicas sempre presentes
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
Exame especular	Sem alterações	Sem alterações	Saída de tecido	Sem alterações	Secreção purulenta	Sangramento pelo orifício do colo; visibilização de membranas ovulares ou embrião através do colo
Colo uterino	Fechado	Fechado	Pérvio	Fechado	Pérvio e doloroso à mobilização	Entreaberto
US	Embrião/feto com vitalidade ou achados de gestação inicial ainda sem embrião. Pode haver área de descolamento ovular.	Útero vazio ou com coágulos. US é conduta bastante apropriada para ratificar o diagnóstico.	Conteúdo intrauterino amorfo e heterogêneo. Se o colo fica impermeável ao exame digital, o US pode ser necessário para esclarecer o diagnóstico e orientar a conduta quanto ao esvaziamento dos restos placentários.	Saco gestacional com embrião sem atividade cardíaca ou gestação anembrionada em 2 exames com intervalo de 15 dias	Restos ovulares, saco gestacional ou coágulos	Ovo deformado. Hematoma retro-ovular. Ovo muito baixo. É importante destacar que o US pélvico não é necessário para o diagnóstico e não pode retardar o tratamento.
Conduta	Analgesia, expectante	Expectante	Reposição volêmica Analgesia AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto	Expectante por até 4 semanas; após, AMIU ou curetagem se não houver resolução espontânea	Reposição volêmica, analgesia Clindamicina 600 mg EV a cada 6 horas (ou metronidazol 500 mg EV a cada 8 horas) + gentamicina 3 a 5 mg/kg/24 horas* AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto As pacientes deverão permanecer com terapia endovenosa por 48 horas após o último pico febril e melhora clínica.[18]	Reposição volêmica Analgesia AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto

*Na ausência de resposta, inclui-se no esquema ampicilina 1 g EV a cada 6 horas ou penicilina 5.000.000 UI EV a cada 6 horas.
US: ultrassonografia; AMIU: aspiração manual intrauterina; EV: endovenoso.

Quadro 2. Critérios ultrassonográficos para diagnóstico de aborto retido

• Saco gestacional sem vesícula vitelínica ou embrião e com diâmetro médio ≥ 25 mm
• Embrião com comprimento crânio-nádegas ≥ 7 mm e sem atividade cardíaca
• Ausência de embrião com batimento cardíaco 2 semanas após um exame demonstrando saco gestacional vazio
• Ausência de embrião com batimento cardíaco 11 ou mais dias após exame demonstrando o saco gestacional com vesícula vitelínica

Fonte: Doubilet PM, *et al.*[8]

Abortamento no segundo trimestre

A possibilidade da presença de ossos fetais no abortamento de segundo trimestre torna o tratamento farmacológico, seguido do cirúrgico, preferencial em relação ao cirúrgico exclusivo.[13] Nas gestações entre 13 e 24 semanas, a FIGO e a OMS recomendam posologia de 400 mcg de misoprostol, via vaginal, repetida a cada três horas.[12,13] Mulheres com cicatriz uterina têm risco de 0,28% de rotura uterina durante abortamento farmacológico no segundo trimestre. Por isso, em caso de cicatriz uterina anterior (cesárea ou miomectomia), a dose de misoprostol não deve ser maior que 200 mcg vaginal a cada 6 horas.[16]

Método mecânico/cirúrgico

Os dois métodos mais utilizados para esvaziamento uterino no abortamento são a aspiração intrauterina (manual ou elétrica) e a curetagem. A aspiração intrauterina deve ser priorizada em relação à curetagem uterina para esvaziamento no primeiro trimestre, por apresentar menor morbimortalidade materna.[12,13,17] A OMS e a FIGO recomendam que a curetagem seja usada apenas se a aspiração intrauterina não for disponível.[12,13]

Aspiração intrauterina

Se o colo uterino estiver fechado, a utilização de 400 mcg de misoprostol, via vaginal, três a quatro horas antes do esvaziamento mecânico, facilita o procedimento, sendo uma alternativa aos dilatadores mecânicos.[13] A aspiração intrauterina é o procedimento de eleição para esvaziamento uterino antes da 12ª semana. Esse procedimento possibilita, em situações bastante favoráveis, a substituição da anestesia geral ou bloqueio locorregional por analgésicos, sedação ou, ainda, por bloqueio paracervical com lidocaína 1% sem vasoconstrictor, resultando em encurtamento da permanência hospitalar e maior agilidade no atendimento.[17]

Curetagem uterina

A curetagem uterina é o método de escolha nos casos de abortamentos do segundo trimestre.[14] Nas gestações com feto intrauterino após a 12ª semana, se houver condições maternas estáveis, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol, e somente após a expulsão fetal se faz a curetagem uterina.[9,12,14]

COMPLICAÇÕES DOS MÉTODOS DE ESVAZIAMENTO INTRAUTERINO

No caso de hemorragia, após se atestar que a causa não é resto ovular, uterotônicos podem ser utilizados. Além disso, coagulopatia de base pode ser aventada. Se a complicação for perfuração uterina, na maioria das vezes, a conduta é expectante, com vigilância da paciente devido às possibilidades de sangramento abdominal e infecção.[9,12-14]

PREVENÇÃO DA ALOIMUNIZAÇÃO RhD

É importante lembrar da profilaxia da aloimunização anti-RhD de mulheres RhD-negativas com quadros clínicos de abortamento.[14] No primeiro trimestre, a dose de 50 mcg de imunoglobulina hiperimune anti-RhD é efetiva, embora não haja contraindicação ao uso da dose padrão de 300 mcg, que é mais amplamente disponível. Após 12 semanas, recomenda-se a dose de 300 mcg.[18]

Abortamento recorrente

Não existe consenso quanto à definição de abortamento recorrente (AR). O conceito clássico é de quando há três ou mais perdas espontâneas sucessivas.[19] No entanto, a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) já considera recorrente quando há duas perdas clinicamente reconhecidas (gestação confirmada por imagem ultrassonográfica ou por estudo anatomopatológico).[20]

As perdas recorrentes comprometem 1% dos casais. Quanto maior o número de abortamentos e a idade materna, menor a chance de alcançar uma gestação viável.[21] Sua etiologia é variável, podendo ser consequente à alteração cromossômica (anormalidades estruturais balanceadas de um dos genitores), inflamatória e imunológica (síndrome do anticorpo antifosfolípide, lúpus e doença celíaca), anatômica (malformações uterinas e insuficiência istmocervical) e endocrinológicas (hiperprolactimenia, insuficiência de corpo lúteo, diabetes ou tireoidopatia descompensados), entre outras.[19] Apesar de investigação cuidadosa, sua causa não é identificável em 40% a 50% dos casais.[20]

Investigação

A história clínica deve conter dados detalhados das perdas anteriores, dos ciclos menstruais, se há galactorreia, história familiar de anormalidades congênitas ou cariotípicas, exposição a toxinas ambientais ou relatos sugestivos de síndrome antifosfolípide. A avaliação complementar inclui ultrassonografia/histerossonografia, pesquisa de síndrome antifosfolípide e avaliação da

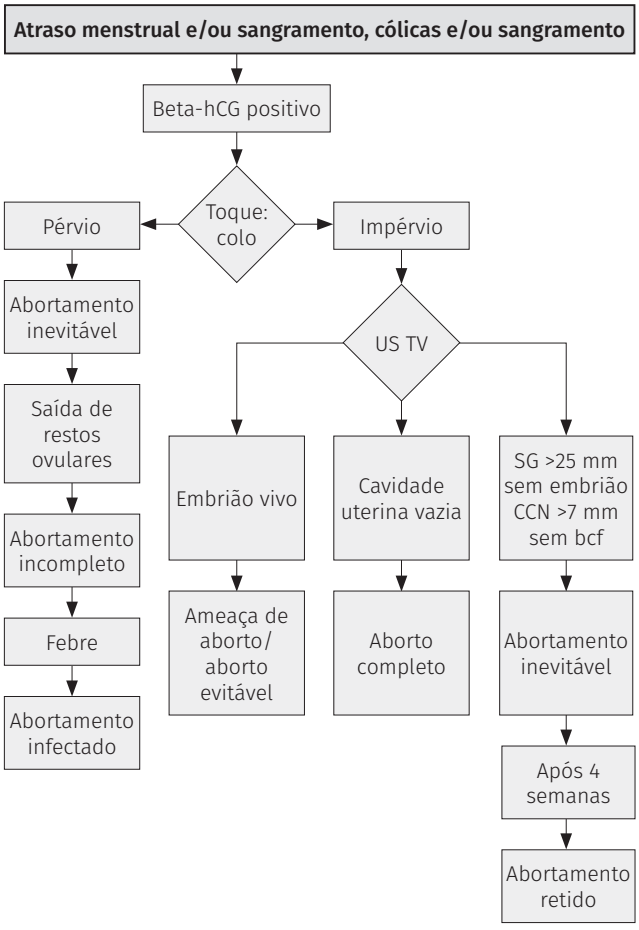
função tireoidiana. O cariótipo do casal pode ser avaliado, mas é baixa a probabilidade de uma alteração.

Tratamento

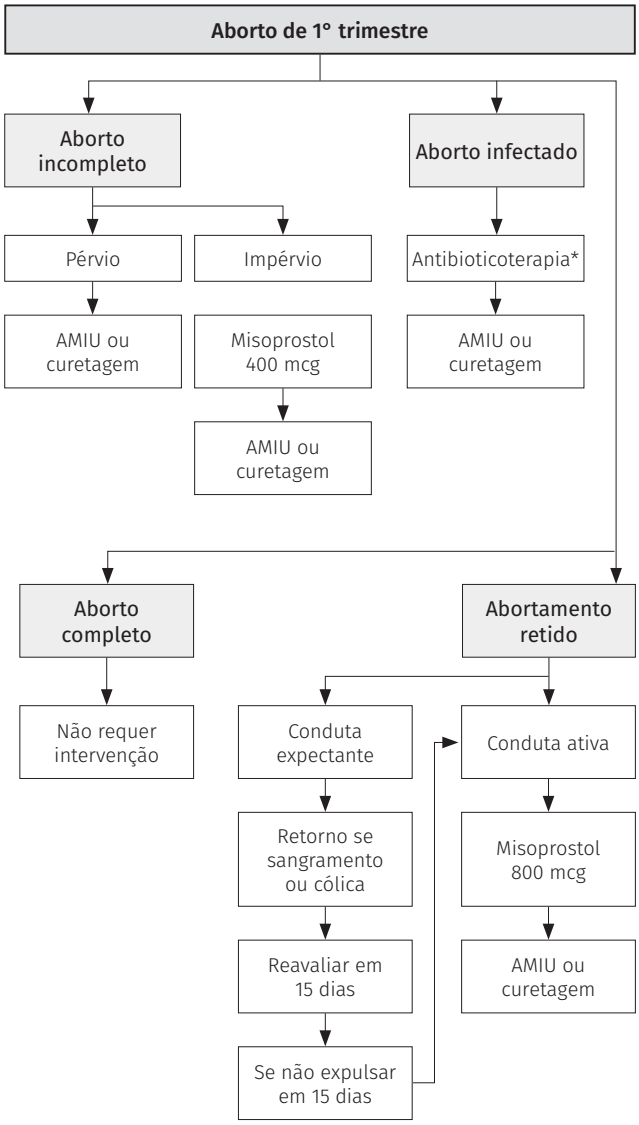
Quando a causa do AR for identificada, o tratamento será específico. Quando a causa for indefinida, algumas condutas são sugeridas:

- Modificação no estilo de vida: eliminar o uso de tabaco, do álcool e da cafeína e emagrecer, para as mulheres obesas, pode aumentar o potencial de fertilidade, embora isso não tenha sido definitivamente testado em ensaios randomizados.
- Progestagênios: a didrogesterona oral, na dose de 10 mg duas ou três vezes ao dia, parece ser segura e apresentou resultados positivos em um estudo clínico randomizado.[22,23] O uso de ácido acetilsalicílico, heparinas, gonadotrofina coriônica humana, citrato de clomifeno, imunoglobulina endovenosa e glicocorticoides são condutas não recomendadas, por serem inefetivas ou não comprovadas.[24]

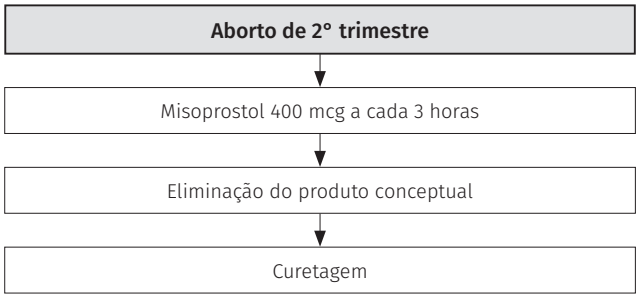
FLUXOGRAMA DE CONDUTA



Fonte: Elaboração própria.
US: ultrassonografia; TV: transvaginal; SG: saco gestacional; CCN: comprimento cabeça-nádegas; bcf: batimento cardíaco fetal.

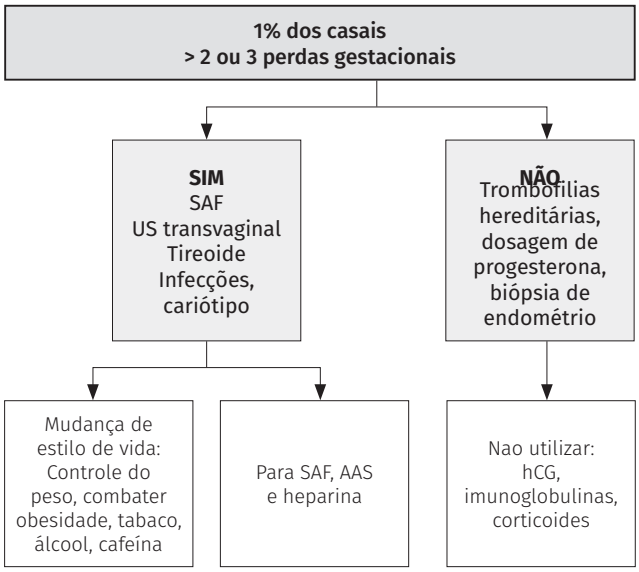


Fonte: Elaboração própria.
*Gentamicina + clindamicina ou penicilina + metronidazol.
AMIU: aspiração manual intrauterina.



Fonte: Elaboração própria.

ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO



Fonte: Elaboração própria.
SAF: síndrome do anticorpo antifosfolípide; US: ultrassonografia; AAS: ácido acetilsalicílico; hCG: hormônio gonadotrofina coriônica.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Alguns exames podem ser necessários, como o hemograma, na avaliação da magnitude do sangramento e na possibilidade de processo infeccioso associado. A contagem de plaquetas e as provas de coagulação podem auxiliar em situações de coagulopatia. O conhecimento do tipo sanguíneo é obrigatório para prevenção da aloimunização Rh e pela eventual necessidade de hemotransfusões. As sorologias, principalmente da sífilis, são importantes na avaliação das causas, podendo ser incluído o teste rápido para HIV e hepatites. No caso dos abortamentos infectados, alguns exames complementares são necessários para melhor avaliação e seguimento, como o hemograma com contagem de plaquetas; coagulograma; hemocultura; raio X abdominal; ultrassonografia pélvica e/ou de abdome total e tomografia, em alguns casos, para definir coleções intracavitárias.[9]

Acolher a paciente e os acompanhantes, sem impor valores pessoais e crenças, informando apropriadamente, é componente essencial em qualquer atendimento médico relacionado ao abortamento. Sempre devem ser apresentados os métodos disponíveis para o tratamento do abortamento e alívio de dor. A correta orientação reduz a ansiedade e auxilia a lidar com o luto da perda.[12,14]

O produto conceptual (feto e/ou anexos fetais) deve ser analisado macro e microscopicamente. Por isso, deve ser enviado sempre para exame histopatológico.[12,24]

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Jul 13]. Availalbe from: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en
2. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register-based study. BMJ. 2019;364:l869.
3. Dugas C, Slane VH. Miscarriage. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
4. Wyatt PR, Owolabi T, Meier C, Huang T. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. Am J Obstet Gynecol 2005;192:240.
5. Shahine L, Lathi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015;42(1):117-34.
6. Alves C, Jenkins SM, Rapp A. Early pregnancy loss (spontaneous abortion) [Updated 2023 Oct 12]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
7. Diejomaoh MF. Recurrent spontaneous miscarriage is still a challenging diagnostic and therapeutic quagmire. Med Princ Pract. 2015;24 (Suppl 1):38-55.
8. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M, Barnhart KT, Benacerraf BR, et al.; Society of Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. N Engl J Med. 2013;369(15):1443-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção humanizada ao abortamento. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Série de Direitos Sexuais Reprodutivos, caderno nº 4.
10. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). BMJ. 2006;332(7552):1235-40.
11. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Misoprostol ONLY Dosing Chart. FIGO: 2023 [cited 2024 Jul 13]. Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL%20%281%29%20%281%29.pdf
12. World Health Organization (WHO). Medical management of abortion: evidence base. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Jun 25]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf
13. World Health Organization (WHO). Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Geneva: WHO; 2014 [cited 2024 Jun 25]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/97415
14. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. Obstet Gynecol. 2018;132(5):e197-e207.
15. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. Obstet Gynecol. 2014;123(3):676-92.
16. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 2017;138(3):363-6.
17. Shih G, Wallace R. First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration. last updated: Mar 18, 2024. [cited 2024 Jun 25]. Available from: https://medilib.ir/uptodate/show/3287
18. Karanth L, Jaafar SH, Kanagasabai S, Nair NS, Barua A. Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(3):CD009617.
19. Regan L, Rai R, Saravelos S, Li TC, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent Miscarriage: Green-top Guideline No. 17. BJOG. 2023;130(12):e9-e39.
20. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2013;99(1):63.
21. Ford HB, Schust DJ. Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. Rev Obstet Gynecol. 2009;2(2):76-83.
22. Lee HJ, Park TC, Kim JH. The influence of oral dydrogesterone and vaginal progesterone on threatened abortion: a systematic review and meta-analysis. BioMed Res Int. 2017;2017:3616875.
23. Kumar A, Beguin N, Prasat S, Aggarwal S, Sharma SH. Oral dydrogesterone treatment during early pregnancy to prevent recurrent pregnancy loss and its role in modulation of cytokine production: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Fert Steril. 2014; 102:1354-7.
24. Henkel A, Shaw KA. Advances in the management of early pregnancy loss. Curr Opin Obstet Gynecol. 2018;30(6):419-24.

