

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 53, Número 3, 2025

PROTÓCOLOS FEBRASGO

Câncer do colo do útero

RESIDÊNCIA MÉDICA

**Violência contra a mulher:
proposta de atividade
simulada para o ensino do
reconhecimento e abordagem**

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

**Assédio moral e violência
institucional contra médicos:
como identificar e como agir**

EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS

febrasgo EAD

Obesidade

Assista às aulas:

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



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

Professores Drs.:



Jan Pawel



Luciano Pompei



Márcio Rodrigues



Alessandra Bedin



Maria Celeste Wender



Acesse:

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

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria



158



168



170



175

157 EDITORIAL

Prevenção em primeiro plano

158 ENTREVISTA

Inimigo silencioso e letal das mulheres

163 ANAGO

Escrevendo a história da Ginecologia e Obstetrícia

168 FEDERADA

APGO: tradição, inovação e compromisso com a ginecologia e obstetrícia no Pará

170 RESIDÊNCIA MÉDICA

Violência contra a mulher: proposta de atividade simulada para o ensino do reconhecimento e abordagem

175 DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Assédio moral e violência institucional contra médicos: como identificar e como agir

179 CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

180 **Seguimento de mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico**

PROTOCOLOS FEBRASGO

191 **Câncer do colo do útero**

201 **Vacinação na adolescência**

206 **Infecção pelo papilomavírus humano na gravidez**

RELATO DE CASO

213 **Isquemia mesentérica complicada por peritonite infecciosa em gestante com necessidade de laparotomia e cesariana urgentes: relato de caso**

DIRETORIA

PRESIDENTE

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Roseli Mieko Yamamoto Nomura (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR FINANCEIRO

Marcelo Luís Steiner (SP)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio (PI)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Maria Auxiliadora Budib (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Olimpio Barbosa de Moraes Filho (PE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flavia Barra do Espirito
Santo Alves Pereira (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Sergio Podgaec (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Alberto Trapani Júnior (SC)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
comercial.gerencia@febrasgo.org.br

Acesse: www.Febrasgo.org.br

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

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

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

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

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá
Sebastião Freitas de Medeiros

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum
Paulo Roberto de Bastos Canella
Maria do Carmo Borges de Souza
Carlos Antonio Barbosa Montenegro
Ivan Lemgruber

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

Alberto Soares Pereira Filho
Mário Gáspare Giordano
Aroldo Fernando Camargos
Renato Augusto Moreira de Sá

CONSELHO EDITORIAL

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

Prevenção em primeiro plano

Os oncoginecologistas brilham neste volume da *Femina*. Em relação ao câncer na mulher, nossas ações são, na maioria das vezes, dirigidas à identificação precoce, já que as medidas preventivas não têm impacto facilmente mensurável; são exemplos dessa limitação os tumores de mama, intestino, ovários e pulmão. Não é o caso do câncer de colo de útero. Esse tipo de câncer é passível de prevenção pela atuação esmerada do ginecologista. E falhamos aí. A jornalista Letícia abre este volume dando destaque para o fato de que “o câncer do colo do útero mata milhares de brasileiras, mesmo jovens”. Em entrevista de quatro destacados membros da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Oncológica da Febrasgo, fica evidente que metas preventivas não são cumpridas no Brasil, mesmo com a eficácia da vacina anti-HPV e os programas de rastreamento das lesões pré-câncer! Esse tema é completamente esmiuçado nessa entrevista e em protocolo elaborado por essa Comissão, mostrado em dez páginas no Caderno Científico. Destaques sobre identificação, estadiamento e tratamento são dados em detalhes. Mais ainda, a posição e recomendações da Febrasgo são declaradas em texto da CNE de Oncologia Ginecológica em mais onze páginas magistralmente redigidas com ensinamentos acerca dos pontos-chave, no seguimento após o tratamento. Esses pontos são acrescidos de sete recomendações úteis na prática clínica. Como 26 de março é o Dia Mundial da Prevenção do Câncer de Colo de Útero, a *Femina* dá todos os instrumentos para que nossas ações preventivas evitem cerca de 17 mil casos/ano no Brasil, considerando o levantamento do Inca.

No registro da história da ginecologia brasileira, Letícia resume a trajetória de dois acadêmicos da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia. Um é ginecologista ícone na área de oncologia, ocupante da cadeira nº 23 da Academia, e dedica-se à pesquisa e ensino na Universidade de São Paulo. O brilhantismo do professor Jesus Paula Carvalho trouxe e traz luz a centenas de ginecologistas dedicados ao manejo do câncer da mulher. O outro é obstetra e ginecologista, pesquisador e participante ativo das associações médicas. O acadêmico José Geraldo Lopes Ramos é professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem competência ímpar em análise de dados científicos e desenho de estudos. E é orientador singular dos jovens pesquisadores. Professores da Universidade de Brasília resumem proposta de atividade simulada para o ensino e abordagem da violência contra a mulher, a ser aplicada nos programas de residência médica. São cinco páginas sensíveis com quadro e figuras representativas das lesões comumente encontradas! Leitura utilíssima com dez referências atualizadas! As professoras Lia Damásio e Maria Celeste Wender, incansáveis na nossa defesa e valorização profissional, ensinam, em quatro páginas, como identificar e como agir em caso de assédio moral e violência institucional contra médicos.

Além da posição da Febrasgo acerca do seguimento das mulheres após tratamento do câncer de colo uterino e do protocolo “Câncer do colo do útero”, o Caderno Científico traz outro protocolo da Febrasgo sobre vacinação na adolescência. O texto já se inicia com a apresentação de cinco destaques e contextualiza a vacinação nesse período da vida. Estratégias e impactos da vacinação contra a influenza, HPV, difteria, tétano, dengue e outras tantas doenças são detalhados e resumidos em fluxograma ilustrativo. Protocolo da Febrasgo para a condução da infecção pelo HPV nas grávidas, elaborado pela CNE em Patologia do Trato Genital Inferior, ocupa sete páginas, dando dez destaques e provendo fluxograma facilitador para a atuação clínica. Este volume fecha com relato de caso interessante e bem ilustrado acerca da isquemia mesentérica e suas complicações em gestantes. O texto é de professores do Hospital Universitário de Canoas-RS. Parabéns pelas fotos belíssimas que registraram a ocorrência.

Entre as chuvas de março, os editores da *Femina* são novamente gratos a todos que “constroem” esta revista.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
Editor



Inimigo silencioso e letal das mulheres

Apesar de ser prevenível e com altas chances de cura, o câncer de colo de útero ainda mata milhares de brasileiras, principalmente jovens, por falta de acesso, informação e diagnóstico precoce

Por Letícia Martins



O colo é um lugar de aconchego. Também pode ser a porta de entrada para uma nova vida. Mas, quando um invasor sorrateiro e potencialmente letal entra e se aloja, o corpo inteiro entra em colapso. E uma guerra se inicia. Não é de hoje que o câncer de colo de útero é o inimigo da vez. Todos os anos, o mês da mulher é marcado também pelo Dia Mundial da Prevenção do Câncer de Colo de Útero (26 de março). Nesta edição de *Femina*, o Caderno Científico traz diversas matérias dedicadas ao assunto.

Ele é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, mas já é a primeira entre mulheres até 36 anos e a segunda naquelas até os 60 anos. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), cerca de 17 mil brasileiras serão diagnosticadas com a doença só neste ano, colocando-a em terceiro lugar no *ranking* das neoplasias que mais atingem o público feminino, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma.

A introdução da vacina contra o papilomavírus humano (HPV) no calendário infantil, há mais de uma década, foi um avanço no assunto, mas a cobertura ainda segue abaixo do ideal.

Agora, o Ministério da Saúde aposta em novas estratégias para mudar esse cenário: a substituição do exame Papanicolau pela testagem molecular para detecção do HPV. Outra novidade é a aplicação de dose única da vacina para meninas e meninos de 9 a 14 anos.

Mas o desafio é global. Tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública e definiu as seguintes metas para serem atingidas até 2030:

- 90% das meninas vacinadas contra o HPV até os 15 anos;
- 70% das mulheres rastreadas com um teste de alta *performance* até os 35 anos e novamente aos 45 anos; e
- 90% das pessoas diagnosticadas com a doença recebendo tratamento adequado. A proposta é reduzir a incidência para menos de 4 casos por 100 mil mulheres.

O Brasil aderiu à iniciativa e pretende alcançar a eliminação da doença até 2030. Para isso, tem investido em ações de busca ativa de adolescentes que não completaram o esquema vacinal, expandido a cobertura da vacina para meninos e promovido mudanças importantes no rastreio do câncer, como a incorporação do teste molecular de HPV no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda assim, os avanços dependem de uma atuação coordenada entre políticas públicas, engajamento dos profissionais de saúde e informação acessível para a população.

“O câncer de colo de útero pode ser comparado a uma tragédia: é uma doença prevenível, para o qual temos

um arsenal profilático enorme de combate, mas, mesmo assim, os dados de diagnóstico e mortalidade continuam alarmantes”, declara o ginecologista Dr. Eduardo Cândido, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Oncológica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e professor associado do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

“Quase 90% dos casos de câncer de colo de útero ocorrem em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil. Isso representa um grande desafio para políticas governamentais e organizações da sociedade civil no combate à doença. Por isso, entidades médicas e associações, como a Febrasgo e as Federadas, estão se mobilizando para difundir informação”, afirma o médico, que é diretor da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig).

Para ajudar a combater esses dados, os membros da CNE de Ginecologia Oncológica elaboraram um protocolo sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. O texto está publicado nesta edição de *Femina*.

Entre as informações disponíveis, o documento aponta modelos de prevenção primária e secundária. “Esse câncer está vinculado a uma IST – infecção sexualmente transmissível –, que é um contágio do HPV, com os tipos potencialmente mais oncogênicos”, complementa. Estudos robustos, que mostram resultados eficazes dessa vacina nos países em que ela foi implementada, apontam também os benefícios, entre eles a redução da incidência e mortalidade desse tipo de câncer e das lesões precursoras, e também reforçam as características de prognóstico.

Mesmo assim, quando há incidência da doença, “o tratamento cirúrgico é um pouco mais conservador e mostra um potencial de recuperação cirúrgica e de qualidade de vida mais adequado, sem comprometer o tratamento oncológico. Essas são todas respostas baseadas em evidências científicas. É bastante informação, adequada e interessante, para os profissionais de saúde, principalmente para os ginecologistas”, indica.

“Quase 90% dos casos de câncer de colo de útero ocorrem em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil. Isso representa um grande desafio para políticas governamentais e organizações da sociedade civil no combate à doença”,

afirma o Dr. Eduardo Cândido.



DESAFIOS

Embora o câncer de colo do útero seja altamente prevenível por meio do rastreamento adequado e da vacinação contra o HPV, as altas taxas de diagnóstico e de mortalidade sinalizam que há um desafio maior ou vários obstáculos que precisam ser enfrentados para erradicar essa doença no Brasil.

De acordo com a Dra. Sophie Derchain, membro da CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo e professora titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), “a vacinação contra o HPV e o rastreamento são medidas extremamente eficazes para prevenir a doença. Em alguns países existem programas bem organizados, com convites ativos para vacinação e rastreio criados para tentar incluir o máximo de mulheres possível com o mínimo de exames necessários”.

Ela argumenta que há grande dificuldade para a mulher brasileira ser submetida a exame ginecológico e biópsia quando tem sintoma da doença invasiva, como sangramento após relação sexual ou fora do período menstrual. Segundo ela, há uma crença quase inconsciente de que o sangramento irregular em mulheres na menopausa não está relacionado ao câncer de colo uterino. “Como resultado, muitas mulheres nessa condição, mesmo com câncer em estágios iniciais, não são diagnosticadas a tempo e podem ser encaminhadas para tratamento até um ano após o início dos sintomas. Isso aumenta significativamente a mortalidade relacionada ao câncer”, afirma a profissional.

Portanto, entre os principais desafios está o combate às *fake news* que cercam o assunto. “Um dos maiores mitos ainda encontrados na população em geral e até nos profissionais da área da saúde é que vacinar meninas, meninos pré-púberes ou adolescentes jovens levará a um estímulo para a atividade sexual precoce”, destaca a Dra. Sophie. Segundo ela, a vacinação nessa faixa etária é mais eficaz por gerar maior quantidade de anticorpos e porque a pessoa ainda não teve contato com o HPV. “Não há motivos para acreditar que só porque a criança ou o adolescente foi imunizado ele irá iniciar sua vida sexual mais cedo”, disse.



“Nos estágios iniciais, as taxas de cura do câncer de colo de útero são elevadas, com sobrevida em cinco anos superior a 90%”, destaca a Dra. Walquíria Primo.

A profissional ainda explica que outras vacinas que evitam ISTs são dadas na infância. Por exemplo, a vacina contra hepatite B, também muito útil para pessoas sexualmente ativas, está no calendário vacinal da primeira infância. “E ninguém relaciona a vacinação contra hepatite como uma vacina contra ISTs”, pontua a médica.

Outro mito é imaginar que o exame ginecológico é mandatório essencialmente para a coleta de exame Papanicolau. Porém, o Papanicolau não deve ser coletado quando há sangramento uterino (menstruação ou outro). “Assim, principalmente no caso de mulheres na menopausa (após a primeira menstruação e antes da menopausa) que têm sangramento anormal e procuram a unidade de saúde, existe um conceito de que esse sangramento é irregularidade menstrual, e as mulheres são orientadas a procurar o serviço quando não estiverem sangrando. Como marcar e realizar coleta de Papanicolau demanda tempo, essas pacientes acabam não voltando. Mas é nesse momento, quando há sangramento, que deveria ser imediatamente realizado um exame ginecológico para afastar um câncer de colo invasor”, avalia a profissional.

A confusão entre menstruação e sangramento anormal é muito comum. Essa “confusão” resulta em mulheres que ficam meses sem diagnóstico de um possível câncer de colo, que, enquanto isso, vai crescendo, e cujo diagnóstico não tem a ver com rastreio, mas, sim, com exame do colo e biópsia. “Por isso muitas mulheres chegam ao serviço terciário com câncer avançado”, sublinha a Dra. Sophie.

TRATAMENTO

Após o diagnóstico, o tratamento do câncer de colo do útero é determinado com base em alguns critérios, como estágio da doença, tamanho do tumor, diâmetro, tipos histológicos escamoso, adenocarcinoma e adenoescamoso, ausência de invasão parametrial e de metástase linfonodal, e fatores individuais da paciente, como idade reprodutiva, infertilidade conjugal e desejo de preservar a fertilidade. As principais modalidades terapêuticas incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia-alvo, que estão disponíveis no Brasil.

“Nos estágios iniciais, a cirurgia está indicada e pode variar desde procedimentos conservadores, como a conização, até histerectomias mais radicais. A traquelectomia radical é uma opção para mulheres que desejam manter a fertilidade, pois remove o colo do útero, preservando o útero”, conta a Dra. Walquíria Quida Salles Pereira Primo, professora adjunta de Ginecologia na Faculdade de Medicina na Universidade de Brasília (UnB) e membro da CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo.

Referente às taxas de sobrevida, ela explica que elas variam conforme o estágio do câncer no momento do

diagnóstico. “Nos estágios iniciais, as taxas de cura são elevadas, com sobrevida em cinco anos superior a 90%. À medida que o câncer avança, essas taxas diminuem. Por exemplo, no estágio III, a sobrevida em cinco anos é de aproximadamente 35% e no estágio IV, de cerca de 15%”, detalha a médica, que também é diretora científica da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC).

Além disso, existem várias percepções equivocadas que a população, em geral, tem sobre o tratamento do câncer de colo do útero que podem atrasar o diagnóstico ou dificultar a adesão ao tratamento, como nos exemplos a seguir:

Senso comum	Fato
Câncer de colo do útero é sempre uma sentença de morte.	Nem sempre. Com o diagnóstico precoce, as chances de cura são altas.
Se eu não tenho sintomas, não preciso me preocupar.	A infecção por HPV, na maioria das vezes, não apresenta sintomas e só pode ser identificada pelo exame de Papanicolau (quando ocorrem alterações nas células do colo do útero provocadas pelo vírus) ou por testes mais específicos como a identificação do DNA do HPV.
O tratamento é sempre mutilador e muito agressivo.	Depende do estágio da doença quando diagnosticada. O tratamento cirúrgico é um pouco mais conservador e mostra um potencial de recuperação cirúrgica e de qualidade de vida mais adequados, sem comprometer o tratamento oncológico.
O câncer de colo de útero não tem cura, então não adianta tratar.	Nos estágios iniciais, as taxas de cura são elevadas, com sobrevida em cinco anos superior a 90%.

Seja qual for o estágio da doença no momento do diagnóstico, ainda existe o medo que vem junto com a palavra *câncer*. A Dra. Walquíria ressalta que muitas pacientes que recebem o diagnóstico de câncer costumam enfrentar uma série de medos, preocupações e tabus, muitos deles carregados de desinformação, que se tornam obstáculos para o tratamento:

- O medo de morrer;
- Quando jovens, o medo da infertilidade;
- Preocupações com a sexualidade, ou seja, questões como dor, perda do desejo e mudanças no corpo, que causam angústia em relação à vida sexual e à intimidade;
- Estigma e culpa;
- Receio de que o tratamento possa gerar impacto familiar e financeiro;
- Medo da recorrência: muitas pacientes têm medo de que o câncer volte depois do tratamento.

Mas, se existe tratamento, por que há tantas mortes por câncer de colo de útero?

“Essa questão é muito importante e triste também. Apesar de o câncer de colo do útero ser prevenível e tratável quando detectado precocemente, muitos fatores contribuem para que tantas mulheres ainda percam a vida para essa doença, como desinformação e tabus, falta de acesso a exames preventivos, baixa cobertura vacinal contra o HPV, desigualdades sociais e econômicas e demora no diagnóstico e no tratamento, ou seja, demora no encaminhamento, na realização de biópsias e para o início do tratamento”, afirma a Dra. Walquíria.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO VERSUS FERTILIDADE

Não bastasse o peso do diagnóstico, o tratamento do câncer de colo de útero afeta diretamente a fertilidade, pois consiste, basicamente, na remoção cirúrgica do útero e/ou na exposição à radioterapia, que também compromete a fertilidade. Porém, “pacientes com tumores iniciais, que estejam dentro de critérios estabelecidos e que queiram preservar a capacidade reprodutora podem ser tratadas com cirurgias conservadoras da fertilidade, com resultados oncológicos equivalentes aos dos tratamentos tradicionais”, explica a Dra. Suzana Arenhart Pessini, também membro da CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo, docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e

“Hoje, praticamente todos os grandes centros de tratamento de câncer ginecológico no país têm condições de oferecer o tratamento conservador”, diz a Dra. Suzana Arenhart Pessini.





“A vacinação contra o HPV e o rastreamento são medidas extremamente eficazes para prevenir a doença”, afirma a Dra. Sophie Derchain.

atuante no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) e no Centro de Oncologia do Hospital Nora Teixeira da Santa Casa de Porto Alegre (RS).

O tratamento conservador tem como objetivo a preservação do corpo uterino, das trompas e dos ovários. “As cirurgias sobre o colo uterino são a conização ou a traquelectomia radical, dependendo das características histológicas do tumor, como diâmetro, invasão estromal e invasão linfovascular. A traquelectomia radical consiste na excisão parcial do colo do útero com seus ligamentos laterais, anteriores e posteriores, além de porção da vagina. Associada à cirurgia sobre o colo, a investigação dos linfonodos pélvicos também se faz necessária, com raras exceções”, detalha a médica.

Mas, mesmo seguindo as opções mais conservadoras, é dever do profissional informar a paciente dos riscos posteriores, como o de abortamento e parto prematuro – que podem ser minimizados com técnicas de cerclagem do colo uterino.

E não é só isso. Existem ainda outros fatores envolvidos na decisão do tratamento conservador que devem ser considerados, tanto pela paciente como pela equipe assistencial. “O tratamento conservador pode gerar dúvidas e tensão emocional à paciente, independentemente de sua idade, paridade, prognóstico de câncer, capacidade financeira ou outras características. O aconselhamento da preservação da fertilidade com equipe multidisciplinar, envolvendo especialistas em reprodução no início do processo de tratamento, reduz o arrependimento e a insatisfação de longo prazo em relação à fertilidade e está associado à melhoria da qualidade de vida”, defende a Dra. Suzana.

O PAPEL DO GINECOLOGISTA

Embora as estatísticas ainda apontem péssimos números, o Brasil tem condições de oferecer esse tipo de tratamento na rede pública. “Tanto pelo SUS como na saúde suplementar, a mulher brasileira tem possibilidade de realizar o tratamento conservador do câncer de colo do útero. Hoje, praticamente todos os grandes centros de tratamento de câncer ginecológico no país têm condições de oferecer o tratamento conservador”, finaliza a médica.

É preciso ter clara a informação de que todas as mulheres entre 25 e 65 anos devem atender ao programa de rastreio do câncer do colo do útero e fazer exames periódicos com o teste que estiver disponível, citologia ou teste de HPV. Em situações especiais, como mulheres imunossuprimidas, pode-se iniciar esse rastreio mais precocemente e fazer testes com mais frequência.

Um alerta aos profissionais de saúde é quanto à importância de uma conversa franca sobre a condição, o que fazer, como fazer, quais as opções disponíveis... tudo sobre a doença, de maneira elucidativa, para cada paciente. “O ginecologista pode ter um papel fundamental na identificação e no acolhimento dos medos e preocupações das pacientes, especialmente aquelas que não são verbalizadas abertamente. Muitas vezes, o silêncio pode ser resultado de vergonha e medo de julgamento”, aponta a Dra. Walquíria.

Para isso, é necessária a criação de um ambiente acolhedor, com consultas em um local calmo, respeitoso e empático, que favorecem a abertura da paciente. “O profissional deve demonstrar disponibilidade e escuta ativa, além de explicar os procedimentos com linguagem acessível, perguntar como a paciente se sente em relação ao exame ou ao tratamento e criar espaço para que ela compartilhe suas angústias”, indica a profissional.

ESPERANÇA PARA O FUTURO

Na avaliação do Dr. Eduardo, com as medidas que vêm sendo adotadas, o Brasil tem grandes chances de diminuir os percentuais de mortalidade e incidência da doença. “O governo tem feito algumas estratégias importantes para aumentar a cobertura vacinal, como a incorporação da vacina no Programa Nacional de Imunizações (PNI), inicialmente para meninas, depois estendendo para os meninos e abarcando populações mais vulneráveis como imunossuprimidos, transplantados e vítimas de violência sexual”, diz. “De maneira gradual, essas estratégias devem ser disseminadas das capitais para outras partes do país.”

Mulheres e homens até 45 anos podem se vacinar na rede particular, a um custo médio de R\$ 850 a dose, com variações de valores conforme a região do país. “São três doses indicadas nesses casos e, embora tenha um custo envolvido, é importante que os ginecologistas utilizem todas as informações possíveis para convencer a paciente da necessidade da imunização como condição protetiva. Precisamos fazer com que as pacientes entendam que esse é um investimento na saúde, e não uma despesa”, finaliza o presidente da CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo. **f**

Escrevendo a história da Ginecologia e Obstetrícia

Por Letícia Martins

Mais do que especialistas em saúde da mulher, os acadêmicos titulares das cadeiras nºs 23 e 24 da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago) carregam trajetórias que ajudam a contar a história da especialidade no país.

Emoção e dedicação unem esses dois profissionais – Dr. Jesus Paula Carvalho e Dr. José Geraldo Lopes Ramos –, que possuem atuações marcantes na vida acadêmica, na pesquisa científica e nas entidades médicas, e se sentem especialmente honrados pelas cadeiras que ocupam. Acompanhe.

MÉDICO E ESCRITOR

O amor pela medicina é dividido com a literatura. O Dr. Jesus Paula Carvalho se dedica a ambas, com paixão e motivação. Na primeira, ele aprofundou seus conhecimentos na área da Ginecologia Oncológica, enquanto na segunda, ele mergulha no universo das palavras, recolhe as mais expressivas e escreve crônicas e textos que unem a medicina e questões humanísticas, levando o leitor a reflexões profundas. Em seu texto mais recente, “Macabéa e o câncer nos ovários”, ele transita entre a personagem e a autora para “mostrar a grandeza de uma escritora que transformou dor em arte e criou sua maior obra poucos meses antes de morrer”.

Natural de Turiúba, um vilarejo no interior Oeste de São Paulo, Jesus cresceu sem perspectivas na medicina. Aos 4 anos de idade, viu o pai falecer em decorrência da doença de Chagas. Enquanto crescia, trabalhou como auxiliar de alfaiataria e datilógrafo e, por diversas vezes, acompanhou a mãe nas longas viagens até o Hospital das Clínicas, na capital paulista, para tratamento de um problema crônico de otite. Em função disso, associou o hospital “ao local onde as coisas poderiam ser resolvidas”. Foi assim que ele acabou se apaixonando pela medicina.

Aos 18 anos, resolveu tentar a vida na cidade grande. E foi amor à primeira vista. “Senti como se sempre tivesse pertencido a São Paulo. Eu adoro viver aqui”, afirma o Dr. Jesus. Graduou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1979, mesma instituição onde concluiu doutorado e livre-docência, e hoje atua como professor associado na disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.

Com uma trajetória dessas, não surpreende que, no alto dos seus 70 anos, o Dr. Jesus Paula Carvalho tenha sido escolhido para ocupar uma das cadeiras da Anago, a de nº 23, cujo patrono é o Dr. José Aristodemo Pinotti, com quem trabalhou e aprendeu muito. “Conheci grandes mestres, como o professor Carlos Alberto Salvatore, que faleceu há pouco tempo, aos 101 anos. Nós fazíamos o aniversário no mesmo dia, então já tínhamos algo em comum. Depois, conheci e tive o privilégio de conviver com o professor José Aristodemo Pinotti, que é o patrono dessa cadeira que ocupo na Anago. Ele marcou muito a minha vida. O dinamismo, a inteligência e a visão de futuro que possuía me inspiram até hoje”, relembra, emocionado.

“Dentro de uma Academia, o mais importante são as reflexões que podemos fazer a partir das experiências acumuladas ao longo da vida”,

afirmou o Dr. Jesus Paula Carvalho, acadêmico da cadeira nº 23.



Em 1988, o Dr. Jesus foi escolhido, a dedo, pelo Dr. José Pinotti para fazer parte de uma grande equipe de profissionais com o objetivo de fundar o Instituto da Mulher. O projeto inicial não vingou, segundo o Dr. Jesus, por diversos motivos, entre eles políticos, mas serviu de base para que, 20 anos mais tarde, se transformasse no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), que atende pessoas com todos os tipos de neoplasia e onde o Dr. Jesus é coordenador do setor de ginecologia oncológica. Além disso, ele ainda é membro do corpo clínico do Hospital Sírio-Libanês e segue atendendo no consultório particular.

Apesar das grandes contribuições que fez para a medicina, o Dr. Jesus não mensura o sucesso da sua trajetória profissional em números. “O que mais valorizo são as pessoas com quem trabalhei e aquelas que ajudei a formar. Logo, o que me deixa mais satisfeito é o acervo de pessoas que encontro por todos os lugares que vou, e ouvir delas ‘aprendi isso ou aquilo com você’ é o meu maior patrimônio”, afirma.

Para a Anago, ele visualiza uma missão que vai além de ser a guardiã da história. “Vivemos em um mundo em constante e rápida transformação, onde se valoriza muito a informação fugaz e superficial, que não cria caminhos. Em pouco tempo, a máquina oferecerá essas informações melhor do que as nossas memórias. Nesse sentido, acredito que, dentro de uma Academia, o mais importante são as reflexões que podemos fazer a partir das experiências acumuladas ao longo da vida. É nosso dever enxergar caminhos, e não simplesmente ser um repositório de informações”, defende o titular da cadeira nº 23.

O Dr. Jesus finaliza nossa conversa citando a escritora Wislawa Szymborska, que afirmou em um poema: “o livro dos eventos está sempre aberto no meio”. “Ou seja, nós não somos o começo e nem o fim de nada. Tudo que nós fazemos é a continuação de uma história à qual outros darão sequência. Nós estamos só no meio do livro.”

DA PESQUISA AO ASSOCIATIVISMO

Natural de Porto Alegre (RS), o médico José Geraldo Lopes Ramos é um nome de destaque na Ginecologia e Obstetrícia brasileira, com uma trajetória marcada pelo compromisso com o ensino, a pesquisa e a gestão acadêmica. Com mais de quatro décadas de dedicação à medicina, ele foi escolhido para ocupar a cadeira nº 24 da Anago, cujo patrono é o professor Gustavo Py Gomes da Silveira, figura que marcou seu início na vida acadêmica e que ainda hoje influencia sua forma de pensar a medicina.

“Conheci o professor Gustavo ainda como aluno. Ele foi meu orientador na monitoria da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 1983. Meu primeiro contato foi de fascínio, pois ele já era um professor consagrado, filho do Prof. João Gomes da Silveira”, recorda. Sob a orientação do Dr. Gustavo, o então estudante José

Geraldo participou de um estudo sobre câncer de colo do útero em mulheres jovens, que revelou a incidência precoce da doença no estado do RS e provocou mudanças na idade de início do rastreamento. “Essa foi minha primeira experiência com pesquisa de impacto”, conta.

Mas o vínculo com o patrono da cadeira vai além da medicina. “O professor Gustavo era um profundo conhecedor de vinhos, de ética e medicina baseada em evidências. E o interessante é que tenho muito em comum com essas matérias. Tivemos várias passagens em conjunto, pois fomos muito ativos na Sogirgs e na Febrasgo. Assisti à defesa de seu concurso para professor titular, o que fortaleceu a minha convicção de ter uma vida acadêmica”, relembra o profissional, fazendo menção à Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul e à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Pouco depois de concluir a residência médica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Dr. José Geraldo foi aprovado em concurso para o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS, onde percorreu todos os níveis até chegar ao topo da carreira docente aos 52 anos. “Meu maior desafio foi coordenar a Comissão de Graduação que faz a gestão do curso de Medicina. Essa função é a alma do curso”, afirma. Durante sua gestão,

“A ginecologia e obstetrícia está em constante questionamento, especialmente na área da ética e do trabalho médico. A Anago poderá liderar essas discussões junto com a sociedade”,

afirmou o Dr. José Geraldo Ramos, acadêmico da cadeira nº 24.



foi promovida uma reforma curricular de grande impacto, além da elaboração do primeiro Projeto Pedagógico do curso. Depois foi vice-diretor e diretor da Faculdade de Medicina.

No campo da pesquisa, dedicou-se a duas áreas distintas e de grande impacto: a hipertensão na gestação e a incontinência urinária feminina. Na Uroginecologia, atua no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). “Sempre gostei de cirurgia. Nesta linha, havia uma lacuna para o desenvolvimento da incontinência urinária feminina no nosso departamento. Assim, organizei uma equipe para estudar e tratar a incontinência urinária. Uma ação marcante foi a criação de um grupo de trabalho com a Faculdade de Fisioterapia e a Engenharia Biomédica. Desenvolvemos várias técnicas de tratamento conservador para a incontinência urinária que já culminaram em quatro patentes de aparelhos para o tratamento da incontinência urinária”, conta.

Hoje, o Dr. José Geraldo divide a agenda como presidente da Rede Brasileira de Estudos da Hipertensão na Gestação (RBEHG) e membro ativo da Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez (ISSHP), contribuindo para mudanças nas rotinas de tratamento.

Com energia quase infinita, o Dr. José Geraldo também é uma referência no associativismo médico. Em seu currículo, reúne passagens importantes: presidiu a Sogirgs, foi vice-presidente da Febrasgo para a região

Sul, coordenou a comissão do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) e presidiu a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE).

