

# Feminina<sup>®</sup>

Publicação oficial da Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 53, Número 7, 2025

## ENTREVISTA

# Protegidas na infância, esquecidas depois?

A importância de  
vacinar mulheres  
adultas e idosas

## RESIDÊNCIA MÉDICA

**Treinamento em  
assistência à saúde  
do casal infértil para  
residentes de ginecologia  
no Brasil: desafios e  
direções futuras**

**Fórum de Defesa Profissional da Febrasgo  
A realidade atual do ensino  
médico no Brasil e os impactos  
na Ginecologia e Obstetrícia**



EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo EAD

Obesidade

## Assista às aulas:

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



Com  
emissão de  
**Certificado!**

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

## Professores Drs.:



Jan Pawel



Luciano Pompei



Márcio Rodrigues



Alessandra Bedin



Maria Celeste Wender



Acesse:

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

febrasgo  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

871

EDITORIAL

## O cuidado que acompanha gerações

872

ENTREVISTA

## Protegidas na infância, esquecidas depois?

A importância de vacinar mulheres adultas e idosas

878

ANAGO

## Vozes da excelência

882

CNES EM FOCO

## Mentes que guiam a ginecologia e obstetrícia

885

RESIDÊNCIA MÉDICA

## Treinamento em assistência à saúde do casal infértil para residentes de ginecologia no Brasil: desafios e direções futuras

890

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

## Fórum de Defesa Profissional da Febrasgo A realidade atual do ensino médico no Brasil e os impactos na Ginecologia e Obstetrícia

893

CADERNO CIENTÍFICO

**FEBRASGO POSITION STATEMENT**

894 Energias e novas tecnologias em disfunções  
pélvicas e do assoalho pélvico

**APRENDENDO COM ESPECIALISTAS**

901 Exames em rotina em ginecologia: quais  
realmente são necessários?

**PROTOCOLOS FEBRASGO**

907 Vacinação da mulher adulta e idosa

912 Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico

920 Prolapso dos órgãos pélvicos

928 Diagnóstico e manejo hemostático na hemorragia obstétrica:  
aplicabilidade do uso de hemocomponentes e hemoderivados

933 Doenças hematológicas e gravidez

941 Drogas ilícitas durante a gravidez

**ARTIGO ORIGINAL**

945 Adolescência e gestação precoce: análise epidemiológica e de  
infecções sexualmente transmissíveis na Serra Catarinense

**ARTIGO DE REVISÃO**

952 Qual é o impacto da endometriose na sexualidade e no  
relacionamento amoroso: uma revisão sistemática

**RELATO DE CASO**

959 Gravidez ectópica cornual: relato de caso

872

882

885

890

## 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](http://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: Leticia Martins (MTB: 52.306); Revisora: Glair Pícolo Coimbra. Diagramação: Sandra Regina Santana. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

## CORPO EDITORIAL

### EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá  
Sebastião Freitas de Medeiros

### EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

### EX-EDITORES-CHEFES

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

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

## CONSELHO EDITORIAL

Agnaldo Lopes da Silva Filho  
Alberto Carlos Moreno Zaconeta  
Alex Sandro Rolland de Souza  
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva  
Antonio Rodrigues Braga Neto  
Belmiro Gonçalves Pereira  
Bruno Ramalho de Carvalho  
Camil Castelo Branco  
Carlos Augusto Faria  
César Eduardo Fernandes  
Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos  
Cristiane Alves de Oliveira  
Cristina Laguna Benetti Pinto  
Corintio Mariani Neto  
David Barreira Gomes Sobrinho  
Denise Leite Maia Monteiro  
Edmund Chada Baracat  
Eduardo Cordioli  
Eduardo de Souza  
Fernanda Campos da Silva  
Fernando Maia Peixoto Filho  
Gabriel Ozanan  
Garibalde Mortoza Junior  
Geraldo Duarte  
Gustavo Salata Romão  
Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa  
Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior  
Ionara Diniz Evangelista  
Santos Barcelos  
Jesus Paula Carvalho  
José Eleutério Junior  
José Geraldo Lopes Ramos  
José Mauro Madi  
Jose Mendes Aldrighi  
Julio Cesar Rosa e Silva  
Julio Cesar Teixeira

Lucia Alves da Silva Lara  
Luciano Marcondes Machado Nardozza  
Luiz Gustavo Oliveira Brito  
Luiz Henrique Gebrim  
Marcelo Zugaib  
Marco Aurélio Albernaz  
Marco Aurelio Pinho de Oliveira  
Marcos Felipe Silva de Sá  
Maria Celeste Osório Wender  
Marilza Vieira Cunha Rudge  
Mário Dias Corrêa Júnior  
Mario Vicente Giordano  
Marta Francis Benevides Rehme  
Mauri José Piazza  
Newton Eduardo Busso  
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