Femina
PROTOCOLOS FEBRASGO

Tumores *borderline* de ovário

HIGHLIGHTS

1. Tumores epiteliais ovarianos *borderline* são neoplasias não invasivas que ocasionalmente têm disseminação intraperitoneal e têm características e comportamentos intermediários entre tumores ovarianos benignos e malignos.
2. Esses tumores ocorrem em mulheres de todas as idades, e um terço das pacientes diagnosticadas tem menos de 40 anos de idade.
3. Geralmente, os tumores são lesões císticas unilaterais, mas podem ser, menos frequentemente, bilaterais e multifocais no mesmo ovário.
4. Tumores ovarianos *borderline* são frequentemente assintomáticos e geralmente são achados em exame ultrassonográfico realizado por outras indicações.
5. O exame de ultrassom é a melhor opção para a suspeita diagnóstica de tumor.
6. A cirurgia é o tratamento indicado. Em pacientes jovens e desejosas de preservar a fertilidade, a cirurgia conservadora é segura e viável. A abordagem cirúrgica preferencial é a laparoscopia.
7. Não está indicado tratamento adicional, quimio ou radioterápico, após a cirurgia.
8. Todas as pacientes tratadas, seja por cirurgia conservadora ou não, devem ser acompanhadas. O exame subsidiário para tal é a ultrassonografia. Recidivas costumam ocorrer, e o tratamento é uma nova cirurgia.

INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é a principal causa de morte entre todos os cânceres ginecológicos nos países desenvolvidos. A maioria das pacientes, quando diagnosticadas com a doença, apresenta o tumor em estágio avançado, definido como a disseminação da moléstia para fora da pelve, estágios III e IV da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO).

No mundo, o número estimado de casos novos para 2023 foi de 324.603, sendo o 18º (1,6%) na colocação geral entre todas as neoplasias malignas. O número de mortes previsto foi 206.956, ocupando o 14º (2,1%) lugar. A proporção de óbitos foi de 21,30/100 mil mulheres.[1]

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) estimou em 7.310 casos novos de câncer de ovário para o triênio 2023-2025. O risco é de 6,62 casos para 100 mil mulheres, ocupando a 19ª posição entre os tipos de câncer mais frequentes.

A doença é a quinta colocada entre as mortes por câncer em mulheres, ocupando o primeiro posto entre os cânceres do sistema genital. A chance de uma mulher ter câncer de ovário durante a vida é de 1:78 e a de morrer por sua causa é de 1:108.[2]

O tumor *borderline* de ovário (BOT) foi descrito em 1929 por Taylor como um tumor semimaligno; a FIGO o definiu oficialmente em 1961 e a Organização Mundial da Saúde (OMS) ratificou a definição em 1973. Os BOTs concorrem com 14% a 15% de todas as neoplasias ovarianas primárias.[3]

As características que distinguem esse tumor do carcinoma de ovário são: ocorrência em torno dos 40 anos de idade, 20 anos antes da idade média

Descritores

Neoplasias ovarianas; Estadiamento de neoplasias; Tumores *borderline*

Como citar?
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Tumores *borderline* de ovário. Femina. 2025;53(1):53-60.

*Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica e validado pela diretoria científica como documento oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 30. Acesse: https://www.febrasgo.org.br/

Todo conteúdo está licenciado sob a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

dos cânceres epiteliais; ser mais associado com infertilidade; ter menor frequência de associação com mutação do gene BRCA; a maioria ser diagnosticada em estádios iniciais; ter prognóstico bom, comparado ao carcinoma, com taxa média de sobrevida de 10 anos.[4]

A classificação da OMS dos tumores femininos recomenda o termo "tumor *borderline* do ovário", anteriormente intercambiável com tumor proliferativo atípico e tumor de baixo potencial de malignidade, denominações não recomendadas desde 2020.[5] São classificados nos tipos histológicos seroso, mucinoso, seromucinoso, endometrioide, de células claras e de Brenner, caracterizados pelo tipo celular, cada um deles com vias patogênicas e comportamentos biológicos distintos.[5]

Os subtipos seroso (50% a 55%) e mucinoso (35% a 45%) são as formas mais encontradas.[6]

Os BOTs respondem por aproximadamente 10% a 20% das neoplasias ovarianas,[7] sendo sua incidência de 1,8 a 4,8/100 mil mulheres/ano.[8] Como a denominação indica, seu comportamento não é benigno, embora tenha, tipicamente, um prognóstico favorável, mesmo nos estádios avançados, com taxas de sobrevida excelentes aos 5 (97%), 10 (95%), 15 (92%) e 20 (89%) anos.[9]

Apesar disso, constitui um desafio para os médicos, já que a recorrência e a transformação maligna são fatores críticos que afetam o prognóstico.[10]

ETIOPATOGENIA

Na década passada, houve grande avanço no conhecimento dos BOTs e das outras neoplasias epiteliais ovarianas. Os diferentes tipos histológicos apresentam diferentes vias patogenéticas. O BOT seroso (sBOT), igual ao carcinoma seroso de baixo grau, é composto de epitélio de padrão tubário e apresenta, em geral, mutações somáticas em *KRAS* ou *BRAF* – essa última mais frequente no estádio inicial.[5,11] O BOT mucinoso (mBOT), caracterizado por epitélio de tipo gastrointestinal e mutações frequentes em *KRAS* e *TP53*, pode se originar de tumor de Brenner, de cisto de Walthard e de teratoma. Os dois primeiros raramente expressam SATB2 e apresentam mutações em *CDKN2A* e *MTAP*. Por outro lado, a neoplasia originada em teratoma expressa SATB2 e tem mutações em *RNF43*.[12,13]

É importante ser excluída a neoplasia secundária em ovário, mimetizando BOT.

O BOT de tipo seromucinoso se origina frequentemente de endometriose e apresenta fenótipo intermediário entre o tipo endometrioide e o seroso, associado a áreas mucinosas. Na imuno-histoquímica, expressa citoqueratina-7, receptor de estrogênio (RE), receptor de progesterona (RP), CA-125 e PAX-8; é negativo para citoqueratina 20, CDX2 e antígeno carcinoembriônico (CEA) e tem expressão normal de p53.[13] As mutações mais frequentemente encontradas são de *KRAS* (70%), *PIK3CA* (37%), *PTEN* (19%) e *ARID1A* (16%).[13] Os BOTs endometrioide, de células claras e de Brenner são raros e têm comportamento benigno na prática.[5,6]

DIAGNÓSTICO

Quanto à clínica, um terço dos BOTs é assintomático; entre 50% e 60% dos casos ocorrem sintomas inespecíficos abdominais, como dor ou distensão; em 10% dos casos, há sangramento vaginal.[4]

O exame de ultrassonografia (US) transvaginal fornece as melhores informações, por isso é indicado (recomendação A). Projeções papilares são mais encontradas, em comparação com o carcinoma invasor.[14] Recentemente, foi descrito um padrão microcístico nas projeções papilares, componentes sólidos e septos, presente nos sBOT e mBOT e não visto em tumores benignos e carcinomas.[15]

O uso de US tridimensional, Doppler colorido, tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia de emissão de pósitrons (PET-CT) não apresenta vantagem adicional para o diagnóstico e acarreta aumento do custo, além de desconforto à paciente. Na realidade, as imagens auxiliam pouco no diagnóstico pré-operatório dos BOTs, percentil que varia na faixa de 26% a 69% dos casos. Por isso, devem-se ponderar suas indicações (recomendação B).[4]

A estratificação de risco de malignidade é realizada por métodos imagenológicos, sendo de uso bastante difundido o *International Ovarian Tumor Analysis* (IOTA) e, mais recentemente, o O-Rads, os quais têm valor para o planejamento da abordagem (recomendação A).[16]

O marcador tumoral CA-125 encontra-se elevado em 15% a 50% dos casos, principalmente nos sBOT, endometrioide e seromucinoso. Outros marcadores tumorais têm sido testados em vão.[4] Na suspeita de mBOT, há indicação para dosagem do CA 19.9 (recomendação C). Assim, no caso de uma massa ou imagem ovariana indeterminada, podem-se solicitar CA-125, HE4 e CA 19.9 (recomendação C). Caso tenham sido realizadas dosagens de marcadores tumorais no pré-operatório e eles foram negativos, não se recomenda solicitar os mesmos exames no pós-tratamento (recomendação C). Contudo, se o CA-125 foi alto antes da cirurgia, recomenda-se realizá-lo no seguimento (recomendação B).[17]

O diagnóstico de BOT é feito pelo exame anatomopatológico, portanto a excisão cirúrgica é impositiva, com exame histológico intraoperatório (congelação).

Os critérios histológicos que propiciam o diagnóstico dos tumores *borderline* são:

- Estratificação do epitélio de papilas;
- Formação de projeções papilares provindas do epitélio de papilas;
- Pleomorfismo epitelial;
- Atipias;
- Atividade mitótica;
- Ausência de invasão estromal.[18]

Embora a maioria dos sBOT tenha prognóstico favorável, ocorrem recorrência e progressão com frequência, sendo o curso clínico protraído. A presença e o tipo da doença extraovariana são os fatores preditores de progressão mais importantes. Essa progressão pode tomar a forma de carcinoma seroso de baixo grau, e a transformação para alto grau é observada ocasionalmente.[19]

A doença extraovariana em paciente com suposto mBOT pode ser a metástase de um foco não diagnosticado de carcinoma dentro do ovário ou a doença extraovariana representar metástase de carcinoma mucinoso de outro lugar.[20-25]

A avaliação histopatológica durante a cirurgia é desejável, apesar de o exame por congelação ser menos acurado (60%) que o definitivo (89,3%) (recomendação A).[26-32]

ESTADIAMENTO

Os cânceres de ovário são estadiados cirurgicamente, o que é um dos objetivos da abordagem cirúrgica. Na sequência, o estadiamento FIGO para ovário, tuba uterina e peritônio:[33]

- Estádio I: o tumor está limitado somente aos ovários ou à(às) tuba(s) uterina(s).
- Estádio IA: o tumor está limitado a um ovário (cápsula intacta) ou a uma tuba uterina. Não há tumor na superfície do ovário, da tuba uterina nem do peritônio. Não há células malignas em ascite, nem no lavado peritonial.
- Estádio IB: o tumor está limitado a um ou ambos os ovários (cápsula intacta) ou ambas as tubas uterinas. Não há tumor na superfície do ovário, da tuba uterina nem do peritônio, e não são detectadas células malignas no líquido ou lavado peritonial.
- Estádio IC: o tumor está limitado a um ou ambos os ovários ou a uma ou ambas as tubas uterinas, associado a quaisquer das seguintes situações:
  - Estádio IC1: a cápsula tumoral rompe durante a remoção cirúrgica;
  - Estádio IC2: a cápsula tumoral estava rota antes da cirurgia ou há tumor na superfície do ovário ou da tuba uterina;
  - Estádio IC3: células neoplásicas malignas são encontradas no líquido acumulado na cavidade abdominal (ascite) ou no lavado peritonial.
- Estádio II: o tumor envolve um ou ambos os ovários ou as tubas uterinas com extensão pélvica restrita à bacia ou câncer primário de peritônio.
- Estádio IIA: o tumor se espalha para o útero e/ou tubas uterinas e/ou ovários.
- Estádio IIB: o tumor se espalha para outros tecidos, dentro da pelve.
- Estádio III: o tumor envolve um ou ambos os ovários ou tubas uterinas, e/ou o câncer é primário de peritônio com confirmação citológica ou histológica de disseminação para o peritônio extrapélvico e/ou metástases para linfonodos retroperitoniais.
- Estágio IIIA: metástases para os linfonodos retroperitoniais, com ou sem envolvimento peritonial microscópico além da pelve.
- Estádio IIIA1: o tumor compromete os linfonodos retroperitoniais com comprovação citológica ou histológica, mas não se espalha na superfície peritonial.
- Estádio IIIA1(i): o maior diâmetro das metástases é ≤ 10 mm na maior dimensão (a dimensão é do tumor, não do linfonodo).
- Estádio IIIA1(ii): o maior diâmetro das metástases é > 10 mm na maior dimensão.
- Estádio IIIA2: o tumor se espalha microscopicamente no peritônio, acima da pelve. Os linfonodos retroperitoniais podem estar comprometidos ou não.
- Estádio IIIB: metástases macroscópicas além da pelve, havendo implantes tumorais com maior diâmetro menor que 2 cm com ou sem metástases para os linfonodos retroperitoniais. Inclui extensão para a cápsula hepática e/ou esplênica sem o envolvimento do parênquima.
- Estádio IIIC: metástases peritoniais macroscópicas além da pelve e no abdome, havendo implantes tumorais com maior diâmetro acima de 2 cm, com ou sem metástases para os linfonodos retroperitoniais. Inclui extensão para a cápsula hepática e/ou esplênica, sem o envolvimento do parênquima.
- Estádio IV: metástases a distância, excluindo as metástases peritoniais.
- Estádio IVA: derrame pleural com citologia positiva para células malignas
- Estádio IVB: metástases para o parênquima hepático, o baço ou outros órgãos fora do abdome, incluindo linfonodos inguinais e outros linfonodos fora da cavidade abdominal

No estadiamento dos BOTs, a inspeção cuidadosa do peritônio e biópsias peritoniais são indicadas (recomendação B).[34,35]

O estadiamento cirúrgico deve ser realizado no mesmo tempo da cirurgia, após a remoção do ovário e o diagnóstico de congelação da peça operatória, comprovando ser BOT (recomendação B). Também deve ser feito em cirurgia de reestadiamento após o resultado histopatológico de BOT em tumor ou cisto ovariano excisado (recomendação B).[4]

O benefício de reestadiar também é questionável quando o estadiamento não foi completo durante a primeira cirurgia. Ao considerar a potencial morbidade associada, o reestadiamento será considerado em

pacientes com alto risco de implantes invasivos extraovarianos, caso do sBOT com padrão micropapilar, ou quando não houve avaliação completa do peritônio abdominopélvico durante a primeira cirurgia.[21,36,37]

TRATAMENTO

Os BOTs são diagnosticados em idade mais jovem. As mulheres que apresentam demandas como manutenção da fertilidade, menopausa prematura, morbidade operatória e uso de tratamento adjuvante devem ser atendidas no possível, por se tratar de aspectos importantes e influenciar a decisão terapêutica.

Não há estudos prospectivos randomizados acerca do tratamento. Em consequência, as recomendações terapêuticas são baseadas em estudos retrospectivos. A base para a abordagem desses tumores é a cirurgia, que visa também ao diagnóstico de certeza e ao estadiamento operatório (recomendação A). A cirurgia padrão é a salpingo-ooforectomia bilateral, histerectomia total, citologia peritonial, omentectomia e biópsias múltiplas peritoniais (recomendação A). Se a doença se dissemina além do ovário, a remoção de todos os implantes macroscópicos é indicada (recomendação A).[38]

A linfadenectomia de rotina não é recomendada, em vista de a taxa de recorrência e a de sobrevida serem similares, havendo linfonodos positivos ou negativos. O benefício, na sobrevida geral da cirurgia estadiadora completa, no estádio I macroscópico, não foi comprovado. Na verdade, o benefício da linfadenectomia não é muito claro nos estudos publicados, e não há evidência que a corrobore como procedimento sistemático nos estádios II e III, embora se tenha como necessário o estadiamento completo na doença avançada (recomendação B).[2,39-41]

A apendicectomia como procedimento estadiador, estando o apêndice vermiforme macroscopicamente normal, não necessita ser realizada, mesmo sendo mBOT (recomendação A), embora alguns a realizem.

Todos os BOTs em estádio acima de II da FIGO são considerados em estágio avançado, e as pacientes devem ser referenciadas para um centro especializado para o tratamento e o seguimento adequados do câncer de ovário (recomendação C).[42]

A abordagem cirúrgica dos BOTs pode ser por laparotomia, laparoscopia ou laparoscopia assistida (robótica), dependendo da existência dos equipamentos e da experiência do cirurgião. Os resultados são similares.[43,44]

Ao longo dos anos, o tratamento cirúrgico conservador dos BOTs tem-se tornado mais frequente. A idade de incidência desses tumores, associada à postergação atual das gestações, leva ao aumento do desejo de preservação da fertilidade no diagnóstico. Assim, as possibilidades cirúrgicas do tratamento conservador e o aconselhamento em um serviço de reprodução assistida devem ser discutidos com as pacientes. Ainda que não exista benefício da histerectomia ou da apendicectomia sistemáticas, é importante que se informe sobre o maior risco de recorrência após o tratamento conservador, em comparação ao tratamento radical.[45]

A opção por cirurgia conservadora não será desenvolvida aqui, por haver um protocolo específico sobre o assunto.