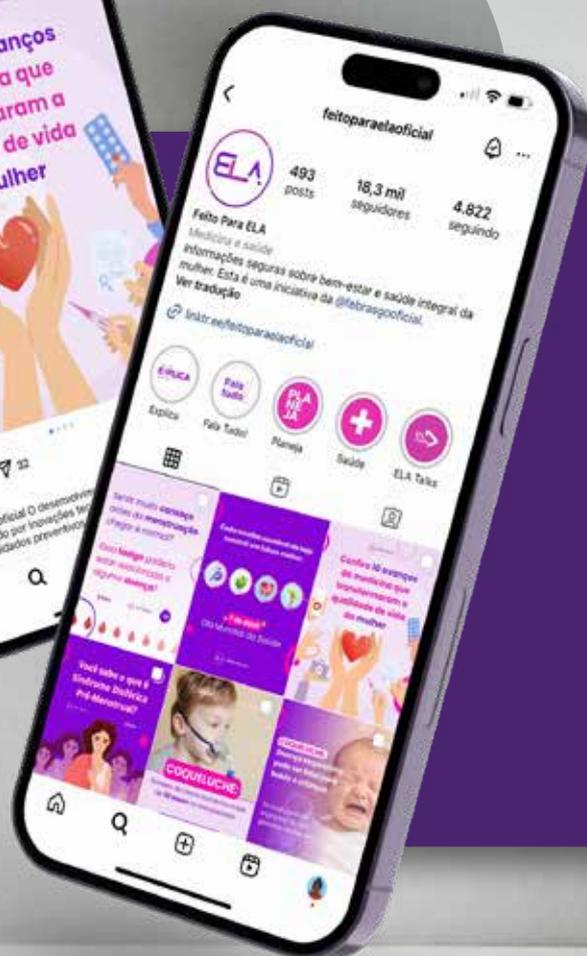
Sobre a Anago, ele acredita que a Academia tem um papel fundamental no presente e no futuro da especialidade. “Não existe futuro sem passado. Vejo muita gente jovem querendo descobrir a roda. Muitas ações são propostas em situações em que já se havia tentado a mesma ação proposta. A Anago pode efetivamente contribuir para que o futuro seja mais rápido, evitando repetir erros do passado”, defende. “Sempre teremos momentos difíceis, e a experiência dos acadêmicos pode auxiliar nesses momentos. Novos desafios sempre são colocados: no momento atual temos a IA (inteligência artificial) para ser aprendida. O quanto e como vamos utilizá-la ainda está para ser compreendido. Os acadêmicos poderão dar o norte desses limites ou até usar a IA para se manter por mais tempo na atividade médica”, acredita.

“A medicina está em crise com o excesso de escolas de Medicina. A ginecologia e obstetrícia está em constante questionamento, especialmente na área da ética e do trabalho médico. A Anago poderá liderar essas discussões junto com sociedade, ao mesmo tempo que preserva a memória dos muitos profissionais que contribuíram para o crescimento da nossa especialidade no Brasil”, finaliza o Dr. José Geraldo. 



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*:

Existem alimentos que melhoram a fertilidade?

Alimentos ricos em antioxidantes e em ômega 3 podem contribuir com a qualidade dos óvulos e do espermatozoide. Então, é possível dizer que eles ajudam a melhorar a fertilidade.

Mas isso só é válido caso a mulher não tenha nenhum problema de saúde, já que a fertilidade é considerada multifatorial. Portanto, não existe um único alimento milagroso para a fertilidade.

No *site* Feito Para Ela, são esclarecidas essa e outras seis curiosidades comuns sobre alimentação e fertilidade. Compartilhe o *link* com sua paciente.



Como se preparar para o pós-parto?

Essa pergunta não é tão comum entre as mulheres que estão planejando uma gravidez ou já esperam a chegada do bebê, porém ela é tão necessária quanto outras sobre o desenvolvimento do feto e o tipo de parto, por exemplo.

O puerpério exige atenção especial à saúde física e emocional da mulher. Nessa matéria, abordamos questões sobre alimentação, cicatrização e cuidados com o corpo, amamentação, saúde emocional e a importância de construir uma rede de apoio para essa fase.

Confira.



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

Vamos levar informação segura e de qualidade às mulheres brasileiras!

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



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR



APGO: tradição, inovação e compromisso com a ginecologia e obstetrícia no Pará

Aos 77 anos, a Associação é uma das mais antigas federadas da Febrasgo e se fortalece com atualização e valorização profissional

Por Letícia Martins



Dr. Fernando Bastos

Fundada em 8 de maio de 1948, a Associação Paraense de Ginecologia e Obstetrícia (APGO) é uma das federadas mais antigas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Prestes a completar 78 anos, a entidade vive um novo momento sob a presidência do Dr. Fernando Bastos, que assumiu o desafio de descentralizar as ações da associação e fortalecer a presença dela no interior do estado.

Em 2025, esse objetivo ganha ainda mais foco com a realização do 27º Congresso Paraense de Ginecologia e Obstetrícia, que se conecta diretamente aos temas da COP30, a 30ª Conferência das Nações Unidas

sobre Mudança do Clima, marcada para acontecer na capital paraense em novembro.

Natural de Belém, o ginecologista e obstetra Fernando Bastos formou-se na Universidade Estadual do Pará (UEPA), fez residência médica no Complexo Hospitalar do Mandaqui, em São Paulo, e mestrado também pela UEPA.

Membro da Comissão Nacional Especializada de Medicina Fetal da Febrasgo, o Dr. Fernando se aproximou da APGO em 2014, quando integrou a diretoria. Desde então, não se afastou mais da entidade e atualmente está em sua segunda passagem pela presidência, com mandatos em 2020-2021 e agora em 2024-2025.



Confira os desafios e expectativas do Dr. Fernando para esta gestão.

Femina: Como o senhor avalia o avanço da APGO em relação à gestão anterior na qual o senhor foi presidente?

Dr. Fernando Bastos: A minha primeira gestão foi de muito aprendizado e principalmente de reinvenção, pois, assim que assumi, iniciou-se a pandemia de COVID-19. Tudo que havíamos planejado foi cancelado e tivemos que nos readaptar à nova vida. Não deixamos de trabalhar; fizemos vários *webinars* e um congresso *online* e assumimos o nosso papel com a sociedade com campanhas sociais e arrecadação de alimentos e utensílios de primeira necessidade para as pessoas mais carentes.

Nesta segunda gestão, o foco é interiorizar a APGO. O estado do Pará tem um tamanho continental, e nosso objetivo é irmos a cidades fora da capital levar conhecimento e treinamento aos médicos do interior.

Femina: Nesta gestão, quais têm sido os desafios e as estratégias para enfrentá-los e superá-los?

Dr. Fernando Bastos: O maior desafio da atual gestão é justamente a interiorização, pois temos pouco apoio, sobretudo financeiro, já que as grandes empresas, hospitais e laboratórios estão na capital. Mas não nos deixamos vencer, prova disso foi que em 2024 fizemos o primeiro congresso paraense de ginecologia e obstetrícia fora da capital, em Santarém, e foi um evento histórico, com público numeroso de participantes. O evento proporcionou aos participantes atualização científica, cultura e passeios a pontos turísticos famosos da região.

Femina: Como é o relacionamento da APGO com os associados?

Dr. Fernando Bastos: Temos recebido um número cada vez maior de associados, e percebo um interesse muito grande deles na Associação. Trabalhamos com atualizações continuadas para manter essa

motivação. Todos os meses, promovemos simpósios presenciais e trabalhamos também diretamente com os residentes, com eventos exclusivos para essa categoria, assim como estamos nos aproximando e apoiando as ligas acadêmicas.

O lado difícil nessa adesão é o aumento de áreas e sociedades médicas não reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB), que vêm seduzindo médicos, com promessas de melhorias nos trabalhos e retorno financeiro imediato. Isso está afastando um pouco alguns associados e reduzindo o interesse deles na APGO.

Femina: De que forma a associação se relaciona com os associados?

Dr. Fernando Bastos: Com a modernidade e também por questões de custos, entendemos que os principais canais de comunicação e divulgação da APGO é o WhatsApp (temos um grupo com quase 300 associados) e o Instagram, onde divulgamos os eventos, comunicados e informações e celebramos datas comemorativas.

Femina: Nos dias 19 e 20 de setembro de 2025, acontecerá o 27º Congresso Paraense de Ginecologia e Obstetrícia, com o lema “Saúde da mulher, futuro sustentável”. Este tema foi escolhido em alinhamento à COP30 sobre Mudança do Clima, que também será sediada em Belém?

Dr. Fernando Bastos: Exatamente, o 27º CPGO já tem data marcada, e com certeza iremos aproveitar o ano da COP30, que será na capital paraense, para explorarmos o tema e o interesse dos associados e não associados. Nossa grade científica ainda está em formação, mas teremos discussões voltadas para a melhora do clima e especialmente do estilo de vida da mulher, tanto no campo físico quanto mental, e no aspecto nutricional também. Entendemos que a melhora da saúde está diretamente ligada a um menor consumo industrial de alimentos, o que

impacta diretamente a melhora do clima em geral.

Femina: Como estão os preparativos para esse evento?

Dr. Fernando Bastos: Como temos seis meses até o evento, ainda estamos em fase de preparação, contratos das empresas de divulgação e estruturação, em busca de apoio financeiro, formação da grade científica e escolha dos palestrantes. Esperamos em média 500 inscritos, que é um excelente número para a região.

Femina: Gostaria de deixar uma mensagem final?

Dr. Fernando Bastos: Estou muito feliz em mais uma vez estar à frente da APGO e ter mais uma oportunidade de trabalhar junto dos associados. Com certeza, nesses mais de 10 anos atuando direta ou indiretamente na diretoria da APGO, quem mais teve benefício fui eu, pois cresci pessoal e profissionalmente, aprendi sobre gestão, avancei na minha especialidade e constatei que, ao ensinar, aprendemos mais rápido e melhor. Meus agradecimentos a toda a diretoria da APGO que está ao meu lado nesses desafios e minha gratidão também à Febrasgo e sua diretoria, que nunca pouparam esforços para ajudar nossa associação. Nada seria possível sem esse apoio. Meu muito obrigado! 



Violência contra a mulher: proposta de atividade simulada para o ensino do reconhecimento e abordagem

Juliana Arais Hocevar Kristoschek¹, Marina Mayumi Laranjeira Caldas Kamei¹, Thales Queiroz Souza¹, Ana Lídia Peixoto Monteiro Ramos¹, Natália Maia Braz Silveira¹, Alberto Zaconeta¹



Foto: Diana Chobotari (Pixabay)

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Alberto Zaconeta
azaconeta@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência contra a mulher (VCM) como qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada.⁽¹⁾ Ela se apresenta sob muitas formas, como violência psicológica, moral e patrimonial, sendo a violência física e/ou sexual por parceiro íntimo a mais comum, atingindo uma em cada três mulheres no mundo, aproximadamente 641 milhões de vítimas.⁽²⁾

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança sobre VCM no Brasil indicam que em 2023 houve um incremento de casos de 9,8%, em relação a 2022. O incremento foi diferente nos diversos tipos de VCM, sendo de 16,5% para ameaças, 33,8% para violência psicológica, 34,5% para crime de *stalking* e 5,3% para crimes sexuais.⁽³⁾

Apesar da criação das Delegacias de Defesa da Mulher, em 1985, e dos avanços nas políticas nacionais com a incorporação da lei federal para coibir a violência doméstica (Lei Maria da Penha – 2006),⁽³⁾ ainda há um caminho árduo a ser trilhado na prevenção, reconhecimento oportuno e cuidado dessa condição. Nessa perspectiva, os sistemas de saúde têm papel fundamental na resposta multiprofissional à violência, e se faz necessário que os profissionais estejam preparados para reconhecer sinais e saber como agir diante da suspeita de VCM.⁽⁴⁾

Médicos e enfermeiros são, frequentemente, os que realizam o primeiro atendimento às vítimas de violência. Durante a consulta, há a oportunidade de indagar sobre os fatos ocorridos e avaliar fisicamente as lesões. É um momento único também para conscientizar a mulher sobre seus direitos, apoiá-la com segurança e encaminhar a denúncia aos órgãos competentes. Porém, as mulheres que sofrem violência sentem medo, vergonha e humilhação, e muitas vezes dependem financeiramente do perpetrador. Ainda, há questões culturais e religiosas que dificultam a assistência.⁽⁵⁾ Essas barreiras são exacerbadas pela falta de treinamento dos profissionais de saúde, pela insuficiente educação voltada à temática da violência durante a formação acadêmica.⁽⁶⁾

É importante ter em mente que as vítimas de violência podem se apresentar com queixas inespecíficas, como padrão de sono alterado, cefaleia, dor nas costas, ansiedade e depressão.⁽⁷⁾ Depressão pós-parto, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares e suicídio também estão relacionados. Algumas referem sintomas ginecológicos que podem ser atribuídos à experiência da violência, como dor pélvica, vaginismo, dismenorrea e dispareunia,⁽⁸⁾ condições que muitas vezes persistem por longo tempo após o término do abuso.⁽²⁾

Elementos físicos que suscitam a suspeita de violência também podem ser percebidos durante um atendimento em saúde. Lesões que ocorrem pelo uso da força

podem ser visíveis e se apresentar como ferimentos leves, arranhões e pequenos cortes ou como lesões mais graves, como olhos edemaciados, equimose periorbital, marcas de queimadura e hematomas.⁽²⁾ No Brasil, equimoses, escoriações e áreas de edema são as lesões mais encontradas em mulheres que sofreram agressões físicas, sendo a região da cabeça e pescoço a mais afetada.⁽⁹⁾

O preparo, a sensibilidade e o treinamento específico para assistir uma vítima de violência são fundamentais. A educação baseada em competências para a assistência às vítimas de VCM pode capacitar os profissionais de saúde a desenvolverem habilidades específicas e conectarem conhecimento teórico e prático. O uso de métodos de ensino e aprendizagem baseados na simulação pode propiciar a interação com pacientes padronizados em cenários simulados, criando ambientes educacionais seguros e mais próximos à realidade.⁽¹⁰⁾

Aqui, apresentamos a experiência de uma oficina de simulação realística sobre VCM desenvolvida para atividades do curso de graduação em Medicina da Universidade de Brasília e exploramos o seu potencial para a realização de oficinas multidisciplinares passíveis de replicação em outras instituições de ensino no Brasil.

A OFICINA DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA

A oficina iniciou com uma aula teórica expositiva sobre a temática da VCM. Nela, foram abordados os principais tipos de violência e o manejo dessas situações na atenção básica.

Na sequência, os alunos foram distribuídos em grupos e receberam materiais e orientações para utilizar a técnica de *moulage* (moldagem), para reproduzir lesões sugestivas de violência em voluntários do próprio grupo. Foram demonstrados três tipos de lesões: corte simples, hematoma e arranhão. Para cada tipo, foram utilizados materiais e um modo de preparo específico. (Quadro 1)

Para a *moulage* simulando corte simples, foi limpa a área onde se pretendia fazer o ferimento. A massa moldável foi colocada sob a pele da atriz e alisada até as pontas ficarem bem finas e encostarem na pele verdadeira. Com um pouco de água, a massa foi moldada no formato pretendido e o talco em pó foi adicionado para dar fixação. Com a espátula, fez-se o corte e colocou-se nele o sangue caseiro (Figura 1).

A maquiagem para a reprodução de hematoma foi confeccionada com aplicação de tinta Colormake com esponja (Figura 2). Os diferentes pigmentos utilizados foram um recurso para demonstrar lesões com variado tempo de evolução. Quando utilizado o pigmento vermelho, a lesão simula uma agressão recente. As tonalidades arroxeadas, verde e amarela imitam as fases de transformação da hemoglobina que caracterizam a evolução dos hematomas e equimoses, e podem ser vistas na figura 3.

Quadro 1. Materiais e modo de preparo da técnica de *moulage*

	Materiais	Modo de preparo
Corte simples	<ul style="list-style-type: none"> Espátula, pote para mistura Massa moldável: amido de milho (Maizena), vaselina sólida, pó para maquiagem e talco em pó para fixação Sangue caseiro: mel, vaselina líquida, glicerina e anilina vermelha 	<ul style="list-style-type: none"> Massa moldável: Misturar a Maizena com a vaselina sólida até a massa ficar num ponto grudento. Adicionar o pó de cor à massa até a deixar com tonalidade de pele; mexer para misturar. Sangue caseiro: Misturar o produto de base, que pode ser o mel, a glicerina ou a vaselina líquida, juntamente com a anilina vermelha.
Hematoma	<ul style="list-style-type: none"> Esponja, pincéis com cerdas naturais e tintas Colormake 	
Arranhão	<ul style="list-style-type: none"> Esponja e sangue caseiro 	

**Figura 1.** Lesão simulando corte simples**Figura 3.** Hematomas com coloração típica dos diferentes períodos de evolução**Figura 2.** Hematomas simulados em face**Figura 4.** Arranhão recente e lesão sugestiva de força simulando os dedos da mão do agressor no membro superior direito e equimose mais antiga

Para confeccionar a lesão típica de um arranhão, foi colocado de maneira superficial sob a esponja um pouco de sangue caseiro. Com uma leve fricção da esponja, o sangue foi espalhado em um mesmo sentido sob o dorso da pele da atriz (Figura 4). Frequentemente, é possível encontrar múltiplas lesões em uma mesma paciente, que sugerem ter sido causadas em períodos diferentes, algumas já em resolução e outras mais recentes (Figura 4).

A oficina de simulação finalizou com a técnica conhecida como *Medical Education Empowered by Theater* (MEET), com encenação de uma consulta médica com uma paciente vítima de violência por parceiro íntimo, na qual os participantes puderam vivenciar de maneira mais realista o incidente fictício. O papel de mulher vítima de violência foi representado por uma aluna voluntária que previamente recebeu orientações específicas, técnica pedagógica conhecida como *role-playing* (Figura 2). A aluna forneceu autorização escrita para a exposição da sua imagem.

O *debriefing* da oficina revelou grande satisfação dos estudantes, com relatos de motivação em estender esse tipo de atividade a outros temas da disciplina. Do ponto de vista docente, avaliou-se a atividade como gratificante, motivadora e subjetivamente mais eficiente do que o modelo de aula tradicional para abordar o tema da violência contra a mulher.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ABORDAGEM DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Estudantes de Medicina, médicos-residentes e outros profissionais da saúde precisam ter o conceito bem estabelecido de que a VCM tem consequências que vão além do dano físico. Eles devem considerar todas as faces da violência, como a doméstica, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Algumas vezes, a vítima apresenta queixas físicas ou psicológicas que podem estar relacionadas a experiências de violência, exigindo sensibilidade e atenção a sinais sutis. Experiências de países como França e Estados Unidos mostram benefício na triagem sistemática de violência doméstica, incluindo violência sexual, nas consultas de atenção primária.

Durante uma consulta médica, ao perceber indícios de que a paciente foi vítima de violência ou caso a mulher relate a experiência durante a anamnese, cabe ao profissional agir como mediador do cuidado físico, mental e judicial, tomando cuidado para que não ocorra exposição da vítima. Estudos sugerem que a participação de uma profissional mulher durante o atendimento é fundamental, principalmente nos casos em que deve ser feito o exame ginecológico.^(8,11)

Há necessidade de integração dos serviços de saúde, pois o encaminhamento para outras especialidades, como assistência social, psicologia e psiquiatria, e hospitais de referência não deve depender do esforço

individual de um médico, sendo urgente a criação de protocolos que orientem os profissionais de saúde sobre como agir diante de casos de VCM. Quanto à denúncia do caso à polícia, a Lei nº 10.778/2003 determina que ocorra notificação compulsória de casos de VCM que forem atendidos em qualquer tipo de serviço de saúde, público ou privado, como hospitais, prontos-socorros e Unidades Básicas de Saúde.⁽¹¹⁾

As pacientes vítimas de violência, quando acolhidas de forma adequada, podem ser orientadas sobre os seus direitos e sobre a necessidade de apoio familiar, psicológico e social, assim como sobre a importância da denúncia. Isso faz com que a mulher passe da situação de oprimida para aquela em que admite precisar de ajuda para exercer os seus direitos, o que constitui o primeiro passo para quebrar o ciclo da violência.⁽¹¹⁾

INCLUSÃO DA TEMÁTICA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

Profissionais de atenção primária deveriam receber educação multidisciplinar sobre o tema durante a graduação, e a simulação realística representa um instrumento essencial para promover o aprendizado em um ambiente seguro e replicável em várias instituições. Igualmente, os Programas de Residência Médica, especificamente os de Ginecologia e Obstetrícia, deveriam contemplar o assunto. Ao analisarmos a Matriz de Competências da Febrasgo para os Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, encontramos que o tema é abordado no Eixo 12 (urgências em ginecologia e obstetrícia), mas de maneira parcial, pois alude apenas ao atendimento de vítimas de violência sexual.⁽¹²⁾ A ampliação do escopo para a atenção de vítimas de VCM em todas as suas formas e a estruturação de oficinas de simulação para seu ensino certamente representariam um avanço na formação dos futuros especialistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da carência de literatura de como abordar as vítimas de violência, é necessária a padronização de protocolos que propiciem um atendimento integral e multidisciplinar à mulher. Essa temática também deve estar constantemente presente na formação médica em nível de graduação e residência médica, assim como em cursos de capacitação para outros profissionais de saúde.

As oficinas de simulação para a abordagem de suspeita de violência, utilizando técnicas de *moulage* e MEET, criam cenários de colaboração entre os profissionais de diferentes áreas de saúde e espelham situações da vida real, oportunizando o reconhecimento de sinais e sintomas relevantes, melhorando as competências de comunicação e liderança dos cuidadores.⁽¹⁰⁾

Preparar os profissionais de saúde para identificação dos casos, acolhimento, tratamento, acompanhamento

e denúncia é uma das estratégias para melhorar o cenário e diminuir os números alarmantes da violência contra a mulher no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. Addressing violence against women in health policies and protocols in the Americas: a regional status report. Washington (DC): PAHO; 2022 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/addressing-violence-against-women-health-policies-and-protocols-americas-regional-status>
2. Masih M, Wagstaff C, Kaur-Aujla H. The global psychological and physical effects of domestic abuse and violence on South Asian women: a qualitative systematic review. *Front Glob Womens Health*. 2024;5:1365883. doi: 10.3389/fgwh.2024.1365883
3. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2024 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>.
4. Bacchus LJ, d'Oliveira AF, Pereira S, Schraiber LB, Aguiar JM, Graglia CG, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):198. doi: 10.1186/s12875-023-02150-1
5. Giezek M, Shpakou A, Zabielska P, Karakiewicz B. The involvement in domestic violence and the severity of legal, moral and social consequences for the perpetrators in the perceptions of students in Poland and Belarus. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):4947. doi: 10.3390/ijerph20064947
6. Neil JM, Barton C, Hegarty K. Should we be concerned? A qualitative study of educators' perceptions of medical student wellbeing in domestic violence training. *Med Teach*. 2023;46(2):245-51. doi: 10.1080/0142159X.2023.2244664
7. Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. *Libyan J Med*. 2014;9(1):23527. doi: 10.3402/ljm.v.9.23527
8. Iraola E, Menard JP, Buresi I, Chariot P. Gynecological health and uptake of gynecological care after domestic or sexual violence: a qualitative study in an emergency shelter. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):264. doi: 10.1186/s12905-024-03112-0
9. Martins RD, Teixeira CN, Frota LM, Maciel JA, Barros MM. Mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil: lesões em região de cabeça e pescoço. *Sanare*. 2023;22(2):111-9.
10. Han M, Lee NJ, Lee S. Development and evaluation of a forensic nursing competency-based hybrid simulation education program: a quasi-experimental design. *Nurse Educ Pract*. 2023;73:103819. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103819
11. Silva KE, Santos JI, Bezerra WC. O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. *Physis*. 2022;32(1):e320118. doi: 10.1590/S0103-73312022320118
12. Romão GS, Silva de Sá MF. Competency-based training and the competency framework in gynecology and obstetrics in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):272-88. doi: 10.1055/s-0040-1708887

Assédio moral e violência institucional contra médicos: como identificar e como agir

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osório Wender²



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

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

O assédio moral no ambiente de trabalho é caracterizado por condutas repetitivas, prolongadas e intencionais que expõem o trabalhador a situações humilhantes, constrangedoras ou vexatórias, causando sofrimento psicológico, queda de desempenho e afastamento do ambiente laboral.⁽¹⁾ Essa prática pode ser exercida por superiores hierárquicos, colegas ou subordinados e ocorre em diferentes níveis institucionais, muitas vezes mascarada por uma cultura de normalização da violência simbólica e da pressão excessiva por resultados.

O conceito de violência institucional, por sua vez, envolve práticas sistemáticas e estruturais que negam direitos, limitam o acesso a recursos e negligenciam a proteção de profissionais e usuários de serviços públicos e privados. No campo da saúde, ela se manifesta por meio de políticas públicas omissas, falhas administrativas, precarização do trabalho e desvalorização das condições laborais.⁽²⁾ A violência institucional não é apenas fruto de indivíduos mal-intencionados, mas de uma lógica sistêmica que naturaliza a sobrecarga, o adoecimento e a culpabilização dos trabalhadores.

Ambas as formas de violência são, muitas vezes, invisibilizadas por discursos de meritocracia, vocação ou resiliência, dificultando sua denúncia e enfrentamento. O que se exige dos profissionais da saúde, em especial dos ginecologistas e obstetras, vai além da formação técnica. Pressiona-se para que lidem com a dor, a morte, a fragilidade humana e a burocracia institucional, sem apoio adequado. Quando esses profissionais adoecem, são frequentemente culpabilizados pela própria exaustão.

No Brasil, o reconhecimento jurídico do assédio moral tem avançado, mas ainda encontra barreiras na efetiva responsabilização das instituições. Leis estaduais e decisões judiciais vêm consolidando o entendimento de que a dignidade do trabalhador deve ser protegida não apenas pela legislação trabalhista, mas também pelos princípios constitucionais da dignidade humana, da saúde e da moralidade administrativa.^(1,2)

Portanto, é fundamental nomear o assédio moral e a violência institucional como problemas éticos, jurídicos e de saúde pública, que comprometem não apenas o bem-estar dos profissionais, mas também a qualidade e a segurança da assistência prestada à população.

PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A violência contra médicos tem se tornado um fenômeno cada vez mais presente e alarmante no Brasil e no

mundo. De acordo com dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), sete em cada dez médicos brasileiros já sofreram algum tipo de agressão no ambiente de trabalho, seja ela verbal, física ou moral.⁽³⁾ A maioria desses casos ocorre em unidades públicas de saúde, com destaque para os serviços de urgência e emergência, onde a tensão, a sobrecarga e a escassez de recursos potencializam os conflitos.

Esse cenário é agravado por fatores estruturais como superlotação, jornadas excessivas, falta de medicamentos e equipamentos, além da ausência de segurança institucional. Profissionais de ginecologia e obstetria, por lidarem frequentemente com situações emocionalmente delicadas – como perdas gestacionais, partos complicados e casos de violência sexual –, estão especialmente vulneráveis ao estresse ocupacional e à hostilidade de usuários e familiares.

Estudo recente realizado pela Associação Paulista de Medicina e pela Associação Médica Brasileira mostrou que 60% das médicas brasileiras já sofreram algum tipo de assédio no trabalho, e mais de 50% relataram ter sido vítimas de agressões verbais ou físicas.⁽⁴⁾ Esses números refletem não apenas a violência interpessoal, mas também uma cultura organizacional que falha em proteger seus profissionais e em promover ambientes de trabalho saudáveis.

Além dos danos físicos e emocionais, a violência contra médicos impacta diretamente a qualidade do cuidado prestado. Estudos demonstram que profissionais submetidos a violência institucional apresentam maior risco de *burnout*, erros médicos e abandono da profissão. A insegurança, o medo de represálias e a sensação de impotência deterioram o vínculo entre médico e paciente, comprometendo a humanização da assistência e gerando ciclos de desconfiança e judicialização.

Diante desse panorama, é urgente que gestores, conselhos profissionais e entidades representativas promovam ações coordenadas de prevenção e enfrentamento da violência, com campanhas educativas, protocolos institucionais de proteção, capacitação das equipes e fortalecimento da escuta ativa dos profissionais afetados.

ASSÉDIO MORAL: FORMAS, ALVOS E DANOS

O assédio moral contra médicos pode se manifestar de maneira explícita ou sutil, mas em ambos os casos provoca um impacto profundo na saúde mental, no desempenho profissional e na qualidade da assistência prestada. Entre as formas mais comuns, estão a desqualificação pública de condutas clínicas, a exposição a críticas sistemáticas e sem fundamento, a retirada

injustificada de funções, a imposição de metas abusivas e a exclusão de processos decisórios dentro da equipe. Tais práticas, quando contínuas, configuram ambiente tóxico e representam violação dos direitos fundamentais do trabalhador.

Os principais alvos de assédio moral nas instituições de saúde são, frequentemente, os profissionais em início de carreira, como residentes e recém-formados, mulheres, profissionais que assumem posturas éticas diante de irregularidades e aqueles que apresentam alguma fragilidade percebida. Estudos mostram que mulheres médicas, em especial, estão mais expostas ao assédio moral cumulativo, que se entrelaça com a desigualdade de gênero, desvalorização e sobrecarga emocional.

Além das consequências emocionais e psicológicas, como ansiedade, insônia, depressão e queda da autoestima, o assédio pode gerar adoecimento físico, como cefaleias e distúrbios digestivos e cardiovasculares. Em casos mais graves, o afastamento laboral, o uso de psicotrópicos e até o suicídio estão entre os desfechos relatados na literatura.^(5,6) No âmbito profissional, a produtividade diminui, o vínculo com os pacientes enfraquece e o risco de erros médicos aumenta.

É importante salientar que o assédio moral nem sempre ocorre em relações hierárquicas. Pode haver assédio horizontal, entre colegas da mesma equipe, bem como assédio descendente, praticado por subordinados em relação a médicos supervisores. Em todos os casos, a omissão institucional na apuração e na reparação dos danos contribui para a perpetuação do problema.

A identificação precoce do assédio moral e a atuação ética dos gestores e conselhos de classe são fundamentais para romper o ciclo de violência. A cultura institucional deve ser revista para garantir espaços de escuta segura, educação permanente em direitos trabalhistas e valorização da saúde mental dos profissionais. Reconhecer e nomear o assédio é o primeiro passo para combatê-lo com efetividade.

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: UMA REALIDADE VELADA

A violência institucional contra médicos não é um evento isolado ou esporádico: trata-se de uma prática silenciosa, enraizada na cultura de diversas instituições de saúde, públicas e privadas. Ela se expressa por meio da precarização das condições de trabalho, da sobrecarga imposta sem respaldo estrutural e da negligência quanto ao bem-estar físico e mental dos profissionais. Tais violências são muitas vezes legitimadas por discursos

de vocação e sacrifício, que invisibilizam o sofrimento dos trabalhadores da saúde.

Uma das expressões mais concretas da violência institucional está na ausência de suporte em situações de conflito com pacientes e familiares. Em muitos casos, mesmo após episódios de agressão, o médico permanece sem orientação, acolhimento ou proteção legal por parte da instituição. Em vez disso, é alvo de sindicâncias precipitadas, ameaças veladas ou transferências punitivas. A omissão institucional não apenas revitimizava o profissional como transmite à equipe a mensagem de que não há segurança para o exercício pleno da medicina.

Além disso, a lógica produtivista que rege muitas instituições impõe metas inalcançáveis, escalas exaustivas e políticas de avaliação que ignoram a complexidade do cuidado em saúde. Profissionais são cobrados por números, mas não recebem os meios para alcançar qualidade no atendimento. A carência de insumos, medicamentos e suporte diagnóstico é constantemente reportada por ginecologistas e obstetras como causa de frustração e adoecimento.

No campo acadêmico, a violência institucional também se manifesta por meio da exploração de residentes, da cultura da humilhação pedagógica e da ausência de canais efetivos para denúncias. O médico em formação, muitas vezes, não se sente seguro para relatar situações de abuso, por medo de retaliação ou comprometimento de sua carreira. Esse ciclo de silêncio perpetua um modelo hierárquico autoritário e danoso.