## O cuidado que acompanha gerações



**A**pós os cuidados pré-natais, a mulher é acompanhada pelo pediatra desde o nascimento. Usualmente, com algumas exceções, só a recebemos de volta na puberdade. A partir daí, a responsabilidade da assistência ginecológica da mulher é nossa. Este volume da *Femina* tem início com questão interessante feita pela jornalista Letícia e respondida por uma pediatra e três ginecologistas envolvidas com a imunização. São seis páginas belíssimas que, além de opiniões assertivas, incluem dois quadros acerca dos nossos desafios e da disponibilidade no SUS e na rede privada. A Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia homenageia os ocupantes das cadeiras de número 2 (Profa. Rossana Pulcineli) e de número 5 (Prof. Francisco Prota). Os dois, paulistas, descortinam suas paixões pelo ensino e pesquisa. Honram a Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago) pela história de vida acadêmica! O papel das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo é destacado na elaboração de diretrizes, protocolos e educação continuada. São as CNEs responsáveis pela alta qualidade dos textos publicados no Caderno Científico desta revista. A Letícia “ouviu” alguns presidentes em texto atraente.

O ensino da Ginecologia e Obstetrícia (GO) é o foco da Febrasgo. Dois especialistas envolvidos com a residência médica em GO entregaram, em cinco páginas, os desafios atuais e as direções futuras acerca do treinamento em assistência ao casal infértil. Apesar da matriz de competência da Febrasgo introduzida em 2019 e das atividades profissionais confiabilizadoras (EPAS) propostas em 2021, o treinamento do residente na Promoção da Assistência à Saúde do Casal Infértil é ainda insuficiente. Muitos programas sofrem a falta de estrutura e carência de suporte teórico-prático. Nesse tema o horizonte não é azul! Ainda em relação ao ensino, a Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional apresenta um texto elaborado por três professoras desta Comissão e por uma advogada, no qual destaca a realidade atual do ensino médico no Brasil, com impacto no ensino de GO. São discutidos os resultados de Fórum específico realizado no último maio. Dois pontos foram destacados: controlar a expansão exagerada de escolas médicas e introduzir o exame de proficiência a todos os formandos em medicina. Que ajam os Conselhos de Medicina!

O Caderno Científico está irrepreensível! Esmiúça doze temas para nosso estudo! A posição da Febrasgo sobre o uso de energia e novas técnicas em disfunções pélvicas é apresentada por um grupo específico de especialistas, que detalha cinco pontos-chave e onze recomendações em texto essencial aos uroginecologistas. No artigo Aprendendo com o Especialista, professores de São Paulo e Mato Grosso do Sul definem nos exames considerações de rotina realmente necessários e aqueles dependentes de anamnese detalhada. Protocolo acerca da vacinação da mulher adulta e idosa completa aqui o texto que abre este volume. O texto, elaborado pelo CNE em vacinas, destaca cinco pontos adequados à assistência dessa população e recomenda como deve ser nossa atuação. Outro protocolo da CNE de Oncologia da Febrasgo dá o norte para a preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico. O texto é indispensável, principalmente aos que atuam nesta área de conhecimento. O protocolo sobre o prolapso dos órgãos pélvicos da CNE de Uroginecologia e Cirurgia Pélvica detalha diagnóstico e medidas necessárias a cada situação identificada. Outro texto de leitura mandatória! Este espaço não permite análise justa de todos os artigos, infelizmente! Protocolo sobre o manejo da hemorragia obstétrica é da CNE específica. Protocolos para assistência das doenças hematológicas na gravidez da CNE em Gestação de Alto Risco e sobre o uso de drogas ilícitas durante a gravidez da CNE de Pré-Natal dão o peso na qualidade da *Femina*. Textos verdadeiramente magistrais! Este volume é encerrado com artigo original de corte transversal, acerca das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em adolescentes, preparado por professores de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Artigo de revisão narrativa sobre o impacto da endometriose no relacionamento amoroso é de professores de Minas Gerais. Ainda, professores de Bauru/SP relatam caso bem ilustrado acerca da gravidez cornual.

Gratidão dos editores da *Femina* aos autores dos artigos publicados.  
Boa leitura!

**Sebastião Freitas de Medeiros**  
Editor



## Protegidas na infância, esquecidas depois?

A importância de vacinar mulheres adultas e idosas

**Desinformação, baixa percepção de risco e falta de prescrição médica ainda distanciam mulheres da imunização. Ginecologistas têm papel central para mudar esse cenário.**

Por Letícia Martins

**D**urante a infância, a vacinação costuma ser prioridade nas famílias brasileiras. A caderneta é levada com orgulho às consultas, campanhas de imunização ganham força nas escolas e o acompanhamento médico reforça, de forma sistemática, a cultura da proteção ativa. Ao redor da criança, há sempre adultos atentos ao calendário vacinal, garantindo que cada dose seja aplicada no tempo certo. Esse esforço coletivo consolidou, ao longo das décadas, uma lógica de cuidado e prevenção que salvou milhares de vidas, protegendo-as de tantas doenças que antigamente eram causas de sofrimento, sequelas e mortes de crianças.