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

Os tratamentos quimioterápico (QT) e radioterápico (RT) não são recomendados por não propiciarem melhores resultados e pelo fato de a morbidade e a mortalidade relatadas serem piores que a própria doença.[4,46] Isso se aplica mesmo nos casos de BOTs com implantes invasivos, de acordo com evidências disponíveis.[47-57]

Apesar disso, o papel da QT adjuvante nos estádios avançados de BOTs continua em debate.[4,53] A possível necessidade de tratamento dependeria da presença ou da ausência de componente invasivo. Se não houver evidência de doença invasiva, a melhor opção será o acompanhamento.[4] Nenhum estudo randomizado mostrou aumento na sobrevida com o uso de terapêutica não cirúrgica, nos casos de recidiva de BOT, especialmente na não existência de implantes invasivos. Muitos trabalhos têm mostrado alta taxa de doença residual ou de doença recorrente, mesmo após adjuvância terapêutica com QT ou RT. A explicação das baixas taxas de respostas é a lentidão de proliferação desses tumores.[4]

Embora o significado dos implantes invasivos esteja ainda sendo investigado, a presença deles na superfície peritonial poderia ser considerada para tratamento QT. Nesse caso, o regime terapêutico é o mesmo usado em carcinoma seroso de baixo grau.[4] Por isso, até o momento, a QT e a RT adjuvantes ainda não encontraram espaço definido no tratamento dos BOTs (recomendação A). Os REs são positivos em 90% dos casos de sBOT, mas muito poucos casos mostraram resposta ao uso de tamoxifeno, leuprolida e anastrazol. Também foi estudado o efeito citostático do acetato de medroxiprogesterona, sem resultado satisfatório.[4]

Para o futuro, a busca tem sido focada na terapia-alvo, tendo em vista que o sBOT está associado com mutações *KRAS* e *BRAF*. Alternativas similares poderão ser tentadas para os BOTs endometrioide e de células claras, que são associados a defeitos *PI3k/PTEN*.[4] Tratamento de reposição hormonal pode ser oferecido às mulheres jovens após ooforectomia bilateral para prevenção da doença cardiovascular e da osteoporose e melhorar sua qualidade de vida (recomendação B).[4]

PROGNÓSTICO

Em geral, os BOTs possuem bom prognóstico, embora 10% dos casos apresentem recorrência e 20% a 30% deles, transformação maligna.[4]

As características relacionadas ao mau prognóstico são: transformação para doença invasiva, que, por sua vez, depende do tipo celular, estádio, tipo de implante

(para o sBOT), arquitetura micropapilar (para sBOT) e microinvasão; doença residual após cirurgia; estádio patologicamente avançado; implantes invasivos extraovarianos (maior preditor de recorrências); tipo histológico (seroso é mais grave); fatores genéticos como aneuploidia do DNA, mutação *BRAF* e *KRAS* (sBOT) ou somente *KRAS* para mBOT; tipo da cirurgia (a cirurgia conservadora é associada com recidivas); eficiência da cirurgia (a permanência de tumor residual aumenta recorrências); cirurgia patologicamente incompleta piora o prognóstico, comparada com cirurgia ótima.[4] O envolvimento linfonodal não afeta o prognóstico.[4]

O quadro 1 mostra a sobrevida entre 2.818 pacientes portadoras de BOT pela base de dados *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) no *National Cancer Institute*.

Quadro 1. Sobrevida de 2.818 portadoras de tumor *borderline* de ovário, em 5 e 10 anos, por estadiamento da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO)

Estadiamento FIGO	Sobrevida (%)	
	5 anos	10 anos
I	99	97
II	98	90
III	96	88
IV	77	69

Fonte: Trimble CL, *et al.* (2002).[58]

RECORRÊNCIA

O risco de recorrência invasora é muito baixo, mas existe, sendo estimado em 0,5%. O fator de risco mais referido é a presença de implantes peritoniais invasivos.[38,59,60]

Pacientes com mBOT têm menos recorrência em relação ao subtipo seroso, mas, quando ocorre, o risco de ser recorrência invasora é maior.[61]

No entanto, faltam evidências claras sobre se isso se deve à história natural desse tumor, ou ao fato de haver mais abordagens cirúrgicas com opção pela cistectomia, ou ao fato de o mBOT ser mais volumoso, o que aumenta a possibilidade de diagnóstico incorreto, podendo passar despercebido um pequeno foco de invasão.[56]

Na prática, como a maioria dos BOTs é unilateral, a recomendação da salpingo-ooforectomia unilateral diminui o risco potencial da recorrência invasora.[36] O mais comum é recorrer como BOT sem invasão. Quando se preserva o ovário, é mais comum ocorrer recorrência, e, se a cirurgia foi a cistectomia, ela costuma ser mais precoce. Em acometimento de ambos os ovários, a cistectomia bilateral propicia mais recidivas que a ooforectomia de um anexo, associada à cistectomia contralateral.

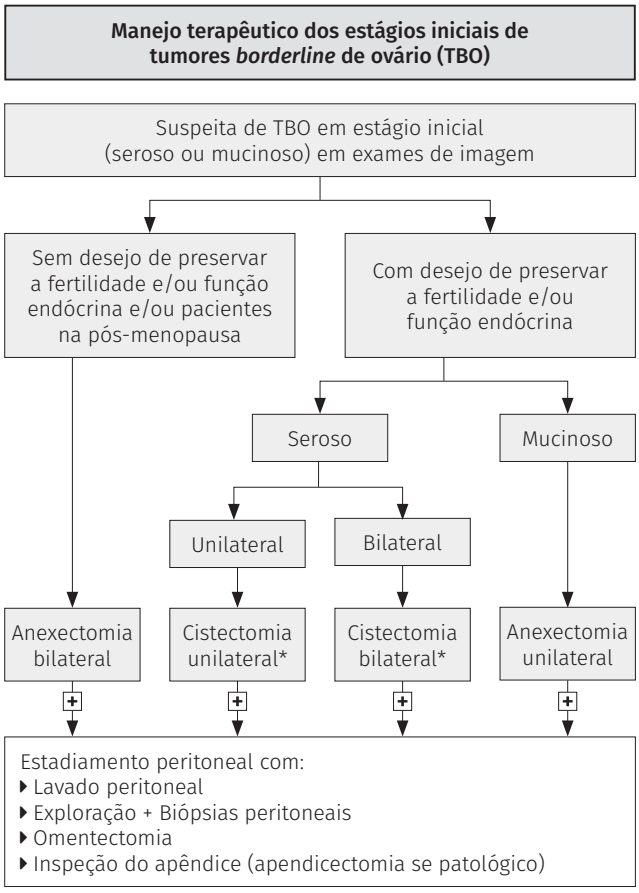
Recorrências tardias são consideradas recidiva do tumor inicial. Se o tumor recorrente for invasivo, a suspeita será de que houve transformação maligna. A taxa de transformação maligna é muito baixa (2% a 4%).[4]

Nos casos de haver fatores prognósticos desfavoráveis, o seguimento após o tratamento deve ser rigoroso.[4,61]

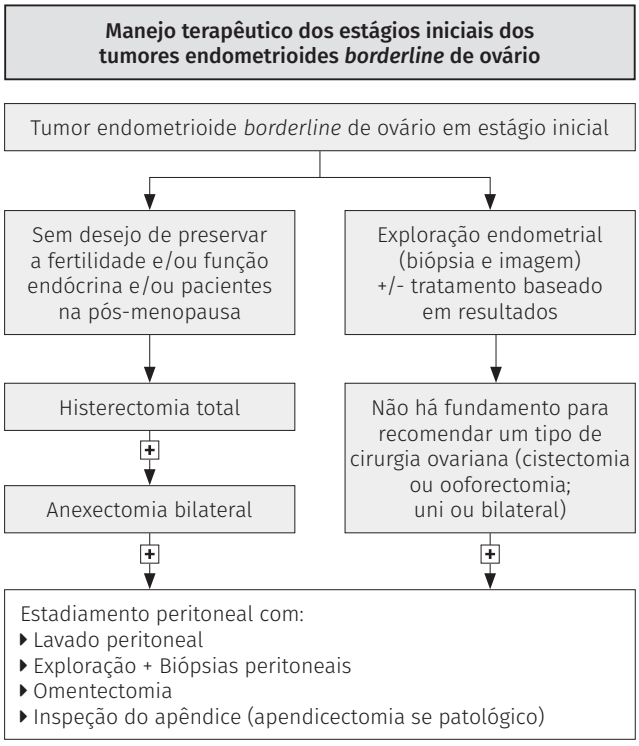
SEGUIMENTO

É realizado pela combinação do exame clínico e US. A dosagem do CA-125 e CA 19.9 (para mBOT) é indicada quando foram testados e positivos no diagnóstico inicial. Em caso negativo, a inclusão desses testes é duvidosa quanto ao custo-efetividade. Os exames são realizados a cada três meses, nos dois primeiros anos; a cada seis meses, nos três a cinco anos seguintes; e anualmente, daí em diante. A US deve ser transparietal abdominal e transvaginal, apresentando sensibilidade de 95%, mas há 33% de falso-positivos. O teste CA-125 e o exame clínico têm valores limitados, sendo negativos na maioria dos casos.[4]

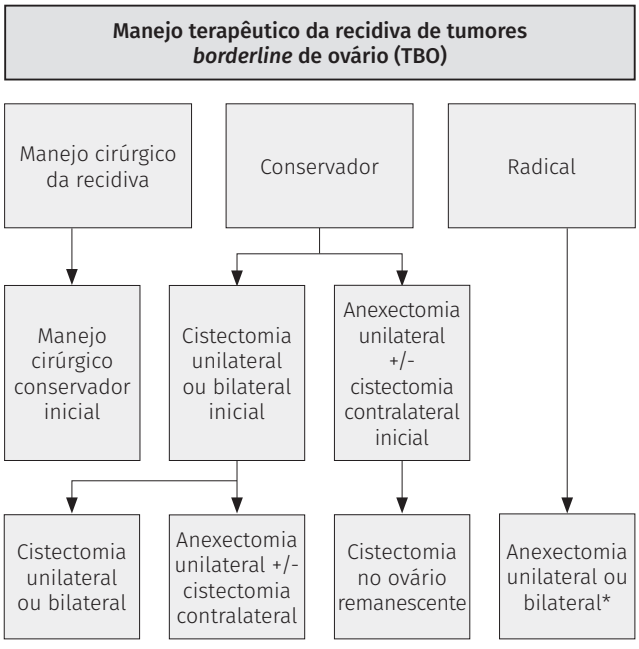
FLUXOGRAMA DE CONDUTA



*Se tecnicamente viável.
Fonte: Traduzido de Bourdel N, *et al.* (2021).[45]



Fonte: Traduzido de Bourdel N, *et al.* (2021).[45]



*Histerectomia em caso de tumor endometrioide borderline de ovário
Fonte: Traduzido de Bourdel N, *et al.* (2021).[45]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os BOTs concorrem com 14% a 15% de todas as neoplasias ovarianas primárias. As características que distinguem esse tumor do carcinoma de ovário são: ocorrência em torno dos 40 anos de idade, 20 anos antes da idade média dos cânceres epiteliais; e estar mais associado com infertilidade. Assim como os demais tumores de ovário, têm sintomas muitas vezes inespecíficos, como os gastrointestinais, ou mesmo cursam de forma assintomática. Seu estadiamento também é cirúrgico e passa pelo completo inventário da cavidade a fim de se proporem, nos casos em que se deseja a preservação da fertilidade, tratamentos mais conservadores. Diferentemente dos tumores epiteliais de ovário, os tumores *borderline* têm caráter de maior indolência e, por isso, seu principal pilar terapêutico se alicerça na cirurgia, podendo ser menos agressiva. São pouco ou não responsivos ao tratamento quimioterápico e, em virtude desses fatores (cirurgias conservadoras e baixa responsividade à adjuvância), necessitam de seguimento por longo prazo, devendo as pacientes serem conscientizadas da necessidade de acompanhamento em longo prazo, principalmente com exames de imagem (ultrassonografia), bem como para estarem atentas aos sinais e sintomas que eventualmente possam surgir (alterações do hábito intestinal/urinário; aumento do volume abdominal, entre outros).

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer (Iarc). World Health Organization (WHO). Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2022. Lyon: Iarc/WHO; 2022 [cited 2024 Jul 8]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2024 Ago 2]. Disponível em https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil
3. Skirnisdóttin I, Garmo H, Wilander E, Holmberg L. Borderline ovarian tumors in Sweden 1960-2005; trends in incidence and age at diagnosis compared to ovarian cancer. Int J Cancer. 2008;123(8):1897-91.
4. Perween R, Khan T. Borderline ovarian tumor – an overview and evidence based management. Pan Asian J Obstet Gynecol. 2019;2(1):30-6.
5. International Agency for Research on Cancer (Iarc). World Health Organization (WHO). Female genital tumours. WHO Classification of Tumours Editorial Board. 5a ed. Lyon, France: Iarc; 2020 [cited 2024 Jul 8]. Available from: https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Female-Genital-Tumours-2020
6. Hauptmann S, Friedrich K, Redline R, Avril S. Ovarian borderline tumors in the 2014 WHO classification: evolving concepts and diagnostic criteria. Virchows Arch. 2017;470(2):125-42.
7. du Bois A, Trillsch F, Mahner S, Heitz F, Harter P. Management of borderline ovarian tumors. Ann Oncol. 2016 ;27 Suppl 1:i20-2.
8. Loizzi V, Selvaggi L, Leone L, Latorre D, Scardigno D, Magazzino F, et al. Borderline epithelial tumors of the ovary: experience of 55 patients. Oncol Lett. 2015;9(2):912-4.
9. Leake JF, Rader JS, Woodruff JD, Rosenshein NB. Retroperitoneal lymphatic involvement with epithelial ovarian tumors of low malignant potential. Gynecol Oncol. 1991;42(2):124-30.
10. Ma JW, Miao Y, Liang CN, Wang N, Jiang B, Wang QY, et al. Malignant transformation of a borderline ovarian tumor with pulmonary and pleural metastases after years of latency. A case report and literature review. Front Med (Lausanne). 2020;7:571348.
11. Chui MH, Kjaer SK, Frederiksen K, Hannibal CG, Wang TL, Vang R, et al. BRAFV600E -mutated ovarian serous borderline tumors are at relatively low risk for progression to serous carcinoma. Oncotarget. 2019;10(64):6870-8.
12. Simons M, Simmer F, Bulten J, Ligtenberg MJ, Hollema H, van Vliet S, et al. Two types of primary mucinous ovarian tumors can be distinguished based on their origin. Mod Pathol. 2020;33(4):722-33.

13. McCluggage WG. Endometriosis-related pathology: a discussion of selected uncommon benign, premalignant and malignant lesions. Histopathology. 2020;76(1):76-92.
14. Exacoustos C, Romanini ME, Rinaldo D, Amoroso C, Szabolcs B, Zupi E, et al. Preoperative sonographic features of borderline ovarian tumors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005;25(1):50-9.
15. Timor-Tritsch IE, Foley CE, Brandon C, Yoon E, Ciaffarrano J, Monteagudo A, et al. New sonographic marker of borderline ovarian tumor: microcystic pattern of papillae and solid components. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;54(3):395-402.
16. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, Froyman W, Benacerraf BR, Bennett GL, et al. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. Radiology. 2020;294(1):168-85.
17. Nyangoh-Timoh K, Bendifallah S, Dion L, Ouldamer L, Levêque J. Tumeurs frontières de l'ovaire. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Pertinence des marqueurs tumoraux. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020;48(3):277-86.
18. Washington C, Gunderson CC, Mannel RS. Adnexal masses. In: Creasman WT, Mutch DG, Mannel RS, Tewari KS. DiaSaia and Creasman Clinical Gynecologic Oncology. 10tth ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p. 321-2.
19. Malpica A, Longacre TA. Prognostic indicators in ovarian serous borderline tumours. Pathology. 2018;50(2):205-13.
20. Karlsen NM, Karlsen MA, Høgdall E, Nedergaard L, Christensen IJ, Høgdall C. Relapse and disease specific survival in 1143 Danish women diagnosed with borderline ovarian tumours (BOT). Gynecol Oncol. 2016;142(1):50-3.
21. Vang R, Hannibal CG, Junge J, Frederiksen K, Kjaer SK, Kurman RJ. Long-term behavior of serous borderline tumors subdivided into atypical proliferative tumors and noninvasive low-grade carcinomas: a population-based clinicopathologic study of 942 cases. Am J Surg Pathol. 2017;41(6):725-37.
22. Hannibal CG, Vang R, Junge J, Frederiksen K, Kurman RJ, Kjaer SK. A nationwide study of ovarian serous borderline tumors in Denmark 1978-2002. Risk of recurrence, and development of ovarian serous carcinoma. Gynecol Oncol. 2017;144(1):174-80.
23. Chui MH, Xing D, Zeppernick F, Wang ZQ, Hannibal CG, Frederiksen K, et al. Clinicopathologic and Molecular Features of Paired Cases of Metachronous Ovarian Serous Borderline Tumor and Subsequent Serous Carcinoma. Am J Surg Pathol. 2019;43(11):1462-72.
24. Uzan C, Muller E, Kane A, Rey A, Gouy S, Bendiffallah S, et al. Prognostic factors for recurrence after conservative treatment in a series of 119 patients with stage I serous borderline tumors of the ovary. Ann Oncol. 2014;25(1):166-71.
25. Colombo N, Sessa C, du Bois A, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, et al.; ESMO-ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. Ann Oncol. 2019;30(5):672-705.
26. Houck K, Nikrui N, Duska L, Chang Y, Fuller AF Jr, Bell D, et al. Borderline tumors of the ovary: correlation of frozen and permanent histopathologic diagnosis. Obstet Gynecol. 2000;95(6 Pt 1):839-43.
27. Tempfer CB, Polterauer S, Bentz EK, Reinthaller A, Hefler LA. Accuracy of intraoperative frozen section analysis in borderline tumors of the ovary: a retrospective analysis of 96 cases and review of the literature. Gynecol Oncol. 2007;107(2):248-52.
28. Li M, Liu YH, Zhuang HG, Lin HH, Zeng RH, Wang XB, et al. [Analysis of diagnosis accuracy of frozen sections in 73 cases of borderline tumor of ovary]. Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi. 2009;38(2):106-9. Chinese.
29. Shah JS, Mackelvie M, Gershenson DM, Ramalingam P, Kott MM, Brown J, et al. Accuracy of intraoperative frozen section diagnosis of borderline ovarian tumors by hospital type. J Minim Invasive Gynecol. 2019;26(1):87-93.
30. Park JY, Lee SH, Kim KR, Kim YT, Nam JH. Accuracy of frozen section diagnosis and factors associated with final pathological diagnosis upgrade of mucinous ovarian tumors. J Gynecol Oncol. 2019;30(6):e95.
31. Shih KK, Garg K, Soslow RA, Chi DS, Abu-Rustum NR, Barakat RR. Accuracy of frozen section diagnosis of ovarian borderline tumor. Gynecol Oncol. 2011;123(3):517-21.
32. Morice P. Borderline tumours of the ovary and fertility. Eur J Cancer. 2006;42(2):149-58.
33. Prat J; FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. Int J Gynaecol Obstet. 2014;124(1):1-5.
34. Cheng A, Li M, Kanis MJ, Xu Y, Zhang Q, Cui B, et al. Is it necessary to perform routine appendectomy for mucinous ovarian neoplasms? A retrospective study and meta-analysis. Gynecol Oncol. 2017;144(1):215-22.
35. Song T, Kim MK, Jung YW, Yun BS, Seong SJ, Choi CH, et al. The role of appendectomy in patients with mucinous borderline ovarian tumors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;229:112-6.
36. Kane A, Uzan C, Rey A, Gouy S, Camatte S, Pautier P, et al. Prognostic factors in patients with ovarian serous low malignant potential (borderline) tumors with peritoneal implants. Oncologist. 2009;14(6):591-600.
37. Longacre TA, McKenney JK, Tazelaar HD, Kempson RL, Hendrickson MR. Ovarian serous tumors of low malignant potential (borderline tumors): outcome-based study of 276 patients with long-term (> or =5-year) follow-up. Am J Surg Pathol. 2005;29(6):707-23.
38. Morice P, Uzan C, Fauvet R, Gouy S, Duvillard P, Darai E. Borderline ovarian tumour: pathological diagnostic dilemma and risk factors for invasive or lethal recurrence. Lancet Oncol. 2012;13(3):e103-15.
39. Zapardiel I, Rosenberg P, Peiretti M, Zanagnolo V, Sanguineti F, Aletti G, et al. The role of restaging borderline ovarian tumors: single institution experience and review of the literature. Gynecol Oncol. 2010;119(2):274-7.
40. du Bois A, Ewald-Riegler N, de Gregorio N, Reuss A, Mahner S, Fotopoulou C, et al.; Arbeitsgmeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Study Group. Borderline tumours of the ovary: a cohort study of the Arbeitsgmeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Study Group. Eur J Cancer. 2013;49(8):1905-14.
41. Bendifallah S, Nikpayam M, Ballester M, Uzan C, Fauvet R, Morice P, et al. New pointers for surgical staging of borderline ovarian tumors. Ann Surg Oncol. 2016;23(2):443-9.
42. Raimond E, Bourdel N. Borderline ovarian tumours: CNGOF guidelines for clinical practice - surgical management of advanced stages of borderlin ovarian tumours. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020;48(3):304-13.
43. Fauvet R, Boccara J, Dufournet C, Poncelet C, Daraï E. Laparoscopic management of borderline ovarian tumors: results of a French multicenter study. Ann Oncol. 2005;16(3):403-10.
44. Romagnolo C, Gadducci A, Sartori E, Zola P, Maggino T. Management of borderline ovarian tumors: results of an Italian multicenter study. Gynecol Oncol. 2006;101(2):255-60.
45. Bourdel N, Huchon C, Abdel Wahab C, Azaïs H, Bendifallah S, Bolze PA, et al. Borderline ovarian tumors: French guidelines from the CNGOF. Part 2. Surgical management, follow-up, hormone replacement therapy, fertility management and preservation. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021;50(1):101966.
46. Vasconcelos I, Olschewski J, Braicu I, Sehouli J. A meta-analysis on the impact of platinum-based adjuvant treatment on the outcome of borderline ovarian tumors with invasive implants. Oncologist. 2015;20(2):151-8.
47. Prat J, De Nictolis M. Serous borderline tumors of the ovary: a long-term follow-up study of 137 cases, including 18 with a micropapillary pattern and 20 with microinvasion. Am J Surg Pathol. 2002;26(9):1111-28.
48. Silva EG, Gershenson DM, Malpica A, Deavers M. The recurrence and the overall survival rates of ovarian serous borderline neoplasms with noninvasive implants is time dependent. Am J Surg Pathol. 2006;30(11):1367-71.
49. Kane A, Uzan C, Gouy S, Pautier P, Duvillard P, Morice P. Fertility results and outcomes after pure laparoscopic management of advanced-stage serous borderline tumors of the ovary. Fertil Steril. 2010;94(7):2891-4.