Para romper essa realidade, é essencial o fortalecimento de estruturas institucionais que promovam uma cultura de segurança, ética e responsabilidade compartilhada. Políticas claras de prevenção, canais protegidos de denúncia, comissões de acolhimento interprofissionais e a responsabilização de gestores omissos são caminhos possíveis. A violência institucional não será superada apenas com boa vontade individual, mas com reformas institucionais estruturantes, ancoradas em valores de respeito e justiça.

O QUE FAZER: AÇÕES PRÁTICAS E INSTITUCIONAIS

O enfrentamento do assédio moral e da violência institucional exige uma postura ativa por parte dos profissionais, mas, sobretudo, o compromisso das instituições em garantir ambientes de trabalho seguros e éticos. A responsabilização individual do médico pela resolução do problema é injusta e ineficaz. Assim, o primeiro passo é reconhecer que essa luta é coletiva e deve envolver toda a estrutura organizacional.

Ao vivenciar ou testemunhar situações de assédio, o profissional deve buscar canais formais de acolhimento e denúncia, como comissões de ética médica, núcleos de segurança do trabalhador, serviços de saúde mental ocupacional ou ouvidorias. Sempre que possível, recomenda-se notificar por escrito, com a preservação de provas documentais, conforme descrito anteriormente. A atuação precoce nesses canais pode impedir a escalada de abusos e reforçar o compromisso da instituição com a integridade de sua equipe.

Do ponto de vista jurídico, o médico pode também acionar o sindicato da categoria, o Ministério Público do Trabalho ou o Conselho Regional de Medicina (CRM), dependendo da natureza da agressão. O boletim de ocorrência é indicado quando houver ameaça, coação, violência física ou risco à integridade moral. Nesses casos, o acompanhamento por advogado especializado em direito médico é altamente recomendado para garantir proteção legal adequada.⁽⁷⁾

As instituições de saúde têm papel determinante na prevenção e no enfrentamento dessas formas de violência. Cabe a elas promover formações regulares sobre ética nas relações de trabalho, implementar políticas internas claras de prevenção ao assédio, instituir canais sigilosos de escuta e garantir que denúncias sejam apuradas com celeridade, imparcialidade e proteção das vítimas.⁽⁸⁾

Além disso, o apoio psicológico institucional é um diferencial que deve ser valorizado. Profissionais expostos a situações de violência crônica têm maior risco de *burnout*, depressão e abandono da carreira.⁽⁵⁾ Oferecer escuta qualificada, acolhimento e tratamento adequado demonstra o compromisso da instituição com o bem-estar de sua equipe. Em última instância, ambientes de trabalho saudáveis são também ambientes de cuidado seguro para os pacientes.

CONCLUSÃO

Defender os médicos é defender a medicina. O enfrentamento ao assédio moral e à violência institucional exige coragem, organização e articulação entre profissionais, entidades representativas e instituições. Não se trata de fragilidade individual, mas de uma questão estrutural que compromete a saúde física, mental e emocional dos profissionais, bem como a qualidade da assistência prestada à população.

A ginecologia e obstetrícia, por sua especificidade de atuação íntima, intensa e contínua com pacientes e familiares, torna-se uma das especialidades mais vulneráveis a esse tipo de violência. As longas jornadas, os plantões de alta complexidade, a convivência com a dor,

o luto e a alta carga emocional colocam o profissional sob constante tensão. Diante disso, é inaceitável que o espaço de trabalho, que deveria ser um território de cuidado, se transforme também em local de sofrimento e adoecimento.

Este artigo buscou trazer uma reflexão crítica, atualizada e fundamentada sobre as diversas faces do assédio moral e da violência institucional, com foco no médico ginecologista e obstetra. Mais do que alertar, queremos estimular a ação, para que cada leitor se perceba como agente de transformação do seu ambiente, seja denunciando abusos, apoiando colegas ou cobrando posicionamento institucional.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo reafirma seu compromisso com a segurança, o respeito e a dignidade do exercício médico. Seguiremos trabalhando para fortalecer os mecanismos de proteção, a formação ética e o reconhecimento do valor de cada profissional. A violência contra médicos não pode ser naturalizada. Precisamos romper o silêncio, resgatar o respeito e reconstruir juntos um novo pacto de cuidado mútuo.

Assediar um médico é desumanizar a medicina. E não há medicina de qualidade sem médicos protegidos, valorizados e respeitados.

REFERÊNCIAS

- Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2020.
- Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010 [cited 2025 Mar 10]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>
- Conselho Federal de Medicina. Violência contra médicos: CFM cobra providências das autoridades e lança campanha estimulando profissionais a denunciarem abusos. 2019 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/violencia-contra-medicos-cfm-cobra-providencias-das-autoridades-e-lanca-campanha-estimulando-profissionais-a-denunciarem-abusos/>
- Lin N. Seis em cada dez médicas já sofreram assédio no trabalho. Agência Brasil. 2023 [cited 2025 Mar 10]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-12/seis-em-cada-dez-medicas-ja-sofreram-assedio-no-trabalho>
- Maslach C, Leiter MP. Burnout: the cost of caring. Cambridge: Malor Books; 2016.
- Lima J, Fernandes C. Violências institucionais contra trabalhadores da saúde. Saúde Soc. 2021;30(1):e200416. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200416>
- Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). 2018 [cited 2024 Dec 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
- Oliveira JF, Rocha PM. A responsabilidade institucional em casos de assédio moral. Rev Bioética. 2020;28(3):512-20. doi: 10.1590/1983-80422020283464

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

180 Seguimento de mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico

Agnaldo Lopes da Silva Filho, Mariana Seabra Leite Praça, Matheus Eduardo Soares Pinhati, Laura Guimarães Castro, Renato Moretti-Marques, Angélica Nogueira-Rodrigues, Eduardo Batista Cândido

PROTOCOLOS FEBRASGO

191 Câncer do colo do útero

Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica

201 Vacinação na adolescência

Comissão Nacional Especializada em Vacinas

206 Infecção pelo papilomavírus humano na gravidez

Comissão Nacional Especializada em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

RELATO DE CASO

213 Isquemia mesentérica complicada por peritonite infecciosa em gestante com necessidade de laparotomia e cesariana urgentes: relato de caso

Amanda Tomazzoni Michelon, Cibele Mendonça, Jaqueline Pessanha da Silveira, João Alberto Cancian Montagner, Larissa Muller

Seguimento de mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico

Número 3 – 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

- A população de mulheres sobreviventes de câncer vem aumentando ao longo dos últimos anos, o que ressalta a importância do seguimento adequado dessas pacientes.
- O principal objetivo do seguimento em longo prazo para pacientes tratadas de câncer é a detecção precoce de recorrências, sejam elas locorregionais ou metástases linfonodais ou a distância.
- A avaliação de sintomas e o exame físico desempenham importante papel no seguimento das pacientes tratadas de neoplasias ginecológicas.
- O uso de exames laboratoriais ou de imagem para detectar recorrência em pacientes assintomáticas deve ser baseado em evidências de que melhora a sobrevida ou propicia tratamentos menos mórbitos, considerando também o custo e a disponibilidade.

RECOMENDAÇÕES

- A frequência de seguimento das pacientes varia de acordo com a neoplasia, o estágio, o tratamento e o risco de recorrência.
- As pacientes devem ser orientadas sobre os sinais e sintomas sugestivos de recorrência, que variam conforme a neoplasia tratada.
- Exames de imagem estão indicados na suspeita clínica de recorrência das neoplasias ginecológicas.
- O uso do CA-125 não é recomendado rotineiramente no seguimento do câncer de endométrio, mas, nas neoplasias ovarianas nas quais o CA-125 estava elevado antes do tratamento primário, seu uso pode ter valor prognóstico.
- Tumores germinativos de ovário possuem marcadores específicos que podem ser utilizados durante o seguimento.
- Apesar de evidência limitada, a citologia pode ser realizada anualmente no seguimento de pacientes tratadas para neoplasias de colo, vulva e vagina, embora a radioterapia prévia aumente a taxa de falso-positivos.
- Pacientes tratadas com cirurgias radicais da vulva e vagina devem ser acompanhadas por profissionais experientes no tratamento e exame físico dessas neoplasias.

CONTEXTO CLÍNICO

A cada ano, os cânceres ginecológicos são responsáveis por cerca de 1,5 milhão de novos diagnósticos e por mais de 680 mil mortes em todo o mundo.⁽¹⁾ No Brasil, são esperados mais de 32 mil novos casos em

2024.⁽²⁾ Inúmeros avanços na ginecologia oncológica ao longo dos últimos anos permitiram o aumento da sobrevida dessas pacientes, que compõem, hoje, uma população de sobreviventes maior e mais longa.⁽³⁾

Oferecer seguimento adequado para essas mulheres é primordial e fundamenta-se na ideia de que a detecção precoce de recorrências pode levar a tratamentos menos invasivos e com maior taxa de sobrevida. Além disso, é fundamental que o medo da recorrência e a ansiedade que precedem as consultas de seguimento após tratamento não impactem a qualidade de vida e a utilização dos serviços de saúde.⁽⁴⁾ Os custos e a disponibilidade de recursos para a realização desses testes também devem ser considerados.^(5,6) Todavia, muitos estudos relatam que as sobreviventes do câncer muitas vezes não recebem os devidos cuidados.^(7,8)

Apesar do avanço nos tratamentos e do aumento da sobrevida das pacientes sobreviventes, as informações disponíveis referentes ao seguimento após o tratamento de neoplasias ginecológicas carecem de evidência científica, sendo predominantemente provenientes de estudos retrospectivos e de opiniões de especialistas.⁽³⁾ Alguns modelos de seguimento atualmente adotados podem ser inflexíveis e não atender as pacientes de forma mais personalizada, com boa relação custo-efetiva.⁽⁹⁾ Portanto, informar os ginecologistas quanto a frequência, avaliação e exames necessários para o seguimento dos cânceres do trato genital inferior é imprescindível para otimizar o cuidado prestado a essas pacientes.

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

O câncer de endométrio foi responsável por 420.242 novos casos mundialmente em 2022.⁽¹⁾ No Brasil, foram estimados cerca de 7.840 novos casos para 2024.⁽²⁾ A maioria das pacientes é diagnosticada nos estágios iniciais da doença, a partir de um quadro sintomático precoce caracterizado por metrorragia ou sangramento vaginal pós-menopausa (83%). Apesar do alto índice de sobrevida, o câncer de endométrio pode apresentar consideráveis taxas de recorrência, que acometem 2% a 15% de pacientes com a neoplasia em estágios iniciais e chegam a 50% em pacientes com a doença em estágios mais avançados ou com condições histologicamente mais agressivas.⁽⁵⁾

Para a maioria das pacientes, a recorrência é sintomática e ocorre nos primeiros três anos após o tratamento primário. Mesmo em pacientes com recorrência a distância, sintomas como tosse, dor, letargia, perda de peso e cefaleia estão presentes em 70% dos casos.⁽⁵⁾ Após o tratamento primário, o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)⁽¹⁰⁾ aponta a importância de recomendações verbais e escritas sobre sintomas sinalizadores de potenciais recorrências da doença, para que as pacientes procurem a avaliação médica. Os principais sintomas incluem: sangramento vaginal, redução de apetite, perda de peso, dor (na pelve, no abdome, no quadril ou na região lombar), tosse, dispneia e edema (abdominal e de membros inferiores).⁽¹⁰⁾

Não há evidências de alta qualidade que associem as estratégias de seguimento após tratamento primário com desfechos favoráveis e não há consenso sobre quais exames devem ser oferecidos para acompanhamento das sobreviventes após câncer de endométrio.⁽¹¹⁾ Uma revisão multicêntrica examinou a eficiência de métodos de seguimento em 254 pacientes com doença de alto grau, revelando que os sintomas levaram à detecção da maioria das recorrências (56%), seguidos de exame físico (18%), tomografia computadorizada (TC) (15%), dosagem de CA-125 (10%) e realização de citologia oncológica (1%).⁽¹²⁾

O exame físico é considerado o método mais consistente de seguimento do câncer de endométrio e deve incluir o exame especular e o toque vaginal para avaliação pélvica e retrovaginal. O NCCN recomenda o seguimento das pacientes com exame físico e anamnese detalhada a cada três a seis meses pelos primeiros dois a três anos, pelo maior risco de recidiva nesse período. Posteriormente, até o quinto ano, o seguimento deve ser realizado a cada seis a doze meses e, após o quinto ano, a avaliação deve ser anual.⁽¹⁰⁾ As diretrizes da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO) ajustam a vigilância do câncer de endométrio por fatores de risco. São consideradas pacientes de alto risco aquelas com doença localmente avançada, estágios III-IV, tumores de alto grau, acometimento linfonodal e tipos histológicos não endometrioides. Nesse grupo, a recomendação é a realização de exames físico e ginecológico a cada três meses durante os primeiros três anos e a cada seis meses após esse período, até o quinto ano após o tratamento primário. No grupo de baixo risco, é sugerido seguimento a cada seis meses durante os dois primeiros anos e, anualmente, até o quinto ano (Quadro 1). Nesse grupo, o seguimento remoto, por contato telefônico, pode ser uma alternativa caso a paciente tenha recebido educação adequada sobre os sinais e sintomas de alerta para recidivas.⁽¹³⁾

Exames de imagem não devem ser rotina no seguimento de pacientes com câncer de endométrio. Sua indicação deve ser guiada pelos sintomas da paciente, estimativa de risco e suspeita clínica de recorrência da neoplasia ou de doença metastática. Dessa forma, estudos de imagem como radiografia e TC de tórax e ressonância magnética (RM) abdominal e pélvica devem ser realizados apenas se as pacientes estiverem sintomáticas ou se houver indicação clínica.⁽¹⁰⁾ A ESMO endossa essa recomendação.⁽¹³⁾ Nos grupos de alto risco, especialmente com acometimento linfonodal, a realização de TCs de rotina pode ser considerada (por exemplo, a cada seis meses durante os primeiros três anos e, depois desse período, a solicitação deve avaliada individualmente).

Como já mencionado, pode existir associação entre a elevação do CA-125 e a recorrência do câncer endometrial. Nos estágios avançados ou graus histológicos

Quadro 1. Recomendações para o câncer de endométrio

Guideline	NCCN	ESMO
Exame e revisão dos sintomas	A cada 3-6 meses durante 2 ou 3 anos, depois a cada 6 meses até o 5º ano. Anualmente, após esse período.	Baixo risco: a cada 6 meses (considerar contato telefônico) por 2 anos. Anualmente, após esse período. Alto risco: a cada 3 meses durante 3 anos; depois, a cada 6 meses até o 5º ano. Anualmente, após esse período.
TC de abdome e pelve	Somente em casos de doença avançada ao diagnóstico, a cada 6 meses durante os primeiros 3 anos, a cada 6 a 12 meses durante 2 anos adicionais.	Somente no grupo de alto risco, a cada 6 meses durante os primeiros 3 anos e, depois, individualmente.
Outros exames de imagem*	Somente se houver suspeita clínica de recorrência.	Somente se houver suspeita clínica de recorrência.
CA-125	Não recomendado para uso rotineiro.	Não recomendado para uso rotineiro.
Citologia oncológica	Não recomendada para uso rotineiro.	Não recomendada para uso rotineiro.

*A realização de exames de imagem (radiografia de tórax, TC de tórax, RM de abdome/pelve e PET-CT) deve ser considerada em pacientes selecionados, conforme indicação clínica. NCCN: *National Comprehensive Cancer Network*; ESMO: *Sociedade Europeia de Oncologia Médica*; TC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética; PET-CT: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons.
Fonte: Adaptado de Salani R, et al. (2017).⁽⁵⁾ *National Comprehensive Cancer Network* (2024).⁽¹⁰⁾

mais agressivos da doença, o aumento desse marcador acontece em mais de 50% das pacientes. Em estágios iniciais ou graus histológicos menos agressivos, a associação entre a recorrência e a elevação dos níveis desse marcador não foi demonstrada.⁽¹⁴⁾ Portanto, o CA-125 não deve ser usado rotineiramente como marcador de recorrência.

Apesar de a maioria das recorrências da doença ocorrer na cúpula vaginal, a realização de citologia oncológica para seguimento é controversa. A citologia anormal apresenta sensibilidade de 40% e especificidade de 88% para a detecção de recorrência vaginal da doença.⁽¹⁵⁾ Dessa forma, de acordo com o NCCN e a ESMO, a citologia oncológica não é útil para diagnóstico de recorrências locais. Assim, não deve ser realizada de rotina em pacientes assintomáticas.^(10,13)

CÂNCER DE OVÁRIO

Em 2022, o câncer de ovário foi responsável por 324.398 novos diagnósticos e 206.839 mortes no mundo, o que representa a maioria dos óbitos por tumores ginecológicos.⁽¹⁾ A ausência de métodos de rastreio eficazes e a inespecificidade dos sintomas levam ao diagnóstico tardio em cerca de 75% das pacientes, impactando diretamente a taxa de sobrevida média em cinco anos. Entre as pacientes com câncer de ovário, mais de 70% apresentarão recidiva tumoral, o que justifica a busca de uma vigilância ideal e mais efetiva após o tratamento.⁽⁵⁾

CARCINOMAS SEROSOS DE ALTO GRAU

O carcinoma seroso de alto grau é responsável por aproximadamente 70% a 80% de todas as neoplasias malignas de ovário.⁽¹⁶⁾ A maioria dos carcinomas serosos de alto grau é diagnosticada em estágio avançado (estágio III ou IV), quando apresentam taxas de sobrevida de 41% e 20% para os estágios III e IV, respectivamente.⁽¹⁷⁾ Apesar de cerca de 80% das pacientes responderem completamente ao tratamento primário, a taxa de recorrência é alta. Nos estágios iniciais da doença, essa taxa ocorre em 25% dos casos e chega a mais de 80% dos casos nos estágios avançados.⁽⁵⁾

Entre 26% e 50% das recorrências dos tumores de ovários acontecem na pelve;⁽⁵⁾ em cerca de metade dos casos, elas são detectadas por meio de sintomas e em 60%, por meio de exame físico, o que mostra a relevância dessa avaliação para a detecção de progressão tumoral.⁽¹⁸⁾ No entanto, o exame físico tem reprodutibilidade variável (15% a 78%) e pode não identificar recorrências em regiões extrapélvicas como linfonodos retroperitoneais, órgãos abdominais, fígado ou pulmões.⁽⁵⁾

No diagnóstico, o marcador tumoral CA-125 é elevado em aproximadamente 80% dos tumores epiteliais e apresenta sensibilidade e especificidade para detecção de recorrência que varia entre 62%-94% e 91%-100%, respectivamente.⁽⁵⁾ O estudo randomizado EORTC 55955, apesar de apresentar limitações, não encontrou melhoria na sobrevida ao tratar recorrências baseadas somente nos níveis de CA-125, em comparação com a suspeita clínica.⁽¹⁹⁾ Todavia, tanto o NCCN quanto o Instituto Nacional do Câncer (NCI) americano recomendam a solicitação do CA-125 como parte da consulta de seguimento dos tumores de ovário, mesmo nas pacientes assintomáticas. A elevação sérica do CA-125, pré-clínica, pode preceder a recorrência clínica em dois a cinco meses.⁽²⁰⁾ Atualmente, com métodos de imagem mais sensíveis, a possibilidade da realização de citoredução secundária completa e o surgimento de terapias-alvo, que melhoram os resultados do tratamento do câncer de ovário, o benefício no seguimento da dosagem de CA-125 ainda precisa ser definido.⁽²¹⁾ O uso da

proteína 4 do epidídimo humano (HE4) como um biomarcador preditivo independente para monitoramento e acompanhamento de recorrência é promissor, porém são necessárias evidências mais robustas para inclusão da solicitação desse marcador na prática clínica.⁽²²⁾

A sensibilidade dos exames de imagem para detectar recorrência de tumores serosos de ovário é limitada.⁽²³⁾ A RM mostra sensibilidade de 62%-91% e especificidade de 40%-100%, sendo superior à TC para avaliar a operabilidade em casos de recorrência.⁽²⁴⁾ O PET-CT, embora apresente sensibilidade e especificidade elevadas (89% e 90%, respectivamente), ainda carece de evidências que demonstrem melhoria na sobrevida, sendo recomendado apenas na presença de sintomas e de alterações no exame físico ou nos níveis de CA-125 que sugiram recorrência (Quadro 2).⁽²⁰⁾

É importante ressaltar que o seguimento das pacientes que possuem as mutações BRCA1 e BRCA2 deve ser

Quadro 2. Recomendações para os carcinomas serosos de ovário de alto e baixo grau

Tempo desde a conclusão da terapia primária	Até o 2º ano	3º ano	4º e 5º ano	Após o 5º ano
Exame e revisão dos sintomas	A cada 3-4 meses	A cada 4-6 meses	A cada 6 meses	Anualmente
CA-125*	A cada 3-4 meses	A cada 4-6 meses	A cada 6 meses	Anualmente
Imagem**	Não recomendado para uso rotineiro.			
Suspeita de recorrência ou metástase	RM de abdome/pelve ou PET-CT ± CA-125			

*Recomendado se elevado antes do tratamento. **A realização de exames de imagem (radiografia de tórax, TC de tórax, RM de abdome/pelve e PET-CT) deve ser considerada em pacientes selecionadas, conforme indicação clínica. Recomendado se elevado antes do tratamento. TC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética; PET-CT: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons. Fonte: Adaptado de Salani R, et al. (2017)⁽⁵⁾. *National Comprehensive Cancer Network* (2024).⁽²⁰⁾

mais longo devido ao risco de câncer de mama. Essas sobreviventes devem ser encaminhadas para serviços de referência para acompanhamento de pacientes de alto risco para tumores mamários.⁽²¹⁾

CARCINOMAS SEROSOS DE BAIXO GRAU

O carcinoma seroso de baixo grau representa menos de 5% dos cânceres epiteliais de ovário. São tumores associados a uma doença mais indolente, no entanto, habitualmente, também se apresentam em estágios avançados no diagnóstico. Aproximadamente 60% dos carcinomas serosos de baixo grau também estão associados a tumores *borderline*.⁽²⁰⁾ As recomendações de seguimento são as mesmas do carcinoma seroso de alto grau (Quadro 2).

TUMORES BORDERLINE

Aproximadamente 65%-70% dos tumores *borderline* são serosos, o que corresponde a cerca de 15%-20%⁽²⁵⁾ de todas as neoplasias serosas ovarianas.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Na grande maioria das pacientes, os tumores serosos *borderline* estão confinados ao ovário no momento do diagnóstico e, em até 50% dos casos, são bilaterais.⁽²⁹⁾ Aproximadamente 70% dos casos são diagnosticados no estágio I.⁽³⁰⁾ Os tumores mucinosos são outro tipo histológico comum, representando 11% dos tumores *borderline*.⁽³¹⁾ A taxa de recorrência dos tumores *borderline* varia de 5% a 8%, ocorrendo, em cerca de 2% dos casos, progressão para tumores invasivos. Em geral, 70% das recorrências ocorrerão após cinco anos e 30%, após dez anos.^(25,32) O risco de recorrência é maior em pacientes que foram submetidas a cirurgias conservadoras, que preservaram um ou ambos os ovários, sendo cerca de seis vezes maior em mulheres que se submeteram a cistectomia ovariana.⁽³²⁾

As diretrizes atuais de seguimento desses tumores extrapolam as recomendações do câncer de ovário invasivo. De acordo com a extensão da cirurgia e o estágio da doença, a cada três a seis meses, sugere-se a realização de exame físico, incluindo exame pélvico, dosagem de CA-125 (se inicialmente elevado) e ultrassonografia pélvica para as pacientes com cirurgia preservadora da fertilidade.^(5,20)

Para pacientes diagnosticadas no estágio I e submetidas a salpingo-ooforectomia bilateral, o seguimento anual é indicado, pela ausência de benefício de uma vigilância mais próxima. Para pacientes que foram submetidas a cirurgia de preservação da fertilidade, como salpingo-ooforectomia unilateral ou cistectomia, o risco de recorrência varia de 5% a 7%.^(25,32,33) As recomendações atuais de seguimento para essas pacientes incluem a realização de ultrassonografia pélvica seriada, com ou sem a avaliação de marcadores tumorais. Embora a histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral seja recomendada para pacientes com prole definida, não há estudos que indiquem que esse acompanhamento intensivo ou mesmo que a histerectomia melhorem o prognóstico para mulheres com tumores *borderline*.^(5,20)

Em pacientes com tumores *borderline* avançados (estágio II-IV), a revisão anual de sintomas e exame físico, associado ou não aos marcadores tumorais (se inicialmente elevados), parece apropriada (Quadro 3).⁽²⁰⁾

Na suspeita de recorrência clínica ou laboratorial, recomenda-se a realização de TC de abdome e da pelve para avaliar a extensão da doença. Como a maioria das mulheres com tumores *borderline* pode ser tratada com cirurgia adicional, a atenção aos sintomas ou anormalidades no exame físico é importante. Não há evidências de que a vigilância radiográfica de rotina com TC seja benéfica.⁽²⁰⁾

Quadro 3. Recomendações para os cânceres de ovário *borderline*

Tempo desde a conclusão da terapia primária	Até o 5º ano	Após o 5º ano
Exame e revisão dos sintomas	3-12 meses	Anualmente
Ultrassonografia	Pacientes que preservaram a fertilidade	Somente se houver suspeita clínica
Imagem*	Somente se houver suspeita clínica	Somente se houver suspeita clínica
CA-125 ou outros marcadores	Recomendado se estiverem elevados antes do tratamento	Recomendado se estiverem elevados antes do tratamento
Citologia	Não recomendada	Não recomendada

*A realização de exames de imagem (radiografia de tórax, TC de tórax, RM de abdome/pelve e PET-CT) deve ser considerada em pacientes selecionados, conforme indicação clínica. TC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética; PET-CT: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons.

Fonte: Adaptado de *National Comprehensive Cancer Network* (2024).⁽²⁰⁾

TUMORES GERMINATIVOS

Os tumores malignos de células germinativas do ovário representam 2,6% de todos os tumores de ovário. Incluem os subtipos: disgerminomas, teratomas imaturos, tumores embrionários e tumores do seio endodérmico. São predominantes em mulheres com idade média de 16-20 anos.^(34,35) Normalmente, são unilaterais e diagnosticados em estágio I. Assim, podem ser realizadas, para tratamento, cirurgias preservadoras de fertilidade com ou sem terapia adjuvante. Recorrências são raras (15%-25%) e ocorrem, habitualmente, nos primeiros dois anos após tratamento primário.⁽²⁰⁾

Esses tumores podem produzir marcadores sorológicos tumorais que auxiliam no diagnóstico e seguimento pós-tratamento. A alfafetoproteína (α -FP) pode

ser produzida por tumores do seio endodérmico, tumores embrionários, poliembriomas e teratomas imaturos. A gonadotrofina coriônica humana (hCG) pode ser produzida por coriocarcinomas, tumores embrionários, poliembriomas e, em baixos níveis, alguns disgerminomas. Lactato desidrogenase (LDH) pode ser marcador de disgerminomas.⁽²⁰⁾

O NCCN recomenda o seguimento de pacientes com tumores de células germinativas com exame físico e análise dos níveis dos marcadores tumorais, além de exames de imagem. Nos disgerminomas, o seguimento com exame físico e análise dos biomarcadores deve ser feito a cada dois a três meses no primeiro ano, três a quatro meses no segundo ano, seis meses até o quinto ano e, posteriormente, anualmente. Já a solicitação de exames de imagem (TC de abdome e pelve) deve ser a cada três a quatro meses no primeiro ano, seis meses no segundo ano e, posteriormente, apenas se clinicamente indicado. Já nos demais subtipos de tumores de células germinativas, exame físico e análise de biomarcadores tumorais devem ser feitos a cada dois meses nos dois primeiros anos, quatro a seis meses no terceiro ano, seis meses no quarto e quinto anos e, posteriormente, anualmente. Já os exames de imagem (TC de tórax, abdome e pelve) devem ser solicitados a cada três a quatro meses no primeiro ano, quatro a seis meses no segundo ano, seis a doze meses do terceiro ao quinto ano e, posteriormente, apenas se clinicamente indicado (Quadro 4). Essa proposta de vigilância ativa é semelhante à sugerida pela ESMO, principalmente em pacientes submetidas a cirurgia preservadora da fertilidade e sem tratamento adjuvante. O cronograma de seguimento é minucioso e a adesão da paciente é de extrema importância. É essencial que as pacientes sejam aconselhadas sobre a prevenção de gravidez durante os primeiros dois anos após o diagnóstico inicial, período em que ocorre a maioria das recidivas.^(20,36)

Quadro 4. Recomendações para os tumores de ovário germinativos

Tempo desde a conclusão da terapia primária	1º ano	2º ano	3º ano	4º e 5º anos	Após o 5º ano
Disgerminomas					
Exame físico e análise dos marcadores tumorais	A cada 2-3 meses	A cada 3-4 meses	A cada 6 meses	A cada 6 meses	Anualmente
Exames de imagem*	A cada 3-4 meses	A cada 6 meses	Anualmente	Anualmente	Somente se houver suspeita clínica
Não disgerminomas					
Exame físico e análise dos marcadores tumorais	A cada 2 meses	A cada 2 meses	A cada 4-6 meses	A cada 6 meses	Anualmente
Exames de imagem**	A cada 3-4 meses	A cada 4-6 meses	A cada 6-12 meses	A cada 6-12 meses	Somente se houver suspeita clínica

*TC de abdome/pelve. ** TC de tórax/abdome/pelve. TC: tomografia computadorizada

Fonte: Adaptado de *National Comprehensive Cancer Network* (2024).⁽²⁰⁾

TUMORES ESTROMAIS

Os tumores malignos de cordão sexual são raros e representam 7% das doenças malignas ovarianas. Normalmente associados a bom prognóstico, incluem os tumores de células da granulosa (mais comuns) e os tumores de células Sertoli-Leydig. Também podem produzir marcadores tumorais, como estradiol, inibina, hormônio antimülleriano e testosterona. Tumores de células da granulosa podem ter curso indolente, com a possibilidade de recorrência tardia, sobretudo em um período de quatro a seis anos após tratamento primário. As recorrências tendem a ocorrer no abdome superior (55%-70%) e pelve (30%-45%), e as taxas de resposta são geralmente favoráveis, atingindo 63%-80%.^(36,37)

O NCCN e a *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO)-ESMO recomendam o seguimento de pacientes com tumores malignos de cordão sexual com exame físico e análise dos marcadores tumorais, se aplicável. Os exames de imagem devem ser reservados a pacientes com sintomas, elevação de biomarcadores ou achados suspeitos no exame físico. A frequência do acompanhamento com exame físico e da solicitação de exames para análise dos biomarcadores tumorais deve se basear no estágio do tumor, sendo a cada seis a doze meses para estágios precoces e a cada quatro a seis meses em doenças de alto risco.⁽²⁵⁾ É recomendado seguimento prolongado para tumores de células granulosas, devido à alta possibilidade de recorrência tardia (Quadro 5).⁽³⁸⁻⁴⁰⁾

CÂNCER DE COLO UTERINO

Em 2022, houve 661.021 novos casos de câncer de colo de útero e 348.189 mortes relacionadas a essa doença em todo o mundo.⁽¹⁾ No Brasil, estimam-se aproximadamente 17.010 novos casos anuais para 2024.⁽²⁾ O câncer de colo afeta predominantemente indivíduos mais

jovens, em comparação com outros cânceres ginecológicos, com idade média de 50 anos no momento do diagnóstico. Cerca de 50% das pacientes são diagnosticadas em estágio I, apresentando sobrevida de cinco anos superior a 90%. Contudo, as taxas de recorrência para essas pacientes são altas, variando entre 10% e 20%, sendo a maioria nos primeiros dois a três anos após o tratamento inicial.^(41,42) Muitas dessas pacientes com doença em estágio inicial são curadas e possuem expectativa de vida elevada após o tratamento, com preocupações adicionais sobre a preservação da fertilidade. O tratamento ideal para a doença localmente avançada geralmente é a quimiorradioterapia, que, embora possa ser curativa, resulta em sequelas significativas e não permite a preservação da fertilidade ou da função ovariana.⁽⁴³⁾ A sobrevida média em pacientes assintomáticas e sintomáticas varia de 8 a 53 meses e de 8 a 38 meses, respectivamente.⁽⁴¹⁾

Recomendam-se a avaliação da história e exames físicos a cada três a seis meses durante os primeiros dois anos, a cada seis a doze meses por mais três a cinco anos e, posteriormente, anualmente. Pacientes com alto risco (estágio avançado, tratadas com quimiorradioterapia primária ou cirurgia mais terapia adjuvante) podem necessitar de avaliações mais frequentes do que aquelas com baixo risco (estágio inicial, tratadas apenas com cirurgia, sem terapia adjuvante).^(44,45) Todavia, essa rotina de seguimento identifica menos de 36% dos casos de recorrência nesse período.⁽⁴²⁾ Portanto, é fundamental informar as pacientes sobre sinais e sintomas que sugerem recorrência, como dor pélvica, linfedema, sangramento vaginal e sintomas geniturinários, presentes em 46% a 95% dos casos e responsáveis pela procura de atendimento fora da rotina usual recomendada (Quadro 6).⁽⁵⁾

Quadro 5. Recomendações para os tumores de ovário estromais

Tempo desde a conclusão da terapia primária	Até o 2º ano	Após 2 anos
Exame físico	Somente se houver suspeita clínica, com frequência baseada no estágio da doença: Estágio precoce/doença de baixo risco: a cada 6-12 meses Doença de alto risco: a cada 4-6 meses	Somente se houver suspeita clínica, com frequência baseada no estágio da doença: Estágio precoce/doença de baixo risco: a cada 6-12 meses Doença de alto risco: a cada 4-6 meses
Análise dos marcadores tumorais inibina B e AMH	Somente se houver suspeita clínica e se aplicável, com frequência baseada no estágio da doença: Estágio precoce/doença de baixo risco: a cada 6-12 meses Doença de alto risco: a cada 4-6 meses	Somente se houver suspeita clínica e se aplicável, com frequência baseada no estágio da doença: Estágio precoce/doença de baixo risco: a cada 6-12 meses Doença de alto risco: a cada 4-6 meses
Exames de imagem*	Reservados para pacientes com sintomas, elevação de biomarcadores ou achados suspeitos no exame físico	Reservados para pacientes com sintomas, elevação de biomarcadores ou achados suspeitos no exame físico

*Radiografia de tórax, TC de tórax/abdome/pelve, RM e PET-CT. AMH: hormônio antimülleriano; TC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética; PET-CT: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons.
Fonte: Adaptado de *National Comprehensive Cancer Network* (2024).⁽²⁰⁾

Quadro 6. Recomendações para as neoplasias de colo de útero

Tempo desde a conclusão da terapia primária	Até o 2º ano	Do 3º ao 5º ano	Após o 5º ano
Exame e revisão dos sintomas			
Baixo risco	A cada 6-12 meses	Anualmente*	Anualmente*
Alto risco**	A cada 3 meses	A cada 6 meses	Anualmente*
Exame citológico	Anualmente***		
Imagem****			
Estágio I			
Sem preservação de fertilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Somente se houver suspeita clínica de recorrência.***** • Para pacientes com FIGO estágio IB3 ou que necessitaram de radioterapia adjuvante pós-operatória ou quimiorradioterapia devido a fatores de alto risco,***** PET-CT de pescoço/tórax/abdome/pelve/inguinal pode ser realizada de 3 a 6 meses após o término do tratamento.***** 		
Com preservação de fertilidade	<ul style="list-style-type: none"> • RM de pelve com contraste 6 meses após a cirurgia e depois anualmente por 2 a 3 anos. • Outros exames de imagem somente se houver suspeita clínica de recorrência.***** 		
Estágio II-IV	<ul style="list-style-type: none"> • PET-CT de pescoço/tórax/abdome/pelve/inguinal (preferencial) ou TC de tórax/abdome/pelve com contraste dentro de 3-6 meses após o término do tratamento.***** • RM de pelve com contraste em um período de 3 a 6 meses após o término da terapia. • Outros exames de imagem somente se houver suspeita clínica de recorrência.***** 		
Estágio IVB ou recorrência	<ul style="list-style-type: none"> • TC, RM ou PET-CT para avaliar a resposta ou determinar tratamento adicional. 		
Suspeita de recorrência ou metástase	<ul style="list-style-type: none"> • PET-CT de pescoço/tórax/abdome/pelve/inguinal. • Considerar RM de pelve. 		