Mas essa lógica, embora um pouco abalada nos últimos anos, refletindo uma queda na cobertura vacinal na infância, não costuma acompanhar a mulher ao longo da vida. Ao deixar o consultório pediátrico e ingressar na fase adulta, a vacinação vai, aos poucos, perdendo espaço. O tema desaparece das consultas e da rotina de cuidados em saúde. Não raro, vacinas deixam de ser prescritas, comentadas ou mesmo cogitadas em atendimentos ginecológicos e clínicos. O resultado é visível: a cobertura vacinal entre mulheres adultas e idosas segue aquém do necessário, mesmo para vacinas amplamente disponíveis. O que deveria ser tão natural quanto atualizar o exame preventivo, muitas vezes é deixado de lado.

Essa lacuna, no entanto, não se justifica. “Muitas das vacinas hoje recomendadas para crianças e adolescentes sequer estavam disponíveis no passado. Isso significa que, mesmo aquelas que foram corretamente vacinadas na infância e adolescência, podem ter calendários incompletos”, afirma a médica ginecologista **Dra. Susana Aidé**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e professora associada da Universidade Federal Fluminense. **Neste fascículo, o caderno Científico de *Femina* apresenta o Protocolo sobre “Vacinação da mulher adulta e idosa” elaborado por aquela CNE.**

Atualizar essas doses é uma oportunidade que não pode ser desperdiçada, até porque algumas vacinas são específicas da faixa etária adulta ou idosa e essenciais para garantir proteção em fases mais vulneráveis da vida. Contudo, o vácuo na imunização da mulher adulta existe, mas não é recente, nem aleatório. Ele já foi descrito e sistematizado por pesquisadores e sociedades médicas, inclusive com base em evidências internacionais. Um dos modelos mais reconhecidos nesse campo, desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), organiza os fatores que contribuem para a hesitação vacinal em cinco grandes categorias: confiança, complacência, conveniência, comunicação e contexto sociocultural. São os chamados “5 C’s”, que ajudam a compreender por que tantas mulheres deixam de se vacinar ao longo da vida e apontam caminhos possíveis para mudar esse cenário.

“Quando o médico orienta corretamente sobre o acesso ao CRIE, além de proteger, também contribui para reduzir os custos da paciente com vacinas”, ressalta a Dra. Susana Aidé.



Segundo a Dra. Susana, o maior desafio está nas mulheres adultas de 20 a 59 anos, que muitas vezes desconhecem as vacinas indicadas para a sua faixa etária, não recebem orientações adequadas e têm uma percepção baixa de risco. Nessa idade, é comum que muitas mulheres se sintam saudáveis e acreditem que determinadas doenças não as atingirão, o que contribui para a complacência vacinal. “Um bom exemplo é a vacina contra o herpes-zóster, indicada a partir dos 50 anos. Apesar de ser amplamente divulgada, com campanhas de *marketing* fortes e até a promessa de inclusão na rede pública, muitas mulheres falam sobre ela, mas não chegam a se vacinar. Existe uma lacuna entre a intenção e a ação”, analisa ela.

Segundo a especialista, o arrependimento costuma vir depois do episódio agudo da doença. “Somente quando enfrentam as complicações, como a dor neuropática extensa ou lesões oftalmológicas, auditivas e motoras, é que percebem o quanto a prevenção teria feito diferença”, conclui a Dra. Susana.

## VACINA É PARA TODOS

A decisão pela vacinação não depende apenas de fatores clínicos. O contexto sociocultural também exerce grande influência. Ambiente familiar, religião, escolaridade, cultura local e comportamento do grupo impactam diretamente a forma como cada mulher compreende o papel da vacina na sua saúde. “Existe um pensamento coletivo de que ‘vacinas são para crianças’, e a maioria das pessoas desconhece as diversas vacinas que também beneficiam adultos e idosos”, afirma a ginecologista **Dra. Nilma Antas Neves**, vice-presidente da CNE em Vacinas da Febrasgo e professora titular de Ginecologia da Universidade Federal da Bahia.

Ela cita como exemplo a vacina contra o papilomavírus humano (HPV): “Quando foi lançada, a bula indicava o uso até os 26 anos, e essa mensagem foi tão massificada que, até hoje, muitas mulheres e alguns médicos não sabem que as vacinas HPV têm eficácia e segurança comprovadas até os 45 anos”, explica.

Pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), essa vacina é oferecida gratuitamente a adolescentes de 9 a 14 anos, com uma estratégia de resgate temporária para

jovens de 15 a 19 anos, de ambos os sexos. No entanto, mulheres adultas sexualmente ativas seguem expostas ao HPV – principal causador do câncer de colo do útero – e também podem se beneficiar com a imunização. “Mesmo aquelas que já foram infectadas ou apresentam lesões causadas pelo HPV devem considerar a vacinação, pois ela pode reduzir as recidivas”, explica a ginecologista Dra. Nilma.

Portanto, é importante esclarecer para as mulheres que a vacina contra o HPV está licenciada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para pessoas de 9 a 45 anos, mas que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece a vacina quadrivalente apenas a meninas e meninos de 9 anos a 14 anos, e pessoas de 9 a 45 anos nas seguintes condições: convivendo com HIV/Aids; pacientes oncológicos em quimioterapia e/ou radioterapia; transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea; vítimas de abuso sexual; pessoas com erro inato da imunidade (imunodeficiência primária); usuários de profilaxia pré-exposição para HIV (PrEP) entre 15 e 45 anos; pessoas com papilomatose respiratória recorrente (PRR), a partir de 2 anos.