50. Park JY, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim KR, Kim YT, et al. Micropapillary pattern in serous borderline ovarian tumors: does it matter? Gynecol Oncol. 2011;123(3):511-6.
51. Song T, Choi CH, Park HS, Kim MK, Lee YY, Kim TJ, et al. Fertility-sparing surgery for borderline ovarian tumors: oncologic safety and reproductive outcomes. Int J Gynecol Cancer. 2011;21(4):640-6.
52. Fauvet R, Demblocque E, Morice P, Querleu D, Daraï E. Behavior of serous borderline ovarian tumors with and without micropapillary patterns: results of a French multicenter study. Ann Surg Oncol. 2012;19(3):941-7.
53. Sneige N, Thomison JB, Malpica A, Gong Y, Ensor J, Silva EG. Peritoneal washing cytologic analysis of ovarian serous tumors of low malignant potential to detect peritoneal implants and predict clinical outcome. Cancer Cytopathol. 2012;120(4):238-44.
54. Leary A, Petrella MC, Pautier P, Duvillard P, Uzan C, Tazi Y, et al. Adjuvant platinum-based chemotherapy for borderline serous ovarian tumors with invasive implants. Gynecol Oncol. 2014;132(1):23-7.
55. Vasconcelos I, Olschewski J, Braicu I, Sehouli J. Limited efficacy of platinum-based adjuvant treatment on the outcome of borderline ovarian tumors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;186:26-33.
56. Wang Y, Sun H, Yu A, Zhu T, Chen X. Association between chemotherapy and disease-specific survival in women with borderline ovarian tumors: A SEER-based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019;242:92-8.
57. Vasconcelos I, Darb-Esfahani S, Sehouli J. Serous and mucinous borderline ovarian tumours: differences in clinical presentation, high-risk histopathological features, and lethal recurrence rates. BJOG. 2016;123(4):498-508.
58. Trimble CL, Rosary C, Trimble EL. Long term survival and patterns of care in women with ovarian tumors of low malignant potential. Gynecol Oncol. 2002;86(1):34-7.
59. Dewilde K, Moerman P, Leunen K, Amant F, Neven P, Vergote I. Staging with unilateral salpingo-oophorectomy and expert pathological review result in no recurrences in a series of 81 intestinal-type mucinous borderline ovarian tumors. Gynecol Obstet Invest. 2018;83(1):65-9.
60. Uzan C, Nikpayam M, Ribassin-Majed L, Gouy S, Bendifallah S, Cortez A, et al. Influence of histological subtypes on the risk of an invasive recurrence in a large series of stage I borderline ovarian tumor including 191 conservative treatments. Ann Oncol. 2014;25(7):1312-9.
61. Maramai M, Barra F, Menada MV, Stigliani S, Moioli M, Costantini S, et al. Borderline ovarian tumours: management in the era of fertility-sparing surgery. Ecancermedicalscience. 2020;14:1031.

Femina
ARTIGO ORIGINAL

Near miss materno em maternidade de referência para atendimento de parto de risco habitual no estado de Mato Grosso

Maternal near-miss in a reference maternity hospital for habitual risk births in the state of Mato Grosso

Luiz Augusto Cavallini Menechino[1], Marly Mayumi Tutiya[1], Naiara Cristina Correia[2], Ellen Carolina Gomes de Souza[3], Laura Cristina Alencastro de Moura[4], Nelma Pereira Franca[1], Barbara Estevam Ferreira Santana[3], Francine Nesello Melanda[2]

Descritores

Near miss; Mortalidade materna; Morbidade; Saúde materno-infantil; Estudos epidemiológicos

Keywords

Near miss; Maternal mortality; Morbidity; Maternal and child health; Epidemiological studies

Submetido:
06/08/2024

Aceito:
24/10/2024

1. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.
2. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.
3. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, MT, Brasil.
4. Hospital Beneficente Santa Helena, Cuiabá, MT, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Francine Nesello Melanda
francine.melanda@ufmt.br

Como citar:
Menechino LA, Tutiya MM, Correia NC, Souza EC, Moura LC, et al. Near miss materno em maternidade de referência para atendimento de parto de risco habitual no estado de Mato Grosso. Femina. 2025;53(1):61-9.

RESUMO

Objetivo: Descrever os casos de *near miss* materno (NMM) ocorridos em maternidade de referência para partos de risco habitual no estado de Mato Grosso, no ano de 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo das características sociodemográficas, de assistência ao pré-natal, complicações graves e intervenções críticas, com base em dados secundários, obtidos em prontuários, dos casos de *near miss* materno, classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Os dados foram digitados no EPiInfo, exportados para o *software* Excel 2000 e posteriormente analisados com o auxílio do *software* SPSS 22.0. **Resultados:** Foram identificados 17 casos de *near miss* materno, o que correspondeu a uma razão de *near miss* materno de 1,8 caso por mil nascidos vivos. A idade variou de 15 a 35 anos, e todas eram de raça/cor preta e parda. A maior parte não realizou o número adequado de consultas pré-natal (57,1%). A hemorragia pós-parto grave foi a complicação grave mais frequente (58,8%), seguida de pré-eclâmpsia (52,9%). E 82,4% sofreram disfunções hematológicas/de coagulação. Foi registrado o uso de ocitocina em 80,0% dos casos de hemorragia pós-parto grave e de anticonvulsivantes em todos os casos de eclâmpsia. **Conclusão:** Estudos como este, que apresentam o perfil das mulheres com *near miss* materno, reforçam a necessidade avaliação do *near miss* materno em maternidades na perspectiva da vigilância, como um evento sentinela ao óbito materno, e servem de subsídio para a identificação de mulheres sob risco, a elaboração de estratégias de intervenções céleres e efetivas e, assim, o enfrentamento da morbimortalidade materna.

ABSTRACT

Objective: *To describe cases of maternal near miss that occurred in a referral maternity hospital for low-risk births in the state of Mato Grosso in 2017.* ***Methods:*** *This is a descriptive study of sociodemographic characteristics, prenatal care, serious complications, and critical interventions, based on secondary data obtained from medical records of maternal near miss cases, classified according to the World Health Orga-*

nization. The data were entered into EPiInfo, exported to Excel 2000 software, and subsequently analyzed with the aid of SPSS 22.0 software. ***Results:*** *Seventeen cases of maternal near miss were identified, which corresponded to a maternal near miss ratio of 1.8 case per thousand live births. Ages ranged from 15 to 35 years, and all were black and brown. Most did not have an adequate number of prenatal consultations (57.1%). Severe postpartum hemorrhage was the most frequent serious complication (58.8%), followed by preeclampsia (52.9%). 82.4% suffered from hematologic/coagulation dysfunctions. Oxytocin use was recorded in 80.0% of cases of severe postpartum hemorrhage and anticonvulsants in all cases of eclampsia.* ***Conclusion:*** *Studies such as this one, which present the profile of women with maternal near miss, reinforce the need to assess maternal near miss in maternity hospitals from the perspective of surveillance, as a sentinel event for maternal death, and serve as a subsidy for identifying women at risk, developing strategies for rapid and effective interventions, and thus, addressing maternal morbidity and mortality.*

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um nítido exemplo de tragédias em saúde pública, posto que ocorre em territórios que apresentam maior vulnerabilidade social e são, em sua maior parte, mortes evitáveis.[1] Ainda que a partir da década de 2000, devido ao acordo da Organização das Nações Unidas (ONU) com seus países signatários para cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), tenha sido observada significativa diminuição da mortalidade materna no mundo, esse indicador se manteve elevado em muitos países,[2] especialmente os de baixa renda, nos quais o risco de mortalidade materna é cerca de 130 vezes maior que nos de alta renda.[3] Segundo o Observatório Global de Saúde, em 2017, ocorreram cerca de 808 óbitos maternos por dia no mundo devido a complicações gravídico-puerperais.[3] No mesmo ano, a taxa de mortalidade materna foi de 60 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (NVs) no Brasil.[4] Em 2020, com a pandemia de COVID-19, a razão de mortalidade materna no Brasil aumentou consideravelmente, variando de 55,3 para 72,0 óbitos maternos por 100 mil NVs, sendo as maiores razões observadas nas regiões Norte (94,5), Nordeste (85,9) e Centro-Oeste (74,2).[5]

De acordo com Souza *et al.*,[6] a cada óbito materno, um número maior de mulheres sobrevive às complicações graves e muitas ficam com sequelas permanentes. Essas quase mortes maternas são chamadas de *near miss* materno (NMM), definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez".[7] É também definido como um conjunto de condições que caracterizam a disfunção ou falência orgânica, antecedem imediatamente o óbito e, portanto, constituem um importante marcador de saúde e cuidados obstétricos.[8-10]

Estudo de revisão integrativa realizada por Silveira *et al.*,[11] com estudos publicados no período de 2011 a 2020, mostrou variação significativa da taxa de NMM, sendo a menor na Itália, com 2 por mil NVs, e a maior na Etiópia, com 37,9 por mil NVs. Outro estudo de revisão sistemática com metanálise realizada com estudos publicados até o período de março de 2019 observou prevalência global ponderada de NMM de 18,67 por mil NVs, e no Brasil esse indicador foi estimado em 8,36 por mil NVs.[12]

No Brasil, existe uma tendência de aumento das taxas de NMM e importantes diferenças entre as regiões. Por um lado, como a mortalidade materna se manteve estável nos anos anteriores à pandemia por COVID-19, esse aumento indica maior atenção a esses casos, evitando-se óbitos maternos por meio de assistência oportuna. Por outro lado, parece possível que tal tendência esteja associada ao nível de desenvolvimento socioeconômico e assistencial de cada região, uma vez que o Nordeste e o Norte apresentaram taxas de NMM mais elevadas, apontando para os indicadores de desenvolvimento e os cuidados maternos inadequados, como dificuldade no acesso à saúde e pré-natal de baixa qualidade, enquanto o Sudeste e o Centro-Oeste demonstraram tendência de queda nas taxas devido a melhoria na qualidade desses cuidados de saúde materna.[13]

Os estudos relativos ao NMM evidenciam que os fatores de ocorrência desses casos estão relacionados às condições socioeconômicas desfavoráveis de um determinado local e população. Outros trabalhos apontam que eles ocorreram em países em desenvolvimento, mas também em países desenvolvidos, sendo decorrentes da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência, quando necessários.[6,14]

Alguns estudos concluem que gestantes, parturientes e puérperas que passam por um NMM geralmente apresentam vulnerabilidades sociais e, por vezes, se deparam, também, com omissões e falhas na assistência de saúde prestada pelo Estado.[14,15]

Considerando que a mortalidade materna é um importante problema de saúde pública, que o NMM ocorre em número maior de mulheres que os de óbitos maternos e que fatores de risco e determinantes da vida são semelhantes entre essas duas condições,[6,16,17] estudos sobre NMM que identificam as características sociodemográficas, os antecedentes obstétricos e os aspectos da assistência prestada são relevantes e poderão subsidiar ações, intervenções e políticas públicas que visem à melhoria da qualidade do cuidado e da alocação de recursos adequados à saúde materna.

Este estudo tem como objetivo descrever os casos de NMM ocorridos em 2017 em uma maternidade de referência para atendimento de parto de risco habitual no Mato Grosso, por meio da descrição de suas características sociodemográficas, complicações graves, disfunções orgânicas e indicadores da assistência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, descritivo, com base em dados secundários, realizado em um hospital de referência para atendimento de parto de risco habitual no estado de Mato Grosso, localizado na capital – Cuiabá. Em 2017, Cuiabá, possuía uma população estimada de 590.118 habitantes,[18] densidade demográfica de 150,41 hab./km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,785, segundo o censo demográfico de 2010.[19]

Este estudo é oriundo de um projeto matricial que teve início em 2018, realizado pela equipe da Comissão Técnica de Vigilância de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil e pelo Comitê Hospitalar de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Hospital de estudo, cujo objetivo foi identificar, descrever e analisar os casos de mulheres com alguma Condição Potencialmente Ameaçadora à Vida, inclusive aqueles que evoluíram para NMM ou óbito materno, em uma população de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2017.[20]

O hospital de estudo, fundado no ano de 1967, é uma entidade sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e de assistência social. A maternidade compõe a Rede Cegonha do município e atende a maior área de abrangência do município, dispondo de suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e UTI Neonatal.[20] No ano de 2017, foram realizados 9.550 partos (dado coletado do Sistema de Informação de Nascidos Vivos [Sinasc], por meio do Tabnet Datasus/Ministério da Saúde [MS]),[5] o que representa 57,02% dos NVs em Cuiabá no mesmo ano.

A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre setembro de 2018 e agosto de 2019. Foram analisadas todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por alto risco realizadas no ano de 2017 (n = 1.618) e procedeu-se à análise dos prontuários clínicos delas, sem realização de cálculo amostral. Foram incluídos os casos de NMM segundo critérios da OMS, ou seja, aqueles que apresentaram pelo menos uma disfunção orgânica (disfunção cardiovascular, disfunção respiratória, disfunção renal, disfunção de coagulação/hematológica, disfunção hepática, disfunção neurológica ou disfunção uterina/histerectomia). A população de estudo foi constituída, assim, por 17 casos classificados como NMM.

O perfil sociodemográfico foi descrito por meio das seguintes variáveis: faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, estado civil, profissão e município de residência. As variáveis de antecedentes obstétricos e de assistência foram número de gestações anteriores, natimorto anterior, aborto prévio, se realizou pré-natal, número de consultas de pré-natal e o desfecho da gestação: parto vaginal, cesariana, curetagem/aspiração a vácuo, nascimento pré-termo e natimorto. Também foram descritas as frequências das complicações graves (hemorragia pós-parto grave, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, sepse ou infecção sistêmica grave, e/ou rotura uterina), disfunções orgânicas, intervenções críticas (internação em UTI, radiologia intervencionista, laparotomia e uso de hemoderivados), causas subjacentes e causas contribuintes.

As variáveis foram descritas por meio das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. Foi estimada a razão de NMM, indicador que se refere ao número de casos de NMM a cada mil NVs, e os indicadores de processos relacionados à: prevenção de hemorragia pós-parto (proporção de uso de ocitocina e outros uterotônicos entre aquelas com hemorragia pós-parto grave); tratamento de hemorragia pós-parto grave (proporção de uso de ocitocina, ergometrina, misoprostol, ácido tranexâmico, remoção de produtos retidos e histerectomia entre aquelas com hemorragia pós-parto grave); proporção de uso de anticonvulsivantes (sulfato de magnésio e outros) entre aquelas com eclâmpsia; prevenção de infecção relacionada à cesárea (proporção de uso de antibiótico profilático entre mulheres submetidas a cesárea); e tratamento para sepse (uso de antibióticos terapêuticos parenterais, entre os casos de sepse).

As informações foram coletadas de forma sistemática a partir de dois instrumentos: ficha com dados sociodemográficos e formulário individual de coleta de dados de NMM da OMS (WHO MNMA (ANMM) 1.1.[7] Foi realizada a digitação dos dados no Programa EpiInfo®, versão 5.2, exportados para o *software* Excel 2000, e posteriormente analisados com apoio do *software* SPSS 22.0.

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil (CAAE 02740818.5.0000.5164), recebeu anuência da direção do Hospital do estudo e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, sob parecer número 3.563.459.