*Pode ser acompanhado por um oncologista ginecológico ou ginecologista generalista. ** Alto risco é definido como estágio avançado ou histologias de alto risco. ***Evidência insuficiente para detecção de recorrência de câncer, mas pode ter valor na detecção de neoplasia do trato genital inferior e de pacientes imunocomprometidas. ****A RM é realizada com e sem contraste e a TC é realizada com contraste, a menos que haja contraindicação. O contraste não é necessário para a TC de tórax de rastreamento.***** Esses fatores incluem achados anormais no exame físico ou sintomas pélvicos, abdominais ou pulmonares. ***** Os fatores de risco podem incluir nódulos positivos, paramétrios positivos, margens positivas ou fatores cervicais locais (de acordo com os Critérios de Sedlis). *****Se o primeiro FDG-PET-CT pós-tratamento for indeterminado, considere a possibilidade de repeti-lo em três meses.*****Esses fatores podem incluir achados anormais no exame físico, como massa palpável ou adenopatia, ou novos sintomas pélvicos, abdominais ou pulmonares. FIGO: *International Federation of Gynecology and Obstetrics*; TC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética; PET-CT: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons; FDG-PET-CT: PET-CT com fluorodesoxiglicose.

Fonte: Adaptado de *National Comprehensive Cancer Network* (2024).⁽⁴⁵⁾

Durante as consultas de seguimento, é crucial realizar exames físicos detalhados, incluindo exame especular e toque bimanual e retovaginal, além de avaliar áreas suscetíveis a lesões causadas pelo papilomavírus humano (HPV), como vagina, vulva e ânus. Essa prática detecta entre 29% e 75% das lesões recorrentes ou das metástases em pacientes assintomáticas.⁽⁵⁾

Enquanto a última edição do *guideline* da ESGO-ESMO, atualizado em 2023, não recomenda a realização de citopatológico, o NCCN recomenda sua realização anual.^(44,45) Em pacientes tratadas com radioterapia primária, a incidência de citologia oncótica anormal chega a 34%, sendo a maioria dos achados células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS).⁽⁵⁾

O emprego de exames de imagem deve ser baseado na presença de sintomas ou em achados anormais ao exame físico. Em uma revisão sistemática com 17 estudos retrospectivos, a doença recorrente assintomática foi detectada por meio de exame físico em 29%-71%, de radiografia de tórax em 20%-47%, de TC em 0%-34% e de citologia da cúpula vaginal em 0%-17% das pacientes.⁽⁴⁶⁾ Contudo, caso haja suspeita de doença recorrente, o uso de exames de imagem está indicado para uma avaliação mais precisa da extensão da doença. Nesse caso, destaca-se o PET-CT, por sua alta acurácia e 87% de sensibilidade e especificidade em torno de 86% e 87%, respectivamente.⁽⁵⁾

CÂNCER DE VULVA

Responsável por 47.342 novos diagnósticos em 2022 e por 18.579 óbitos no mundo em 2022, o câncer de vulva é relativamente raro, representando menos de 1% de todos os tumores em mulheres.⁽¹⁾ A vulvectomia radical e a linfadenectomia inguinofemoral têm sido o tratamento padrão. Todavia, tratamentos mais recentes incluem quimiorradioterapia adjuvante para tumores primários grandes que envolvem a uretra, a vagina ou o ânus e a incorporação da avaliação do linfonodo sentinela. O envolvimento do linfonodo inguinal e/ou femoral é o fator prognóstico mais significativo para a sobrevivência em pacientes com câncer de vulva.⁽⁵⁾ A sobrevida relatada em cinco anos varia de 70% a 93% para pacientes com linfonodos negativos e de 25% a 41% para aqueles com linfonodos positivos.⁽⁴⁷⁾

A maioria das recidivas de câncer de vulva ocorre no primeiro ano após o tratamento definitivo, mas, em uma série de casos, quase 10% das pacientes tiveram uma segunda doença maligna diagnosticada cinco anos após o tratamento inicial. No estudo GROINSS-V, a taxa de recorrência local foi de 27,5% aos cinco anos e de 39,5% após dez anos do tratamento primário.⁽⁴⁸⁾

Após o tratamento com intenção curativa, a ESGO-ESMO sugere um seguimento mais rigoroso: primeiro acompanhamento seis a oito semanas após o término do tratamento e a cada três a quatro meses

durante os dois primeiros anos. Do terceiro ao quinto ano, o seguimento pode ser semestral ou anual. A vigilância em longo prazo pode ser apropriada em indivíduos com persistência da doença vulvar predisponente ou devido aos efeitos secundários relacionados ao tratamento.⁽⁴⁹⁾ Já a *Society of Gynecologic Oncology* (SGO) recomenda acompanhar as pacientes em estágio inicial (I e II) a cada seis meses durante os primeiros dois anos e anualmente, após esse período. Para doenças em estágio avançado (III e IVA), o acompanhamento é feito a cada três meses durante os primeiros dois anos, depois a cada seis meses durante os anos três a cinco e, a seguir, anualmente (Quadro 7).⁽⁵⁾

Quadro 7. Recomendações para as neoplasias de vulva e vagina

Tempo após tratamento primário	1º ano	2º ano	Do 3º ao 5º ano	Após o 5º ano
Baixo risco	A cada 6 meses	A cada 6-12 meses	Anualmente*	Anualmente*
Alto risco**	A cada 3 meses	A cada 3 meses	A cada 6 meses	Anualmente*
Papanicolau/ exame citológico	Anualmente***			
Imagem****	Evidência insuficiente para uso rotineiro			
Suspeita de recorrência	TC ou PET-CT			

*Pode ser acompanhado por um oncologista ginecológico ou ginecologista generalista. **Alto risco é definido como estágio avançado ou histologias de alto risco. ***Evidência insuficiente para detecção de recorrência de câncer, mas pode ter valor na detecção de neoplasia do trato genital inferior e de pacientes imunocomprometidas. ****Pode incluir radiografia de tórax, tomografia computadorizada, PET-CT, ressonância magnética e ultrassom.
TC: tomografia computadorizada; PET-CT: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons.
Fonte: Adaptado de Oonk MH, et al. (2023).⁽⁴⁹⁾ e Nout et al. (2023).⁽⁵¹⁾

As avaliações devem incluir revisão dos sintomas e exame físico completo da vulva, pele adjacentes e linfonodo inguinal. Apesar de evidência limitada, o exame citológico pode ser feito anualmente.⁽⁵⁾

O uso rotineiro de exames de imagem na ausência de sintomas ou achados de exames também deve ser evitado, uma vez que a maioria das recorrências é facilmente detectada pelo exame físico. Se houver suspeita de recorrência, é plausível a solicitação de TC ou PET-CT, bem como a realização de colposcopia e biópsia vulvar direcionada.⁽⁴⁹⁾

CÂNCER DE VAGINA

No ano de 2022, o câncer de vagina foi responsável por 18.800 novos casos e 8.238 mortes em todo o mundo.⁽⁵⁾ O fator prognóstico mais importante é o estágio da doença no momento do diagnóstico, influenciado pelo tamanho e profundidade da lesão.⁽⁵⁰⁾ As baixas taxas de sobrevivência, comparadas com o câncer de colo e o câncer de vulva, são reflexo da elevada proporção de diagnósticos em estágios avançados e de potenciais complicações do tratamento na intenção de prevenir abordagens mais agressivas.

Para doenças de baixo risco (estágio inicial, tratadas apenas com cirurgia e sem terapia adjuvante), recomendam-se avaliação dos sintomas e exame físico a cada seis meses durante os primeiros dois anos e, anualmente após esse período. Para doenças de alto risco (estágio avançado, tratadas com quimioterapia/radioterapia primária ou cirurgia mais terapia adjuvante), a frequência da vigilância pode ser a cada três meses durante os primeiros dois anos, a cada seis meses entre o terceiro e o quinto ano, e, depois, anualmente (Quadros 7 e 8).⁽⁵⁾

Os testes anuais de citologia cervical ou vaginal, que podem incluir testes de HPV, podem ser indicados para a detecção de displasia do trato genital inferior, embora o seu valor na detecção de doença recorrente seja

Quadro 8. Métodos de seguimento de pacientes após câncer ginecológico

	Câncer de endométrio	Tumores serosos de ovário de alto grau e baixo grau e tumores <i>borderline</i>	Tumores de ovário germinativos	Tumores de ovário estromais	Neoplasias de colo de útero, vulva e vagina
Exame e revisão dos sintomas					
Imagem			TC		
Marcadores tumorais*	CA-125	CA-125	AFP Estradiol hCG LDH	AMH Estradiol Testosterona	
Citologia oncológica					

A graduação da cor, do verde ao vermelho, corresponde à indicação dos métodos de seguimento para cada neoplasia, sendo os métodos indicados, amarelos os métodos indicados apenas se houver suspeita de recorrência e vermelhos os métodos não indicados. *Principais marcadores tumorais para os tumores de ovário germinativos e estromais. AMH: hormônio antimülleriano; TC: tomografia computadorizada; AFP: alfafetoproteína; hCG: gonadotrofina coriônica humana; LDH: lactato desidrogenase.

limitado e a probabilidade de detecção de recorrência assintomática seja baixa. Além disso, a precisão desses testes pode ser afetada em pacientes que receberam radioterapia, que pode induzir alterações na morfologia celular.⁽⁵¹⁾

Assim como no câncer de vulva, exames de imagem e laboratoriais são recomendados conforme indicado por achados suspeitos no exame físico ou sintomas de recorrência.⁽⁵²⁾

Nas pacientes submetidas a cirurgia radical com confecção de neovagina, pode ocorrer câncer secundário relacionado à técnica utilizada para reconstrução. A neovagina deve ser examinada por um cirurgião experiente tanto no procedimento cirúrgico quanto, posteriormente, no seguimento. Já nas pacientes submetidas a quimiorradioterapia, o método de imagem para avaliação de resposta ao tratamento deve ser o mesmo utilizado no diagnóstico e estadiamento da doença. A avaliação inicial da resposta do tumor não deve ser realizada antes de três meses após a conclusão do tratamento. Em caso de resposta incerta, a reavaliação não deve ser realizada em menos de oito a doze semanas.⁽⁵¹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seguimento das pacientes sobreviventes após tumores ginecológicos envolve ginecologistas oncológicos e oncologistas clínicos. Entretanto, não devem se restringir a esses profissionais. Ginecologistas gerais dedicados, enfermeiros especializados, clínicos gerais e uma equipe multiprofissional também podem estar envolvidos no acompanhamento dessas pacientes. Uma abordagem integral, que inclua educação sobre sinais e sintomas, efeitos secundários do tratamento, inclusive as consequências psicológicas do diagnóstico do câncer e as perdas funcionais, é extremamente necessária. Avaliação e apoio às necessidades familiares e sociais também devem ser abordados. Durante o seguimento, também é necessária a avaliação dos efeitos colaterais comuns secundários aos tratamentos prévios, como disfunção sexual e gestão dos sintomas da insuficiência ovariana prematura. Nesse contexto, deve-se oferecer apoio por meio de fisioterapia, terapia sexual e psicoterapia, além de avaliar a adoção de práticas para melhoria da qualidade de vida dessas pacientes, como o uso de dilatadores vaginais e terapia hormonal, quando possível. É importante a realização do aconselhamento sobre risco genético, orientação sobre fertilidade e contracepção após o tratamento.

Os efeitos psicológicos do câncer são frequentes e podem englobar depressão, ansiedade, fadiga, limitações cognitivas, problemas de sono e dependência do uso de opioides. Avaliar esses sintomas é essencial. Modificações no estilo de vida, como a cessação do tabagismo, alimentação saudável, prática regular de

exercícios físicos e consumo moderado de álcool, são importantes e têm demonstrado melhora na qualidade de vida das pacientes. Além disso, as implicações financeiras do tratamento devem ser consideradas. O seguimento de pacientes tratadas de câncer ginecológico pode ser uma janela de oportunidade para a promoção do rastreio de outras neoplasias primárias. A infecção pelo HPV é fator de risco para as neoplasias do colo, vulva e vagina, ânus e orofaringe, que devem ser investigados durante a avaliação, em especial, no exame físico. Ademais, com a crescente disponibilidade de avaliações genéticas antes, durante ou após o tratamento de câncer, o seguimento pode ser personalizado com base nas informações do perfil genético. Podemos citar as pacientes tratadas para câncer de ovário seroso com mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2, que apresentam risco elevado de câncer de mama e devem ser rastreadas com mamografia e RM das mamas. Além disso, as pacientes tratadas com câncer de endométrio podem ser rastreadas para síndrome de Lynch, o que mudaria a frequência de rastreio de câncer colorretal.

Por fim, é importante ponderar que a maioria das evidências atualmente disponíveis é baseada em estudos retrospectivos que não conseguem fornecer uma visão precisa acerca dos benefícios das recomendações. Isso aponta para a necessidade de pesquisa direcionada que possa estabelecer práticas de vigilância mais custo-efetivas e comprovadamente eficazes na detecção de recidivas. O seguimento após tratamento dos tumores ginecológicos deve centrar-se na forma como o cuidado é oferecido às sobreviventes. Independentemente dos recursos de saúde disponíveis, é crucial garantir que as pacientes recebam o apoio necessário quando precisarem e que o acompanhamento desnecessário seja reavaliado.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi: 10.3322/caac.21834
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas On-line de Mortalidade. 2021 [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>
3. Shapiro CL. Cancer survivorship. *N Engl J Med.* 2018;379(25):2438-50. doi: 10.1056/NEJMra1712502
4. Luk HM, Ngu SF, Lau LS, Tse KY, Chu MM, Kwok ST, et al. Patient-initiated follow-up in ovarian cancer. *Curr Oncol.* 2023;30(4):3627-36. doi: 10.3390/currenocol30040276
5. Salani R, Khanna N, Frimer M, Bristow RE, Chen LM. An update on post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncology (SGO) recommendations. *Gynecol Oncol.* 2017;146(1):3-10. doi: 10.1016/j.jygy.2017.03.022
6. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines: Survivorship (Version 1.2024). 2024 [2024 May 12]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1466>

7. Earle CC, Neville BA. Under use of necessary care among cancer survivors. *Cancer*. 2004;101(8):1712-9. doi: 10.1002/cncr.20560
8. Elston Lafata J, Simpkins J, Schultz L, Chase GA, Johnson CC, Yood MU, et al. Routine surveillance care after cancer treatment with curative intent. *Med Care*. 2005;43(6):592-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000163656.62562.c4
9. Dretzke J, Chaudri T, Balaji R, Mehanna H, Nankivell P, Moore DJ, et al. A systematic review of the effectiveness of patient-initiated follow-up after cancer. *Cancer Med*. 2023;12(18):19057-71. doi: 10.1002/cam4.6462
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines: Uterine Neoplasms (Version 3.2024). 2024 [cited 2024 May 8]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1473>
11. Zola P, Ciccone G, Piovano E, Fuso L, Di Cuonzo D, Castiglione A, et al. Effectiveness of intensive versus minimalist follow-up regimen on survival in patients with endometrial cancer (TOTEM Study): a randomized, pragmatic, parallel group, multicenter trial. *J Clin Oncol*. 2022;40(33):3817-27. doi: 10.1200/JCO.22.00471
12. Hunn J, Tenney ME, Tergas AI, Bishop EA, Moore K, Watkin W, et al. Patterns and utility of routine surveillance in high grade endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2015;137(3):485-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.03.047
13. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(1):2-30. doi: 10.1097/IGC.0000000000000609
14. Frimer M, Hou JY, McAndrew TC, Goldberg GL, Shahabi S. The clinical relevance of rising CA-125 levels within the normal range in patients with uterine papillary serous cancer. *Reprod Sci*. 2013;20(4):449-55. doi: 10.1177/1933719112459218
15. Novetsky AP, Kuroki LM, Massad LS, Hagemann AR, Thaker PH, Powell MA, et al. The utility and management of vaginal cytology after treatment for endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2013;121(1):129-35. doi: 10.1097/aog.0b013e31827499a9
16. Köbel M, Kalloger SE, Huntsman DG, Santos JL, Swenerton KD, Seidman JD, et al. Differences in tumor type in low-stage versus high-stage ovarian carcinomas. *Int J Gynecol Pathol*. 2010;29(3):203-11. doi: 10.1097/PGP.0b013e3181c042b6
17. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, et al. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):284-96. doi: 10.3322/caac.21456
18. Suprasert P, Chalapati W. Detection of recurrence in a surveillance program for epithelial ovarian cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(12):7193-6. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.12.7193
19. Rustin GJ, van der Burg ME, Griffin CL, Guthrie D, Lamont A, Jayson GC, et al. Early versus delayed treatment of relapsed ovarian cancer (MRC OV05/EORTC 55955): a randomised trial. *Lancet*. 2010;376(9747):1155-63. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61268-8
20. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines: Ovarian Cancer/Fallopian Tube Cancer/Primary Peritoneal Cancer (Version 3.2024). 2024 [cited 2024 May 8]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1453>
21. González-Martín A, Harter P, Leary A, Lorusso D, Miller RE, Pothuri B, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2023;34(10):833-48. doi: 10.1016/j.annonc.2023.07.011
22. Piovano E, Attamante L, Macchi C, Cavallero C, Romagnolo C, Maggino T, et al. The role of HE4 in ovarian cancer follow-up: a review. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(8):1359-65. doi: 10.1097/IGC.0000000000000218
23. Limei Z, Yong C, Yan X, Shuai T, Jiangyan X, Zhiqing L. Accuracy of positron emission tomography/computed tomography in the diagnosis and restaging for recurrent ovarian cancer: a meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23(4):598-607. doi: 10.1097/IGC.0b013e31828a183c
24. Michielsen KL, Vergote I, Dresen R, Op de Beeck K, Vanslembrouck R, Amant F, et al. Whole-body diffusion-weighted magnetic resonance imaging in the diagnosis of recurrent ovarian cancer: a clinical feasibility study. *Br J Radiol*. 2016;89(1067):20160468. doi: 10.1259/bjr.20160468
25. Ureyen I, Karalok A, Tasci T, Turkmen O, Boran N, Tulunay G, et al. The factors predicting recurrence in patients with serous borderline ovarian tumor. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(1):66-72. doi: 10.1097/IGC.0000000000000568
26. Harter P, Gershenson D, Lhomme C, Lecuru F, Ledermann J, Provencher DM, et al. Gynecologic Cancer InterGroup (GCIg) consensus review for ovarian tumors of low malignant potential (borderline ovarian tumors). *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(9 Suppl 3):S5-8. doi: 10.1097/IGC.0000000000000282
27. Hart WR. Borderline epithelial tumors of the ovary. *Mod Pathol*. 2005;18 Suppl 2:S33-50. doi: 10.1038/modpathol.3800307
28. Jones MB. Borderline ovarian tumors: current concepts for prognostic factors and clinical management. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49(3):517-25. doi: 10.1097/00003081-200609000-00011
29. Zanetta G, Rota S, Chiari S, Bonazzi C, Bratina G, Mangioni C. Behavior of borderline tumors with particular interest to persistence, recurrence, and progression to invasive carcinoma: a prospective study. *J Clin Oncol*. 2001;19(10):2658-64. doi: 10.1200/JCO.2001.19.10.2658
30. Tinelli R, Tinelli A, Tinelli FG, Cicinelli E, Malvasi A. Conservative surgery for borderline ovarian tumors: a review. *Gynecol Oncol*. 2006;100(1):185-91. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.09.021
31. Lazarou A, Fotopoulou C, Coumbos A, Sehouli J, Vasiljeva J, Braicu I, et al. Long-term follow-up of borderline ovarian tumors clinical outcome and prognostic factors. *Anticancer Res*. 2014;34(11):6725-30.
32. du Bois A, Ewald-Riegler N, de Gregorio N, Reuss A, Mahner S, Fotopoulou C, et al. Borderline tumours of the ovary: a cohort study of the Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Study Group. *Eur J Cancer*. 2013;49(8):1905-14. doi: 10.1016/j.ejca.2013.01.035
33. Song T, Lee YY, Choi CH, Kim TJ, Lee JW, Bae DS, et al. Borderline ovarian tumor in women aged ≥ 65 years: impact on recurrence and survival. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;184:38-42. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.10.001
34. Gershenson DM. Management of ovarian germ cell tumors. *J Clin Oncol*. 2007;25(20):2938-43. doi: 10.1200/JCO.2007.10.8738
35. Mangili G, Sigismondi C, Gadducci A, Cormio G, Scollo P, Tateo S, et al. Outcome and risk factors for recurrence in malignant ovarian germ cell tumors: a MITO-9 retrospective study. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(8):1414-21. doi: 10.1097/IGC.0b013e3182236582
36. Ray-Coquard I, Morice P, Lorusso D, Prat J, Oaknin A, Pautier P, et al. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2018;29 Suppl 4:iv1-iv18. doi: 10.1093/annonc/mdy001
37. Ray-Coquard I, Brown J, Harter P, Provencher DM, Fong PC, Maenpaa J, et al. Gynecologic Cancer InterGroup (GCIg) consensus review for ovarian sex cord stromal tumors. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(9 Suppl 3):S42-7. doi: 10.1097/IGC.0000000000000249
38. Mangili G, Ottolina J, Gadducci A, Giorda G, Breda E, Savarese A, et al. Long-term follow-up is crucial after treatment for granulosa cell tumours of the ovary. *Br J Cancer*. 2013;109(1):29-34. doi: 10.1038/bjc.2013.241
39. Pectasides D, Pectasides E, Kassanos D. Germ cell tumors of the ovary. *Cancer Treat Rev*. 2008;34(5):427-41. doi: 10.1016/j.ctrv.2008.02.002
40. Colombo N, Parma G, Zanagnolo V, Insinga A. Management of ovarian stromal cell tumors. *J Clin Oncol*. 2007;25(20):2944-51. doi: 10.1200/JCO.2007.11.1005

41. Elit L, Fyles AW, Oliver TK, Devries-Aboud MC, Fung-Kee-Fung M; members of the Gynecology Cancer Disease Site Group of Cancer Care Ontario's Program in Evidence-Based Care. Follow-up for women after treatment for cervical cancer. *Curr Oncol*. 2010;17(3):65-9. doi: 10.3747/co.v17i3.514
42. Duyn A, Van Eijkeren M, Kenter G, Zwinderman K, Ansink A. Recurrent cervical cancer: detection and prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(8):759-63. doi: 10.1034/j.1600-0412.2002.810414.x
43. Maher EJ, Denton A. Survivorship, late effects and cancer of the cervix. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2008;20(6):479-87. doi: 10.1016/j.clon.2008.04.009
44. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(5):649-66. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429
45. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines: Cervical Cancer (Version 3.2024). 2024 [cited 2024 May 8]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1426>
46. Elit L, Fyles AW, Devries MC, Oliver TK, Fung-Kee-Fung M; Gynecology Cancer Disease Site Group. Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol*. 2009;114(3):528-35. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.06.001
47. Gadducci A, Cionini L, Romanini A, Fanucchi A, Genazzani AR. Old and new perspectives in the management of high-risk, locally advanced or recurrent, and metastatic vulvar cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2006;60(3):227-41. doi: 10.1016/j.critrevonc.2006.06.009
48. Te Grootenhuys NC, van der Zee AG, van Doorn HC, van der Velden J, Vergote I, Zanagnolo V, et al. Sentinel nodes in vulvar cancer: long-term follow-up of the GROningen International Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer (GROINSS-V) I. *Gynecol Oncol*. 2016;140(1):8-14. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.09.077
49. Oonk MH, Planchamp F, Baldwin P, Mahner S, Mirza MR, Fischerová D, et al. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients with Vulvar Cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(7):1023-43. doi: 10.1136/ijgc-2023-004486
50. Hellman K, Lundell M, Silfverswård C, Nilsson B, Hellström AC, Frankendal B. Clinical and histopathologic factors related to prognosis in primary squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(3):1201-11. doi: 10.1111/j.1525-1438.2006.00520.x
51. Nout RA, Calaminus G, Planchamp F, Chargari C, Lax S, Martelli H, et al. ESTRO/ESGO/SIOPe Guidelines for the management of patients with vaginal cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(8):1185-202. doi: 10.1136/ijgc-2023-004695
52. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines: Vaginal Cancer (Version 1.2025). 2024 [cited 2024 May 8]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1521>

Como citar:

Silva Filho AL, Praça MS, Pinhati ME, Castro LG, Moretti-Marques R, Nogueira-Rodrigues A, et al. Seguimento de mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico. *Femina*. 2025;53(3):180-90.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Follow-up of women after gynecological cancer treatment", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2025;47:e-FPS3.

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Mariana Seabra Leite Praça

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Matheus Eduardo Soares Pinhati

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Laura Guimarães Castro

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Renato Moretti-Marques

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Angélica Nogueira-Rodrigues

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Eduardo Batista Cândido

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 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 Cândido

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

Câncer do colo do útero

HIGHLIGHTS

1. Embora seja passível de prevenção primária com vacinas antipapilomavírus humano e prevenção secundária com tratamento das lesões precursoras, o câncer de colo de útero é a quarta neoplasia maligna mais frequente em mulheres no mundo e a terceira no Brasil.
2. Na presença de sangramento vaginal anormal, incluindo sinusorragia, na pré e na pós-menopausa, o carcinoma invasor do colo do útero deve ser investigado com exame clínico ginecológico completo. Dor pélvica, corrimento vaginal e insuficiência renal são sintomas de doença avançada.
3. O estadiamento clínico do câncer de colo útero prevê a utilização de exames de imagem, e a ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a tomografia por emissão de pósitrons e a ressonância magnética apresentam maior desempenho que o exame clínico.
4. Para carcinomas de colo do útero em estádios iniciais com cone evidenciando margens livres para qualquer tipo de neoplasia (invasora ou intraepitelial), ausência de invasão vascular angiolinfática, tipo histológico escamoso ou adenocarcinoma do tipo usual (graus 1 ou 2 apenas), com tumor ≤ 20 mm em sua maior medida lateral e < 10 mm de invasão estromal, há uma tendência em diminuir a extensão da parametrectomia.
5. Para o tratamento do câncer de colo do útero localmente avançado, devem ser privilegiados protocolos que incluem quimiorradiação concomitante com cisplatina. A quimioterapia neoadjuvante ainda não é recomendada para tratamento do câncer de colo do útero.

DESCRITORES

Saúde da mulher; Neoplasias do colo do útero; Carcinoma de células escamosas; Adenocarcinoma; Invasividade neoplásica

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Câncer do colo do útero. 2025;53(3):191-200

* 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 36. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é a quarta neoplasia maligna mais frequente em mulheres, com incidência mundial estimada de 661.021 casos novos e mortalidade de 348.189 mulheres em 2022.⁽¹⁾ É responsável por 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres. Cerca de 85% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados em países em desenvolvimento, nos quais são registrados 87% dos óbitos pela doença. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), no Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres. Para cada ano do triênio 2023-2025, foram estimados 17.010 casos novos, o que representa uma taxa bruta de incidência de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. O maior número de casos novos estimados de câncer de colo do útero foi registrado nas regiões Sudeste e Nordeste, que são as mais populosas do Brasil. Quando avaliadas as taxas de incidência (brutas e ajustadas), as maiores taxas são observadas na região Norte.⁽²⁾

O carcinoma invasivo é precedido de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) escamosa ou adenocarcinoma *in situ*. Cerca de 30% a 70% das mulheres com NIC3 ou adenocarcinoma *in situ* não tratadas podem progredir para carcinoma invasor em um período de 20 anos.⁽³⁾ O principal fator de risco para o câncer de colo do útero é a infecção por papilomavírus humano (HPV) de alto risco oncogênico.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

As lesões precursoras são geralmente assintomáticas e detectadas por rastreamento por colpocitologia isolada ou em protocolos que associam a detecção de HPV e a colpocitologia. Os testes de detecção e genotipagem de HPV de alto risco oncogênico são hoje comercialmente disponíveis. Os testes de HPV têm maior sensibilidade, apesar da menor especificidade, na detecção de NIC2 ou mais. Devido à baixa especificidade, recomenda-se que, em mulheres com teste de HPV positivo, a identificação dos HPVs 16 e 18 ou a presença de alterações citológicas deva ser considerada para indicar colposcopia.⁽⁴⁾ A biópsia pode ser de fragmento ou colpodirigida quando o câncer é clinicamente invasor. Na presença de carcinoma oculto ou carcinoma minimamente invasivo, a excisão da zona de transformação com alça ou a conização a frio é necessária. O objetivo da prevenção secundária é detectar e tratar lesões escamosas de alto grau (NIC2 ou NIC3) e adenocarcinoma *in situ*. Como as NIC2 ou 3 são mais frequentes em mulheres em torno de 35 e 40 anos e o carcinoma invasor é extremamente raro em mulheres com 25 anos ou menos imunocompetentes, recomenda-se o início do rastreamento a partir dos 25 anos de idade.

DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA INVASOR

Quando invasivo, o câncer de colo do útero pode levar a sangramento vaginal anormal, sinusorragia, corrimento vaginal, dor pélvica, dispareunia e, em estádios avançados, quando há invasão do paramétrio com compressão dos ureteres, insuficiência renal pós-renal. A avaliação cuidadosa é essencial em toda mulher com sintomas que possam sugerir lesões no colo do útero. Devem-se realizar: anamnese e exame físico geral, especular com colposcopia para visualização da lesão e biópsia, toque vaginal para avaliar o volume do colo, fundos de saco e paredes vaginais, e toque retal para avaliar mucosas, esfíncter anal e paramétrios.⁽⁵⁾ Quando o câncer de colo do útero é identificado apenas microscopicamente, o diagnóstico somente pode ser confirmado na peça da excisão da zona de transformação ou conização.

HISTOLOGIA DO CÂNCER INVASOR DE COLO DO ÚTERO

A classificação histológica da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁶⁾ trouxe definições e critérios bem definidos para classificação histológica das lesões do colo uterino. Na maioria das mulheres, os tumores do colo uterino são carcinomas de células escamosas (CECs) associados ao HPV com invasão do estroma e/ou invasão do tipo exofítico. O segundo grande grupo de câncer de colo do útero são adenocarcinomas, associados ou não ao HPV. Os adenocarcinomas invasores do tipo usual, associados ao HPV, englobam mais de 90% dos adenocarcinomas de colo do útero e é comum a associação

com adenocarcinoma *in situ*. Existem outras variantes de adenocarcinoma: viloglandular, mucinoso, seroso e endometriode.⁽⁷⁾ Finalmente, podem ocorrer no colo uterino carcinomas raros, como carcinosarcoma, carcinomas adenoescamosos e mucoepidermóides, carcinoma adenoide basal do colo uterino, carcinoma de pequenas células e outros inclassificáveis.⁽⁶⁾

FATORES PROGNÓSTICOS

O principal fator prognóstico em mulheres com câncer de colo do útero é o estágio ao diagnóstico. Quando se comparam a doença em estágio IA com a doença em estágio IVA, a proporção de metástases a distância após o tratamento é de 3% no estágio IA e de 75% no estágio IVA. Em mulheres com tumores clinicamente restritos ao colo do útero, invasão angiolímfática, volume tumoral e invasão estromal são os principais fatores associados com invasão linfonodal e sobrevida livre de doença. Em mulheres diagnosticadas em estádios II a IV com comprometimento linfonodal pélvico ou para-aórtico, volume tumoral, idade avançada, anemia, sarcopenia e *performance status* comprometido interferem no prognóstico.⁽⁵⁾

O padrão de disseminação dos adenocarcinomas parece diferir daquele dos carcinomas escamosos; carcinomas escamosos parecem ter disseminação eminentemente linfática, enquanto adenocarcinomas têm disseminação hematológica mais frequente. Há mais proporção de metástases ovarianas nos adenocarcinomas, assim como de metástases a distância, com mais tendência a apresentar carcinomatose. Em todos os casos, o tratamento adequado e sem atraso é um fator prognóstico independente significativo. Técnicas complexas de estadiamento, como exames sofisticados de imagens ou cirurgias para biópsias linfonodais, não devem postergar o início do tratamento.⁽⁷⁾

ESTADIAMENTO

O câncer de colo do útero é estadiado segundo classificação sugerida pela *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) (Quadro 1).

A disseminação do câncer de colo do útero é essencialmente local, por via linfática ou hematogênica. Em geral, o comprometimento dos linfonodos segue um padrão relacionado com a extensão da doença no colo, paramétrios e vagina. Raramente, pequenos tumores locais apresentam metástases a distância. O estadiamento preconizado é baseado na avaliação clínica e em exames de imagem. Sempre que possível, a identificação de metástases linfonodais deve ser realizada usando quaisquer técnicas de imagem e/ou método de avaliação patológica disponíveis. Embora o estadiamento cirúrgico com biópsias linfonodais seja mais acurado do que o estadiamento clínico, essa cirurgia não é prática ou factível na maioria das mulheres e não está associada a melhor sobrevida.^(9,10) O estadiamento cirúrgico aguarda

Quadro 1. Estadiamento do câncer de colo do útero

Estádio	Descrição
I	Carcinoma estritamente confinado ao colo (a extensão para o corpo uterino não é considerada)
IA	Carcinoma invasor diagnosticado somente pela microscopia, com profundidade de invasão máxima ≤ 5 mm [†]
IA1	Invasão do estroma $\leq 3,0$ mm de profundidade
IA2	Invasão do estroma $> 3,0$ mm e $\leq 5,0$ mm de profundidade
IB	Carcinoma invasor com invasão de profundidade > 5 mm (maior que estágio IA), lesão limitada ao colo com o tamanho mensurado no maior diâmetro do tumor [†]
IB1	Carcinoma invasor > 5 mm de invasão estromal e ≤ 2 cm na maior dimensão
IB2	Carcinoma invasor > 2 cm e ≤ 4 cm na maior dimensão
IB3	Carcinoma invasor > 4 cm na maior dimensão
II	O carcinoma se estende além do colo uterino, mas não até o terço inferior da vagina ou parede pélvica
IIA	Envolvimento até dois terços superiores da vagina, sem invasão parametrial
IIA1	Carcinoma invasor ≤ 4 cm na maior dimensão
IIA2	Carcinoma invasor > 4 cm na maior dimensão
IIB	Envolvimento parametrial que não atinge a parede óssea
III	O carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou atinge a parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionando e/ou envolve linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos
IIIA	Envolvimento da parede inferior da vagina, sem extensão à parede óssea
IIIB	Envolvimento até parede óssea e/ou hidronefrose ou rim não funcionando (a menos que seja de outra causa)
IIIC	Metástases linfonodais pélvicas e/ou para-aórticas (incluindo micrometástases [‡]) independentemente do tamanho do tumor e da extensão (com anotações r e p) [§]
IIIC1	Metástases linfonodais pélvicas apenas
IIIC2	Metástases linfonodais para-aórticas
IV	O carcinoma se estende além da pelve verdadeira ou envolve (com biópsia confirmando) a mucosa da bexiga ou do reto. Um edema bolhoso, por exemplo, não permite alocar o caso como estágio IV
IVA	Propagação para órgãos adjacentes
IVB	Metástases a distância

Fonte: Adaptado de Bhatla N, et al. (2019).⁽⁶⁾

* Imagem e avaliação patológica podem ser utilizadas quando disponíveis para complementar achados clínicos em relação ao tamanho do tumor e sua extensão, em todos os estádios. A avaliação patológica supera as imagens e os achados clínicos. † O envolvimento do espaço vascular/linfático não muda o estágio. A extensão lateral do tumor não é mais considerada. ‡ Células tumorais isoladas não mudam o estágio, mas devem ser referidas no laudo. § Adicionar anotações para r (imagem) e p (patologia) para indicar o método que foi utilizado para alocar o caso em estágio IIIC. Por exemplo, se for a imagem que detectou a metástase em linfonodo pélvico, o estágio será IIIC1r; se a metástase for confirmada pela patologia, será estágio IIIC1p. O tipo de imagem e a técnica patológica utilizadas deverão sempre ser documentados. Quando houver dúvida, o menor estágio deverá ser atribuído.

por mais estudos para se comprovar seu real benefício como conduta de rotina nos estádios avançados.

ESTADIAMENTO POR IMAGEM

Métodos de imagem, como ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e tomografia por emissão de pósitrons associada à TC (PET-TC), apresentam desempenho superior ao do exame físico no estadiamento do câncer de colo do útero.⁽¹¹⁾ Como cerca de 80% dos cânceres de colo do útero ocorrem em países em desenvolvimento, que não têm TC, RM nem PET-TC disponíveis para a maioria das mulheres com recursos limitados, a FIGO restringiu a propedêutica de estadiamento a exame clínico e raio X contrastados, como urografia excretora e enema baritado.⁽⁷⁾

A RM é o método com a melhor resolução na avaliação das partes moles, por isso costuma ser o método de escolha para a estimativa por imagem da localização, do tamanho, da profundidade e das extensões vaginal, parametrial, retal ou vesical dos tumores macroscópicos do colo uterino. O alto valor preditivo negativo da RM na exclusão da invasão vesical ou retal dispensa a cistoscopia e a retossigmoidoscopia na maioria das pacientes com tumores de colo do útero.⁽¹²⁾

A RM de pelve é fundamental em mulheres com exame clínico sugestivo de doença em estágio IB1 ou menos que desejam preservar a fertilidade, pois avalia, de forma adequada, os critérios de elegibilidade para o tratamento cirúrgico conservador: tumor < 2 cm, comprimento cervical $> 2,5$ cm e distância entre o tumor e o orifício cervical interno > 1 cm.⁽¹³⁾ Vários consensos internacionais sugerem a RM em todos os estádios, mas ressaltam que, entre os carcinomas invasores em estágio I, a RM seria mais indicada no estágio IB2. A *European Society of Urogenital Radiology* (ESUR) recomenda o estadiamento com RM em todos os tumores FIGO \geq IB1.⁽¹⁴⁾ A RM poderia ser omitida no estadiamento de tumores mais avançados, nos quais a TC apresenta desempenho semelhante ao da RM no estadiamento locorregional. Segundo a *National Comprehensive Cancer Network*® (NCCN®),⁽¹⁵⁾ a avaliação por imagem nos estádios IB2 ou mais deveria ser complementada por PET-TC ou TC de tórax, abdômen e pelve. A identificação de linfonodos pélvicos ou para-aórticos suspeitos nas imagens de mulheres com tumor presumivelmente limitados ao colo muda o estágio para IIIC1r ou IIIC2r e altera o tratamento em um número considerável de pacientes.^(5,8,15) A dimensão do linfonodo no menor eixo é o principal critério considerado pela TC e pela RM no diagnóstico de metástases linfonodais. Entretanto, metástases são frequentes em linfonodos com dimensões normais. Dessa forma, a PET-TC apresenta mais sensibilidade no estadiamento linfonodal dos tumores do colo do útero e tornou-se o principal fator prognóstico para a sobrevida livre de recidiva em pacientes em estágio avançado, IIB ou mais.⁽¹¹⁾ A PET-TC de corpo inteiro costuma ser preferível à TC de tórax,

abdômen e pelve no estadiamento complementar dos tumores de colo com exame clínico compatível com estágio IB, pois costuma alterar o tratamento em um número considerável de pacientes.⁽¹⁵⁾ A US é um exame que pode ser empregado para avaliar o volume tumoral e a presença de dilatação pielocalicial com hidronefrose: tem a vantagem de ser um exame mais fácil e de baixo custo, porém é operador-dependente. A US também pode ser útil se houver contraindicação à RM.⁽¹¹⁾

TRATAMENTO

Conduta em mulheres com carcinomas invasores IA1, IA2 e IB1

O câncer de colo do útero identificado apenas microscopicamente e com invasão estromal ≤ 5 mm de profundidade, independentemente de extensão lateral, é classificado em estágio IA. Essas lesões só poderão ser diagnosticadas por conização ou histerectomia, pois toda lesão estará incluída para avaliação histopatológica. Quando a lesão é clinicamente visível (o chamado “colo tumoral”), independentemente do tamanho, deve ser classificada em estágio IB. O estágio IA é dividido, ainda, em IA1, quando a profundidade de invasão estromal é ≤ 3 mm, e em IA2, quando > 3 mm e ≤ 5 mm. Na histologia, a invasão estromal superficial se caracteriza por um ou mais focos de células neoplásicas que ultrapassam a membrana basal de lesão intraepitelial de alto grau. A presença de invasão vascular deve ser relatada, mesmo nos casos de invasão superficial, uma vez que pode alterar o prognóstico dessas pacientes.⁽⁸⁾

Nos casos de carcinoma escamoso em estágio IA1 sem invasão vascular, a conização é o tratamento-padrão em mulheres que desejam preservar a fertilidade. As margens do cone devem estar livres de qualquer grau de neoplasia, invasiva ou intraepitelial. Caso haja doença nas margens do cone, deve-se optar por novo cone ou traquelectomia. A histerectomia total pode ser realizada como opção terapêutica em mulheres com carcinoma escamoso IA1 com prole definida ou menopausadas. Nesses casos, quando não há invasão vascular, não há indicação de linfadenectomia nem parametrectomia.^(5,15)

Nos casos de adenocarcinomas em estágio IA1 sem invasão vascular, a conduta permanece controversa, e tratamentos conservadores com conização têm sido indicados com mais reserva. Nessas mulheres, a histerectomia extrafascial é a indicação ideal, pois o adenocarcinoma *in situ* ou com invasão mínima tende a ser multifocal, descontínuo e endocervical alto.^(16,17) Em mulheres com desejo de manter a fertilidade, a conização é um tratamento aceitável, desde que a peça cirúrgica tenha sido adequadamente avaliada e que não haja invasão vascular ou presença de neoplasia nas margens do cone. Optando-se por histerectomia, nos casos de cone com margens livres, o risco de doença extracervical é baixo, não havendo, portanto, indicação de linfadenectomia nem de parametrectomia.⁽¹⁸⁾

Pacientes com carcinoma com invasão mínima IA1, tanto do tipo escamoso quanto adenocarcinomas, que apresentarem invasão vascular, têm risco aumentado de envolvimento linfonodal; por isso, deve ser considerada a realização de avaliação de linfonodos pélvicos por meio da pesquisa do linfonodo sentinela e/ou linfadenectomia pélvica completa. Recomenda-se também, quando da invasão vascular, que a histerectomia seja radical, incluindo parametrectomia.

Mulheres com carcinoma escamoso e adenocarcinoma de colo do útero com profundidade de invasão > 3 mm até 5 mm (IA2) ou > 5 mm até 20 mm (IB1) têm risco aumentado de doença extracervical. Atualmente, a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral é o tratamento preferencial para o carcinoma escamoso e o adenocarcinoma de colo do útero em estágio IB1 (lesão clínica de até 2 cm no seu maior diâmetro), quando a preservação da fertilidade não é desejada. A ooforectomia é indicada conforme a faixa etária e o estado menopausal. Entretanto, nos protocolos e consensos atuais, as mulheres com doença em estádios IA2-IB1 podem ser classificadas segundo critérios de risco que podem contribuir para descalonamento da cirurgia (cirurgias conservadoras sem parametrectomia). Mulheres com resultado do cone evidenciando margens livres para qualquer tipo de neoplasia (invasora ou intraepitelial), ausência de invasão angiolímfática, tipo histológico escamoso ou adenocarcinoma do tipo usual (grau 1 ou 2 apenas), com tumor ≤ 20 mm em sua maior medida lateral e < 10 mm de invasão estromal, podem ser tratadas com histerectomia extrafascial com avaliação de linfonodos pélvicos (pesquisa do linfonodo sentinela ou linfadenectomia pélvica sistemática), caso tenham prole definida. Caso a preservação da fertilidade seja considerada, a conização com avaliação linfonodal pélvica pode ser indicada. Os critérios utilizados para preservar a fertilidade incluem o desejo de manter a possibilidade de gestar e a realização de RM para garantir a distância entre a margem da neoplasia e o segmento uterino inferior. A cirurgia preservadora da fertilidade é aceitável em mulheres com carcinoma minimamente invasor IA2 escamoso, adenocarcinoma ou adenoescamoso, mas não deve ser recomendada em pacientes com adenocarcinoma mucinoso do tipo gástrico, carcinomas indiferenciados ou carcinoma de pequenas células.^(5,15,19,20)

A avaliação pré-operatória é fundamental, e exames seccionais de imagem, como US, TC, RM e PET-TC, apresentam desempenho superior ao do exame físico na identificação dos casos com doença restrita ao colo que podem ser tratados pela cirurgia.^(11,12,14) Por sua alta morbidade e pela ausência de benefícios em relação à sobrevida, a linfadenectomia para-aórtica ainda não é recomendada de forma sistemática.^(5,15)

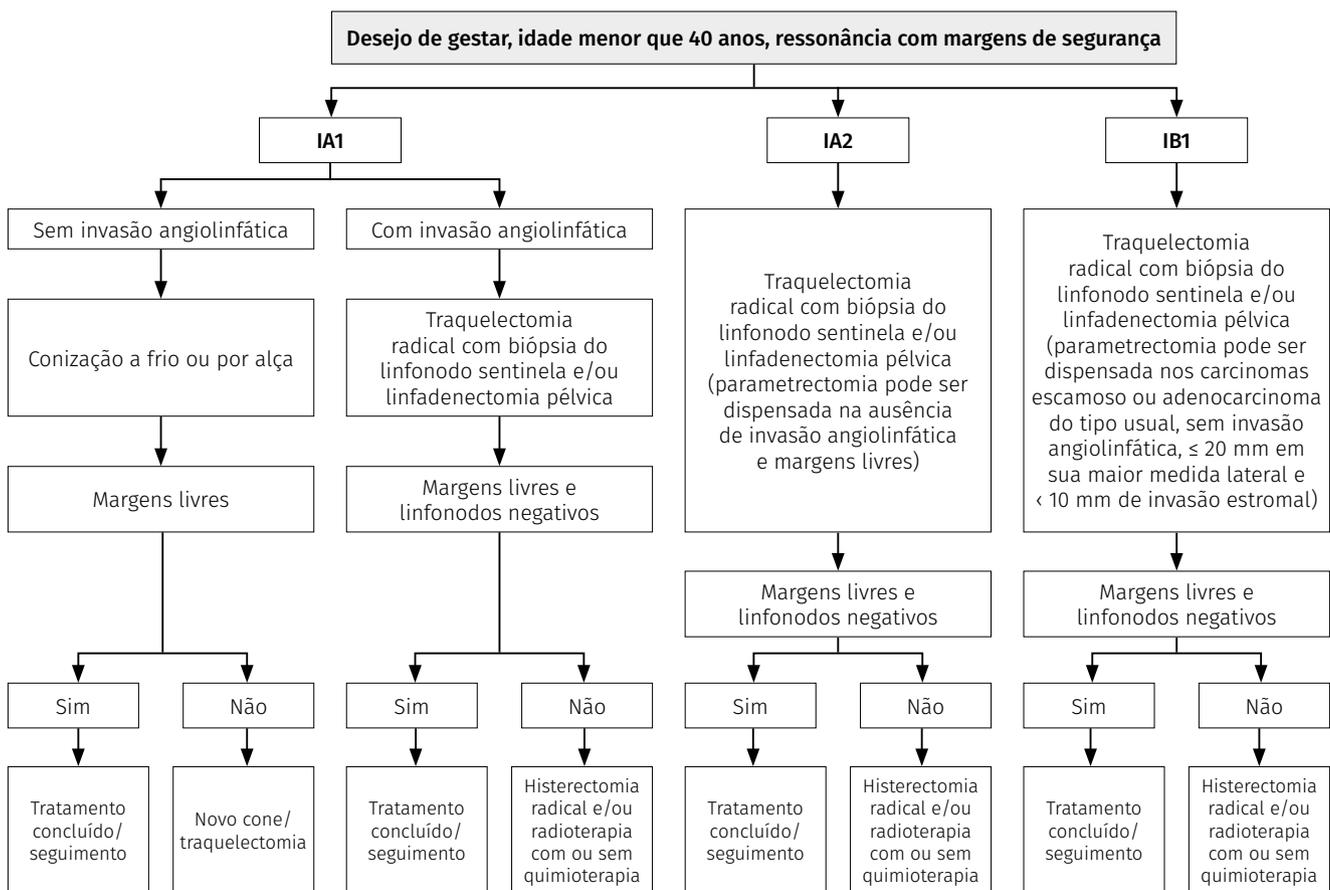
Nos estádios iniciais, quando se preserva o útero, o objetivo é manter a fertilidade, conforme demonstrado na figura 1 (*vide* também protocolo de preservação da fertilidade nos tumores ginecológicos). Entretanto,

embora as taxas de gestação tenham sido um pouco acima de 50%, há ainda alta taxa de aborto e trabalho de parto prematuro, levando a menor proporção de “bebê em casa”.^(21,22) É importante observar que as consultas pré-concepcional e pré-natal e de assistência ao parto de mulheres submetidas a tratamento conservador por câncer de colo do útero devem ser extremamente cuidadosas e realizadas em serviços especializados. Certas medidas deverão ser disponíveis, como rastreio e tratamento da bacteriúria assintomática, incompetência cervical e encurtamento cervical progressivo. A suplementação vaginal de progesterona deverá ser utilizada na gestante pós-traquelectomia. O parto eletivo por cesariana no período precoce é desejável.⁽²³⁾

Ao indicar uma cirurgia em mulheres com câncer de colo do útero, médico e paciente devem estar cientes de que esse procedimento tem como objetivo ser curativo, sem necessidade de tratamento adjuvante, com radioterapia (RT) associada ou não à quimioterapia (QT). O volume tumoral, a profundidade de invasão do estroma e a invasão linfovascular são critérios que podem ser identificados na peça do cone e classificam as pacientes em grupo de risco intermediário para recidiva. Na presença desses critérios, pode haver indicação

de RT ou quimiorradiação como opção terapêutica inicial, para evitar duplo tratamento, com aumento significativo da morbidade e da toxicidade em longo prazo. Por outro lado, margens comprometidas, invasão parametrial e comprometimento linfonodal poderão ser encontrados apenas na avaliação histológica da peça de cirurgia radical. Nesses casos, a terapia adjuvante com RT ou quimiorradiação é indicada para reduzir o risco de recidivas locais e metástases a distância. Em serviços oncológicos de qualidade, a proporção de mulheres que necessitam de tratamento adjuvante deve ser muito baixa, daí a necessidade de avaliação pré-operatória detalhada e precisa.^(5,15)

O tratamento exclusivo com RT ou quimiorradiação é uma alternativa para mulheres com contraindicação cirúrgica por critérios de risco intermediários, comorbidades ou para aquelas que optam por não realizar o tratamento cirúrgico. Nesses casos, o tratamento inclui RT pélvica externa (teleterapia) concomitante à QT com derivados da platina (idealmente cisplatina), seguida de braquiterapia. Para preservar a função endócrina, a ooforopexia pode eventualmente ser considerada previamente à RT pélvica em mulheres com menos de 45 anos de idade com CEC.^(5,15,25)



Fonte: Adaptada de Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2021).⁽²⁴⁾

Figura 1. Fluxograma para pacientes com câncer de colo do útero inicial candidatas à preservação da fertilidade

CONDUTA EM MULHERES COM CARCINOMAS INVASORES IB2-IIA1

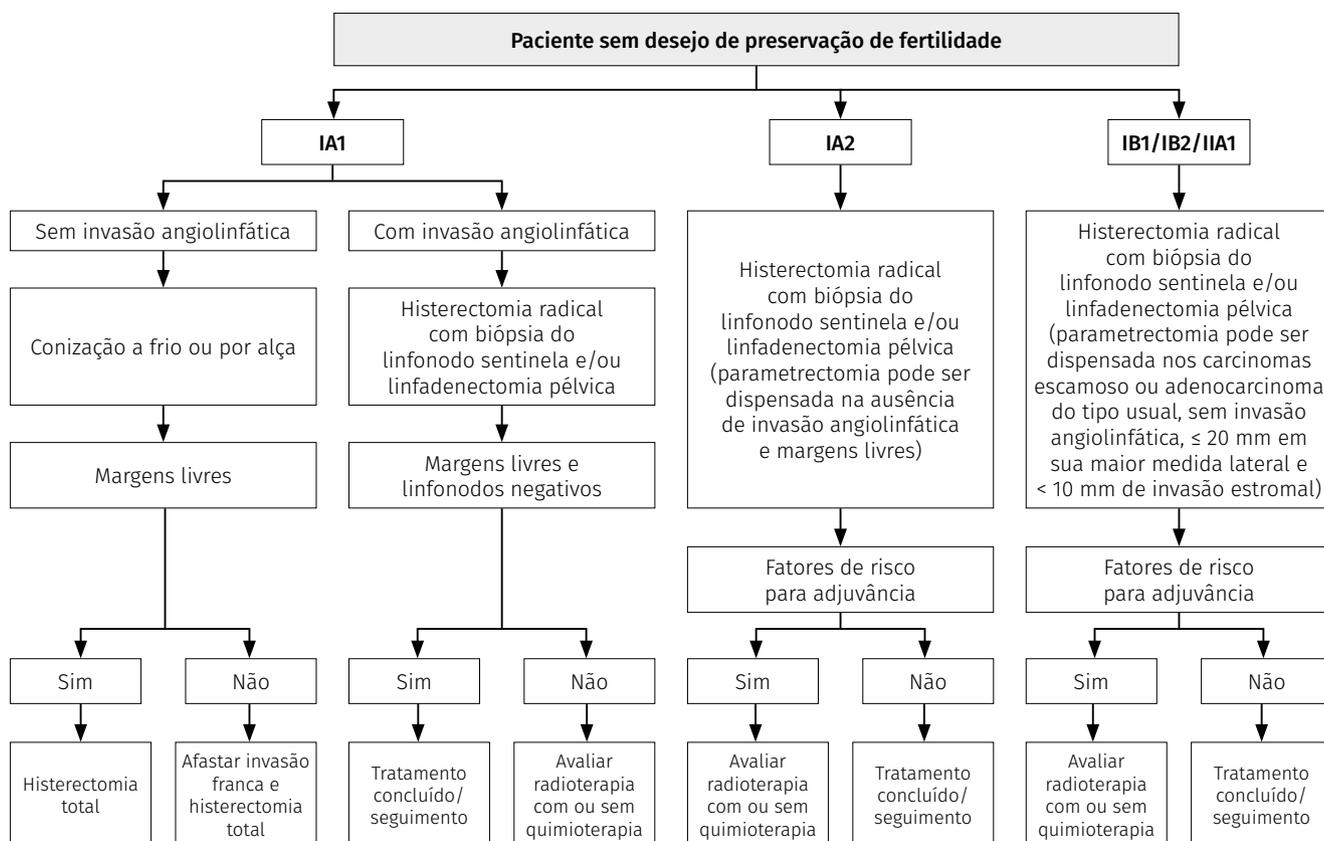
A histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral (com ou sem biópsia de linfonodo sentinela) pode ser realizada nos estádios IB2 e, eventualmente, IIA1 (lesão clínica até 4 cm em seu maior diâmetro), embora o tratamento exclusivo com quimiorradioterapia seja uma alternativa para evitar o duplo tratamento, quando existe uma chance considerável de necessidade de tratamento adjuvante.⁽²⁶⁾ Optando-se pela cirurgia, nos casos de carcinoma escamoso, a ooforectomia é indicada conforme a faixa etária e o estado menopausal. Em mulheres com adenocarcinoma, o risco de metástases anexiais é maior e sugere-se ooforectomia. Embora a via cirúrgica a ser utilizada para o tratamento do carcinoma do colo do útero em estádios iniciais tenha sido alvo de muitos estudos e opiniões,⁽²⁷⁾ a abordagem por cirurgia abdominal aberta é padrão para o tratamento cirúrgico do câncer de colo do útero.⁽²⁸⁻³⁰⁾ A necessidade de tratamento adjuvante após cirurgia depende do resultado das peças cirúrgicas: volume tumoral, invasão do estroma, invasão linfovascular, margens vaginais, envolvimento parametrial e comprometimento linfonodal. Com base em estudos do fim da década de 1990, as mulheres podem ser classificadas em duas categorias de risco: aquelas que apresentam pelo menos duas das

características volume tumoral grande, invasão vascular e invasão estromal profunda são classificadas de risco intermediário. Pacientes que apresentam margens cirúrgicas comprometidas ou comprometimento parametrial ou envolvimento linfonodal são consideradas de alto risco para recidivas.⁽³¹⁾ Em ambos os casos, a terapia adjuvante com RT isolada (critérios de risco intermediários) ou associada à QT, em um esquema conhecido como quimiorradiação (critérios de alto risco), é indicada para reduzir o risco de recidivas locais e metástases a distância (Figura 2).

Optando-se pela quimiorradiação como tratamento exclusivo, para preservar a função endócrina, a oofopexia, eventualmente, pode ser considerada previamente à RT pélvica em mulheres com menos de 45 anos de idade com CEC, com tumores menores que 3 cm e sem invasão vascular.⁽²⁵⁾ Por sua alta morbidade e pela ausência de benefícios em relação à sobrevida, a linfadenectomia para-aórtica ainda não é recomendada de forma sistemática.

Câncer de colo do útero localmente avançado (estádios clínicos IB3, IIB, III e IVA)

A RT associada à QT forma os pilares do tratamento do câncer de colo do útero localmente avançado desde



Fonte: Adaptada de Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2021).⁽²⁶⁾

Figura 2. Fluxograma para pacientes com câncer de colo do útero inicial que não desejam preservar a fertilidade

1999, quando, após uma série de publicações, a *Food and Drug Administration* (FDA) emitiu um alerta recomendando a adição de QT baseada em platina concomitantemente à RT no tratamento dessas pacientes. Foram demonstradas melhores sobrevida livre de progressão e controle local, assim como menos incidência de metástases e melhor sobrevida global com a adição de QT, conforme metanálise publicada em 2008.^(32,33) Embora os benefícios sejam maiores em mulheres com doenças em estádios mais iniciais, Shrivastava *et al.*⁽³⁴⁾ mostraram aumento significativo de sobrevida livre de doença e sobrevida global em mulheres com carcinoma escamoso IIIB que utilizaram quimiorradiação com cisplatina semanal, quando comparadas com aquelas submetidas à RT exclusiva. Pujade-Lauraine *et al.*⁽³⁵⁾ demonstraram que houve consenso global para a quimiorradiação concomitante à base de cisplatina como tratamento primário para os estágios IIB a IVA, com poucas exceções. Quando há contraindicação ao uso da cisplatina, a carboplatina pode ser utilizada, pois haverá diminuição da toxicidade renal, embora seu impacto na sobrevida seja controverso.^(36,37) A QT neoadjuvante não tem impacto significativo em sobrevidas livre de progressão e global nem deve ser indicada fora de contexto de estudo clínico na doença localmente avançada. Pode ser utilizada em mulheres nas quais se deseja preservar a fertilidade. Recentemente, McCormack *et al.*⁽³⁸⁾ apresentaram os resultados do estudo GIG-INTERLACE, no qual a quimiorradiação foi precedida por seis ciclos de carboplatina com paclitaxel e evidenciou aumento significativo da sobrevida. Não foram demonstrados benefícios de QT adjuvante à RT.⁽³⁹⁾

Sobre a realização de cirurgia após radioquimioterapia, recente metanálise publicada avaliou dois estudos randomizados e seis estudos observacionais, não tendo demonstrado diferenças significativas na mortalidade entre pacientes tratadas com radioquimioterapia *versus* pacientes submetidas a histerectomia após o tratamento combinado.⁽⁴⁰⁾ Portanto, atualmente, somente se indica essa modalidade diante da evidência clínica de doença persistente.