Já na rede privada, a vacina nonavalente está disponível para mulheres e homens até 45 anos. No momento, o esquema vacinal que a CNE de Vacinas da Febrasgo indica é de duas doses para mulheres de 9 a 19 anos e três doses para aquelas a partir de 20 anos.

Exemplo similar é a vacina dTpa (contra difteria, tétano e coqueluche). Enquanto o SUS disponibiliza apenas para grupos específicos, como gestantes e profissionais da saúde, ambas as sociedades médicas recomendam que toda a rede de apoio ao recém-nascido (pais, avós, cuidadores) também seja vacinada. “O SUS trabalha com foco em saúde pública, considerando diversos critérios para incorporação de vacinas e estabelecendo grupos-alvo de maior vulnerabilidade para cada infecção imunoprevenível. Já as recomendações das sociedades médicas focam na proteção individual, sem desmerecer a importância das intervenções em saúde pública”, esclarece a médica pediatra **Dra. Mônica Levi**, presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e membro da CNE em Vacinas da Febrasgo.

Ela observa que, se por um lado o calendário vacinal para adultos até 59 anos no SUS é mais restrito, por outro, há imunizantes disponíveis e recomendados para a

faixa etária que seguem subutilizados, como, por exemplo, as vacinas hepatite B, dupla adulto e febre amarela. E concorda com a Dra. Nilma ao explicar que parte desse cenário se deve à cultura ainda arraigada de que “vacina é coisa de criança”. “Para mudar esse panorama, a SBIIm tem atuado em conjunto com outras entidades médicas, como a Febrasgo, por meio do grupo de trabalho VAI – Vacinação de Adultos e Idosos. O objetivo é ampliar a conscientização tanto da população quanto dos profissionais de diferentes especialidades sobre a importância das vacinas na saúde dos adultos e idosos”, diz a Dra. Mônica.

Para que essa conscientização se transforme em prática clínica, o envolvimento das especialidades médicas é essencial e, segundo a Dra. Mônica, os ginecologistas têm uma atuação cada vez mais estratégica na promoção da vacinação. Histórias recentes reforçam essa atuação. A introdução da vacina contra o HPV, por exemplo, foi um divisor de águas, exigindo que ginecologistas se familiarizassem com o tema. A pandemia de H1N1 também marcou a importância da vacinação de gestantes, grupo considerado prioritário após altas taxas de mortalidade. Hoje, novas vacinas como a do vírus sincicial respiratório (VSR) voltam a colocar as gestantes no centro das estratégias preventivas.

Um dos destaques do Protocolo Febrasgo sobre vacinação na mulher adulta e idosa, atualizado pela CNE em Vacinas e publicado no Caderno Científico desta edição de *Femina*, é a inclusão da vacina contra o VSR no calendário de recomendações. A vacina deve ser prescrita para gestantes entre 28 e 36 semanas de gestação, com o objetivo de proteger os recém-nascidos contra formas graves da infecção por meio da transferência de anticorpos pela placenta. O imunizante também passa a ser indicado de rotina para idosos a partir de 70 anos e para aqueles com mais de 60 anos com comorbidades, visando à redução da morbimortalidade nessa faixa etária.

A Dra. Mônica salienta que o calendário vacinal da mulher adulta e idosa varia conforme o momento de vida: idade, gestação, presença de comorbidades, tratamentos com imunossuppressores, entre outras situações que irão influenciar as indicações. “O ginecologista é o clínico da mulher. Ele acompanha a paciente em diferentes fases e tem um papel central na orientação sobre imunização. A vacinação precisa estar integrada a esse cuidado”, conclui.

## PRESCRIÇÃO MÉDICA: UMA ALIADA DA CONSCIENTIZAÇÃO

Essa atuação integrada reforça o protagonismo do ginecologista na prevenção de doenças. Mas, para que esse papel se traduza em ações concretas, é fundamental incorporar a vacinação à rotina clínica e isso passa também pela prescrição ativa e estratégica de vacinas.



**“Vacinar é um ato de proteção e, em muitos casos, pode significar a diferença entre viver ou morrer”, afirma a Dra. Nilma Antas Neves.**



### DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS

Driblar a hesitação vacinal no Brasil vai além de garantir vacinas disponíveis nos postos de saúde. Requer uma articulação entre políticas públicas eficazes, atuação médica engajada e comunicação clara com a população. As entrevistadas desta reportagem apontaram os principais desafios que precisam ser enfrentados tanto por gestores quanto por médicos:

- Combate à desinformação;
- Engajamento dos especialistas na prescrição ativa de vacinas;
- Melhoria no acesso e conveniência da vacinação, especialmente fora do horário comercial;
- Campanhas estratégicas fora dos postos tradicionais, como em escolas, estações de metrô e grandes avenidas;
- Conhecimento e divulgação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES), locais que oferecem vacinas específicas para grupos de risco.