RESULTADOS

Durante o ano de 2017, 17 casos de NMM foram identificados em um hospital de referência para atendimento de parto de risco habitual no estado de Mato Grosso. A razão de NMM foi de 1,8 caso a cada mil NVs. A média da idade foi de 26,29 anos (dp ± 6,02), com idade mínima de 15 e máxima de 35 anos. A maior parte dos casos de NMM (47,1%) tinha entre 20 e 29 anos. Todos os casos eram mulheres da raça/cor preta ou parda, a maioria tinha entre 10 e 12 anos de estudo (58,8%) e tinha companheiro (70,6%) e registro de ocupação como do lar (52,8%) (Tabela 1). Também foi identificado que 58,7% eram residentes em Cuiabá e 11,8% eram residentes em Várzea Grande, enquanto 29,4% residiam em cinco outros municípios do estado de Mato Grosso.

A tabela 2 mostra a distribuição de mulheres classificadas com NMM quanto aos antecedentes obstétricos e de assistência ao pré-natal. Quase metade tinha três ou mais gestações anteriores à atual. Em nenhum caso havia registro de natimorto anterior, e 11,8% (n = 2) tiveram abortos prévios. Quanto à assistência pré-natal, duas não realizaram o pré-natal. Entre as que o realizaram

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres classificadas com *near miss* materno em uma maternidade de referência

Características sociodemográficas	n (%)
Faixa etária	
10-19	3 (17,6)
20-29	8 (47,1)
30-39	6 (35,3)
Raça/cor da pele	
Preta	2 (11,8)
Parda	15 (88,2)
Escolaridade	
Até 9 anos	4 (23,5)
10 a 12 anos	10 (58,8)
13 ou mais	3 (17,7)
Estado civil	
Sem companheiro	5 (29,4)
Com companheiro	12 (70,6)
Profissão	
Babá	1 (5,9)
Cabelereira	1 (5,9)
Camareira	1 (5,9)
Do lar	9 (52,8)
Doméstica	1 (5,9)
Estudante	1 (5,9)
Operadora de caixa	2 (11,8)
Professora	1 (5,9)

Tabela 2. Antecedentes obstétricos e assistência pré-natal de mulheres classificadas com *near miss* materno atendidas em uma maternidade de referência

Antecedentes obstétricos	n (%)
Número de gestações anteriores à atual	
0	5 (29,4)
1-2	4 (23,5)
≥3	8 (47,1)
Natimorto anterior	
Sim	- (-)
Não	17 (100)
Abortos prévios	
Não	15 (88,2)
Sim	2 (11,8)
Assistência pré-natal	**n (%)**
Pré-natal	
Não	2 (11,8)
Sim	14 (82,4)
Sem informação	1 (5,9)
Número de consultas de pré-natal[a]	
<6	8 (57,1)
≥6	6 (42,9)

[a] n = 14; somente entre aquelas que fizeram pré-natal.

(82,4%), contudo, 57,1% das pacientes realizaram menos de seis consultas.

Em 88,2% dos casos de NMM, o desfecho da gestação foi parto cesariano. Houve ainda uma curetagem/aspiração a vácuo e um parto normal. Foram registrados também 12 nascimentos pré-termo, representando 70,6% dos partos na população estudada. Não houve outras mortes perinatais além dos dois natimortos (11,8%). A complicação grave mais frequente foi a hemorragia pós-parto grave, presente em 58,8% dos casos, seguida de pré-eclâmpsia (52,9%). Das dez pacientes com hemorragia pós-parto grave, em cinco essa condição se desenvolveu após 12 horas da chegada na maternidade e nas outras cinco, essa condição estava na chegada à maternidade. Entre aquelas com pré-eclâmpsia, a condição estava na chegada ou se desenvolveu dentro de 12 horas da chegada à maternidade. Aproximadamente 30% apresentaram sepse, quase todas após 12 horas da chegada à maternidade. A maior parte dos casos (58,8%) apresentou somente uma complicação grave, quase todas nas primeiras 12 horas de internação; seis tiveram duas complicações graves e um caso apresentou três complicações graves (hemorragia pós-parto grave, pré-eclâmpsia e sepse). Houve predomínio da disfunção hematológica ou disfunção de coagulação, presente em 82,4% dos casos. Dessas, apenas duas (14,3%) apresentaram a referida disfunção na chegada ou em até 12 horas da chegada à maternidade. A disfunção hepática foi a segunda mais frequente (17,7%) dos casos, seguida de disfunção cardiovascular, disfunção renal e disfunção uterina/histerectomia, presentes em 11,8% cada. A disfunção neurológica foi a única disfunção não registrada entre os casos de NMM deste estudo. Entre as pacientes, 76,6% apresentaram somente uma disfunção orgânica. Um único caso apresentou três (5,9%) e outro, quatro disfunções orgânicas (5,9%). Quanto às intervenções críticas, 14 mulheres fizeram uso de hemoderivados, (82,3%); dessas, 78,5% o fizeram após 12 horas da chegada à maternidade. Em um caso foi necessário realizar laparotomia (5,9%), o qual se deu após 12 horas da chegada à maternidade. Houve ainda 12 casos que necessitaram de internação em UTI (70,5%), e em três dessas, já na chegada ou dentro de 12 horas da chegada à maternidade. Os transtornos hipertensivos e as hemorragias obstétricas são as principais causas subjacentes e patológicas associadas ao NMM e representam 58,8% e

52,9%, respectivamente. Em 94,1% dos casos, a anemia foi considerada uma causa contribuinte, e em quase metade (47,1%), a cesárea anterior. Sobre os indicadores de processo relacionados às condições específicas, observa-se que os dezessete casos de NMM fizeram uso preventivo com ocitocina e em cinco deles também se usou outro uterotônico além da ocitocina. Entre aquelas com hemorragia pós-parto grave (n = 10), 80% fizeram uso do uterotônico ocitona e 70,0%, do misoprostol. Duas (20,0%) foram submetidas à histerectomia. No único caso que apresentou eclâmpsia, foi registrado o uso do anticonvulsionante sulfato de magnésio, e, entre aquelas submetidas à cesárea, apenas uma não fez uso de antibiótico profilático durante o procedimento. Todas as cinco mulheres que tiveram sepse utilizaram antibióticos terapêuticos parenterais (Tabela 3).

A figura 1 é um resumo esquemático das complicações graves, disfunções orgânicas, intervenções críticas e indicadores de processo de cada caso de NMM.

Tabela 3. Indicadores de processo relacionados a condições específicas entre os casos de *near miss* materno em uma maternidade de referência

Indicadores de processo	n (%)
PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO **Proporção de uso de ocitocina e outros uterotônicos, entre todos os casos de NMM**	
Ocitocina	17 (100)
Outro uterotônico	5 (29,4)
TRATAMENTO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO GRAVE **Proporção de uso de ocitocina, ergometrina e outros, entre os casos de NMM com hemorragia pós-parto grave (n = 10)**	
Ocitocina	8 (80)
Ergometrina	1 (10)
Misoprostol	7 (70)
Ácido tranexâmico	1 (10)
Remoção de produtos retidos	1 (10)
Histerectomia	2 (20)
USO DE ANTICONVULSIVANTES PARA ECLÂMPSIA **Proporção de uso de anticonvulsivantes (sulfato de magnésio e outros) entre os casos de NMM com eclâmpsia (n = 1)**	
Sulfato de magnésio	1 (100)
Outro anticonvulsivante	-
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA A CESÁREA **Proporção de uso de antibiótico profilático entre mulheres submetidas a cesárea (n = 15)**	
Antibiótico profilático	14 (93,3)
TRATAMENTO PARA SEPSE **Proporção de uso de antibióticos terapêuticos parenterais, entre os casos de sepse (n = 5)**	
Antibióticos terapêuticos parenterais	5 (100)

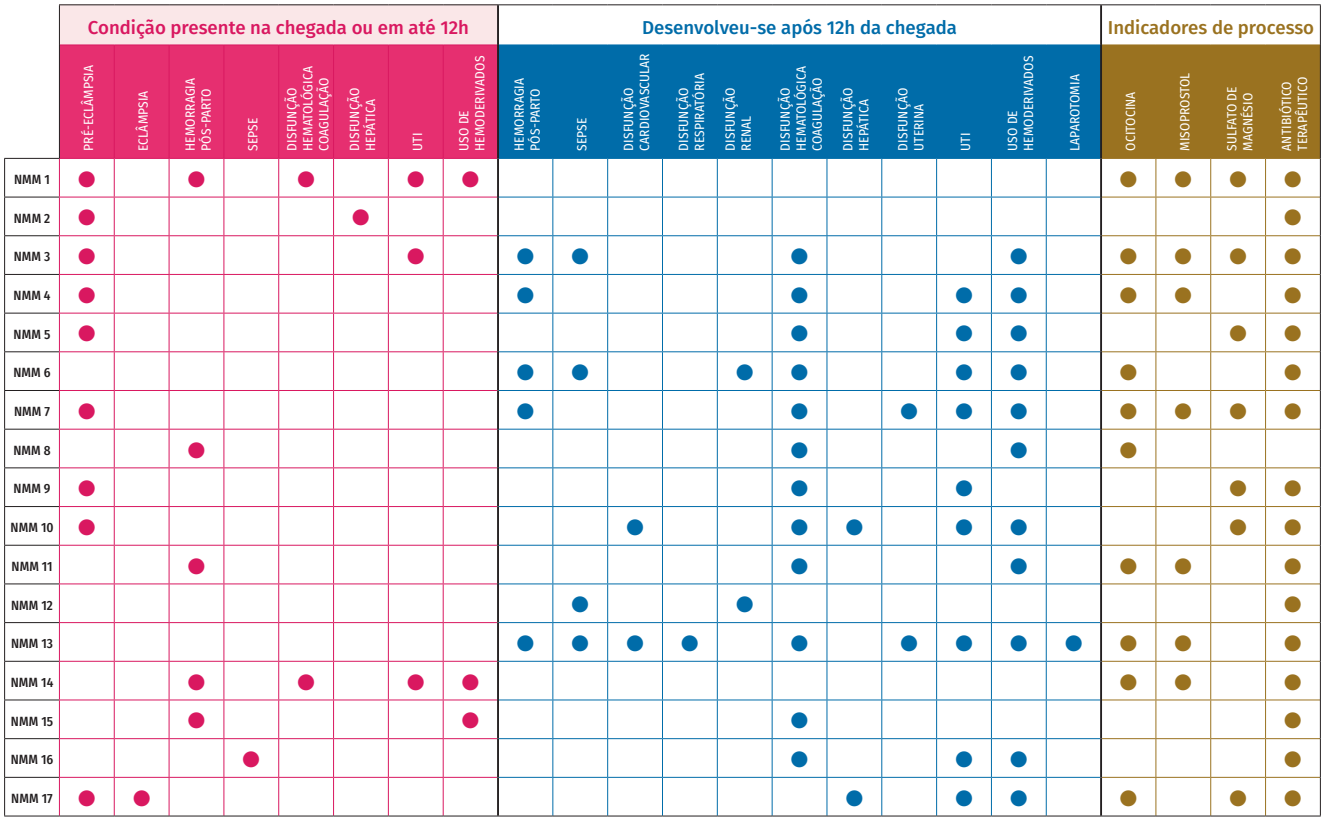
Observa-se que em três casos de NMM há registro de complicações somente nas primeiras 12 horas após a chegada ao hospital e que, em outros três, todas as complicações ocorreram após 12 horas da chegada ao hospital. Foi observado uso de sulfato de magnésio em sete dos nove casos de pré-eclâmpsia e de antibiótico terapêutico em 16 casos de NMM.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foram identificados 17 casos de NMM e razão de 1,8 caso por mil NVs, o que pode ser considerado relativamente baixo. É importante salientar que na literatura se encontram valores muito diversos que dependem, especialmente, dos critérios adotados para a identificação desses casos. Monte *et al.*,[20] no Brasil, encontraram razão de NMM de 22,4 por mil NVs segundo os critérios de Waterstone, 15 por mil NVs nos critérios de Geller, 15,3 por mil NVs para os critérios de Mantel e 15,5 por mil NVs segundo os critérios da OMS. Todavia, em que pese a divergência de critérios, estudos que utilizaram a classificação da OMS também encontraram valores mais altos, como, por exemplo, os estudos de Abdollahpour *et al.* (2019),[12] que identificaram prevalência global ponderada de NMM de 8,36 por mil NVs no Brasil, e de Andrade *et al.* (2020),[17] um estudo de base hospitalar de Ribeirão Preto/SP, no qual a razão de NMM foi de 5,4 por mil NVs. Isso pode se dar pelo fato de que a maternidade em estudo realiza, cotidianamente e em grande número, partos de risco habitual. Nesse sentido, muito embora a maternidade represente o local de nascimento de mais da metade dos NVs do município de Cuiabá, esse indicador poderia ser mais elevado se fossem incluídos demais hospitais e maternidades, especialmente os de referência para gestações de alto risco.

Quanto à idade, a maior proporção era de mulheres entre 20 e 29 anos, corroborando outros estudos.[17,21,22] Percebe-se que a maior proporção de NMM ocorre entre mulheres até 39 anos, que são aquelas em idade fértil e, logo, que possuem maior proporção de gestações e de NVs de modo geral. No entanto, sabe-se do maior risco de NMM entre mulheres muito jovens (menos de 15 anos) e com mais de 40 anos.[16] Herdt *et al.*[13] apontam que aquelas com idade entre 40 e 49 apresentam risco três vezes maior do que a faixa etária de menor risco (15 a 29 anos). Destaca-se ainda que, neste estudo, dois casos de NMM tinham idade igual a 15 anos, o que representa aproximadamente 12% da população estudada.

Todos os casos de NMM eram mulheres de raça/cor preta e parda, sendo 88,2% de mulheres pardas e 11,8% pretas, também semelhante ao verificado em outros estudos.[17,21] Estudo de tendência temporal dos casos de *near miss* em diferentes regiões do Brasil, entre 2010 e 2018, verificou que mulheres negras apresentaram risco de *near miss* 19% maior que mulheres brancas.[13] Os desfechos relacionados à saúde materna refletem as iniquidades sociais em saúde e, portanto, o NMM está



UTI: unidade de terapia intensiva; NMM: *near miss* materno

Figura 1. Complicações graves, disfunções orgânicas e intervenções críticas entre os casos de *near miss* materno em uma maternidade de referência, segundo o período de ocorrência (na chegada ou até 12 horas de internação ou após 12 horas de internação)

relacionado às condições de vida de uma população.[14] Estudo de Diniz *et al.*[23] evidenciou que mulheres negras tiveram menos consultas de pré-natal consideradas adequadas e menos acompanhantes e ficaram mais vulneráveis à violência na assistência. Para esses autores, é importante destacar que as condições socioeconômicas estão diretamente relacionadas aos indicadores de saúde, às condições de vida e ao acesso e à qualidade da atenção dos serviços de saúde.

Em relação às outras variáveis sociodemográficas, observou-se que 70,6% dos casos de NMM ocorreram entre mulheres com companheiro, assemelhando-se com o resultado registrado por Rosendo e Roncalli (68,8%).[21] A variável grau de instrução foi, para a maior parte dos casos (58,8%), 10 a 12 anos de estudo, dado similar ao apontado em outros estudos.[17,21] Silveira *et al.*[11] sugerem que o maior grau de instrução pode estar associado à procura oportuna de cuidados de saúde (pré-natal e atendimento de emergência). Estudo de Andrade *et al.*[17] mostrou que 50,2% dos casos de NMM possuíam renda própria de trabalho remunerado, todavia esse estudo encontrou que 58,8% não possuíam renda própria, tendo como ocupação do lar e estudante.

Ressalta-se que variáveis relacionadas às informações socioeconômicas como escolaridade, ocupação e renda, quando coletadas em prontuários, são extremamente frágeis, muitas vezes faltantes ou equivocadas. No entanto, destaca-se a relevância de tais variáveis, pois condições socioeconômicas desfavoráveis são motrizes de desfechos maternos graves. Nesse sentido, o estudo de García-Tizón Larroca *et al.*[24] revela que as taxas mais altas de NMM e de mortalidade materna foram observadas nos países do estudo com pontuações de IDH mais baixas, que analisa características sociodemográficas, renda e nível educacional e fornecem informações mais precisas sobre pobreza e desigualdade. Logo, conclui-se que tais eventos são mais prevalentes em países mais desfavorecidos.

Neste estudo, revelou-se que 41,3% das mulheres que tiveram NMM eram provenientes de municípios do interior do estado, sendo 29,5% que não compõem a região de saúde da Baixada Cuiabana, da qual Cuiabá faz parte. Estudo que analisou aspectos da estruturação da rede de atenção à saúde nas regiões do estado de Mato Grosso verificou que, entre 2010 e 2018, muito embora tenha sido verificada melhoria de vários indicadores explorados, existem importantes desigualdades regionais na oferta e na distribuição de serviços e de profissionais, além de limitações financeiras e insuficiência de serviços e de profissionais.[25] Isso pode refletir a precariedade da assistência hospitalar nesses locais e até mesmo aumentar a demora para procurar atendimento ou o tempo de deslocamento até o serviço de saúde.[11]

No tocante à assistência pré-natal, observou-se que, embora grande parte dos casos de NMM tenha registro de realização de pré-natal, grande parte não realizou a quantidade adequada de consultas. É importante ressaltar que o pré-natal de qualidade e adequado, com seis ou mais consultas, reduz o risco de NMM, uma vez que nessas consultas são identificados preventivamente os agravos que acometem esse público.[26]

Quanto ao modo de término da gestação, verificou-se elevado percentual de partos cesáreos no estudo (88,2%). Embora seja conhecida a associação entre NMM e cesárea, posto que esse procedimento aumenta o risco de infecção, hemorragia e complicações intra e pós-parto,[11] esses índices podem ser aceitáveis entre mulheres com gestação de alto risco, inclusive indicados quando há risco materno e/ou fetal.[6,16,17,22,26-28]

Hemorragia pós-parto grave e pré-eclâmpsia foram as complicações graves mais frequentes entre os casos de NMM. Esse resultado assemelha-se aos de pesquisas realizadas em países desenvolvidos, em que a principal causa de NMM é a hemorragia,[27] no entanto, diverge de outros estudos brasileiros, que apontam que há predominância das doenças hipertensivas como pré-eclâmpsia e eclâmpsia em nosso país.[14,25,28-30]

A hemorragia pós-parto grave é uma complicação obstétrica significativa e evitável. Em 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS em parceria com o MS do Brasil, lançou a estratégia "Zero Morte Materna por Hemorragia" (0MMxH), baseada na iniciativa "Cero Muertes Maternas" nas Américas e no Caribe. O projeto, voltado aos gestores e equipes multiprofissionais de saúde, conta com ações de prevenção e manejo a fim de reduzir tal agravo, cujo manejo medicamentoso indicado é a utilização de uterotônicos, como ocitocina, ergometrina, misoprostol e ácido tranexâmico.[31] Em nosso estudo, 80% dos casos de hemorragia pós-parto grave fizeram uso desses medicamentos. Destaca-se também que, dos três casos que apresentaram hemorragia pós-parto grave nas primeiras 12 horas e fizeram uso de uterotônico, dois não apresentaram registros de novas complicações nas horas subsequentes.