Conduta em mulheres com carcinoma IVB, recidivado ou persistente após tratamento de doença inicial

As metástases linfonodais extrapélvicas mais frequentes são para-aórticas, supraclaviculares e mediastinais, e podem estar presentes no diagnóstico inicial ou aparecer na recidiva. O tratamento com quimiorradiação apresenta resultados melhores que os da QT isolada, independentemente do esquema. Metástases hematogênicas são pouco frequentes, sendo os órgãos mais afetados pulmões, ossos, fígado e cérebro. O tratamento-padrão para mulheres com carcinoma de colo metastático é o tratamento sistêmico com agentes citotóxicos derivados da platina (carboplatina ou cisplatina),

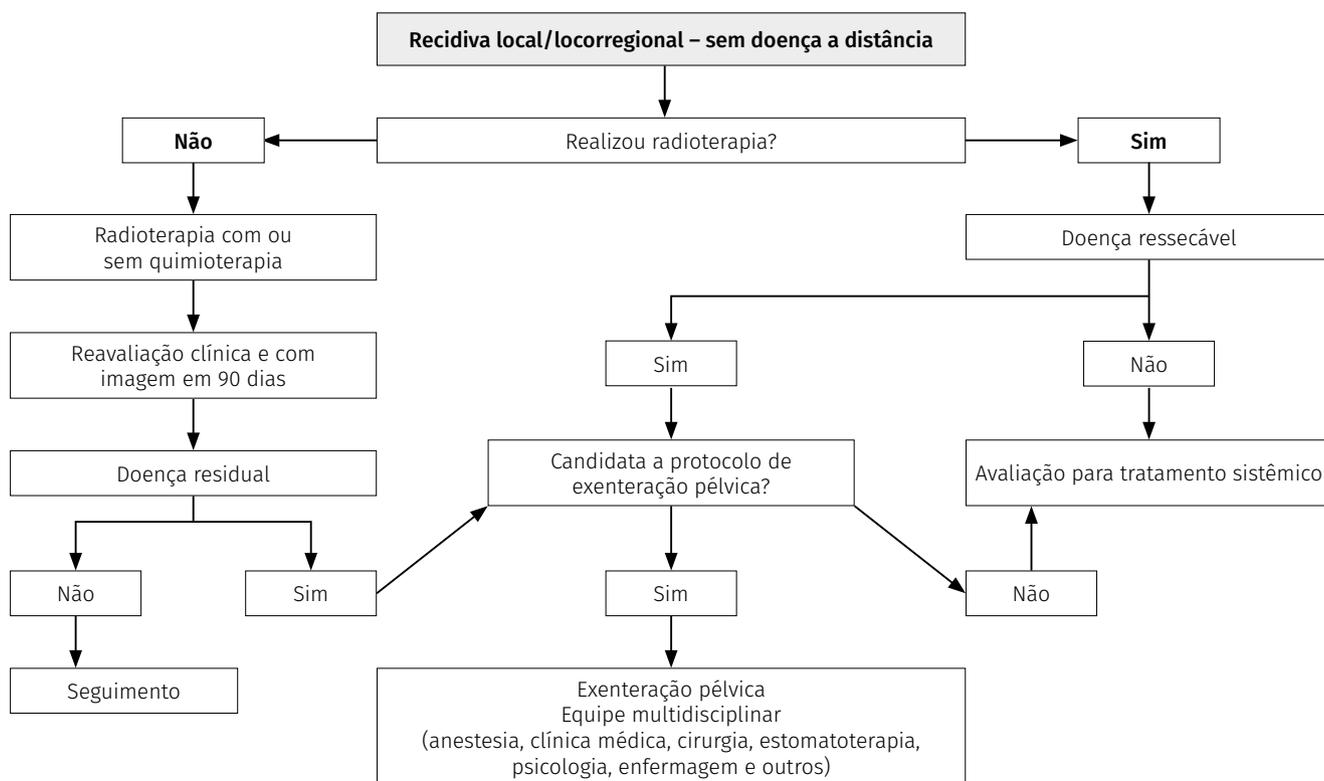
associada ou não com paclitaxel, gencitabina, topotecana e vinorelbina. A combinação de paclitaxel com cisplatina foi o tratamento que resultou em tendência a mais tempo livre de progressão, taxa de resposta e qualidade de vida, além de discreto ganho mediano de sobrevida global.⁽⁴¹⁾ Em razão de comorbidades graves e/ou estado geral precário, caso a paciente não seja candidata à poliquimioterapia, a cisplatina como agente único resultou em taxas de resposta inferiores às dos regimes com múltiplos fármacos.⁽⁴²⁾ Quando as pacientes tiverem contraindicação à cisplatina, é possível utilizar carboplatina. Esquemas baseados em platina, taxano e bevacizumabe são utilizados para pacientes com doença metastática em primeira linha, recidivada ou persistente após tratamento de doença em estágio inicial.⁽⁴³⁾ Se acessível e sem contraindicações clínicas, esquemas baseados em platina, taxano e bevacizumabe são utilizados para pacientes com doença metastática em primeira linha, recidivada ou com doença persistente após tratamento de doença em estágio inicial.

Para pacientes que progridem após o tratamento de primeira linha e apresentam boa condição clínica, a terapia com agente único é a opção. No entanto, não há evidências de que o tratamento na segunda linha ou linhas subsequentes melhore a sobrevida global, em comparação com melhores cuidados clínicos paliativos nessa população. As taxas de resposta com agentes únicos são baixas e de curta duração. As taxas de resposta a carboplatina, nab-paclitaxel, vinorelbina, paclitaxel, pemetrexede, ifosfamida, topotecana e irinotecano são baixas e de curta duração.⁽⁴⁴⁾ O agente anti-PD1 pembrolizumabe já foi aprovado para pacientes em segunda linha paliativa com PDL1 positivo.^(45,46)

Nas pacientes com recidiva local ou locorregional, a primeira conduta é descartar metástases a distância com o uso de exames de imagens, como TC ou PET-TC. Descartando-se metástases a distância, as pacientes que realizaram tratamento cirúrgico inicial sem RT devem ser tratadas com RT e QT concomitante. Pacientes com doença local ou locorregional que receberam tratamento com RT inicial devem ser avaliadas para a possibilidade de exenteração pélvica em centros de referência para a realização dessa cirurgia. Sempre a indicação dessa abordagem deve ser multidisciplinar, devendo ser muito bem esclarecidos à paciente os riscos/benefícios e a morbidade da cirurgia, incluindo a necessidade de ostomias (Figura 3).⁽⁴⁷⁾

CONTROLE PÓS-TRATAMENTO

É recomendado que a primeira avaliação de resposta ao tratamento da doença inicial seja realizada entre 8 e 12 semanas após o término do tratamento radical com exame físico. A maior parte das recomendações sugere que o controle das pacientes seja trimestral nos primeiros dois anos e semestral até os cinco anos naquelas de alto risco. Pacientes de baixo risco poderão fazer seguimento



Fonte: Adaptada de Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2021).⁽²⁴⁾

Figura 3. Fluxograma para pacientes com câncer de colo do útero com recidiva local/locorregional, descartada doença a distância

semestral nos primeiros dois anos e anual até os cinco anos. A realização do citopatológico anual é recomendada pela *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) por um período de cinco anos,⁽⁴⁸⁾ mas é importante ressaltar que o efeito da RT frequentemente causa atipias em células escamosas. Em caso de citopatológico com atipias de alto grau, deve-se realizar colposcopia. Ainda não há consenso sobre a utilidade da RM no controle pós-tratamento de câncer de colo do útero.⁽⁴⁹⁾ Exames de imagem são úteis na suspeita clínica de recorrência, apesar de apresentarem desempenho inferior, quando comparados com aqueles realizados no estadiamento. Embora a recomendação para uso de imagens no seguimento pós-tratamento seja controversa, a RM pode ser utilizada após seis meses do tratamento cirúrgico conservador da fertilidade. Também pode ser indicada no controle pós-tratamento de tumores avançados, associada ou não à PET-TC ou à TC de pelve, abdômen e tórax.^(5,16,47) Atualmente, não há evidências do benefício de exames radiológicos no seguimento de pacientes tratadas de câncer de colo do útero na ausência de sinais e/ou sintomas suspeitos de recidiva.⁽⁵⁰⁾ As pacientes devem ser orientadas em relação aos sintomas de possível recorrência, estilo de vida, obesidade, exercício, saúde sexual (por exemplo: dilatador vaginal, lubrificantes/hidratantes, terapia hormonal para a menopausa), cessação do tabagismo, aconselhamento nutricional e potencial complicações tardias do tratamento.^(5,16)

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O câncer de colo do útero é uma doença potencialmente evitável, seja com vacinação em idade precoce contra HPVs de alto risco oncogênico, seja por meio de um programa de rastreamento com citologia ou testes de detecção de HPV. Em casos de doença invasora, o tratamento adequado e sem atraso é um fator prognóstico independente significativo. Técnicas complexas de estadiamento, como exames sofisticados de imagens ou cirurgias para biópsias linfonodais, não devem postergar o início do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63.
2. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização. Dados e números sobre câncer do colo do útero. Relatório Anual 2023. Rio de Janeiro: Inca; 2023 [citado 2024 Jul 15]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf
3. Sawaya GF, Huchko MJ. Cervical cancer screening. *Med Clin North Am.* 2017;101(4):743-53.
4. Perkins RB, Wentzensen N, Guido RS, Schiffman M. Cervical cancer screening: a review. *JAMA.* 2023;330(6):547-58.
5. PDQ Adult Treatment Editorial Board. 2024 Jul 23. In: PDQ Cancer Information Summaries. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002.

6. International Agency for Research on Cancer (IARC). World Health Organization (WHO). Female genital tumours. WHO classification of tumours. 5th ed. Lyon: IARC; 2020 [cited 2024 Jul 15]. Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Female-Genital-Tumours-2020>
7. Stolnicu S, Talia KL, McCluggage WG. The evolving spectrum of precursor lesions of cervical adenocarcinomas. *Adv Anat Pathol*. 2020;27(5):278-93.
8. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denny LA, Grenman S, Karunaratne K, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145(1):129-35. Erratum in: *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;147(2):279-80.
9. Nasioudis D, George EM, Tanyi JL. Controversies in the staging of patients with locally advanced cervical cancer. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(10):1747.
10. Marnitz S, Tsunoda AT, Martus P, Vieira M, Affonso Junior RJ, Nunes J, et al. Surgical versus clinical staging prior to primary chemoradiation in patients with cervical cancer FIGO stages IIB-IVA: oncologic results of a prospective randomized international multicenter (Uterus-11) intergroup study. *Int J Gynecol Cancer*. 2020;30(12):1855-61.
11. Woo S, Atun R, Ward ZJ, Scott AM, Hricak H, Vargas HA. Diagnostic performance of conventional and advanced imaging modalities for assessing newly diagnosed cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2020;30(10):5560-77.
12. Pak T, Sadowski EA, Patel-Lippmann K. MR Imaging in cervical cancer: initial staging and treatment. *Radiol Clin North Am*. 2023;61(4):639-49.
13. Hricak H, Gatsonis C, Chi DS, Amendola MA, Brandt K, Schwartz LH, et al.; American College of Radiology Imaging Network 6651; Gynecologic Oncology Group 183. Role of imaging in pretreatment evaluation of early invasive cervical cancer: results of the intergroup study American College of Radiology Imaging Network 6651-Gynecologic Oncology Group 183. *J Clin Oncol*. 2005;23(36):9329-37.
14. Manganaro L, Lakhman Y, Bharwani N, Gui B, Gigli S, Vinci V, et al., Staging, recurrence and follow-up of uterine cervical cancer using MRI: Updated Guidelines of the European Society of Urogenital Radiology after revised FIGO staging 2018. *Eur Radiol*. 2021;31(10):7802-16.
15. Abu-Rustum NR, Yashar CM, Arend R, Barber E, Bradley K, Brooks R, et al. NCCN Guidelines® Insights: Cervical Cancer, Version 1.2024. *J Natl Compr Canc Netw*. 2023;21(12):1224-33.
16. Ruengkachorn I, Hanamornroongruang S, Leelaphatanadit C, Sangkarat S. Does microinvasive adenocarcinoma of cervix have poorer treatment outcomes than microinvasive squamous cell carcinoma? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(8):4013-7.
17. Feng Y, Zhang Z, Lou T, Wang S, Bai H, Zhang Z. The safety of fertility preservation for microinvasive cervical adenocarcinoma: a meta-analysis and trial sequential analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(3):465-75.
18. Tomao F, Corrado G, Peccatori FA, Boveri S, Preti EP, Colombo N, et al. Fertility-Sparing Options in Young Women with Cervical Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2016;17(1):5.
19. Schmeler KM, Pareja R, Lopez Blanco A, Humberto Fregnani J, Lopes A, Perrotta M, et al. ConCerv: a prospective trial of conservative surgery for low-risk early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(10):1317-25.
20. Plante M, Kwon JS, Ferguson S, Samouëlian V, Ferron G, Maulard A, et al.; CX.5 SHAPE investigators; CX.5 SHAPE Investigators. Simple versus radical hysterectomy in women with low-risk cervical cancer. *N Engl J Med*. 2024;390(9):819-29.
21. Bentivegna E, Maulard A, Pautier P, Chargari C, Gouy S, Morice P. Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: a systematic review of the literature. *Fertil Steril*. 2016;106(5):1195-1211.e5.
22. Schaafsma M, Plante M, Mom CH, van Trommel NE. Is less more in the surgical treatment of early-stage cervical cancer? *Curr Opin Oncol*. 2022;34(5):473-89.
23. Šimják P, Cibula D, Pařízek A, Sláma J. Management of pregnancy after fertility sparing surgery for cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):8308.
24. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Câncer do colo do útero. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).
25. Datta NR, Stutz E, Liu M, Rogers S, Klingbiel D, Siebenhüner A, et al. Concurrent chemoradiotherapy vs. radiotherapy alone in locally advanced cervix cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2017;145(2):374-85.
26. Landoni F, Maneo A, Colombo A, Placa F, Milani R, Pereo P, et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet*. 1997;350(9077):535-40.
27. Micha JP, Rettenmaier MA, Bohart RD, Goldstein BH. Current analysis of the survival implications for minimally invasive surgery in the treatment of early-stage cervix cancer. *J Robot Surg*. 2024;18(1):80.
28. Guo C, Tang X, Meng Y, Zhang Y, Zhang X, Guo J, et al. Effect of the surgical approach on survival outcomes in patients undergoing radical hysterectomy for cervical cancer: A real-world multicenter study of a large Chinese cohort from 2006 to 2017. *Cancer Med*. 2020;9(16):5908-21.
29. Melamed A, Margul DJ, Chen L, Keating NL, Del Carmen MG, Yang J, et al. Survival after minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1905-14.
30. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1895-904.
31. Sedlis A, Bundy BN, Rotman MZ, Lentz SS, Muderspach LI, Zaino RJ. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol*. 1999;73(2):177-83.
32. Peters WA 3rd, Liu PY, Barrett RJ 2nd, Stock RJ, Monk BJ, Berek JS, et al. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *J Clin Oncol*. 2000;18(8):1606-13.
33. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. *J Clin Oncol*. 2008;26(35):5802-12.
34. Shrivastava S, Mahantshetty U, Engineer R, Chopra S, Hawaldar R, Hande V, et al.; Gynecologic Disease Management Group. Cisplatin Chemoradiotherapy vs Radiotherapy in FIGO Stage IIIB Squamous Cell Carcinoma of the Uterine Cervix: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2018;4(4):506-13.
35. Pujade-Lauraine E, Tan DS, Leary A, Mirza MR, Enomoto T, Takyar J, et al. Comparison of global treatment guidelines for locally advanced cervical cancer to optimize best care practices: A systematic and scoping review. *Gynecol Oncol*. 2022;167(2):360-72.
36. Sebastião AM, da Silva Rocha LS, Gimenez RD, de Barros LA, Fukushima JT, da Silva SC, et al. Carboplatin-based chemoradiotherapy in advanced cervical cancer: an alternative to cisplatin-based regimen? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;201:161-5.
37. Borghi C, Biagioli E, Mauro J, Roberto A, Borghese M, Buda A. Neoadjuvant chemotherapy prior to radical hysterectomy in locally advanced cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;ijgc-2023-004863.
38. McCormack M, Gallardo Rincón D, Eminowicz G, Diez P, Farrelly L, Kent C, et al. A randomised phase III trial of induction chemotherapy followed by chemoradiation compared with chemoradiation alone in locally advanced cervical cancer: The GCIG INTERLACE trial. *Gynaecological Cancers*. 2023;34(Suppl 2):s1276.

39. Mileskin LR, Moore KN, Barnes EH, Gebiski V, Narayan K, King MT, et al. Adjuvant chemotherapy following chemoradiotherapy as primary treatment for locally advanced cervical cancer versus chemoradiotherapy alone (OUTBACK): an international, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2023;24(5):468-82.
40. Hass P, Eggemann H, Costa SD, Ignatov A. Adjuvant hysterectomy after radiochemotherapy for locally advanced cervical cancer. *Strahlenther Onkol.* 2017;193(12):1048-55.
41. Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, Cohn DE, Ramondetta LM, Boardman CH, et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol.* 2009;27(28):4649-55.
42. Long HJ 3rd. Management of metastatic cervical cancer: review of the literature. *J Clin Oncol.* 2007;25(20):2966-74.
43. Tewari KS, Sill MW, Penson RT, Huang H, Ramondetta LM, Landrum LM, et al. Bevacizumab for advanced cervical cancer: final overall survival and adverse event analysis of a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial (Gynecologic Oncology Group 240). *Lancet.* 2017;390(10103):1654-63.
44. McLachlan J, Boussios S, Okines A, Glaessgen D, Bodlar S, Kalaitzaki R, et al. The Impact of Systemic Therapy Beyond First-line Treatment for Advanced Cervical Cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2017;29(3):153-60.
45. Chung HC, Ros W, Delord JP, Perets R, Italiano A, Shapira-Frommer R, et al. Efficacy and Safety of Pembrolizumab in Previously Treated Advanced Cervical Cancer: Results from the Phase II KEYNOTE-158 Study. *J Clin Oncol.* 2019;37(17):1470-8.
46. Monk BJ, Colombo N, Tewari KS, Dubot C, Caceres MV, Hasegawa K, et al.; KEYNOTE-826 Investigators. First-Line Pembrolizumab + Chemotherapy Versus Placebo + Chemotherapy for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer: Final Overall Survival Results of KEYNOTE-826. *J Clin Oncol.* 2023;41(36):5505-11.
47. Li L, Ma SQ, Tan XJ, Zhong S, Wu M. Pelvic exenteration for recurrent and persistent cervical cancer. *Chin Med J (Engl).* 2018;131(13):1541-8.
48. Chuang LT, Temin S, Camacho R, Dueñas-Gonzalez A, Feldman S, Gultekin M, et al. Management and care of women with invasive cervical cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *J Glob Oncol.* 2016;2(5):311-40.
49. Elit L, Kennedy EB, Fyles A, Metser U. Follow-up for cervical cancer: a Program in Evidence-Based Care systematic review and clinical practice guideline update. *Curr Oncol.* 2016;23(2):109-18.
50. Salani R, Khanna N, Frimer M, Bristow RE, Chen LM. An update on post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncology (SGO) recommendations. *Gynecol Oncol.* 2017;146(1):3-10.

Vacinação na adolescência

HIGHLIGHTS

1. A adolescência é um período de formação de hábitos que permanecerão na fase adulta, portanto é importante que se construa a percepção de risco das doenças e de suas formas de transmissão e de imunoprevenção.
2. Os adolescentes são porta de entrada para infecções que, além de se manifestarem neles próprios, podem acometer membros familiares mais suscetíveis, como as crianças e os idosos.
3. A hesitação vacinal é vista como uma doença que impacta negativamente as taxas de cobertura vacinal e deve ser combatida por meio de informações corretas baseadas em evidências científicas e uma boa relação ente médico, paciente e familiares.
4. A união entre campanhas de saúde, escola, sociedade e família auxilia na educação preventiva dos adolescentes em todos os âmbitos da saúde humana.
5. É cada vez mais importante o papel do ginecologista como orientador na formação do estilo de vida saudável da mulher, iniciada na adolescência.

INTRODUÇÃO

A adolescência apresenta características singulares em relação às demais fases da vida. É um período de formação de hábitos que tendem a permanecer na fase adulta, sendo muito oportuna para que orientações e ações preventivas possibilitem uma construção de bases sólidas para a saúde atual e futura, prevenindo agravos na idade adulta.

Adolescentes adoecem de infecções passíveis de prevenção por meio de imunizações, o que compromete não só a saúde de maneira geral, mas também suas atividades educacionais, esportivas e de interações sociais, tão importantes nessa fase da vida.

Soma-se o fato de que, devido aos hábitos próprios da faixa etária, o adolescente, muitas vezes, funciona como porta de entrada para infecções em outros membros da família mais suscetíveis, como as crianças e os idosos.

O conhecimento dos adolescentes acerca de doenças transmissíveis e métodos preventivos é muito incipiente. Isso é ainda mais distante quando o assunto é vacina. As contradições entre conhecer as doenças, receber a vacina e possuir cartão de vacina mostram que isso não é algo que faz parte das preocupações dos escolares.^(1,2)

CONTEXTUALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A vacinação na adolescência representa um grande desafio, por barreiras como medo, hesitação, falta de percepção de risco de doenças infecciosas, influência da opinião dos outros e expectativas externas, associação de coincidências como causas, convicção própria mais forte do que a realidade, crença em relatos pessoais acima de evidências científicas e impacto de informações negativas e das mídias sociais. Além disso, essa faixa etária não frequenta rotineiramente os serviços de saúde.^(1,2)

Descritores

Adolescente; Vacinação; Cobertura vacinal; Planos e programas de saúde; Ginecologista

Como citar

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Vacinação na adolescência. Femina. 2025;53(3):201-5.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Vacinas e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia, nº 25. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

Um aspecto importante a salientar refere-se aos eventos adversos, que, com certeza, é um dos determinantes que mais impactam negativamente a vacinação. Nos adolescentes, ocorrem eventos adversos exatamente iguais aos relatados em outras faixas etárias, ou seja, em geral, são leves, locais e transitórios. Eventos graves são extremamente raros. Entretanto, a ansiedade gerada pelo medo de sentir dor com a aplicação de vacinas, somada à insegurança causada principalmente pelas *fake news* e pela falta de informações sobre a importância e a segurança da vacinação, contribui para a maior incidência de manifestações de origem psicogênica, o que requer acolhimento e orientação aos adolescentes que desenvolvem lipotimia e outras manifestações.⁽³⁻⁶⁾

Nessa faixa etária, há dificuldade evidente na adesão aos esquemas vacinais, principalmente para as vacinas com esquemas de múltiplas doses, o que dificulta a prevenção das infecções, tornando o adolescente saudável suscetível a doenças imunopreveníveis, assim como um disseminador de várias delas.

Esses aspectos explicam as taxas de cobertura vacinal significativamente menores na adolescência, comparativamente às observadas em crianças. Isso é observado em adolescentes no mundo todo, e o Brasil não é exceção.

Constituem as principais estratégias para enfrentar as barreiras para vacinação na adolescência:⁽³⁻⁶⁾

- Estímulo às consultas preventivas de saúde;
- Orientação sobre a importância das imunizações;
- Informativos sobre doenças imunopreveníveis;
- Envolvimento dos adolescentes como agentes de saúde na transmissão de informações; de instituições de ensino, na divulgação, na discussão e na aplicação de vacinas em ambiente escolar; e das famílias;
- Campanhas de vacinação e programas de extensão em escolas, clubes e igrejas;
- Comunicações eletrônicas com lembretes e aviso nas redes sociais e dispositivos móveis.

IMPACTO DAS DOENÇAS E OBJETIVOS DA VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Apesar de a adolescência ser considerada uma época comumente saudável, é sabido que, nesse período, há elevada suscetibilidade a algumas doenças, decorrente de comportamentos habituais da faixa etária, como aglomerações em ambientes fechados, compartilhamento de objetos de uso próprio, atividades em grupo, relações sexuais sem proteção e com múltiplas parceiras, experiências com drogas ilícitas e, muitas vezes, uso abusivo de álcool.⁽⁷⁾ Mudanças de hábitos, iniciação da vida sexual, necessidade de construção de sua identidade social, entre outros fatores, predispõem os jovens a situações como acidentes, gravidez indesejada e doenças infecciosas.⁽⁸⁾

Todos os aspectos influenciam as políticas e os programas de saúde do adolescente e, no caso do Brasil, podem ser exemplificados pelo Programa Saúde na Escola, instituído em 2007, e pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, de 2010. As intervenções decorrentes desses documentos enfatizam iniciativas de promoção ou educação em saúde e determinam os objetivos da vacinação dos adolescentes no país.^(9,10)

A despeito de a vacinação ser reconhecida como uma das formas mais eficazes de prevenção contra diversas doenças, inúmeras enfermidades imunopreveníveis continuam gerando grande impacto na população jovem no Brasil.

A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB), por exemplo, é uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado, podendo evoluir ainda para cirrose e carcinoma hepatocelular.⁽¹¹⁾ No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 15% da população já foi exposta ao VHB e que 1% sofra de hepatite B crônica.⁽¹²⁾ Além disso, estima-se que quase 1 milhão de pessoas vivam com a doença no país e, dessas, 700 mil ainda não foram diagnosticadas. O número de confirmação de novos casos das hepatites B e C no Brasil caiu nos últimos anos. Contudo, isso não representa um avanço no combate às doenças.⁽¹³⁾

O sarampo, a caxumba, a rubéola e a varicela são infecções virais que podem acometer adolescentes, particularmente aqueles não vacinados ou incompletamente vacinados na infância. Quando ocorrem em adolescentes ou adultos, tendem a evoluir com maior gravidade, levando a diversas complicações, maiores taxas de internações e, em casos extremos, ao óbito.^(1,2)

A rubéola, uma das infecções mais temidas por gestantes há décadas, pode causar diversas complicações no feto quando a mulher se infecta durante a gravidez, sendo as mais graves a morte fetal intrauterina ou nascimento do bebê com a síndrome da rubéola congênita. Por isso, é fundamental que adolescentes e mulheres em idade fértil estejam adequadamente vacinadas contra essas doenças.^(14,15)

No Brasil, entre os anos de 2007 e 2020, foram notificados 393.941 casos suspeitos de meningite. Desses, foram confirmados 265.644 casos de várias etiologias, sendo a meningite viral a mais frequente. A meningite é uma doença endêmica em nosso país, ocorrendo casos ao longo de todo o ano, com surtos e epidemias ocasionais. Em relação à doença meningocócica invasiva, houve redução significativa da incidência após a introdução, em 2010, da vacina meningocócica C (conjugada) no Programa Nacional de Imunização (PNI). Apesar de a faixa etária com maior risco de adoecimento serem as crianças menores de 1 ano de idade, os adolescentes e adultos jovens são os principais responsáveis pela manutenção da circulação do meningococo na população, pela maior prevalência do estado de portador em

nasofaringe e orofaringe, sendo os principais transmissores da infecção para outras faixas etárias.⁽¹⁶⁾

Diversos fatores são responsáveis pela baixa cobertura vacinal em adolescentes: pessoas dessa faixa etária não fazem acompanhamento médico de rotina como acontece na infância e não frequentam unidades de saúde com objetivo de prevenção, e as escolas não exigem comprovação de atualização do calendário vacinal. Esses fatores levam a perda de oportunidade de o adolescente realizar os reforços de vacinas realizadas na infância e/ou receber as vacinas específicas para a idade. A desinformação é um dos pilares centrais para a falta de adesão dos adolescentes ao seu calendário vacinal. Faltam também informação e educação – falta de conhecimento dos jovens em relação às doenças imunopreveníveis, principalmente as sexualmente transmissíveis, como hepatite B e a infecção pelo papilomavírus humano (HPV).⁽¹⁷⁾

Diante da vulnerabilidade às diversas doenças que representam risco na adolescência, os adolescentes passaram a fazer parte dos grupos prioritários pelo PNI, com um calendário de vacinação específico elaborado para a faixa etária que compreende idades entre 10 e 19 anos. É um grande desafio desenvolver comunicação efetiva que sensibilize os adolescentes e seus responsáveis e ações estratégicas que resultem em mudanças de comportamento.⁽⁸⁾

É responsabilidade dos profissionais da saúde conhecer o calendário vacinal elaborado para adolescentes, informar sobre a importância, a eficácia e a segurança das vacinas e recomendá-las, enfaticamente, para os adolescentes, garantindo um futuro livre de doenças imunopreveníveis.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

As recomendações para vacinação desse grupo seguem o preconizado pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).^(1,3)

HPV

A vacina HPV nonavalente (HPV9) é recomendada preferencialmente pela cobertura de mais tipos virais. A revacinação das adolescentes previamente vacinadas com a vacina bivalente ou quadrivalente (HPV4) deve ser oferecida.

A vacina HPV4 é recomendada, na impossibilidade de uso da vacina HPV9, e está gratuitamente disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na rotina para adolescentes de 9 a 14 anos e dose de resgate sendo ofertada, temporariamente, de 15 até 19 anos para os adolescentes previamente não vacinados, em dose única.⁽¹⁷⁾

Esquema recomendado da vacina HPV9 para não vacinados: duas doses com intervalo de seis meses (adolescentes menores de 20 anos).⁽¹⁸⁾

Esquema de revacinação para adolescentes previamente vacinados com a vacina HPV4:

- Uma dose de HPV4: dois meses após a dose de HPV4, iniciar esquema de duas doses de HPV9, com seis meses de intervalo (0 a 6 meses).
- Duas ou três doses de HPV4: 12 meses após a última dose de HPV4, iniciar esquema de duas doses de HPV9, com seis meses de intervalo (0 a 6 meses).

O esquema de vacinação de imunossuprimidos é sempre de três doses (0, 2 e 6 meses), independentemente da vacina utilizada. Nessas situações, a HPV4 está disponível no PNI e a HPV9, somente na rede privada.

Influenza

Dose única anual.

Imunossuprimidos e em situação epidemiológica de risco devem considerar uma segunda dose, a partir de três meses após a dose anual.

A vacina trivalente é gratuita na rede pública para grupos de risco.

Estão disponíveis na rede privada as vacinas tri ou tetravalente.

Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP – ou dupla adulto (difteria e tétano) – dT

Adolescente com esquema de vacinação completo, incluindo as doses de reforço dos 4 a 6 anos e/ou dos 9 a 11 anos, precisa de dose de reforço, preferencialmente com dTpa, 10 anos após a última.

Adolescente com esquema de vacinação incompleto precisa de uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com dT, de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Não vacinados e/ou com histórico vacinal desconhecido precisam de uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0-2-4 a 8 meses.

O uso da vacina dTpa para adolescentes é importante como proteção individual e para reduzir a transmissão de *Bordetella pertussis*, especialmente para os lactentes.

Para adolescentes que vão viajar para países nos quais a poliomielite é endêmica, é recomendada vacina com a dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP).

A vacina é recomendada mesmo para quem teve coqueluche, pois não há proteção duradoura após a infecção.

Na rede pública, são oferecidas as vacinas dT para todos e dTpa somente para adolescentes grávidas. Na rede privada, são comercializadas as vacinas dTpa e dTpa-VIP.

Meningocócica conjugada ACWY ou C

Adolescentes vacinados na infância precisam de reforço aos 11 anos ou cinco anos após a última dose.

Não vacinados até 15 anos precisam de duas doses com intervalo de cinco anos.

Não vacinados a partir de 16 anos precisam de uma dose.

Na rede pública, é oferecida a vacina meningocócica ACWY para adolescentes de 11 a 14 anos. Na rede privada, são comercializadas as vacinas C e ACWY.

Meningocócica B

Para não vacinados na infância, são recomendadas duas doses, com intervalo mínimo de um mês (Bexsero®) ou seis meses (Trumenba®). Essas vacinas não são intercambiáveis e são disponibilizadas apenas na rede privada.