De acordo com a secretária da CNE em Vacinas e pesquisadora da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), **Dra. Cecília Maria Roteli Martins**, prescrever vacinas durante a consulta, com nome, justificativa e orientação clara, é uma das formas mais simples e eficazes de reforçar a importância do cuidado. “Um estudo do CDC mostra que cerca de 70% das pessoas que inicialmente não tinham intenção de se vacinar mudam de ideia após uma prescrição formal. Quando o médico escreve a indicação no papel e explica os motivos, ele transforma a recomendação em compromisso”, afirma.

A prescrição, portanto, não é apenas um gesto burocrático; ela carrega o peso da confiança e da orientação médica qualificada. A Dra. Nilma reforça que a atuação proativa do médico é fundamental: “Cabe ao profissional prescrever as vacinas com clareza, orientar a paciente sobre o momento ideal para cada dose e contextualizar a indicação conforme a idade e o risco de exposição. Vacinar é um ato de proteção e, em muitos casos, pode significar a diferença entre viver ou morrer.”

Especialmente durante a gestação, a confiança no profissional de saúde é um dos fatores mais determinantes para a adesão vacinal. “Estamos participando de uma pesquisa sobre hesitação vacinal em gestantes na América Latina e, embora o estudo ainda não tenha sido publicado, os dados preliminares mostram que a orientação vinda do médico responsável pelo pré-natal é o principal influenciador positivo”, conta a Dra. Cecília. Segundo ela, quando o obstetra, o clínico geral ou o médico de família demonstram segurança quanto à eficácia das vacinas, essa confiança se reflete diretamente na decisão da paciente. “Prescrever é importante. E, mais do que isso, é fundamental não perder a oportunidade de abordar o tema durante a consulta, por mais que o tempo seja curto”, enfatiza.

### MAS E QUANDO O ARGUMENTO É O BOLSO?

De fato, muitas vacinas para o público adulto estão disponíveis somente na rede privada e algumas podem ter o custo elevado para boa parte da população, exigindo uma organização financeira. O esquema completo da HPV9, por exemplo, pode chegar a R\$ 3 mil na rede privada. Já a vacina da herpes-zóster varia entre R\$ 800 e R\$ 900 por dose, e são necessárias duas doses. Ainda assim, o custo deve ser encarado como investimento em proteção à saúde, e não como gasto supérfluo. “É claro que o investimento em vacinas pode ser alto, e sabemos que grande parte da população não tem condições de arcar com isso”, reconhece a presidente da CNE. “Mas, antes de falar de preço, é essencial mostrar para a paciente o impacto que a vacinação pode ter na vida dela.”

A médica explica que muitas das vacinas recomendadas para a mulher adulta e idosa têm como principal objetivo evitar doenças que, embora nem sempre levem à morte, geram complicações sérias e afetam diretamente a qualidade de vida. “Na mulher idosa, por exemplo, infecções por influenza, VSR ou COVID-19 podem levar a internações e mortes e deixar sequelas importantes. O herpes-zóster dificilmente levará à morte, mas poderá deixar sequelas e por longo tempo. Já entre mulheres adultas, o foco é a prevenção da morbidade”,

**“O ginecologista acompanha a paciente em diferentes fases e tem um papel central na orientação sobre imunização. A vacinação precisa estar integrada a esse cuidado”,**

declara a Dra. Mônica Levi.



reforça a Dra. Susana, que propõe uma analogia: “Vacina é como seguro. A gente paga esperando não precisar usar, mas, se a doença vier, estar vacinada faz toda a diferença. Foi o que vimos com a COVID: a vacina não impediu todos os casos, mas reduziu drasticamente a mortalidade”.

É nesse momento que o médico pode falar com a paciente sobre planejamento vacinal com foco na longevidade. No cenário atual, em que a expectativa de vida aumenta e o conceito de envelhecimento saudável ganha força, vacinar é um dos pilares da qualidade de vida. “Não é só viver mais. É viver melhor”, declara a Dra. Mônica.

Na rotina do consultório, uma sugestão para ajudar no planejamento é elencar as prioridades individualizadas. “Embora todas as vacinas sejam importantes, é possível organizar uma lista por ordem de relevância para cada paciente, conforme sua idade, histórico clínico e condições de risco”, explica a Dra. Susana.

Mas há outras barreiras relevantes que dificultam ou até impedem a adesão vacinal. Horários restritos de atendimento, ausência de postos com estrutura adequada e escassez de imunizantes específicos no SUS

são alguns dos fatores de conveniência. Por essa razão, outra estratégia válida é esclarecer o que está disponível no SUS e o que só pode ser feito na rede privada. Por exemplo: a vacina dupla adulto (difteria e tétano) é oferecida na rede pública. Já a dTpa, que inclui a coqueluche, só está disponível em clínicas privadas (veja a lista no quadro). “Informar isso ajuda a mulher a planejar”, ressalta a Dra. Susana. Se possível, oriente a paciente a pesquisar preço, pois alguns serviços privados de saúde podem fazer promoções ou semanas de descontos.

### VACINAS RECOMENDADAS PARA MULHERES

A vacinação não termina na infância. Mulheres adultas e idosas também devem manter o cartão vacinal atualizado para garantir proteção ao longo da vida.