Nesse mesmo sentido, as doenças hipertensivas, que são as principais causas de NMM e morte materna no Brasil, são objeto de um manual de manejo da hipertensão na gravidez, divulgado pela Fundação Oswaldo Cruz em 2018, indicando o uso da medicação sulfato de magnésio para a prevenção e/ou tratamento da eclâmpsia.[32] Neste estudo, também foi registrado o uso de sulfato de magnésio em todos os casos de pré-eclâmpsia, o que pode ter evitado a evolução para eclâmpsia.

Neste estudo, entre os critérios de identificação do NMM, a disfunção hematológica ou disfunção de coagulação foi a principal condição ameaçadora à vida (82,4%). Essa disfunção orgânica trata-se de falência da coagulação em função das doenças hemorrágicas, tais como: abortamento, gravidez ectópica, placenta prévia, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta, distúrbios de coagulação e hemorragia pós-parto; conforme o manual técnico de gestação de alto risco, o manejo medicamentoso é feito com o misoprostol e o manejo cirúrgico se faz com a aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação cervical, e a curetagem uterina.[28] Outros estudos encontraram maior frequência de disfunções imunológicas/sepse grave[29] e disfunções cardiovasculares.[20]

É imperioso ressaltar que 23,6% dos casos de NMM deste estudo apresentaram mais de uma disfunção orgânica e em 11,8% tais condições estavam presentes na chegada ou dentro de 12 horas da chegada ao hospital. Ademais, somente três casos tiveram todas as complicações registradas após 12 horas da chegada. Junto com a informação de município de residência anteriormente citada, denota-se a gravidade em que as pacientes chegaram ao serviço de saúde e a efetividade da equipe de profissionais em conter o pior prognóstico.

As limitações deste estudo referem-se à validade externa da amostra e à qualidade da informação. Quanto ao primeiro, destaca-se que os casos de NMM descritos neste estudo podem não representar todos os casos do município de Cuiabá. É possível que, devido ao caráter da maternidade, de assistência a grande número de partos de risco habitual, a razão de *near miss* encontrada seja inferior ao que seria observado se demais estabelecimentos de saúde tivessem sido incluídos. Por outro lado, salienta-se que aproximadamente 60% dos partos de 2017, ocorridos em Cuiabá, foram no local de estudo, atuando como referência estadual e incluindo casos de alto risco. Assim, ainda que com a referida ressalva, os resultados deste estudo demonstram as características sociodemográficas, clínicas e assistenciais dos casos de NMM, potencializando a elaboração de medidas mais precisas e eficazes de redução desse desfecho materno grave.

Quanto à qualidade da informação, aponta-se que dados secundários, como os que são coletados a partir de prontuários, estão sujeitos à qualidade de como a informação é registrada, além da dificuldade de acesso a elas. Entretando, destaca-se o uso da classificação de NMM preconizado pela OMS, que foi possível pela fonte de dados selecionada para este estudo e revela uma abordagem diferente da dos estudos que utilizam dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, tendo em vista a dificuldade de relacionar os códigos de diagnósticos CID-10 com os critérios de classificação da OMS. Ferreira *et al.*[33] propõem ainda, em estudo recente, um sistema de vigilância de NMM brasileiro a ser implementado com base na inclusão desses eventos na Lista de Agravos de Notificação Compulsória. Essa seria uma maneira de minimizar o problema da qualidade da informação e possibilitar a obtenção de informações de maneira oportuna, bem como a análise da eficácia e efetividade das intervenções adotadas que impediram o óbito materno.

CONCLUSÃO

O presente estudo, realizado em uma maternidade de referência para gestações de risco habitual, evidenciou razão de NMM de 1,8 caso por mil NVs. A maior parte dos casos era de mulheres jovens, com companheiro, que não realizaram o número adequado de consultas pré-natal. Todas eram de raça/cor preta ou parda. As complicações graves mais frequentes foram hemorragia pós-parto grave e pré-eclâmpsia, e, entre os critérios de classificação de NMM, a disfunção hematológica ou disfunção de coagulação foi a mais frequente. Os indicadores de processo apontam para a qualidade da assistência, com manejo clínico de acordo com o preconizado. Estudos como este, que apresentam o perfil das mulheres com NMM, reforçam a necessidade de avaliação do NMM em maternidades na perspectiva da vigilância, como um evento sentinela ao óbito materno, e servem de subsídio para a identificação de mulheres sob risco, a elaboração de estratégias de intervenções céleres e efetivas e, assim, o enfrentamento da morbimortalidade materna.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Beneficente Santa Helena e à Gerência de Informação e Análise em Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pela colaboração com o desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde: relatório final da comissão sobre determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS; 2008.
2. Maternal Mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Geneva: WHO; 2007.
3. World Health Organization. The Global Health Observatory. SDG Target 3.1 Maternal mortality. 2023 [cited 2023 May 1]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality
4. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2019 [cited 2023 May 1]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2023 [cited 2023 Sep 23]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def
6. Souza MA, Souza TH, Gonçalves AK. Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015;37(11):498-504. doi: 10.1590/SO100-720320150005286
7. Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Genebra: OMS; 2011.
8. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. Br Med Bull. 2003;67:231-43. doi: 10.1093/bmb/ldg007
9. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health. 2004;1(1):3. doi: 10.1186/1742-4755-1-3
10. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(3):287-96. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007
11. Silveira AA, Sales AP, Cardoso A. Fatores de risco para near miss materno: uma revisão integrativa. Rev Enferm UERJ. 2022;30(1):e65125. doi: 10.12957/reuerj.2022.65125
12. Abdollahpour S, Heidarian Miri H, Khadivzadeh T. The global prevalence of maternal near miss: a systematic review and meta-analysis. Health Promot Perspect. 2019;9(4):255-62. doi: 10.15171/hpp.2019.35
13. Herdt MC, Magajewski FR, Linzmeyer A, Tomazzoni RR, Domingues NP, Domingues MP. Temporal trend of near miss and its regional variations in Brazil from 2010 to 2018. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(2):97-106. doi: 10.1055/s-0040-1719144
14. Rosendo TM, Roncalli AG. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(1):191-201. doi: 10.1590/1413-81232015211.20802014
15. Leal LF, Malta DC, Souza MF, Vasconcelos AM, Teixeira RA, Veloso GA, et al. Maternal mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Rev Soc Bras Med Trop. 2022;55 Suppl 1:e0279. doi: 10.1590/0037-8682-0279-2021
16. Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, Diniz CS, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30 Supl 1:S169-81. doi: 10.1590/0102-311X00154213
17. Andrade MS, Bonifácio LP, Sanchez JA, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon AC, et al. Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. Cad Saúde Pública. 2022;38(1):e00021821. doi: 10.1590/0102-311X00021821
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de população. 2021 [cited 2023 Sep 23]. Available from: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do município de Cuiabá. 2022 [cited 2023 Feb 18]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama
20. Monte AS, Teles LM, Oriá MO, Carvalho FH, Brown H, Damasceno AK. Comparison between near miss criteria in a maternal intensive care unit. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03404. doi: 10.1590/S1980-220X2017038703404
21. Rosendo TM, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao near miss materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(4):1295-304. doi: 10.1590/1413-81232015204.09052014
22. Morse ML, Fonseca SC, Gottgtroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade materna grave e near misses em hospital de referência regional. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(2):310-22. doi: 10.1590/S1415-790X2011000200012
23. Diniz CS, Batista LE, Kalckmann S, Schlithz AO, Queiroz MR, Carvalho PC. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). Saúde Soc. 2016;25(3):561-72. doi: 10.1590/S0104-129020162647
24. García-Tizón Larroca S, Amor Valera F, Ayuso Herrera E, Cueto Hernandez I, Cuñarro Lopez Y, De Leon-Luis J. Human Development Index of the maternal country of origin and its relationship with maternal near miss: A systematic review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):224. doi: 10.1186/s12884-020-02901-3

25. Martinelli NL, Scatena JH, Castro ML, Soares NR, Charbel SC, Souza NF, et al. Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. Ciênc Saúde Coletiva. 2023;28(2):585-98. doi: 10.1590/1413-81232023282.12952021
26. Pinheiro DL, Feitosa FE, Araujo Júnior E, Carvalho FH. Gestational outcomes in patients with severe maternal morbidity caused by hypertensive syndromes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(2):74-80. doi: 10.1055/s-0040-1701464
27. Oliveira LC, Costa AA. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(3):220-7. doi: 10.5935/0103-507X.20150033
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
29. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. Reprod Health. 2008;5:6. doi: 10.1186/1742-4755-5-6
30. Cecatti JG, Costa ML, Haddad SM, Parpinelli MA, Souza JP, Sousa MH, et al. Network for surveillance of severe maternal morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. BJOG. 2016;123(6):946-53. doi: 10.1111/1471-0528.13614
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde materna. 2015 [cited 2022 Oct 1]. Available from: https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna
32. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: prevenção da eclâmpsia: o uso do sulfato de magnésio. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [cited 2022 Oct 1]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/prevencao-da-eclampsia-o-uso-do-sulfato-de-magnesio/
33. Ferreira ME, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. Cad Saúde Pública. 2023;39(8):e00013923. doi: 10.1590/0102-311XPT013923

Femina®
ARTIGO DE REVISÃO

Importância do aconselhamento reprodutivo para mulheres

Importance of reproductive counseling for women

Maria Eduarda Seabra de Oliveira Palmeira[1], Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão[1], Renata Lopes Britto[1]

RESUMO

Esta revisão narrativa procura discutir aspectos da fertilidade, com foco na infertilidade feminina, por se observar queda gradual da fecundidade com a idade da mulher. Foram usadas quatro bases de dados (SciELO, LILACS, PubMed e MEDLINE) e 31 artigos, livros e revisões lidos na íntegra, selecionados por data de publicação, língua, país da pesquisa e análise dos títulos e resumos. No final, 20 foram escolhidos, destacando-se aqueles com publicação a partir de 2022 e um anterior de 2007. Concluiu-se que os avanços tecnológicos, como as técnicas de reprodução assistida, melhoraram as oportunidades de construção familiar, mas o acesso a esse cuidado é limitado a parte da população e tem a limitação da influência da idade materna. O aconselhamento pré-concepcional atua na promoção da saúde reprodutiva e no planejamento de gestações oportunas, potencialmente mais seguras e saudáveis. Essa estratégia visa conscientizar sobre o momento de ciclo de vida e suas possibilidades reprodutivas atuais e futuras.

ABSTRACT

This narrative review seeks to discuss aspects of fertility, focusing on female infertility, because has been observed a gradual decline in female fertility with age. Four databases were used (SciELO, LILACS, PubMed and MEDLINE) and 31 articles, books and reviews were read in full, selected by date of publication, language, country of research and analysis of titles and abstracts. Twenty were chosen particularly those published from 2022 and just one was from 2007. Even with technological advances, through assisted reproduction techniques, opportunities to building a family were improved, but the access to these technologies are limited and influence by women age. Preconception counseling promotes reproductive health and prepares the couple for safer and healthier potentially pregnancies. This strategy aims to raise awareness about the moment in the life cycle and current and future reproductive possibilities.

Descritores

Infertilidade feminina; Infertilidade; Fertilidade; Causas de infertilidade; Consequências da infertilidade; Tratamentos da infertilidade; Técnicas de reprodução assistida

Keywords

Female infertility; Infertility; Fertility; Infertility causes; Infertility consequences; Infertility treatment; Assisted reproductive technologies

Submetido:
12/07/2024

Aceito:
29/10/2024

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

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Maria Eduarda Seabra de Oliveira Palmeira
meduardaseabra@hotmail.com

Como citar:
Palmeira ME, Brandão KS, Britto RL. Importância do aconselhamento reprodutivo para mulheres. Femina. 2025;53(1):70-3.

INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo constitui-se em um direito sexual e reprodutivo, devendo levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa, suas condições biopsicossociais e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução.[1] Durante anos, as políticas de planeamento familiar concentraram-se em abordagens contraceptivas, impulsionadas pelo objetivo de reduzir o crescimento populacional. Nesse cenário, reconhece-se que o número médio de crianças por mulher até o fim do seu período reprodutivo, tem diminuído em muitos países.[2] Para a implementação de estratégias

de planejamento reprodutivo, é importante caracterizar a fertilidade e seus efeitos coletivos e individuais. Fertilidade é a capacidade reprodutiva da mulher, ou seja, de ela gestar. Fecundidade é a paridade da mulher, ou seja, o número de nascimentos por mulher em idade reprodutiva. Fecundabilidade, por sua vez, é a capacidade de ocorrer gravidez por ciclo menstrual, sem o uso de métodos contraceptivos. A infertilidade é uma condição crônica que afeta mulheres e homens em idade reprodutiva e pode gerar ansiedade, depressão, disfunções de relacionamento e marginalização social, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma questão de saúde pública.[3]

Nas últimas décadas, muitos países mostram redução no número de nascimentos por mulher, trazendo, inclusive, impactos no desenvolvimento econômico.[4] Além disso, é de conhecimento que a fecundidade das mulheres diminui gradualmente, começando essa diminuição aproximadamente a partir dos 30 anos e mais rapidamente após 37 anos, por mecanismos mal compreendidos.[5] Por essas razões, alerta-se sobre a fertilidade e a fecundidade feminina a partir da terceira década de vida, pois o cenário concepcional para mulheres é progressivamente limitado em virtude das condições biológicas e fisiopatológicas. A taxa de gravidez diminui e as taxas de abortamento e anormalidades cromossômicas aumentam proporcionalmente com a idade da mulher. Desse modo, deve-se investir em ações que atuem na promoção da saúde reprodutiva, permitindo gestações mais seguras e saudáveis, além de reduzir frustações. É relevante a conscientização sobre a melhor tomada de decisão compartilhada e esclarecida.

MÉTODOS

Foram incluídos, na presente revisão narrativa, cerca de 31 estudos. Trata-se de uma pesquisa de modalidade bibliográfica, com abordagem qualitativa, que objetiva à análise crítica e opinativa da literatura publicada. As pesquisas ocorreram em quatro bancos de dados eletrônicos (SciELO, LILACS, PubMed e MEDLINE) em busca de artigos publicados entre 1980 e 2024, nas línguas inglesa e portuguesa, usando as seguintes palavras-chave pesquisadas no DeCS: *female infertility*, *infertility*, *fertility*, *infertility causes*, *infertility consequences*, *infertility treatment*, *assisted reproductive technologies* e suas correlatas em português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A definição de infertilidade e a sua prevalência são controversas. Diferentes categorias de definições de infertilidade, em conjunto com variações nas metodologias dos estudos e nas diferentes populações, geram estimativas discrepantes. O declínio global na taxa de fertilidade se deve às múltiplas mudanças sociais e ambientais, afetando, globalmente, 186 milhões de indivíduos em idade reprodutiva, nas últimas 30 décadas.[3,4] A mais recente publicação da OMS em 2023 mostrou prevalência de infertilidade primária de 9,6% e de infertilidade secundária de 6,5%, menor em comparação com a última revisão sistemática, até então mais abrangente sobre o assunto, que trazia estimativas entre 12,6% e 17,5%, porém ainda um número grande de pessoas é afetado pela condição em outros estudos.[4,6] A variação também é percebida entre os países. Estima-se que a prevalência gire em torno de 10% a 15%, na maioria dos países, chegando a até 18% a 20% em alguns países em desenvolvimento. A região do Pacífico Ocidental teve a maior prevalência de infertilidade, com 23,2%, seguida pelas Américas, com 20,0%, e a prevalência mais baixa foi encontrada na região do Mediterrâneo Oriental, com 10,7%.[6]

A infertilidade pode ser causada tanto por fatores femininos quanto masculinos, mas também pode ser infertilidade sem causa aparente (ISCA), em proporções de 15% e 20%.[6,7] Em cerca de 37% dos casais, a infertilidade conjugal pode ser isoladamente feminina.[8] Apesar de ser multifatorial e por mecanismos ainda incompreendidos, a fertilidade feminina diminui gradualmente com a idade. Em média, a mulher apresenta queda de aproximadamente 11% da sua fertilidade para cada ano após os 30 anos.[5] A perda de fertilidade relacionada com a idade aumenta lentamente, de 4,5% aos 25 anos para 7% aos 30 anos, 12% aos 35 anos e 20% aos 38 anos. Depois disso, aumenta rapidamente para cerca de 50% aos 41 anos, quase 90% aos 45 anos e aproximando-se de 100% aos 50 anos.[9] A infertilidade pode ser considerada uma doença crônica, devendo ser investigada e tratada. Distúrbios ovulatórios secundários à síndrome dos ovários policísticos, à insuficiência ovariana precoce idiopática, transitória ou não, ou à quimioterapia ou radioterapia e/ou cirurgias ovarianas apresentam incidência variando entre 25% e 40% na literatura atual.[8] Oligo-ovulação ou anovulação resulta em infertilidade, uma vez que nenhum ovócito é liberado, não havendo, portanto, a oportunidade para fertilização e gravidez.