COVID-19

Grupos prioritários (imunocomprometidas) deverão receber duas doses da vacina COVID-19 mais atualizada disponível, com intervalo de seis meses entre elas.⁽¹⁹⁾

Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola)

Recomendada para não vacinados ou com vacinação incompleta.

O esquema corresponde a duas doses administradas após 1 ano de idade, com intervalo mínimo de um mês entre elas.

Para adolescentes com esquema completo, não há necessidade da terceira dose de reforço. Pode ser considerada em situações de risco, como surtos de caxumba e/ou sarampo.

Em adolescentes até 12 anos, deve-se considerar a aplicação de vacina combinada tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela [SCRV]).

O uso em imunossuprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os calendários de vacinação da SBIm ou do PNI para pacientes especiais).^(20,21)

Na rede pública, é oferecida para adolescentes a vacina sarampo, caxumba e rubéola (SCR). Na rede privada, são disponibilizadas as vacinas SCR e SCRv (inclui varicela).

Varicela

Recomendada para não vacinados ou com vacinação incompleta.

O esquema recomendado é de duas doses com intervalo de três meses para menores de 13 anos. A partir de 13 anos, o intervalo é de um a dois meses entre as doses.

Para adolescentes até 12 anos de idade, considerar a aplicação de vacina combinada tetraviral (SCRv).

O uso em imunossuprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os calendários de vacinação da SBIm ou do PNI para pacientes especiais).^(20,21)

São disponibilizadas para adolescentes apenas na rede privada as vacinas varicela e SCRv.

Hepatites A e B

Recomendadas para não vacinados ou com vacinação incompleta.

Para hepatite A, são duas doses, no esquema 0-6 meses; para hepatite B, são três doses, no esquema 0-1-6 meses.

Se houver necessidade de vacina combinada contra hepatites A e B para menores de 16 anos, devem ser aplicadas duas doses aos 0-6 meses. A partir de 16 anos, são três doses, aos 0-1-6 meses.

Na rede pública, apenas a vacina contra hepatite B é ofertada para os adolescentes. Na rede privada, são disponibilizadas as vacinas para hepatites A e B.

Febre amarela

Recomendada para não vacinados ou com vacinação incompleta.

O esquema recomendado é de duas doses, com intervalo de 10 anos, pela possibilidade de falha vacinal.

Em casos de viagens internacionais que exigem a vacinação, ela deverá ser aplicada até 10 dias antes de viajar.

O uso em imunossuprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os calendários de vacinação da SBIm ou do PNI para pacientes especiais).^(20,21)

É encontrada na rede pública e privada.

Dengue

Recomendada para não vacinados ou com vacinação incompleta.

O esquema recomendado é de duas doses com intervalo de três meses entre elas (0-3 meses) com a Qdenga®, que é a vacina de primeira escolha, pois pode ser utilizada independentemente de contato prévio com o vírus da dengue.

Não pode ser aplicada em adolescentes imunodeprimidos.

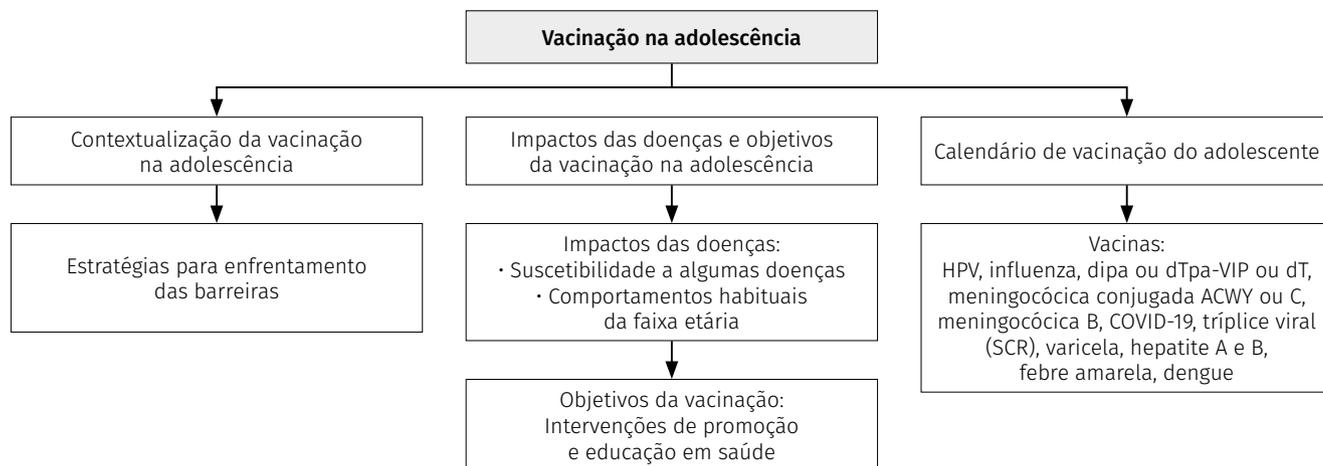
A vacina Qdenga® é oferecida na rede pública para adolescentes de 10 a 14 anos. E na rede privada, nem sempre disponível, para adolescentes.

FLUXOGRAMA DE CONDUTA

Na figura 1, pode-se observar o fluxograma de conduta.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Para o enfrentamento da melhoria da cobertura vacinal nessa fase da vida, a informação, o entendimento e a comunicação aos adolescentes e seus familiares são fundamentais. Ao atender uma adolescente, o ginecologista deve estar atento ao conjunto de orientações fundamentais para preservar e melhorar a sua saúde. Nesse contexto, incluem-se riscos relacionados com a sexualidade, o uso de álcool e drogas, os transtornos alimentares e mentais e a violência, além da avaliação do esquema vacinal. A adolescência representa uma janela de oportunidades para promoção à saúde.



HPV: papilomavírus humano; SCR: sarampo, caxumba, rubéola.

Figura 1. Fluxograma de conduta

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Programa Vacinal para Mulheres. 2ª ed. São Paulo: Febrasgo; 2021 [Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 1]. [citado 2024 Jul 6] Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Serie-Programa-Vacinal-das-Mulheres-2021-web.pdf>
2. Ballalai I. Manual prático de imunizações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.
3. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de Vacina SBIm Adolescente. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025. SBIm; 2024. [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-adolescente.pdf>
4. Falconer M. Improving vaccine coverage in adolescence and beyond. Hum Vaccin Immunother. 2018;14(1):225-8.
5. Mealey K, Koenigs LM. Adolescent vaccinations: updates for the general practitioner. Curr Opin Pediatr. 2019;31(4):442-7.
6. Hofstetter AM, Schaffer S. Childhood and Adolescent Vaccination in Alternative Settings. Acad Pediatr. 2021;21(4S):S50-6.
7. Araújo TM, Sá LC, Silva AA, Costa JP. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. Rev Eletr Enf. 2010;12(3):502-10.
8. Coutinho MF. Adolescência: vacina contra hepatite B. Adolesc Saúde. 2010;7(1):23-30.
9. Schaefer R, Barbiani R, Nora CR, Viegas K, Leal SM, Lora OS, et al. Políticas de saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(9):2849-58.
10. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília (DF): 2007 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
11. Bernstein HH, Bocchini JA Jr; Committee on Infectious Diseases. The Need to Optimize Adolescent Immunization. Pediatrics. 2017;139(3):e20164186.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28/9/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2022-numero-especial/view>
14. Pan American Health Organization (PAHO). CD56/8, Rev. 1 - Plan of Action for Women's, Children's, and Adolescents' Health 2018-2030. PAHO; 2018 [cited 2024 Jul 6]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Alerta epidemiológica: sarampo na região das Américas, 29 de janeiro de 2024. Washington (D.C): OPAS/OMS; 2024 [citado 2024 Jul 28]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-sarampo-na-regiao-das-americas-29-janeiro-2024>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde reforça a importância da vacinação contra meningite. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/ministerio-da-saude-reforca-a-importancia-da-vacinacao-contra-meningite>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2024 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: <file:///Users/susanaaide/Downloads/Nota%20TC%3%A9cnica%20n%C2%BA%2041.2024-CGICI-DPNI-SVSA-MS.pdf>
18. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Esclarecimento sobre os esquemas em vigor das vacinas HPV. Informe. 15 de abril de 2024 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/informe-sbim-esclarecimentos-vacinas-hpv-240415-v2.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Esquema vacinal COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/esquemas-vacinais/esquema-vacinal-covid-19>
20. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendários de vacinação. Pacientes especiais. São Paulo: SBIm; 2024.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [citado 2024 Jul 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Infecção pelo papilomavírus humano na gravidez

HIGHLIGHTS

1. A infecção pelo papilomavírus humano é altamente prevalente no período de vida reprodutiva e pode ser clínica, subclínica ou latente.
2. O diagnóstico na gestação se dá por meio de biologia molecular, colpocitologia oncológica, colposcopia e/ou histologia.
3. O tratamento durante a gestação só está indicado na presença de infecção clínica (condilomas) ou lesão invasora.
4. Pacientes com lesões intraepiteliais durante a gravidez deverão ser reavaliadas com 12 semanas após o parto, com repetição da colpocitologia e da colposcopia.
5. Podofilina, podofilotoxina, 5-fluorouracil e imiquimode não devem ser utilizados na gestação.
6. Procedimentos excisionais, como excisão da zona de transformação ou conização, não devem ser realizados durante a gestação, salvo se houver suspeita de câncer invasor.
7. A transmissão vertical pode ocorrer durante a fertilização, no pré-natal e no período perinatal.
8. A presença de lesões clínicas e/ou subclínicas induzidas pelo papilomavírus humano não constitui contraindicação ao parto vaginal, exceto em casos de grandes condilomas que obstruam o canal de parto.
9. A complicação mais temida no binômio papilomavírus humano/gestação é a papilomatose de laringe, sem relação com a via de parto.
10. A vacinação contra o papilomavírus humano deve ser estimulada antes da gravidez, diminuindo a transmissão vertical e os possíveis desfechos desfavoráveis.

Descritores

Papilomavírus humano; Complicações infecciosas na gravidez; Condiloma acuminado; Citopatologia; Transmissão vertical de doenças infecciosas

Como citar

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Infecção pelo papilomavírus humano na gravidez. Femina. 2025;53(3):206-12.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, nº 28. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

INTRODUÇÃO

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é uma das infecções genitais de etiologia viral de transmissão sexual mais prevalentes no período de vida reprodutiva. Sua elevada prevalência acarreta um grande número de lesões HPV-induzidas no trato anogenital feminino, elevando o risco de câncer de colo do útero.⁽¹⁾ A infecção durante a gestação está associada a repercussões gravídicas, fetais e mesmo reprodutivas, e apresenta peculiaridades no manejo e no tratamento de eventuais lesões decorrentes.

TIPOS DE INFECÇÃO PELO HPV

O HPV pode causar três tipos de infecção: clínica, subclínica e latente.

Infecção clínica

É aquela que é visível no exame clínico e acomete 1% da população sexualmente ativa; corresponde aos condilomas anogenitais e às neoplasias intraepiteliais vulvares.

Os tipos virais mais frequentemente envolvidos são o 6/11 e o 16/18.

As verrugas genitais são as lesões mais características. Apresentam aspecto papilar, únicas ou múltiplas, emergindo de base comum, localizando-se mais frequentemente na vulva (introito e períneo). No entanto, podem acometer a vagina, colo uterino e ânus.

O diagnóstico é realizado pelo exame ginecológico. Não se recomenda realizar vulvosopia com aplicação de ácido acético na busca de lesões subclínicas, pela elevada taxa de falso-positivos na região vulvar.⁽²⁾

Recomenda-se a realização de anoscopia para pacientes com lesões condilomatosas perianais, portadoras de neoplasias intraepiteliais de alto grau e/ou imunodeprimidas.

Infecção subclínica

Só é visível por meio da propedêutica subsidiária e atinge 4% da população sexualmente ativa.

Para o diagnóstico, torna-se necessária a realização de exames como colpocitologia oncológica, colposcopia/genitoscopia e histologia.⁽²⁾

Infecção latente

Caracteriza-se pela ausência de lesão clínica e/ou subclínica.

O diagnóstico se dá apenas por meio de técnicas de biologia molecular para a detecção do DNA viral, que apresentam elevadas sensibilidade e especificidade.

INFECÇÃO PELO HPV NA GESTAÇÃO

A prevalência da infecção pelo HPV em gestantes apresenta grande variação entre os estudos avaliados. Na revisão realizada por Liu *et al.*,⁽³⁾ a prevalência foi de 16,82%, ou seja, significativamente mais elevada do que na população pareada de não grávidas (12,25%). No Brasil, também se observa grande variação da prevalência, com taxas de 25,3% a 58,5%.^(4,5) No puerpério, período que se caracteriza pelo retorno ao estado prévio à gestação, os resultados são controversos no que se refere ao clareamento viral, pois alguns autores observaram redução da infecção pelo HPV,^(6,7) enquanto outros não detectaram diferenças entre a gestação e o puerpério.⁽⁸⁾

TRATAMENTO DAS LESÕES HPV-INDUZIDAS

Durante a gestação, o tratamento só está indicado na presença de infecção clínica (verrugas) ou lesão invasora, pois as lesões intraepiteliais (LIEs) de alto ou de baixo grau, em razão do baixo risco de progressão, serão conduzidas no puerpério. Recomenda-se obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de realizar qualquer tipo de tratamento.

Existem várias opções de tratamento para as lesões clínicas (condilomas), porém as taxas de recidivas delas são elevadas nesse período de vida. Embora a regressão

espontânea dos condilomas acuminados ocorra em 30% a 60% dos casos, recomenda-se o tratamento dessas lesões em razão da elevada transmissibilidade. A escolha do tipo de tratamento depende da localização e da extensão das lesões, porém, na gestação, as lesões costumam ser mais extensas, limitando as opções de tratamento. Além disso, enfatiza-se que nem todos os tipos de medicação podem ser utilizados na gestação.^(5,9)

OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA A INFECÇÃO CLÍNICA (VERRUGAS) DURANTE A GESTAÇÃO

Ácido tricloroacético a 80% ou 90%

Promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico.⁽¹⁰⁾ Deve ser aplicado com precauções para prevenir queimaduras nas áreas adjacentes às lesões.

Em lesões de pequeno tamanho e número, aplicar o ácido tricloroacético (ATA) nas lesões com *swab*. Caso seja aplicada em quantidade excessiva, pode-se aplicar bicarbonato de sódio ou lavar com sabão neutro. Em geral, a aplicação é repetida semanalmente, com variação do número de aplicações necessárias para melhora. É seguro para o uso em qualquer fase da gestação, mas recomenda-se tratamento até a 34ª a 36ª semana de gravidez, para evitar áreas cruentas na vulva, no período periparto.⁽¹¹⁾

Em lesões queratinizadas e de grande volume/extensão, deve ser evitado o ATA, sendo preferível aguardar o término da gestação. Uma alternativa é aplicar ATA em pequenas áreas, fracionando a região de aplicação desse agente químico.

Podofilina, podofilotoxina e 5-fluorouracil não devem ser utilizados na gestação. Não há dados suficientes para indicar o uso de imiquimode no período gestacional.

Métodos físicos

Podem ser realizados em ambulatório com bons resultados em lesões vulvares queratinizadas que, muitas vezes, não respondem aos agentes químicos. Devem ser precedidos de anestesia (local ou regional). Quando necessária mais de uma sessão terapêutica, deve-se respeitar o intervalo mínimo de duas semanas, necessárias para a cicatrização da vulva. Destacam-se:

- Vaporização ou eletrocauterização com aparelho de cirurgia por ondas de radiofrequência: recomendada em lesões vulvares queratinizadas;
- Vaporização com *laser* de dióxido de carbono (CO₂): em razão da pequena difusão térmica, essa modalidade terapêutica gera pouca fibrose, com excelente resultado estético no trato genital inferior, sendo ideal para tratar lesões uretrais, vaginais e anais. A necessidade de treinamento especial do médico e o alto custo do equipamento limitam o seu uso;

- Exérese cirúrgica por alça diatérmica com cirurgia de alta frequência: em casos de lesões exofíticas utilizando um eletrodo em alça, pode-se realizar a excisão das verrugas, com obtenção de material para estudo anatomopatológico;
- Exérese cirúrgica com bisturi (lâmina fria): geralmente reservada para lesões muito extensas, podendo eliminá-las em apenas uma sessão de tratamento.

MANEJO DA INFECÇÃO SUBCLÍNICA PELO HPV

Para o rastreio das LIEs durante a gestação, embora a gravidez não seja o momento ideal para realizar o rastreamento do câncer de colo do útero, ela consiste em oportunidade de diagnosticar a lesão precursora ou o câncer do colo do útero em fase inicial, justificando que o rastreamento dessas lesões deva fazer parte dos exames de rotina da assistência pré-natal. A colpocitologia e a colposcopia podem ser realizadas durante a gestação e são eficazes em detectar lesões precursoras do câncer de colo do útero e excluir, ou não, o carcinoma invasor. Enfatiza-se que se deve realizar biópsia durante a colposcopia apenas se houver suspeita de lesão invasiva⁽¹²⁾ (grau de recomendação B).

COLPOCITOLOGIA

A incidência de colpocitologia anormal durante a gravidez situa-se entre 0,5% e 6,2%, correspondendo a cerca de 200 mil gestantes/ano.^(13,14) De acordo com as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), publicadas em 2016,⁽¹⁵⁾ a recomendação para o rastreamento de lesões pré-neoplásicas e do câncer do colo do útero em gestantes deve ser realizada por colpocitologia, seguindo as recomendações de periodicidade e faixa etária para as demais mulheres, e esse rastreio deve se iniciar aos 25 anos de idade. Segundo essas diretrizes, a conduta em casos de anormalidades citológicas em gestantes não deve ser diferente daquela em não gestantes. De acordo com Hunter *et al.*,⁽¹⁶⁾ apesar de, na maioria das vezes, a junção escamocolumnar se encontrar exteriorizada na ectocérvice durante o ciclo gravídico-puerperal, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada técnica adequada.

Enfatiza-se que, no momento da confecção deste protocolo, o Inca está se reunindo com *experts* de diversas entidades para reformular as novas diretrizes de rastreio do câncer de colo uterino em nosso país, que será baseado no teste de DNA-HPV por reação em cadeia da polimerase (PCR). Dessa maneira, o rastreamento desse tumor será iniciado pelo teste de DNA-HPV e, caso positivo, a paciente será encaminhada para realização de citologia ou colposcopia, a depender do tipo de HPV encontrado.

De acordo com o Sistema de Laudos,⁽¹⁷⁾ as anormalidades citológicas são classificadas em:

- Anormalidades em células escamosas, que podem ser divididas em:
 - ▶ Células escamosas atípicas possivelmente não neoplásicas (ASC-US, sigla do inglês *atypical squamous cells of undetermined significance*): consistem na atipia citológica mais frequente. Segundo diretrizes do Inca, a conduta em caso de citologia de ASC-US não deve ser diferente na gestante. Em gestantes abaixo de 25 anos de idade, deve-se repetir o exame em três anos; entre 25 e 29 anos, deve-se repetir a citologia em 12 meses; e, com ≥ 30 anos, deve-se repetir em seis meses. No entanto, visto se tratar de anormalidade citológica com baixo risco de encontro de lesão invasora, nessa última situação sugere-se repetir a colpocitologia pelo menos 12 semanas após o término da gestação⁽¹⁸⁾ (grau de recomendação B);
 - ▶ Células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão de alto grau (ASC-H, do inglês *atypical squamous cells, cannot exclude*): encaminhar a gestante para realizar colposcopia;
 - ▶ Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL): representa o segundo diagnóstico citopatológico mais frequente, precedida apenas pela categoria ASC-US. A conduta em gestantes é repetir a colpocitologia pelo menos 12 semanas após o término da gestação.⁽¹⁸⁾ A colposcopia para pequenas anormalidades citológicas (ASC-US e LSIL) pode ser adiada em mulheres com teste de HPV negativo ou colposcopias nas quais não se encontrou NIC 2+ previamente;⁽¹⁹⁾
 - ▶ Lesão escamosa de alto grau (*high-squamous intraepithelial lesion*, do inglês HSIL), em que há indícios sugestivos de invasão: encaminhar a gestante para colposcopia de imediato, independentemente da idade gestacional;
 - ▶ Carcinoma escamoso microinvasor ou invasor: encaminhar a gestante para colposcopia de imediato, independentemente da idade gestacional;
 - ▶ Outras neoplasias: encaminhar a gestante para colposcopia de imediato, independentemente da idade gestacional;
- Anormalidades em células glandulares: devem ser encaminhadas à colposcopia, não sendo admissível a repetição da citologia. São contraindicados na gestante a curetagem de canal endocervical, a biópsia endometrial e o tratamento sem biópsia. Se adenocarcinoma *in situ* for diagnosticado durante a gravidez, o encaminhamento a um oncologista ginecológico é preferível, mas o manejo por

um ginecologista colposcopista é aceitável.⁽¹⁹⁾

Ao realizar a colposcopia nas situações descritas:

- Colposcopia evidencia achados suspeitos de invasão: realizar biópsia dirigida e manejo, de acordo com o resultado histológico;
- Colposcopia evidencia lesão de alto grau, mas sem suspeita de invasão: reavaliação em 12 semanas após o parto, pois essas lesões possuem mínimo risco de progressão para invasão e algum potencial de regressão após o parto^(9,20) (grau de recomendação B).

Gestantes com imunossupressão, como mulheres que vivem com HIV, devem ser encaminhadas à colposcopia se a colpocitologia evidenciar qualquer anormalidade citológica (escamosa e glandular). Não há restrição em relação à idade cronológica nem à idade gestacional.

COLPOSCOPIA

É o procedimento de escolha na investigação de anormalidades citológicas, sendo útil em dirigir biópsias de lesões suspeitas.^(16,21) Esse exame pode ser realizado em qualquer fase da gestação, mas costuma apresentar mais dificuldades a partir do segundo trimestre. Em mulheres que amamentam, é possível a realização do exame em condições técnicas razoáveis a partir de 12 semanas pós-parto.⁽¹⁷⁾

BIÓPSIA DO COLO UTERINO DIRIGIDA PELA COLPOSCOPIA

Constitui-se em método seguro e confiável na avaliação de gestantes com colpocitologia e colposcopia alteradas^(20,22) (grau de recomendação B). Quando realizada por examinador experiente, apresenta elevada sensibilidade para diagnosticar doença invasora do colo. Apesar da escassez de estudos avaliando o risco de eventos adversos sobre a gestação, relatos têm descrito maior probabilidade de sangramento associado a esse procedimento.⁽²²⁾ As diretrizes nacionais⁽¹⁵⁾ recomendam a realização de biópsia do colo do útero apenas nos casos em que a colposcopia é suspeita de invasão.

MANEJO DAS LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS (DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO) DURANTE A GESTAÇÃO

Após a confirmação histológica de qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1, 2 e 3, excluindo-se invasão estromal, a conduta nesse período da vida da mulher é expectante, postergando o tratamento específico para o período pós-parto⁽²³⁾ (grau de recomendação B). Esse manejo está embasado em estudos que avaliaram a história natural das NICs na gravidez e mostram que a progressão para carcinoma invasor nesse período é muito rara, variando de 0 a 0,4%. De acordo com vários estudos, 48% a 70% das NICs 2 e 3 regredem

durante o curso da gravidez, quando as colpocitologias/histologias anteparto e pós-parto são comparadas.^(9,18,24)

Procedimentos excisionais, como excisão da zona de transformação ou conização, não devem ser realizados durante a gestação, salvo se houver suspeita de câncer invasor, pois há risco de sangramento excessivo do colo uterino gravídico, abortamento e parto pré-termo. Excepcionalmente, caso seja indicada a excisão, recomenda-se realizá-la no segundo trimestre gestacional, para diferenciar as pacientes que podem esperar até a viabilidade fetal para tratar a neoplasia daquelas nas quais o tratamento deve ser imediato, sempre considerando o desejo materno.

Uma biópsia sugerindo câncer microinvasor ou invasor do colo do útero deve ser conduzida por uma equipe multidisciplinar, para estadiamento e tratamento do carcinoma. Esse planejamento deve levar em consideração o desejo da paciente quanto ao prosseguimento ou à interrupção da gravidez, além de estágio clínico da doença e da idade gestacional no diagnóstico.^(16,25)

Vale ressaltar que o rastreo realizado por meio do teste de DNA-HPV na gravidez segue o mesmo protocolo das pacientes não grávidas; em casos de genotipagem positiva para os tipos de HPV 16 e/ou 18, deve-se encaminhar para colposcopia; em pacientes com outros tipos de HPV de alto risco positivos (não 16, não 18), realiza-se citologia reflexa; caso ela apresente \geq ASC-US, encaminhar para colposcopia e, se negativa, repetir exames em um ano. Um procedimento de excisão diagnóstica ou biópsia repetida em novos exames colposcópicos é recomendado apenas se houver suspeita de câncer com base na colposcopia ou histologia. Recomenda-se repetir a biópsia não somente diante de achados sugestivos de invasão não confirmados, mas também se o aspecto colposcópico evoluir piorando.⁽¹⁹⁾

NO PUERPÉRIO

O comportamento das LIEs no puerpério, com base em taxas de progressão, persistência ou regressão das lesões, varia entre os estudos. Até o momento, há dúvidas sobre se a regressão, a persistência ou a progressão das lesões no período pós-parto são atribuíveis à precisão diagnóstica insuficiente durante a gravidez ou, no caso da progressão, devido a uma real evolução das lesões.⁽²⁶⁾

- Persistência da LIE: varia entre 47% e 89% na literatura.^(26,27) Observa-se que a persistência é mais elevada nas NICs 3 (70% a 80%);^(26,28)
- Progressão da LIE durante a gravidez: estimada em aproximadamente 7%;^(28,29)
- Regressão da NIC não tratada na gravidez: varia de 25% a 70%.⁽²⁶⁾

Todas as pacientes com colpocitologia ou lesões histológicas compatíveis com NIC durante a gravidez deverão ser reavaliadas no pós-parto com repetição da colpocitologia e da colposcopia⁽²⁶⁾ (grau de recomendação A). O momento ideal para repetição da propedêutica

seria após o retorno aos ciclos menstruais, porém, na prática, recomenda-se essa reavaliação com 12 semanas pós-parto.⁽¹⁸⁾ Nesse período, mesmo em mulheres que estejam amamentando, ocorre o início da recuperação funcional ovariana, e observa-se melhora do hipoestrogenismo. Também, a inflamação associada à gravidez diminuiu acentuadamente, bem como a probabilidade de resultados falso-positivos na colpocitologia. Caso seja necessário, poderá ser realizada estrogenerioterapia tópica para melhora das condições locais, previamente à realização da colposcopia.

VIA DE PARTO E LESÕES HPV-INDUZIDAS

A presença de anormalidades citológicas ou lesões clínicas e/ou subclínicas induzidas pelo HPV, independentemente do grau, não constitui contra-indicação ao parto vaginal, sendo a cesariana indicada por critérios puramente obstétricos ou grandes condilomas que obstruam o canal de parto (grau de recomendação B). Até o momento, não se observa relação entre a via de parto e a regressão, persistência ou progressão das lesões HPV-induzidas no colo uterino.^(9,30)

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HPV

Apesar de 98% dos casos de infecção pelo HPV ocorrerem por transmissão sexual, do ponto de vista obstétrico, ressalta-se a possibilidade de transmissão vertical (TV) do HPV. Em teoria, a TV poderia ocorrer por meio dos seguintes mecanismos: periconceptual (durante a fertilização de um oócito ou imediatamente após a fertilização), pré-natal (durante a gravidez, por via hematogênica transplacentária ou via ascendente) e perinatal (durante a passagem pelo canal do parto ou imediatamente após o nascimento). A complicação mais temida no binômio HPV/gestação é a papilomatose de laringe.⁽³¹⁾ A TV do HPV foi demonstrada, e os tipos 6 e 11 foram os envolvidos na papilomatose de laringe.⁽³¹⁾ O percentual mínimo de crianças expostas ao HPV e que se contaminaram em relação ao número elevado de crianças expostas e que não se contaminaram deve ser considerado para qualificar a TV do HPV como de baixa efetividade na disseminação desse vírus.⁽³¹⁾

Um dos fatores de risco para que ocorra TV do HPV é a presença de condiloma no trato genital inferior durante a gestação, com aumento do risco em 230 vezes.^(31,32) Quanto à via de parto, comparada ao parto vaginal, a cesariana não alterou o risco para papilomatose de laringe⁽³³⁾ nem foi capaz de proteger os recém-nascidos da contaminação pelo HPV⁽³³⁾ (grau de recomendação A). Muitos autores têm questionado se a detecção do HPV-DNA em recém-nascidos realmente representa infecção viral ou se significa apenas contaminação.⁽³⁴⁾ Independentemente dessa questão, a positividade para o HPV nos neonatos parece ser transitória, sendo o vírus eliminado, em média, 6 a 12 meses após o nascimento.⁽³⁵⁾

Segundo dados da literatura, o HPV não faz viremia nem é excretado no leite materno, não sendo possível sua transmissão pelo sangue e nem pela amamentação. A detecção do HPV-DNA no líquido amniótico, nas membranas corioamnióticas e no material trofoblástico é variável.⁽³⁶⁾ Apesar dos avanços nos estudos do DNA do HPV, seu modo de transmissão ainda não foi totalmente esclarecido. Fortes evidências indicam TV para o conceito na passagem do canal do parto de mães portadoras de condiloma genital. Nesses casos, a pesquisa do HPV é positiva, tanto nas vias aéreas dos neonatos como nos condilomas genitais maternos. Além da TV dos HPV de baixo risco, vários estudos têm avaliado a TV dos HPV de alto risco,^(32,36) demonstrando que esses tipos virais também podem ser transmitidos aos recém-nascidos, porém não se sabe se podem causar lesões pré-neoplásicas nessas crianças. A TV do HPV em crianças permanece controversa, incluindo via de transmissão perinatal, auto e heteroinoculação e abuso sexual. Ainda não está claro como a infecção perinatal frequentemente progride para lesões clínicas na laringe, na região genital ou na cavidade oral. O consenso atual é de que neonatos podem ser expostos ao HPV pela mãe, com taxa de detecção de DNA do HPV em swab oral variando de 4% a 87%. A concordância dos tipos de HPV de neonatos e suas mães varia entre 57% e 69%, indicando que as crianças podem adquirir a infecção por HPV, após o nascimento, a partir de várias fontes.⁽³⁷⁾

VACINAS CONTRA O HPV

As vacinas contra o HPV são contra-indicadas na gestação, devendo-se aguardar o término da gestação caso a paciente já tenha iniciado o esquema vacinal. Segundo revisão sistemática e metanálise recente, as maiores taxas de prevalência viral, com grande variabilidade, foram em países menos desenvolvidos, necessitando-se de mais orientação e estratégias melhores de vacinação para se diminuir a infecção pelo HPV na gravidez⁽³⁷⁻³⁹⁾ (grau de recomendação A). Mais estudos sobre desfechos obstétricos indesejados são necessários.