Confira, a seguir, as principais vacinas recomendadas para mulheres acima dos 20 anos. Para detalhes sobre indicações, doses e esquemas vacinais, consulte o Caderno Científico desta edição, que traz a atualização do Protocolo Febrasgo sobre Vacinação na mulher adulta e idosa (páginas 907 a 911).

| DISPONÍVEIS NO SUS  |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Vacina                                                                                                   | Indicação                                                                            |
| dT (difteria e tétano adulto)                                                                            | Toda a vida adulta (reforço a cada 10 anos)                                          |
| Hepatite B                                                                                               | Adultas não anteriormente vacinadas ou incompletamente vacinadas                     |
| Influenza (gripe)                                                                                        | Grupos prioritários (gestantes, idosas, comorbidades)                                |
| COVID-19                                                                                                 | Conforme atualização do PNI                                                          |
| Febre amarela                                                                                            | Dose única para pessoas até 59 anos nunca vacinadas ou sem comprovantes de vacinação |
| Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)                                                              | Mulheres até 59 anos, se não vacinadas                                               |
| Vírus sincicial respiratório (VSR)                                                                       | Prevista para gestantes no SUS a partir de 2025                                      |

| DISPONÍVEIS APENAS NA REDE PRIVADA  |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Vacina                                                                                                                   | Indicação                                             |
| HPV nonavalente                                                                                                          | Mulheres de 20 a 45 anos (três doses)                 |
| Herpes-zóster                                                                                                            | A partir dos 50 anos                                  |
| dTpa (tríplice bacteriana acelular)                                                                                      | Reforço em adultas e gestantes a partir da 20ª semana |
| Meningocócica B e ACWY                                                                                                   | Mulheres com comorbidades ou exposição prolongada     |
| Pneumocócicas VPC13 ou 15V + VPP 23 ou 20 conjugada                                                                      | Idosas e grupos de risco                              |
| VSR                                                                                                                      | A partir de 60 anos                                   |

## CONHEÇA E INDIQUE OS CRIES

Para ampliar o acesso à vacinação de grupos mais vulneráveis, o Brasil conta com os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES), presentes em todas as regiões do país. “Esses centros têm um portfólio de imunizantes voltado a pacientes imunossuprimidos, como transplantados, oncológicas, pessoas vivendo com HIV, com doenças reumatológicas em uso de imunobiológicos, entre outras comorbidades. Quando o médico orienta corretamente sobre o acesso ao CRIE, além de proteger, também contribui para reduzir os custos da paciente”, diz a Dra. Susana.

O acesso é simples: basta apresentar um relatório médico detalhado que justifique a indicação da vacina, acompanhado de um encaminhamento formal ao CRIE de referência. A vacinação é feita de forma gratuita, seguindo os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde.

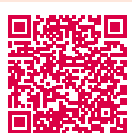
Entre os imunizantes disponíveis nesses centros, estão as vacinas contra hepatite A e B, pneumocócicas, meningocócicas, dTpa, varicela, HPV (em situações específicas) e febre amarela, esta última mediante avaliação individual de risco.

Se a sua paciente se enquadra nos critérios de indicação, oriente-a a procurar o CRIE mais próximo. Manter uma lista atualizada desses centros na sua região pode facilitar o encaminhamento e garantir que mulheres elegíveis recebam a proteção adequada.

### ONDE ENCONTRAR UM CRIE

A lista completa com os endereços e contatos dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) está disponível no site da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). Para acessar, utilize o QR code ou clique no link abaixo:

<https://familia.sbiim.org.br/images/files/relacao-nacional-dos-crie-ms.pdf>



## A DESINFORMAÇÃO COMO ENTRAVE

*Fake news*, medos infundados e ausência de informações consistentes têm minado a confiança da população adulta em relação às vacinas. A presidente da SBIIm cita a COVID-19 como exemplo emblemático: “Muitos idosos dizem que já tomaram várias doses e não querem mais. Mas a doença continua matando em número semelhante ao da dengue, e as pessoas perderam a percepção de risco”.

A circulação de teorias conspiratórias nas redes sociais afasta muitas mulheres da prevenção, e o silêncio diante dessas mensagens pode ser tão prejudicial quanto a mentira. “Não basta esperar que a paciente pergunte. O médico precisa abordar o tema com empatia, clareza e embasamento científico”, defende a Dra. Mônica. “O problema não está apenas nas mensagens do WhatsApp, mas na omissão diante delas.”

**“Cerca de 70% das pessoas que inicialmente não tinham intenção de se vacinar mudam de ideia após uma prescrição médica formal”,**

ressalta a Dra. Cecília Roteli Martins.



A Dra. Cecília acrescenta que conteúdos alarmistas ganham muito mais visibilidade do que informações confiáveis. “Precisamos repensar nossas estratégias de comunicação, especialmente com o público jovem adulto, que consome ativamente conteúdos nas redes sociais.”

Segundo a médica, embora o termo “hesitação vacinal” já esteja bastante difundido, os desafios se mantêm e se transformam. “É hora de desenvolver abordagens mais eficazes para driblar dúvidas, ampliar o acesso e restaurar a confiança. Isso passa por escuta ativa, acolhimento e linguagem adaptada ao perfil de cada paciente.”