O impacto da endometriose, que atinge cerca de 15% da população feminina, sabidamente traz riscos reprodutivos em 50% das mulheres portadoras da patologia. O processo inflamatório atrelado à endometriose prejudica tanto a função ovariana quanto a tubária, resultando em formação folicular, fertilização e implantação embrionária ineficientes. Além disso, outras duas importantes causas de infertilidade na mulher com endometriose são as aderências pélvicas e o bloqueio tubário. Acredita-se que a endometriose avançada esteja relacionada à foliculogênese anormal, o que reduz o potencial de fertilização.[8] Essa e outras patologias de causas imunológicas vêm apresentando aumento na incidência, assim como as endocrinopatias e ginecopatias hormônio-dependentes e prevalentes como obesidade, tireoidopatias, hiperprolactinemia e miomatose uterina; todas causas também associadas a desfechos reprodutivos adversos.[8]

A qualidade ovariana também é essencial para a fertilidade geral. Há declínio no número de folículos e

aumento de oócitos de baixa qualidade, em relação aos eventos reprodutivos, com o aumento da idade feminina.[2] A perda da qualidade do oócito ao longo da vida da mulher está associada a não disjunção meiótica, resultando em aneuploidia, logo, ao passo que as chances de concepção natural diminuem com o avanço de idade materna, as taxas de anormalidades cromossômicas aumentam.[10-13] A maioria dos oócitos de mulheres com mais de 40 anos de idade é cromossomicamente anormal.[10,11] As aneuploidias e as anomalias dos cromossomos sexuais são fortemente associadas a idade materna, com o risco três a cinco vezes maior em mulheres com idade ≥ 35 anos, em comparação com aquelas com idade entre 25 e 29 anos.[12] Entre as anormalidades cromossômicas, a trissomia do 21 é a mais comum. Filhos de mães com idade ≥ 35 anos têm risco aumentado para essa aneuploidia em mais de cinco vezes (intervalo de confiança de 95%: 4,59-6,35), quando comparados aos filhos de mães de 25 a 29 anos.[12] Anomalias estruturais, como as cardíacas, ausência de osso nasal, atresia do trato digestivo, anomalias neuroanatômicas e fenda palatina, tendem a ser menos prevalentes no grupo de mulheres abaixo dos 30 anos.[12]

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, os abortamentos, de modo geral, são predominantes em mulheres abaixo de 20 anos, mas a prevalência das perdas gestacionais precoces entre mulheres acima dos 30 anos está crescendo.[14,15] A proporção de abortamentos espontâneos e não espontâneos na faixa entre 30 e 39 anos cresceu cerca de 6% entre 2008 e 2015, passando de 25,9% para 31,8%, no Brasil.[15] Estudo populacional mostrou aumento quase linear de abortamentos após os 30 anos, atingindo cerca de 54% de perdas a partir dos 45 anos.[14] Antigas revisões já mostravam essa tendência de insucesso gestacional, mesmo com as técnicas de reprodução assistida (TRA) de alta complexidade.[13] Dados epidemiológicos da *Red Latinoamericana de Reproducción Asistida* (REDLARA) mostram valor expressivo de 18% de abortamentos espontâneos entre os ciclos de reprodução assistida iniciados em 2019, nos quais a idade média das mulheres submetidas a alguma TRA foi de 37 anos, e cerca de 74% delas tinham 35 anos ou mais.[16] Destarte, a probabilidade de uma gravidez ser bem-sucedida, fruto de uma geração espontânea ou assistida, é comprometida pela idade materna.

A chance de implantação de um embrião por fertilização *in vitro* (FIV) também depende do *status* de reserva ovariana da mulher, que se reduz com o avanço da idade. Uma má resposta à estimulação ovariana na FIV, especialmente naquelas com resultados anormais nos testes de reserva ovariana, é um forte preditor de más perspectivas de engravidar.[5] A taxa de nascidos vivos por transferência de embriões frescos em ciclos de FIV na América Latina, entre 2017 e 2019, teve queda de mais de 50% entre as mulheres com idade entre 32 e 42 anos, principalmente aquelas com reprodução autóloga.[16] Em comparação com as transferências autólogas, as chances de engravidar e dar à luz após o uso da doação de oócitos são menos afetadas pela idade da receptora. Estudo recente confirma esse comportamento, mostrando taxa de gravidez clínica de 47,0% e de parto de 34,9% nas que receberam oócitos doados, enquanto nas autólogas essas taxas foram de 23,4% e 21%, respectivamente.[16] No entanto, para que sejam feitas doações, tentativas de superação na resposta ovariana são realizadas, utilizando indutores de ovulação e outros recursos medicamentosos.[17] Assim, a opção de criopreservação de oócitos é uma perspectiva útil e atual, mas infelizmente de acesso restrito, por limites econômicos e logísticos para a maioria da população.

A quantidade de embriões implantados e o sucesso da TRA também sofrem influência da idade materna. As taxas acumuladas de nascidos vivos aumentam com o número de oócitos recuperados, atingindo 70% quando 25 oócitos são guardados. As análises revelaram aumento constante nas taxas com o número de oócitos recuperados, no entanto, mesmo quando se recuperam mais de 20 oócitos, a taxa diminui com o aumento da idade.[18] Um estudo multicêntrico avaliou, pela primeira vez, o impacto da resposta ovariana na taxa cumulativa de nascidos vivos, e a idade média da mulher entre aquelas que tiveram parto foi de 33,7 anos, enquanto naquelas que não tiveram filho vivo foi de 35,2 anos.[18] A idade feminina, portanto, segue como um fator relevante mesmo em ciclos realizados com doação de oócitos, no que tange à idade das doadoras.

Os grandes avanços nos cuidados da infertilidade, especialmente no desenvolvimento das TRAs, melhoraram as oportunidades de construção familiar ao longo dos últimos trinta anos. Assim, existem muitas variáveis que influenciam a taxa de sucesso ou fracasso da FIV. As mulheres com menos de 35 anos que usam embriões frescos (não congelados) obtidos por meio da fertilização dos seus próprios óvulos e apresentam embriões de alta qualidade a serem transferidos têm maior probabilidade de obter nascidos-vivos pós-FIV.[19] Ocorre, no entanto, que, embora cerca de 10% de todas as crianças do mundo nasçam por meio de TRA, em alguns países, especialmente os mais desenvolvidos, ainda se observa variação no acesso a esse cuidado.[20] Assim, diante do fato de as mulheres estarem protelando o projeto parental, a busca de suporte reprodutivo oportuno precisa ser estimulada. Elas devem ter conhecimento sobre as chances de sucesso da concepção espontânea, assim como por meio das TRAs, e devem estar conscientizadas das limitações inerentes ao processo reprodutivo fisiológico e de que, embora otimizadas, as técnicas não revertem situações decorrentes da idade ou da reserva ovariana.[19] Desse modo, o aconselhamento reprodutivo vem se consolidando como uma ferramenta importante com o objetivo de conscientizar as mulheres para a gravidez em idade oportuna de maior fertilidade, proporcionando melhores resultados obstétricos e perinatais. Além disso, como método

auxiliar, mais precoce, aquelas que desejam preservar a fertilidade, promovendo acesso apartam à investigação da capacidade reprodutiva e terapêuticas cabíveis e individualizadas.[19]

CONCLUSÃO

O conceito de "construção familiar" deve ser priorizado nos projetos de planejamento familiar, com uma perspectiva personalizada e esclarecida por meio do aconselhamento reprodutivo. Profissionais de saúde podem beneficiar as pessoas assistidas por meio de programas voltados à educação, a fim de aumentar a sensibilização para o momento desejado ou propício para gestar, melhorando as decisões sobre a vida reprodutiva. Os cuidados com a fertilidade são ações essenciais da saúde sexual e reprodutiva. As estimativas mostram elevada prevalência de infertilidade em nível mundial e regional. Devem-se utilizar políticas públicas e práticas de desenvolvimento profissional que ajudem os indivíduos e os casais a atingirem o formato e o tamanho familiar desejados, dentro de suas possibilidades individuais. A atenção em planejamento reprodutivo deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e suas condições biológicas e de saúde integral, atrelados ao direito assegurado a todo cidadão de poder tomar decisões sobre sua reprodução. A padronização de conceitos auxilia no fornecimento de informações e a dimensionar a prevalência da fertilidade, infertilidade, fecundidade e fecundabilidade das populações e grupos sociais específicos. Desse modo, o aconselhamento reprodutivo deve ser destacado como uma tecnologia de comunicação multidirecional disponível que facilita a interação e a troca de informações entre os profissionais e as pessoas interessadas, mormente aquelas com perfis de risco reprodutivo. O aconselhamento pode, então, contribuir não só para os perfis epidemiológicos da área, mas também impactar positivamente, com melhores desfechos em saúde reprodutiva, obstétrica e perinatal no curto, médio e longo prazo de observação assistencial, em especial entre mulheres acima de 35 anos.

REFERÊNCIAS

1. Xavier AK, Rosato CM. Mulheres e direitos: saúde sexual e reprodutiva a partir das conferências da ONU. Rev Ártemis. 2016;21(1):116-30. doi: 10.15668/1807-8214/artemis.v21n1p116-130
2. Fauser BC, Adamson GD, Boivin J, Chambers GM, Dyer S, de Geyter C, et al. Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. Hum Reprod Update. 2024;30(2):153-73. doi: 10.1093/humupd/dmad028
3. World Health Organization. Infertility. Fact Sheet. 2020 [cited 2024 May 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility
4. Cox CM, Thoma ME, Tchangalova N, Mburu G, Bornstein MJ, Johnson CL, et al. Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Open. 2022;2022(4):hoac051. doi: 10.1093/hropen/hoac051
5. Broekmans FJ, Knauff EA, te Velde ER, Macklon NS, Fauser BC. Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. Trends Endocrinol Metab. 2007;18(2):58-65. doi: 10.1016/j.tem.2007.01.004
6. World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990-2021. Geneva: WHO; 2023.
7. Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: definition and epidemiology. Clin Biochem. 2018;62:2-10. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012
8. Walker MH, Tobler KJ. Female infertility. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 May 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556033/
9. Eijkemans MJ, van Poppel F, Habbema DF, Smith KR, Leridon H, te Velde ER. Too old to have children? Lessons from natural fertility populations. Hum Reprod. 2014;29(6):1304-12. doi: 10.1093/humrep/deu056
10. Crawford NM, Steiner AZ. Age-related infertility. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015;42(1):15-25. doi: 10.1016/j.ogc.2014.09.005
11. Hassold T, Chiu D. Maternal age-specific rates of numerical chromosome abnormalities with special reference to trisomy. Hum Genet. 1985;70(1):11-7. doi: 10.1007/BF00389450
12. Chen X, Lin D, Ye Y, Zhang X, Chen D. Trends in the prevalence, prenatal diagnosis, and outcomes of births with chromosomal abnormalities: a hospital-based study in Zhejiang Province, China during 2014-2020. Orphanet J Rare Dis. 2022;17(1):446. doi: 10.1186/s13023-022-02594-1
13. Cimadomo D, Fabozzi G, Vaiarelli A, Ubaldi N, Ubaldi FM, Rienzi L. Impact of maternal age on oocyte and embryo competence. Front Endocrinol (Lausanne). 2018;9:327. doi: 10.3389/fendo.2018.00327
14. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. BMJ. 2019;364:l869. doi: 10.1136/bmj.l869
15. Cardoso BB, Vieira FM, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cad Saúde Pública. 2020;36 Suppl 1:e00188718. doi: 10.1590/01002-311X00188718
16. Zegers-Hochschild F, Crosby JA, Musri C, Souza MD, Martinez AG, Silva AA, et al. Assisted reproductive technologies in Latin America: the Latin American Registry, 2019. JBRA J Bras Reprod Assist. 2022;26(4):637-58. doi: 10.5935/1518-0557.20220034
17. Taylor S, Pal L, Seli E. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. 9th ed. New Haven: Wolters Kluwer; 2020.
18. Polyzos NP, Drakopoulos P, Parra J, Pellicer A, Santos-Ribeiro S, Tournaye H, et al. Cumulative live birth rates according to the number of oocytes retrieved after the first ovarian stimulation for in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection: a multicenter multinational analysis including ~15,000 women. Fertil Steril. 2018;110(4):661-70.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.04.039. PMID: 30196963
19. Brandão KS. Manejo inicial da paciente infértil pelo ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2023. Prevalência e impacto da infertilidade: dados de fertilidade atuais; p. 67-76. (Série, Orientações e Recomendações Febrasgo nº 2).
20. Choi SK, Venetis C, Ledger W, Havard A, Harris K, Norman RJ, et al. Population-wide contribution of medically assisted reproductive technologies to overall births in Australia: temporal trends and parental characteristics. Hum Reprod. 2022;37(5):1047-58. doi: 10.1093/humrep/deac032

Femina
RELATO DE CASO

Síndrome de insensibilidade aos androgênios em paciente com amenorreia primária: relato de caso

Androgen insensitivity syndrome in a patient with primary amenorrhea: case report

Ana Flávia Azevedo Zarowny[1], Camila Biedler Giordani[1], Luíza Ramos Colpo[1], Isadora Dominiak da Silveira[1], Karen Oppermann[1,2]

RESUMO

A síndrome da insensibilidade androgênica é uma doença genética recessiva ligada ao cromossomo X, na qual a paciente possui fenótipo feminino e cariótipo XY. É considerado o transtorno de desenvolvimento sexual mais comum em indivíduos 46,XY com incidência de 4,1:100.000 mulheres nascidas vivas. Esse artigo relata o caso de uma paciente de 23 anos, em união estável, com vida sexual ativa, encaminhada ao Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Hospital São Vicente de Paulo com diagnóstico de amenorreia primária e suspeita de agenesia ou hipoplasia uterina e ausência de menarca. Os níveis de testosterona estavam aumentados para o padrão feminino bem como o de hormônio luteinizante para o padrão masculino. Foi identificada agenesia uterina e imagens arredondadas junto aos vasos ilíacos em ressonância magnética. Cariótipo 46,XY. A paciente foi diagnosticada com síndrome da insensibilidade androgênica completa e submetida a gonadectomia bilateral.

ABSTRACT

Androgenic insensitivity syndrome is a recessive genetic disease related to the X chromosome, in which the patient has female phenotype and XY karyotype. It is considered the most common sexual development disorder 46,XY individuals with an incidence of 4.1:100,000 live born women. This article reports the case of a 23-year-old patient, in a stable union, with active sexual life, referred to the Endocrine Gynecology Outpatient Clinic of the Hospital São Vicente de Paulo with diagnosis of primary amenorrhea and suspicion of agenesia or uterine hypoplasia, without menarche. Testosterone levels were increased for the female pattern and luteinizing hormone for the male pattern. Uterine agenesis and rounded images near the iliac vessels were identified on MRI. Karyotype 46,XY. The patient was diagnosed with complete androgenic insensitivity syndrome and underwent bilateral gonadectomy.

Descritores

Amenorreia; Intersexo; Anormalidades urogenitais

Keywords

Amenorrhea; Intersex; Urogenital abnormalities

Submetido:
14/08/2024

Aceito:
17/10/2024

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil
2. Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Karen Oppermann
karenoppermann@gmail.com

Como citar:
Zarowny AF, Giordani CB, Colpo LR, Silveira ID, Oppermann K. Síndrome de insensibilidade aos androgênios em paciente com amenorreia primária: relato de caso. Femina. 2025;53(1):74-8.

INTRODUÇÃO

A síndrome de insensibilidade aos androgênios (SIA) é um distúrbio do desenvolvimento sexual (DDS) recessivo ligado ao X, em que o indivíduo apresenta fenótipo feminino com cariótipo XY.[1,2] A SIA é resultado de mutações

localizadas no gene que codifica o receptor de androgênios (AR), o qual está situado no braço longo do cromossomo X (Xq12), determinando a insensibilidade aos hormônios androgênicos em tecidos-alvo.[1] A prevalência de SIA é de 4,1:100.000 mulheres nascidas vivas.[3] Contudo, a variação geográfica, a raridade, a dificuldade e a falta de padrão para diagnóstico são obstáculos ao levantamento epidemiológico da SIA em nível global e nacional.[1]

A fisiopatologia da SIA consiste na ausência da ação de hormônios androgênicos, como a testosterona e o di-hidrotestosterona, nos receptores androgênicos, resultando no desenvolvimento de fenótipo feminino ou ambíguo da genitália externa em indivíduos 46,XY.[2] A referida alteração da genitália nesses pacientes é decorrente de modificações na ação hormonal androgênica – de forma total ou parcial – durante a fase gestacional, sobretudo entre a 9ª e a 13ª semana.[2]

O artigo tem como objetivo relatar um caso de síndrome de insensibilidade completa dos androgênios (SICA) com diagnóstico tardio. A paciente foi submetida a gonadectomia bilateral.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, de 23 anos, em união estável, ativa sexualmente, encaminhada em fevereiro de 2023 ao Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo, RS, por diagnóstico de amenorreia primária e suspeita de agenesia ou hipoplasia do útero. Na primeira consulta, referiu histórico familiar de tia, prima e irmã também com queixas de distúrbios menstruais, incluindo amenorreia primária. Uma tia também teve diagnóstico de agenesia uterina. A paciente informou ter dor caracterizada como cólica com duração de um a dois dias, não mensal, localizada no baixo ventre. Referiu leucorreia com odor desagradável desde os 15 anos. Antecedentes gineco-obstétricos: telarca e pubarca aos 13 anos, sem sangramentos vaginais; sexarca aos 19 anos. Relatou vida sexual satisfatória e prazerosa, sem dispareunia. Negou o uso de medicações de uso contínuo, comorbidades, cirurgias prévias e alergias. No exame físico, peso 58,0 kg, altura 1,60 m, IMC 22,65 kg/m² e pressão arterial 100/60 mmHg. Mamas: Tanner M5, vulva de aspecto feminino normal, com poucos pelos pubianos, apresentando pequenos e grandes lábios, bem como clitóris de tamanho normal. No exame especular, canal vaginal de formato normal, porém curto, medindo 4 cm de comprimento. O colo do útero não foi visualizado.

EXAMES

O resultado do cariótipo da paciente foi 46,XY em 35 células analisadas com método de cultivo celular com fito-hemaglutina por 72 horas e coloração por meio de banda G (Figura 1).