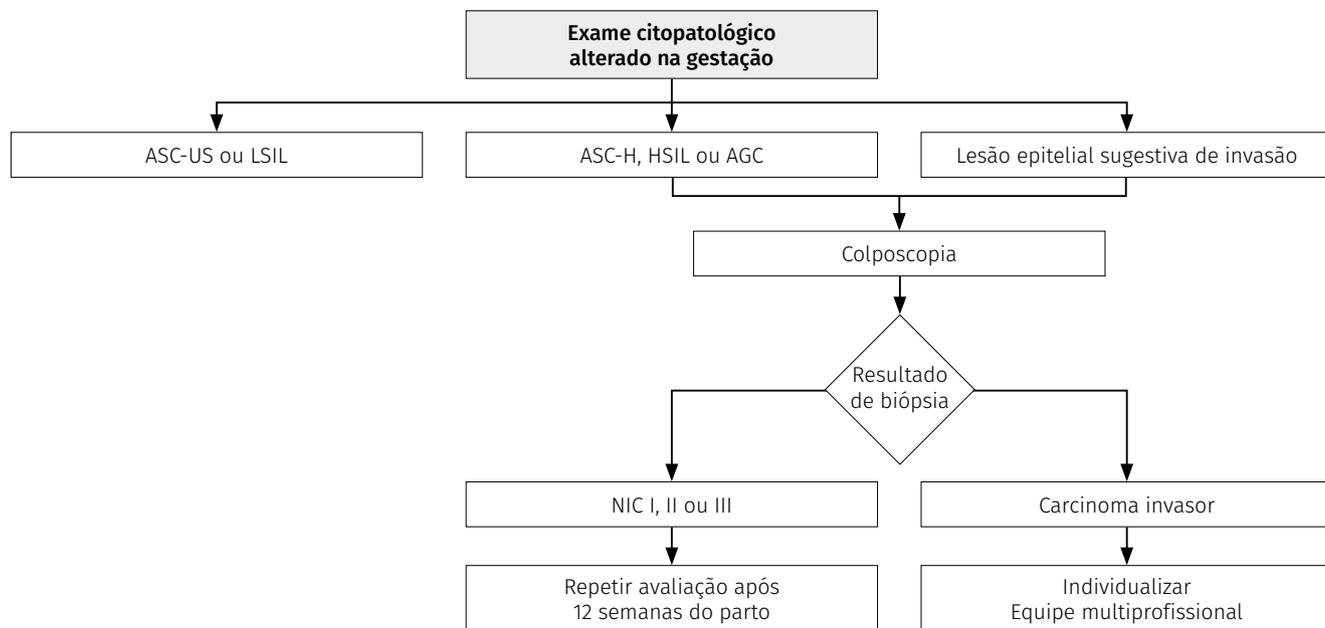
Além da importância clara da vacinação das populações-alvo no Brasil para que engravidem sem HPV, o Ministério da Saúde emitiu Nota Técnica contemplando a vacinação das pessoas com papilomatose recorrente respiratória.⁽⁴⁰⁾ Essa medida pode diminuir recidivas nessa entidade clínica de difícil abordagem terapêutica, que pode ser evitada, em grande parte, com a vacinação das meninas previamente à gravidez, diminuindo a TV.

FLUXOGRAMA DE CONDUTA

Na figura 1, pode-se observar o fluxograma de conduta.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

No Brasil, o rastreamento de lesões pré-neoplásicas e do câncer do colo do útero em gestantes deve ser realizado por colpocitologia. No entanto, no momento



Fonte: Elaboração própria.

ASC-US: células escamosas atípicas possivelmente não neoplásicas; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ASC-H: células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão de alto grau; HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; AGC: atipia citológica glandular.

Figura 1. Fluxograma de conduta

da confecção deste protocolo, o Inca está se reunindo com *experts* de diversas entidades para reformular as novas diretrizes de rastreamento do câncer de colo uterino em nosso país, que será baseado no teste de DNA-HPV por PCR.

O tratamento da infecção pelo HPV durante a gestação só está indicado na presença de lesões clínicas (condilomas) ou invasoras.

Podofilina, podofilotoxina, 5-fluorouracil e imiquimode não devem ser utilizados para tratamento do condiloma na gestação.

Pacientes com lesões intraepiteliais deverão ser reavaliadas com 12 semanas pós-parto.

Procedimentos excisionais não devem ser realizados durante a gestação, salvo se houver suspeita de câncer invasor.

A presença de lesões desencadeadas pelo HPV não constitui contraindicação ao parto vaginal, exceto em grandes condilomas que obstruam o canal de parto.

A vacinação contra o HPV deve ser estimulada antes da gravidez, diminuindo-se, assim, a TV e os possíveis desfechos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

- Bodily J, Laimins LA. Persistence of human papillomavirus infection: keys to malignant progression. *Trends Microbiol.* 2011;19(1):33-9.
- Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK; Nomenclature Committee of International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(3):290-5.
- Liu P, Xu L, Sun Y, Wang Z. The prevalence and risk of human papillomavirus infection in pregnant women. *Epidemiol Infect.* 2014;142(8):1567-78.
- Salcedo MM, Damin AP, Agnes G, Pessini SA, Beitune PE, Alexandre CO, et al. Prevalence of human papillomavirus infection in pregnant versus non-pregnant women in Brazil. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292(6):1273-8.
- Jalil EM, Duarte G, El Beitune P, Simões RT, Dos Santos Melli PP, Quintana SM. High prevalence of human papillomavirus infection among Brazilian pregnant women with and without human immunodeficiency virus type 1. *Obstet Gynecol Int.* 2009;2009:485423.
- Sarkola ME, Grénman SE, Rintala MA, Syrjanen KJ, Syrjanen SM. Effect of second pregnancy on maternal carriage and outcome of high-risk human papillomavirus (HPV). Experience from the prospective Finnish family HPV study. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67(3):208-16.
- Jalil EM, Bastos FI, Melli PP, Duarte G, Simões RT, Yamamoto AY, et al. HPV clearance in postpartum period of HIV-positive and negative women: a prospective follow-up study. *BMC Infect Dis.* 2013;13:564.
- Banura C, Franceschi S, van Doorn LJ, Arslan A, Kleter B, Wabwire-Mangen F, et al. Prevalence, incidence and clearance of human papillomavirus infection among young primiparous pregnant women in Kampala, Uganda. *Int J Cancer.* 2008;123(9):2180-7.
- Yost NP, Santoso JT, McIntire DD, Iliya FA. Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. *Obstet Gynecol.* 1999;93(3):359-62.
- Gomes CM, Rades CM, Zugaib M. Como devem ser tratados os condilomas genitais durante a gestação. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(5):286-7.
- Quintana SM (Ed.). *Protocolo de Condutas do Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas em Ginecologia e Patologia do Trato Genital Inferior do Setor de Moléstias Infectocontagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (SEMIGO)*. Ribeirão Preto; 2011 [citado 2024 Jul 5]. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/8095224/mod_resource/content/1/Manual%20PTGI%202012.pdf

12. Wetta LA, Matthews KS, Kemper ML, Whitworth JM, Fain ET, Huh WK, et al. The management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy: is colposcopy necessary? *J Low Genit Tract Dis.* 2009;13(3):182-5.
13. Murta EF, de Andrade FC, Adad SJ, de Souza H. Low-grade cervical squamous intraepithelial lesion during pregnancy: conservative antepartum management. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004;25(5):600-2.
14. Serati M, Uccella S, Laterza RM, Salvatore S, Beretta P, Riva C, et al. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(12):1296-300.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo uterino. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [citado 2024 Jul 5]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
16. Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1):3-9.
17. Miranda W, Miziara F, Saieg M, Fonza H. Atualização da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos. São Paulo: Sociedade Brasileira de Citopatologia; 2020.
18. Wu YM, Wang T, He Y, Song F, Wang Y, Zhu L, et al. Clinical management of cervical intraepithelial neoplasia in pregnant and postpartum women. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(5):1071-7.
19. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmos D, Einstein MH, Garcia F, et al.; 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31.
20. Murta EF, de Souza FH, de Souza MA, Adad SJ. High-grade cervical squamous intraepithelial lesion during pregnancy. *Tumori.* 2002;88(3):246-50.
21. Vlahos G, Rodolakis A, Diakomanolis E, Stefanidis K, Haidopoulos D, Abela K, et al. Conservative management of cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2-3) in pregnant women. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;54(2):78-81.
22. Robova H, Rob L, Pluta M, Kacirek J, Halaska M Jr, Strnad P, et al. Squamous intraepithelial lesion-microinvasive carcinoma of the cervix during pregnancy. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2005;26(6):611-4.
23. Frega A, Scirpa P, Corosu R, Verrico M, Scarciglia ML, Primieri MR, et al. Clinical management and follow-up of squamous intraepithelial cervical lesions during pregnancy and postpartum. *Anticancer Res.* 2007;27 (4C):2743-6.
24. Paraskevaidis E, Koliopoulos G, Kalantaridou S, Pappa L, Navrozoglou I, Zikopoulos K, et al. Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;104(1):67-9.
25. Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, Beijnen J, Lagae L, Hanssens M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer.* 2009;19 Suppl 1:S1-12.
26. Coppolillo EF, De Ruda Vega HM, Brizuela J, Eliseth MC, Barata A, Perazzi BE. High-grade cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management and postpartum findings. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(3):293-7.
27. Kaplan KJ, Dainty LA, Dolinsky B, Rose GS, Carlson J, McHale M, et al. Prognosis and recurrence risk for patients with cervical squamous intraepithelial lesions diagnosed during pregnancy. *Cancer.* 2004;102(4):228-32.
28. Coppola A, Sorosky J, Casper R, Anderson B, Buller RE. The clinical course of cervical carcinoma in situ diagnosed during pregnancy. *Gynecol Oncol.* 1997;67(2):162-5.
29. Woodrow N, Permezel M, Butterfield L, Rome R, Tan J, Quinn M. Abnormal cervical cytology in pregnancy: experience of 811 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1998;38(2):161-5.
30. Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Herrero R, de Britton RC, Gaitan E, et al. Parity as a risk factor for cervical cancer. *Am J Epidemiol.* 1989;130(3):486-96.
31. Shah K, Kashima H, Polk BF, Shah F, Abbey H, Abramson A. Rarity of cesarean delivery in cases of juvenile-onset respiratory papillomatosis. *Obstet Gynecol.* 1986;68(6):795-9.
32. Puranen MH, Yliskoski MH, Saarikoski SV, Syrjänen KJ, Syrjänen SM. Exposure of an infant to cervical human papillomavirus infection of the mother is common. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(5):1039-45.
33. Medeiros LR, Ethur AB, Hilgert JB, Zanini RR, Berwanger O, Bozzetti MC, et al. Vertical transmission of the human papillomavirus: a systematic quantitative review. *Cad Saude Publica.* 2005;21(4):1006-15.
34. Monnier P, Brassard P, Laporte L, Lacaille J, Zahreddine M, Bédard MJ, et al.; HERITAGE Study Group. Human Papillomavirus Transmission and Persistence in Pregnant Women and Neonates. *JAMA Pediatr.* 2023;177(7):684-92.
35. Rombaldi RL, Serafini EP, Mandelli J, Zimmermann E, Losquiavo KP. Perinatal transmission of human papillomavirus DNA. *Virology.* 2009;6(83):83.
36. Rice PS, Cason J, Best JM, Banatvala JE. High risk genital papillomavirus infections are spread vertically. *Rev Med Virol.* 1999;9(1):15-21.
37. Ardekani A, Sepidarkish M, Mollalo A, Afradiasbagharani P, Rouholamin S, Rezaeinejad M, et al. Worldwide prevalence of human papillomavirus among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Rev Med Virol.* 2023;33(1):e2374.
38. McClymont E, Faber MT, Belmonte F, Kjaer SK. Spontaneous preterm birth risk among HPV-vaccinated and -unvaccinated women: a nationwide retrospective cohort study of over 240 000 singleton births. *BJOG.* 2023;130(4):358-65.
39. Yuill S, Egger S, Smith M, Velentzis L, Wrede CD, Bateson D, et al. Has Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Prevented Adverse Pregnancy Outcomes? Population-Level Analysis After 8 Years of a National HPV Vaccination Program in Australia. *J Infect Dis.* 2020;222(3):499-508.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunizações. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 Jul 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms>

Isquemia mesentérica complicada por peritonite infecciosa em gestante com necessidade de laparotomia e cesariana urgentes: relato de caso

Mesenteric ischemia complicated by infectious peritonitis in a pregnant woman requiring urgent laparotomy and cesarean section: case report

Amanda Tomazzoni Michelon¹, Cibele Mendonça¹, Jaqueline Pessanha da Silveira¹, João Alberto Cancian Montagner¹, Larissa Muller¹

Descritores

Gravidez; Dor abdominal na gestação; Isquemia mesentérica; Cesariana de emergência; Laparotomia de emergência

Keywords

Pregnancy; Abdominal pain in pregnancy; Mesenteric ischemia; Emergency cesarean section; Emergency laparotomy

Submetido:

06/11/2024

Aceito:

31/01/2025

1. Hospital Universitário de Canoas, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Amanda Tomazzoni Michelon
amandamichelon02@gmail.com

Como citar:

Michelon AT, Mendonça C, Silveira JP, Montagner JA, Muller L. Isquemia mesentérica complicada por peritonite infecciosa em gestante com necessidade de laparotomia e cesariana urgentes: relato de caso. Femina. 2025;53(3):213-7.

RESUMO

A isquemia mesentérica é causada pela diminuição do suprimento sanguíneo para o intestino, comprometendo sua viabilidade. Uma das possíveis complicações dessa patologia é a peritonite infecciosa, gerando a síndrome do abdome agudo, que cursa com dor abdominal, náusea, vômito e sinais de choque ou sepse. Quando ocorre em gestantes, os sinais de isquemia mesentérica associada a complicações infecciosas são ainda mais inespecíficos devido aos sintomas de evolução fisiológica da gestação. O uso de exames laboratoriais e de imagem não deve ser postergado, já que o atraso no diagnóstico pode levar à morbimortalidade materna e fetal. O sucesso no tratamento depende do alto grau de suspeição, da confirmação do diagnóstico e da apropriada intervenção. A laparotomia é o procedimento de escolha, com possível necessidade de ressecção intestinal e novas abordagens cirúrgicas posteriores. Se houver sofrimento fetal, como bradicardia sustentada, a cesariana de urgência é indicada.

ABSTRACT

Mesenteric ischemia is caused by decreased blood supply to the intestine, compromising its viability. One of the possible complications of this pathology is infectious peritonitis, generating acute abdomen syndrome that involves abdominal pain, nausea, vomiting and signs of shock or sepsis. When it occurs in pregnant women, the signs of mesenteric ischemia associated with infectious complications are even more nonspecific due to the symptoms of the physiological evolution of pregnancy. The use of laboratory and imaging tests should not be delayed, as delay in diagnosis can lead to maternal and fetal morbidity and mortality. Successful treatment depends on a high degree of suspicion, confirmation of the diagnosis and appropriate intervention. Laparotomy is the procedure of choice, with the possible need for intestinal resection and new subsequent surgical approaches. If fetal distress, such as sustained bradycardia, urgent cesarean section is indicated.

INTRODUÇÃO

Abdome agudo (AA) é a síndrome clínica inflamatória não obstétrica caracterizada por dores abdominais e sintomas típicos como náuseas e vômitos, ocorrendo em 1 a cada 600 gestações.⁽¹⁾ A peritonite, inflamação da membrana serosa (peritônio) que envolve a cavidade e os órgãos intra-abdominais, é uma das etiologias do AA que pode ser complicação supurativa da isquemia mesentérica (IM). A IM, por sua vez, é uma patologia grave na qual o fluxo sanguíneo dessa região se torna deficiente, comprometendo a viabilidade intestinal. Corresponde a um conjunto de condições causadas por processos de embolia, trombose ou estado de baixo fluxo sanguíneo. A forma aguda da IM é rara, porém tem 70% de taxa de mortalidade entre casos gerais. Quando não há letalidade, ocorre insuficiência absorptiva intestinal. A primeira resposta do intestino à isquemia é o vasoespasm, que causa dor intensa desproporcional no exame físico, seguida de náuseas e vômitos. Inicialmente, não há irritação peritoneal, distensão ou febre. Com o decorrer do tempo, há sinais de sepse. Na isquemia aguda, 2/3 dos pacientes são mulheres. A gravidez constitui um estado de hipercoagulabilidade, e a compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico contribui para a estase venosa, favorecendo os fenômenos trombóticos. Essas modificações reduzem os riscos de sangramento. Porém, mediante infecções, há coagulação disseminada. Ademais, em gestantes, os sinais de IM associada a complicações infecciosas são ainda mais inespecíficos, já que o deslocamento dos órgãos intra-abdominais dificulta a localização da dor e reduz os sinais de irritação peritoneal. Enjoos são comuns devido à compressão e às variações hormonais. A gestação altera os parâmetros de exames laboratoriais, e a presença de leucocitose com desvio à esquerda pode retardar o diagnóstico de infecções. A anemia fisiológica, o aumento do volume plasmático, a redução do hematócrito e a hipotensão dificultam o diagnóstico do sangramento agudo. Na investigação complementar, há hesitação na solicitação de imagens com radiação ionizante.⁽²⁻⁵⁾ Como no caso relatado a seguir, os sintomas comuns de IM aguda podem significar tanto progressão normal da gestação como patológica, atrasando o diagnóstico e podendo gerar complicações materno-fetais. Objetiva-se, com o estudo, relatar a apresentação clínica dessa etiologia e as condutas tomadas, que poderão ser aplicadas na prática clínica.

RELATO DE CASO

Em pronto-atendimento obstétrico via Sistema Único de Saúde, no dia 21/4, mulher branca de 39 anos apresenta queixas de epigastria e náuseas. Paciente com duas gestações, um parto e idade gestacional (IG) de 32 semanas + 5 dias por ecografia de 9/12/2023 com 13 semanas + 4 dias. Tipo sanguíneo O positivo, sorologias para sífilis, HIV, hepatite B e C não reagentes de abril e toxoplasmose suscetível. Previamente, fez bariátrica em 2018,

colecistectomia e abdominoplastia. Histórico de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial gestacional; pré-natal sem alterações pressóricas ou glicêmicas. Teste para estreptococo beta-hemolítico do grupo B não realizado devido à IG. Pressão arterial (PA) de 148/90 mmHg, frequência cardíaca de 118 bpm, afebril, saturando 97% e hemoglicoteste de 208. No exame físico, dor em epigástrio, movimentação fetal (MF) presente, tônus uterino preservado, batimento cardíaco fetal (BCF) de 152 bpm, dinâmica uterina ausente e toque vaginal com colo uterino grosso, posterior e fechado. Sinais de Murphy e Blumberg negativos. Hábito intestinal preservado e sem particularidades. Como conduta inicial, foram prescritos sintomáticos e hidratação endovenosa (EV), e solicitados relação P/C (proteína/creatinina) e provas de gravidade, além de monitoramento da PA de hora em hora. Na reavaliação, a paciente seguiu hipertensa e sintomática, optando-se por internação, aguardar exames e seguir controle pressórico. Iniciou metildopa 500 mg de oito em oito horas, sendo mantidos sintomáticos e hidratação EV. Relação P/C 0,1, leucocitose de 16.700 com 4% de bastões, desidrogenase láctica (DHL) de 344, demais exames laboratoriais de função hepática e renal normais. No dia 22/4, sem melhora dos sintomas e hipertensa, foi internada em internação obstétrica de alto risco para ser monitorada. Foram solicitadas ecografia com Doppler e ecografia obstétrica com perfil biofísico fetal (PBF), avaliação com HGT 7 pontos e cardiocotografia (MAP). Exames de imagem demonstraram gestação de 32 semanas + 6 dias com evolução normal, com crescimento fetal no percentil 50 para IG, com estudo Doppler de achados normais nos compartimentos maternos, placentário e fetal. Sem sinais de distribuição do fluxo no compartimento fetal. PBF 8/8. Permaneceu com náuseas, refluxo e episódios de êmese, sem melhora com o uso de medicações. Exames laboratoriais com hemoglobina (Hb) 10,4, hematócrito (Ht) 32,2, leucócitos de 12.800 sem bastões, plaquetas 283.000, relação P/C 0,29, sem alteração da função renal ou hepática. BCF 148 bpm e com 1 cm de dilatação, feto cefálico e bolsa íntegra. MAP reativo, com boa MF, sem desacelerações. Em 23/4, paciente com PA 152/104 mmHg e sudorética. Foi encaminhada ao centro obstétrico para realizar novos exames com prova de gravidade e monitorização contínua. Durante a observação, exames laboratoriais com Hb 11,6, Ht 35,8, leucócitos 37.000 com 11% de bastões e DHL 239. Foi realizada avaliação fetal com BCF de 82 bpm, por suspeita de descolamento prematuro de placenta após MAP categoria III com desacelerações intraparto e bradicardia fetal sustentada. Indicada cesariana de emergência por situação fetal não tranquilizadora com provável caráter infeccioso. Realizadas anestesia parcial, incisão de Pfannenstiel e abertura da cavidade por planos pela obstetrícia; realizada histerotomia segmentar transversa. Retirada do conceito vivo, sexo masculino, podálico, líquido amniótico claro e fétido. Recém-nascido (RN) entregue ao pediatra. Identificada extensa área de

isquemia em alças intestinais e pus em cavidade abdominal (Figura 1). Acionada a equipe de cirurgia geral no transoperatório. RN com Apgar 3 no primeiro, 5 no quinto e 7 no décimo minuto; 2.200 g e 47 cm de comprimento. Adequado para a IG. Nasceu hipotônico e cianótico, com necessidade de dois ciclos de ventilação com pressão positiva, sem sucesso, e intubação orotraqueal. Realizada dequitação manual da placenta de forma íntegra e encaminhada ao anatomopatológico (AP), histerorrafia com Vicryl 0.0 e revisão de hemostasia.

Realizada anestesia geral, com choque durante procedimento, sem parada cardiovascular. Cirurgia geral realizada com incisão mediana xifopúbica e abertura por planos, sendo evidenciada necrose em sítio mesentérico superior (Figura 2) e presença de hérnia interna (Figura 3). Indicada ressecção de intestino delgado com enterectomia extensa (Figura 4); desfeitas hérnia e ligadura dos vasos em suas origens; identificadas trombose em tributárias da veia mesentérica superior

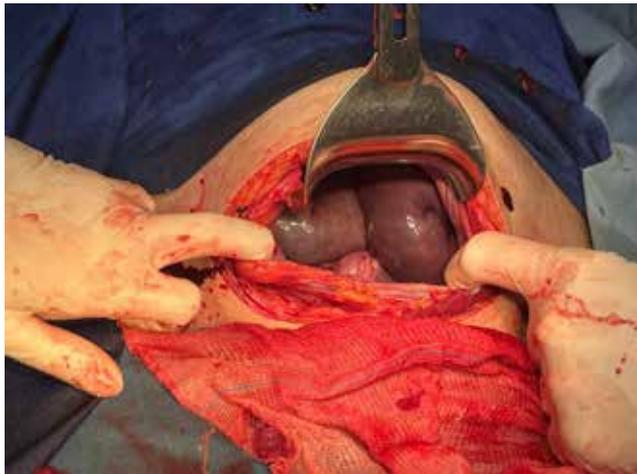


Figura 1. Alças intestinais com necrose extensa visualizadas após histerorrafia



Figura 2. Extensa área de intestino necrosado



Figura 3. Hérnia interna mesentérica na região de gastroenteroanastomose prévia



Figura 4. Peça de intestino necrosado após ressecção intestinal

e necrose da alça delgada da gastroenteroanastomose. Encaminhado ao AP. RN levado à unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal por desconforto respiratório, prematuridade e sepse precoce presumida.

Remanesceram Pouch gástrico, estômago exclusivo, duodeno e jejuno com aproximadamente 50 cm e íleo terminal com 20 cm, além de cólons e reto, que foram

lavados com soro aquecido, sendo revisadas anastomoses, com confecção de curativo a vácuo (Figura 5). Plano de cirurgia de *second look* quando estável.

Resultado AP de placenta madura de terceiro trimestre com fibrose de vilos e depósitos intervilosos de fibrina. Membranas amnióticas com edema. Segmento de intestino delgado com acentuada congestão vascular, áreas de hemorragia e necrose. Segmento de gastroenteroanastomose com inflamação aguda. Paciente admitida em UTI, em jejum, com cavidade em peritoneostomia com vácuo, entubada, em mal estado geral, sedada, com sonda nasogástrica aberta em frasco com drenagem biliosa espessa. Optado por iniciar antibioticoterapia com piperacilina + tazobactam. Provável síndrome do intestino curto, instável hemodinamicamente, tendendo a taquicardia. Cirurgia de *second look* realizada após estabilidade hemodinâmica no dia 26/4, líquido livre de aspecto seroso e porção de cólon ascendente de aspecto isquêmico, demais remanescentes de aspecto viável. Realizados colectomia direita e sepultamento de coto e gastrostomia descompressiva em bolsa de tabaco com fixação junto à parede muscular. AP com resultado de tecido fibroadiposo com hemorragia e necrose, e infarto hemorrágico de intestino delgado com peritonite aguda. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste, com adensamento da gordura mesentérica na porção central e grande quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal com espessamento. Trombo no interior da veia mesentérica superior. Distensão hidroaérea em delgado e grosso. Grande quantidade de material hipodenso na cavidade endometrial. Em 30/4, nova abordagem cirúrgica com reconstrução intestinal com a paciente estável hemodinamicamente. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, com dreno perianastomose, gastrostomia com drenagem biliosa e Penrose sero-hemática. Episódios de melena no período. Extubada no dia 31/4. Paciente com comunicação verbal, sem estímulos de dor e fezes pastosas, PCR e leucocitose com desvio em descenso, afebril. Escalonada linezolidina por aspecto purulento da ferida operatória. Gastrostomia fechada e iniciada dieta via sonda nasoentérica no dia 10/5. No dia 12/5, iniciada sertralina após avaliação psiquiátrica, por depressão pós-parto; no mesmo dia, o RN recebeu alta hospitalar após 15 dias na UTI neonatal, com ventilação mecânica e tratamento para doença da membrana hialina e sepse neonatal precoce. A paciente evoluiu com perda da função renal, oligúria, anemia, hipomagnesemia, hipocalemia e hipofosfatemia, além de desnutrição com albumina de 2,8, que foram corrigidos com a realização de hemodiálise. Infecção de sítios cirúrgicos profundos resolvida após punção guiada por TC em 24/5, com saída de líquido citrino. TC de pelve com contraste do dia 30/5 mostrou útero aumentado de volume, líquido na cavidade endometrial e impregnação heterogênea pelo meio de contraste. Paciente no 29º dia pós-cesárea foi avaliada pela obstetrícia: sem amamentar por dificuldade de pega e sangramento vaginal



Figura 5. Peritoneostomia com vácuo, incisão de Pfannenstiel e mediana

mínimo e não fétido. Ao exame físico, mamas simétricas sem lesões ou ingurgitamento, abdome com ferida operatória em T invertida com tecido granular, fechando por segunda intenção, sem sinais flogísticos. Abdome depressível e indolor, útero não palpável. Puerpério complicado, mas evoluindo normalmente. No dia 5/6, progressão para dieta pastosa por via oral (VO). Realizada TC de abdome e pelve de controle em 7/7, que mostrou distensão hidroaérea de alças de intestino delgado e dos cólons e reto com algumas formações de níveis, sem sinais obstrutivos. Alta médica em 23/7, com a paciente estável, em bom estado geral, com alimentação VO e evacuação presente em colostomia sem particularidades. Plano alimentar personalizado suplementar e acompanhamento ambulatorial nutricional. Manteve rivaroxabana 15 mg de 12 em 12 horas por três semanas e, após, 20 mg uma vez ao dia até liberação clínica; segue acompanhamento. No dia 9/8, retornou para avaliação obstétrica, em consulta puerperal estável e sem queixas. Abdome inocente, útero intrapélvico e cicatriz limpa, seca e sem saída de secreção, presença de abaulamento em região hipogástrica, sem sinais flogísticos nas feridas operatórias.

DISCUSSÃO

A trombose venosa mesentérica é mais frequente nos estados de hipercoagulabilidade, como a gestação. Os sinais e sintomas são inespecíficos na gestante, e o diagnóstico definitivo é realizado com exames laboratoriais e de imagem. A ultrassonografia e a ressonância magnética não apresentam risco para o feto e são os exames de imagem preferenciais nesse cenário. Quando a TC for imprescindível para complementar os achados, como em eventos isquêmicos, não deve ser contraindicada, e injeta-se o mínimo de contraste. Há 50% de chance de prematuridade quando há peritonite no terceiro trimestre. Nas situações de AA cirúrgico, há consenso de que a laparotomia diminui a morbimortalidade fetal.⁽⁶⁾ A peritonite é

tratada na maior parte com antibióticos betalactâmicos, sendo as intervenções cirúrgicas necessárias quando grave, como foi o caso relatado. A cesariana de urgência deve ser realizada quando a situação fetal não for tranquilizadora. Após a cesárea, a laparotomia exploradora com incisão mediana é o tratamento cirúrgico escolhido para avaliar o grau de infecção abdominal e isquemia do mesentério e realizar a ressecção do intestino inviável. Uma segunda cirurgia de revisão (*second look*) é, frequentemente, realizada após 18-48 horas da primeira operação. Após resolução do processo inflamatório abdominal, procedeu-se à reconstrução do trânsito intestinal, realizada após a estabilidade clínica da paciente. O retorno à alimentação deve ser gradual e bem monitorado, já que a síndrome do intestino curto, que resulta no comprimento total do intestino delgado inadequado para manter a nutrição, pode necessitar de alimentação parenteral pelo resto da vida.⁽⁷⁻¹⁰⁾ Entretanto, no caso, a paciente evoluiu com capacidade de alimentar-se por VO e evacuação em bolsa de colostomia sem particularidades. O sucesso no tratamento dependeu do alto grau de suspeição, da confirmação do diagnóstico e da apropriada intervenção cirúrgica, com manejo do quadro após intervenções. Se houver atraso nas etapas e a paciente não for apropriadamente tratada, há alto risco de mortes materna e fetal.

CONCLUSÃO

O caso relatado destaca a importância da suspeita diagnóstica precoce de abdômen isquêmico agudo em mulheres grávidas que apresentam um quadro clínico desafiador e exame físico comprometido devido à progressão normal da gravidez. Nesse contexto, demonstra-se que a realização rápida de testes confirmatórios e o manejo adequado resultam em menor risco de mortalidade materno-fetal e em desfecho mais favorável para ambos.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Abdome agudo na gestação. In: Ramos JG, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Passos EP, Wender MC, Oppermann ML, organizadores. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed; 2023. p. 1203-16.
2. Frazão LF, Rocha CB, Oliveira AL, Spagnoly YG, Ferraz BA, Coutinho EF, et al. Isquemia mesentérica: concepções e abordagens de uma emergência. Res Soc Dev. 2023;12(5):e17312541657. doi: 10.33448/rsd-v12i5.41657
3. Kalil JA, Jovino MA, Lima MA, Kalil R, Magliari ME, Di Santo MK. Investigação da trombose venosa na gravidez. J Vasc Bras. 2008;7(1):28-37. doi: 10.1590/S1677-54492008000100006
4. Augusto LB, Feres ML, Lemos ME, Costa JS. Isquemia mesentérica e suas possibilidades diagnósticas: uma revisão integrativa da literatura. Braz J Health Rev. 2023;6(4):16913-28. doi: 10.34119/bjhrv6n4-223
5. Virgini-Magalhães CE, Mayall MR. Isquemia mesentérica. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ. 2009;8(1):70-80.
6. Garcia JA, Aranda OL. Diagnóstico de abdome agudo em gestante: uma revisão de literatura. Ibero-Am J Hum Sci Educ. 2023;9(3):1175-85.
7. Carneiro CA, Amorim JC, Souza ME, Mattar MI, Silva LO. Isquemia mesentérica aguda - etiologia esquecida de abdome agudo cirúrgico. Braz J Health Rev. 2024;7(1):3447-54. doi: 10.34119/bjhrv7n1-278
8. Silva RG, Castro Júnior GR, Ferreira CL, Luz MM, Conceição SA, Lacerda-Filho A. Reconstrução de trânsito intestinal após confecção de colostomia à Hartmann. Rev Col Bras Cir. 2010;37(1):17-22. doi: 10.1590/S0100-69912010000100005
9. Franzon O, Suzuki H, Sato KM, Piccoli MC, Volpato MG. Síndrome do intestino curto: uma nova alternativa de tratamento cirúrgico. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2010;23(1):51-5. doi: 10.1590/S0102-67202010000100012
10. Killesse CT, Brito JS, Faria JL, Costa e Silva LT, Bomfim FA, Souza NB, et al. Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. Bras Méd. 2022;59:1-10. doi: 10.5935/2236-5117.2022v59a247

FEBRASGO POSITION STATEMENT

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

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



- PONTOS-CHAVE
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

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