Fator significativo que pesa na decisão, principalmente após a pandemia, é o medo dos efeitos adversos. “A politização da COVID gerou desconfiança. Tem paciente que diz: ‘essa eu não tomo mais, mas as outras até tomo’. Só que a COVID continua entre nós e ainda mata. Precisamos reconstruir a credibilidade dessa vacina e enfrentar os mitos que se enraizaram desde então”, diz a Dra. Susana.

O HPV também é alvo de interpretações equivocadas. Muitas mulheres acreditam que, por já terem iniciado a vida sexual, não precisam mais se vacinar. “Mesmo quem já teve contato com o vírus pode se proteger contra outros tipos e reduzir o risco de recorrência de lesões”, explica a Dra. Mônica. “Mas isso precisa ser bem explicado, para não gerar falsas expectativas.”

Mais um equívoco comum é a crença de que hábitos saudáveis substituem a vacinação. “Isso é uma bobagem. Alimentação equilibrada e atividade física previnem doenças metabólicas, como diabetes e colesterol alto, mas não impedem infecções virais ou bacterianas”, afirma. “Não existe suplemento que substitua vacina. E isso precisa ser dito com clareza, especialmente em tempos de redes sociais contaminadas por discursos pseudocientíficos.”

A Dra. Mônica finaliza com um chamado direto aos ginecologistas: “A vacinação é parte essencial da promoção da saúde. E vocês têm nas mãos uma oportunidade poderosa de orientar, prescrever e proteger as mulheres em todas as fases da vida”.

Portanto, é hora de devolver à vacina o espaço que ela teve na infância, agora sob um novo olhar, mais informado, mais amplo, mais comprometido com o futuro. Vacinar a mulher adulta e idosa não é apenas um ato preventivo. É um gesto de reconhecimento, respeito e atualização do pacto que a medicina fez com a vida. 

# Vozes da excelência

Por Letícia Martins

**N**esta edição, destacamos dois nomes da primeira geração de membros da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago): Dra. Rossana Pulcineli Vieira Francisco, titular da cadeira nº 2, e Dr. Francisco Eduardo Prota, ocupante da cadeira nº 5. Ambos representam trajetórias marcadas pelo compromisso com a formação de novas gerações, o cuidado integral à saúde da mulher e a defesa de uma medicina ética, humana e transformadora.

## OBSTETRÍCIA COM PROPÓSITO

Na cidade de Muzambinho, interior de Minas Gerais, uma menina transformava a garagem da casa em consultório improvisado. As pelúcias viravam pacientes; e as canetas com anilina, seringas. Inspirada no médico da cidade, Camilo Márcio Coimbra, e movida pela vontade de cuidar, Rossana Pulcineli Vieira Francisco deu seus primeiros passos rumo à medicina ainda na infância.

Mais tarde, quase optou por química industrial, mas o desejo de estar a serviço da vida falou mais alto. Foi aprovada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, onde se graduou em 1992. A formação se aprofundou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), onde fez residência em Obstetrícia (1993-1995), mestrado, doutorado, livre-docência e, em 2024, assumiu o cargo de professora titular de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da instituição. Desde 2006, é professora em dedicação exclusiva com atuação centrada no ensino, na pesquisa e na assistência obstétrica.

Em abril de 2023, a Dra. Rossana foi indicada para ocupar a cadeira nº 2 da recém-criada Anago. “Foi uma grande honra, especialmente por representar uma oportunidade de dar mais visibilidade à obstetrícia, área que representa meu propósito de vida”, afirma.

O patrono de sua cadeira é o professor Arnaldo de Moraes, segundo presidente da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), e a conexão não é apenas simbólica. “Eu me identifico com sua dedicação à patologia do trato genital inferior, à colposcopia e à prevenção do câncer de colo do útero, áreas que sempre me interessaram desde a residência. Mas também com sua atuação em saúde pública, especialmente na obstetrícia.”

Ao longo da carreira, a Dra. Rossana acumulou conquistas assistenciais, científicas e institucionais. Foi a primeira mulher a presidir a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (Sogesp), entre 2018 e 2021, e é cofundadora do Observatório Obstétrico Brasileiro,

criado em parceria com a professora de Estatística da Universidade Federal do Espírito Santo, Agatha Sacramento Rodrigues. A plataforma tornou-se referência nacional no acesso e análise de dados públicos sobre gestação, parto e mortalidade materna. “Trabalhar a serviço da saúde da mulher é sempre uma honra. Entre tantos momentos marcantes, destaco a atuação durante a pandemia de COVID-19, no cuidado às gestantes, e a criação do Observatório, que nos permite transformar dados em política pública.”

Sua atuação se concentra exclusivamente na obstetrícia. As áreas de maior dedicação são vitalidade fetal, diabetes na gestação e mortalidade materna, temas que traduzem seu compromisso com a vida de gestantes, puérperas e recém-nascidos. Em 2022, esse compromisso foi reconhecido com a Medalha Ruth Cardoso, concedida pelo Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, como reconhecimento por seu trabalho na saúde materno-infantil e no combate à violência contra a mulher.