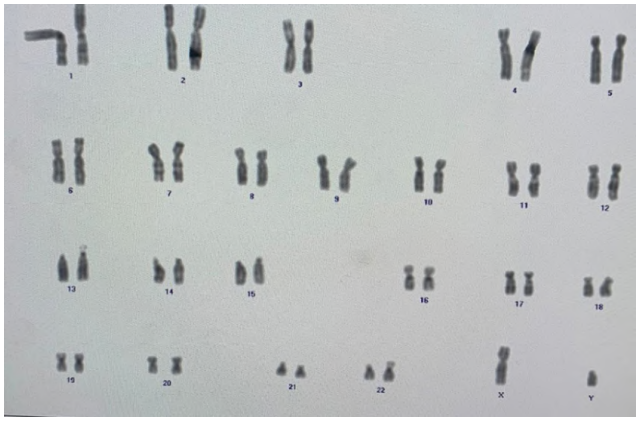


Figura 1. Cariótipo 46,XY da paciente

Exames de imagem: na ultrassonografia transvaginal, o útero não foi visualizado, demonstrando possibilidade de agenesia ou hipoplasia extrema, e os ovários também não foram visualizados. Na tomografia computadorizada, observou-se, em topografia retrovesical à esquerda da linha média, estrutura hipodensa medindo cerca de 2,6 cm. Na ressonância magnética (RM) de pelve, foi verificado canal vaginal medindo 4,0 cm com calibre reduzido e profundidade diminuída. Ausência de imagem do útero. Foram identificadas imagens arredondadas com intensidade de sinal sólida, observadas junto aos vasos ilíacos à direita, medindo 2,5 x 2,2 x 4,3 cm, e à esquerda, medindo 1,7 x 1,8 x 2,9 cm, as quais foram provavelmente relacionadas com gônadas ectópicas. Nessas estruturas próximas aos vasos ilíacos, não houve exibição de cistos foliculares. Ligamento largo e ligamentos redondos não identificados. Não foram identificadas estruturas parametriais ou tubas uterinas (Figuras 2A e 2B).

Os exames hormonais estão descritos na tabela 1, com nível de testosterona total compatível com valores masculinos. Fundamentado nos dados clínicos e exames complementares, foi definido o diagnóstico de SICA. A paciente foi tratada cirurgicamente com gonadectomia bilateral por videolaparoscopia.

O exame histopatológico definiu estruturas testiculares (Figuras 3A, 3B e 4) com exame anatomopatológico de ambas as gônadas como testículo criptorquídico.

PROPOSIÇÃO DE TRATAMENTO

O tratamento recomendado para a SIA é a retirada das gônadas, devido ao risco existente de malignização, principalmente para hamartomas e adenomas das células de Sertoli.[1] Todavia, não há consenso sobre o momento correto para a realização do procedimento cirúrgico. Avalia-se o risco de malignização e o benefício da produção natural de hormônios pelas gônadas que ajudarão no desenvolvimento do fenótipo feminino.[1,4] Em todas as alternativas, a paciente deverá ser informada para que escolha a conduta que lhe parecer melhor. No caso descrito, a paciente foi tratada cirurgicamente com

Tabela 1. Características laboratoriais dos principais exames da paciente

Exame	Resultado da paciente	Valor de referência masculino	Valor de referência feminino (fase folicular)
17 alfa-hidroxiprogesterona	55 ng/dL	50-210 ng/dL	13-230 ng/dL
Testosterona total	807 ng/dL	165-753 ng/dL	12-60 ng/dL
LH	18,94 mUI/mL	1,50-9,30 mUI/mL	1,90-12,50 mUI/mL
FSH	11,68 mUI/mL	1,4-18,10 mUI/mL	2,50-10,20 mUI/mL
Estradiol	32,3 pg/mL	≤52 pg/mL	19,5-144,2 pg/mL
Prolactina	28,71	≤20 ng/mL	≤25 ng/mL
TSH	5,72	<4,5 µUI/mL	
T4 livre	1,14	0,70-1,48 ng/dL	

LH: hormônio luteinizante; FSH: hormônio folículo-estimulante; TSH: hormônio tireoestimulante; T4: tiroxina.

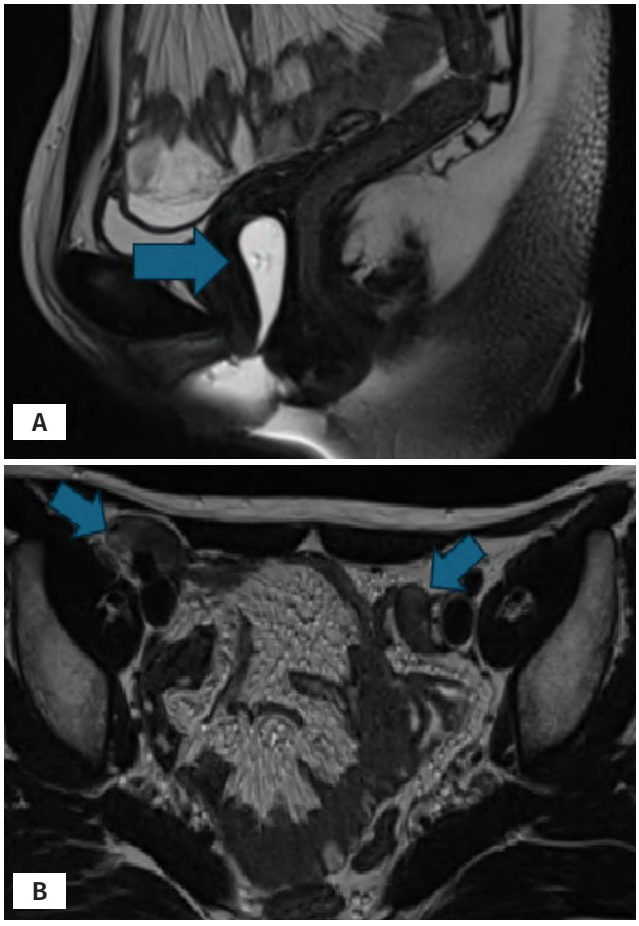


Figura 2. (**A**) Ressonância magnética mostrando canal vaginal curto. (**B**) Ressonância magnética da pelve demonstrando as gônadas na região inguinal. Sinais de agenesia uterina

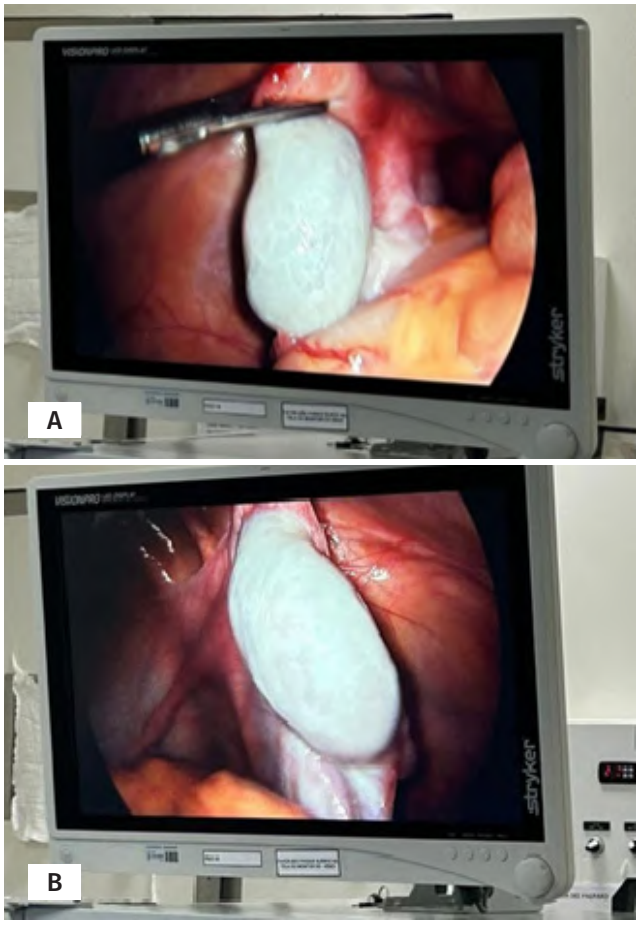


Figura 3. (**A**) Gônada esquerda visualizada por videolaparoscopia. (**B**) Gônada direita visualizada por videolaparoscopia

gonadectomia bilateral por via videolaparoscópica. Após o procedimento, a paciente iniciou a terapia de reposição hormonal (TRH) com estrogênio conjugado 0,625 mg, dois comprimidos ao dia. Pode ser prescrito estradiol transdérmico, porém a paciente não tinha acesso a essa apresentação. O estudo atendeu às normas éticas nacionais de publicação (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética [CAAE]: 814778024.6.0000.5342/Parecer: 7.001.006).

DISCUSSÃO

Os DDS foram classificados, a partir do consenso de Chicago de 2006, em três categorias, de acordo com o

Figura 4. Gônadas direita e esquerda retiradas por videolaparoscopia

cariótipo do indivíduo: DDS por alterações cromossômicas; DDS 46,XY; DDS 46,XX.[1] Essa nova classificação foi realizada para substituir os termos intersexo, pseudo-hermafroditismo e hermafroditismo, a fim de evitar estigmatizações, dúvidas e constrangimentos. Sendo assim, conforme o novo consenso, a SICA é classificada como DDS 46,XY com defeito na ação dos androgênios.[1,4] Essa síndrome pode se manifestar de três formas, dependendo do grau de insensibilidade aos androgênios: SICA, a qual apresenta genitália totalmente feminina; SIA parcial (incompleta), cuja genitália se manifesta com fenótipos variáveis, podendo ser predominantemente feminino, predominantemente masculino ou ambígua; e, por fim, SIA leve, que apresenta genitália externa masculina com virilização puberal afetada.[1,5]

Sabe-se, como referimos, que a prevalência de SIA é de 4,1:100.000 mulheres nascidas vivas; dessas, estima-se uma prevalência de SICA comprovada por diagnóstico molecular entre 1:20.400 e 1:99.100 entre indivíduos 46,XY. As prevalências de SIA parcial e SICA parecem ser as mesmas, e a SIA leve é a forma menos relatada, com dados ainda não determinados.[3,5,6] Na SICA, ocorre a apresentação de fenótipo feminino, incluindo a genitália externa, e dos demais caracteres sexuais secundários, como o desenvolvimento de mamas. A principal etiologia para o desenvolvimento de mamas em indivíduos 46,XY é o desequilíbrio entre a ação do estrogênio e a do androgênio no tecido mamário, mais comumente presente em conversão extragonadal, como ocorre em indivíduos obesos, por meio da conversão de androgênios em estrogênios por meio da aromatase presente no tecido. Em regra, o desenvolvimento das mamas na SICA ocorre durante o período da puberdade, de forma irreversível.[7,8]

A paciente do presente caso apresentou níveis de testosterona compatíveis com uma função testicular regular e níveis de hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH) discretamente elevados. Os níveis de gonadotrofinas podem estar alterados, com o LH acima dos valores de referência, uma vez que a testosterona não consegue realizar o *feedback* negativo natural sobre as células do eixo hipotálamo-hipófise. O FSH, por sua vez, pode ser encontrado em valores normais ou estar aumentado devido à elevação do GnRH (hormônio hipotalâmico) influenciado pela insensibilidade à testosterona.[1,2,5] Outra particularidade da SIA é a elevação do hormônio antimulleriano na adolescência e na vida adulta devido à falta de inibição da testosterona sobre as células de Sertoli, pois os receptores androgênicos não são funcionais.[1,5]

O diagnóstico é realizado pela apresentação clínica, exames laboratoriais, exames de imagem e por meio de exame genético do cariótipo. A imagem diagnóstica pode ser feita por meio de ultrassons pélvicos e preferencialmente de RM, considerando que é o meio mais indicado para avaliação de tecidos moles e da anatomia interna.[4,5,8] A sequência que deve ser analisada é a T1 e a T2, na qual a ausência de útero, a presença de vagina e a localização dos testículos são geralmente hipointensas em T1 e hiperintensas em T2. Caso a paciente apresente (a) ausência de estruturas mullerianas, (b) vagina em fundo cego e (c) presença de estruturas semelhantes a testículos, o diagnóstico, junto com outros sinais e sintomas, se direciona para SICA.[4,5,8]

O tratamento da SIA consiste na realização de gonadectomia bilateral, porém o procedimento cirúrgico deve ser realizado após o completo desenvolvimento puberal, que frequentemente ocorre entre 18 e 20 anos de idade.[1] A indicação da cirurgia está relacionada com o potencial risco de transformação maligna das gônadas ectópicas. Esse risco, de acordo com a literatura, está entre 5%-30%, a depender da idade da paciente no momento do ato cirúrgico.[1,4,6,9] Esse tempo necessário que se deve aguardar é importante, por permitir o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários nessas pacientes. Além disso, o risco de malignização das gônadas, antes da puberdade, é baixo (0,8%).[1,4,5]

A TRH é extremamente importante, pois, após o procedimento cirúrgico de retirada das gônadas, há decréscimo de estrogênio derivado da testosterona produzida por essa estrutura, e, dessa forma, os sintomas vasomotores podem aparecer de forma intensa.[1] A TRH indicada para pacientes com SICA é a terapia estrogênica, sem necessidade da associação com progestagênios, pois a paciente, em regra, apresenta agenesia uterina.[1]

Em relação à retirada das gônadas, a autonomia do paciente deve ser respeitada. As sociedades médicas vêm recomendando o diálogo com o paciente de forma clara para que ele tenha capacidade de escolha, exercendo o seu direito de decidir no curso do tratamento.[1] A maioria dos pacientes com SICA se identifica com o gênero feminino, não devendo, entretanto, tal situação ser imposta ao paciente. Assim, a conduta recomendada ao especialista é apresentar todas as possibilidades de tratamento para que o indivíduo possa fazer as escolhas que condizem melhor com a forma com que se identifica.[4,5] Segundo Gallardo-Durán *et al.*,[9] a formação da identidade tem início no período compreendido entre

os 5 e 6 anos de idade, enquanto a capacidade de tomar decisões autônomas se desenvolve entre os 12 e os 14 anos de idade. Devido a isso e ao baixo risco de malignização pré-puberal, é prudente esperar a puberdade para que o indivíduo opte ou não pela realização da gonadectomia.[1,6] Além dessas medidas, recomenda-se o acompanhamento psiquiátrico e psicológico, diante do risco de modificação da psique.[9]

Em relação aos efeitos à saúde global das pacientes com SIA parcial que mantêm as gônadas, o crescimento e a aquisição de massa óssea são otimizados.[10] Os indivíduos com SICA apresentam massa óssea máxima inferior à dos indivíduos não afetados, independentemente da fonte de estrogênio endógeno ou exógeno, provavelmente devido à falta de ação direta do androgênio no osso.[10] Embora não existam dados consolidados a respeito, 15% dos pacientes com SICA optam por manter as gônadas, pelos mais variados motivos, seja pela recusa em passar por uma cirurgia e necessitar TRH, seja pelo receio de apresentar danos psicológicos e sexuais.[1] Caso ocorra a recusa da realização do procedimento cirúrgico, o paciente deve estar plenamente ciente do risco de malignização da gônada.[1] Nessa eventualidade, deve-se realizar monitorização dessas gônadas por meio da RM, se estiverem localizadas em região inguinal, e por meio do US, se estiverem localizadas na região inguinal ou labioescrotal.[4]

Uma discussão importante levantada para as pacientes que optam pelo fenótipo feminino é a respeito da sexualidade. Na forma completa dessa síndrome (SICA), as pacientes podem ter vida sexual satisfatória, pois, embora a vagina se apresente encurtada, é elástica e pode ter aumento de tamanho com a prática sexual. O método de Frank é o mais utilizado com esse objetivo e, conforme Passos e Britto (2020),[11] consiste no uso pela própria paciente de dilatadores vaginais rígidos com comprimento e largura variáveis, que são alternados de forma gradual, sendo utilizados por 30-120 minutos diariamente. Nesse caso que descrevemos, não foi necessária a utilização desses métodos, pois a paciente mantém atividade sexual prazerosa em suas relações habituais. A genitoplastia não é necessária em casos de SICA, e a dilatação vaginal é indicada após a puberdade ou quando a paciente tem vontade de iniciar a atividade sexual.[5,6]

CONCLUSÃO

A prevalência de SICA é rara, por isso o diagnóstico tende a ser tardio, como no caso da paciente do presente estudo. Atualmente, um dos pontos muito questionados é o momento da identificação do gênero e o desejo da paciente, sendo um ponto crucial o equilíbrio entre indicação médica e o livre arbítrio do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Pontes A, Silva AC, Lara LA, Mendes MC, Ramos ES, Silva de Sá MF. Atendendo mulheres com cariótipo 46,XY. Femina. 2022;50(2):71-90.
2. Melo KF, Mendonça BB, Billerbeck AE, Costa EM, Latronico AC, Arnhold IJ. Síndrome de insensibilidade aos andrógenos: análise clínica, hormonal e molecular de 33 casos. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005;49(1):87-97. doi: 10.1590/S0004-27302005000100012
3. Gottlieb B, Trifiro MA. Androgen insensitivity syndrome. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Amemiya A, ed-itors. GeneReviews®. Seattle: University of Washington; 2017 [cited 2024 May 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1429/
4. Batista RL, Costa EM, Rodrigues AS, Gomes NL, Faria JA Jr, Nishi MY, et al. Androgen insensitivity syndrome: a review. Arch Endocrinol Metab. 2018;62(2):227-35. doi: 10.20945/2359-3997000000031
5. Malaquias IP, Vedana GB, Ferreira NC, Arruda PA, Silva GO, Dorr FP, et al. Psychological approaches and new therapies to the choices of the Morris syndrome patient: abordagens psicológicas e novas terapêuticas perante as escolhas do paciente portador da síndrome de Morris. Braz J Health Rev. 2022;5(6):25207-20. doi: 10.34119/bjhrv5n6-260
6. Singh S, Ilyayeva S. Androgen insensitivity syndrome. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 May 10]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542206/
7. Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. Mayo Clin Proc. 2009;84(11):1010-5. doi: 10.1016/S0025-6196(11)60671-X
8. Lanciotti L, Cofini M, Leonardi A, Bertozzi M, Penta L, Esposito S. Different clinical presentations and management in Complete Andro-gen Insensitivity Syndrome (CAIS). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1268. doi: 10.3390/ijerph16071268
9. Gallardo-Durán KG, De la Fuente-Cortez BE, Villarreal-Benavides TC, García-Vielma C. Síndrome de insensibilidad completa a los andró-genos: diagnóstico y manejo multidisciplinario. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(1):117-22.
10. Delli Paoli E, Di Chiano S, Paoli D, Lenzi A, Lombardo F, Pallotti F. Androgen insensitivity syndrome: a review. J Endocrinol Invest. 2023;46(11):2237-45. doi: 10.1007/s40618-023-02127-y
11. Passos IM, Britto RL. Diagnosis and treatment of müllerian malformations. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(2):183-8. doi: 10.1016/j.tjog.2020.01.003

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

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde integral da mulher.

Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E INDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

feitoparaela.com.br @feitoparaelaoficial