Com olhar atento para o presente e o futuro da especialidade, a Dra. Rossana acredita que a ginecologia e obstetrícia seguirá como campo estratégico para a promoção da equidade. “Nossa especialidade atua em vários momentos da vida da mulher. Por isso, temos um papel importante na promoção da igualdade de gênero. A tecnologia será sempre bem-vinda, desde que caminhe junto com a humanização e o cuidado integral.”

**“Ocupar uma cadeira da Anago é uma oportunidade de dar mais visibilidade à obstetrícia, área que representa meu propósito de vida”,**

afirma a  
Dra. Rossana  
Pulcineli,  
acadêmica da  
cadeira nº 2.



Aos novos profissionais, deixa uma mensagem que carrega em si o DNA de toda uma trajetória: “Participamos de momentos únicos na vida de uma mulher, seja no sofrimento, como a perda gestacional, ou na alegria do nascimento. Que todos os que atuam na nossa especialidade se pautem no cuidado centrado na pessoa, promovendo uma experiência positiva em cada etapa”.

### CONHECIMENTO DIVIDIDO E MULTIPLICADO

Foi no dia 12 de abril de 1952 que nasceu Francisco Eduardo Prota, em Campinas, interior de São Paulo. Cresceu em uma família de mulheres da saúde e, embora duas de suas irmãs também tenham seguido a medicina, a decisão de se tornar médico partiu de outro lugar: “Escolhi por vontade própria, por querer ajudar o próximo e me sentir útil à sociedade”, diz.

Quando o jovem Francisco ingressou na Faculdade de Medicina de Jundiaí, em 1972, a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia ainda era voltada quase exclusivamente para a saúde reprodutiva. Com o tempo, acompanhou e contribuiu para uma mudança profunda: “O ginecologista se transformou em clínico da mulher. Hoje, trata não apenas da gestação ou das doenças ginecológicas, mas de todas as intercorrências clínicas que envolvem a saúde dela”, afirma. Para ele, essa ampliação de escopo foi um dos marcos mais importantes da especialidade. O outro, sem dúvida, foi o avanço das técnicas cirúrgicas. “No início, eram procedimentos de grande porte, agressivos. Agora, temos recursos minimamente invasivos, com resultados mais efetivos e muito menos sofrimento para a paciente”, resume.

Dr. Francisco fez residência médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP entre 1978 e 1981 e conviveu com grandes nomes da especialidade, “experiência marcante e decisiva”. Ao término da residência, prestou concurso e assumiu o cargo de assistente no recém-inaugurado Hospital Universitário da USP, mas acabou cedendo ao chamado de sua cidade natal, onde recebeu o convite para integrar o corpo docente da recém-criada Faculdade de Medicina da PUC-Campinas. Entrou jovem e nunca mais saiu. “Já são mais de 45 anos na universidade. Na clínica privada, o benefício é direto, de um para um. Mas, na universidade, você multiplica esse cuidado, ensinando alguém que atenderá muitas outras pacientes.”

Multiplicar, aliás, parece ser a matemática afetiva que norteia a trajetória do Dr. Francisco. Seja ao operar com residentes todas as segundas-feiras, seja ao reencontrar alunos em congressos ou restaurantes. “É um presente ouvir de um ex-aluno: ‘Doutor, eu uso até hoje o que o senhor me ensinou’”, afirma. A carreira acadêmica sólida foi complementada anos depois com o mestrado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 2001, e o doutorado, em 2006, pela mesma instituição.

Sua atuação no movimento associativo é um capítulo à parte. Presidiu a Sogesp de 2001 a 2005, quando foi efetuada a compra da atual sede da instituição. Na Febrasgo, ingressou em 1996 como membro da Comissão

Especializada de Histeroscopia. Foi secretário executivo de 2005 a 2012 e depois assumiu a diretoria financeira. Concomitantemente, entre 2008 e 2011, ainda integrou a diretoria da Federação Latino-Americana de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Flasog). “Organizar congressos e programas científicos de qualidade também é uma forma de cuidar. Quando um médico se atualiza, quem ganha é a paciente.”

O reconhecimento pela trajetória veio com a indicação para a Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia. “Fiquei surpreso. Fiz uma autocrítica: será que mereço mesmo? Tem muita gente boa que poderia estar aqui. Mas acredito que, de alguma forma, correspondo às expectativas.” Ao ocupar a cadeira nº 5, sentiu uma honra ainda maior ao ver que o patrono era o professor Medina, referência da USP. “Foi uma dupla alegria.”

Entusiasta da tecnologia e da inovação, ele faz um alerta aos jovens médicos: nenhum avanço substitui o vínculo humano. “Um gesto de afeto pode valer mais do que uma receita com vários medicamentos.” Para ele, o tempo economizado com as máquinas deve ser devolvido ao paciente, e não o contrário.

Foi com esse pensamento que ele passou a se dedicar também à área de farmacoeconomia. Antecipando os desafios do envelhecimento profissional e da sustentabilidade dos sistemas de saúde, mergulhou nos estudos sobre custo-benefício de tratamentos e procedimentos médicos.

Atualmente, além da atuação como professor e clínico, é assessor médico de Gestão e Valor em Saúde e conselheiro de Administração da Unimed Campinas. E, como ele mesmo costuma dizer, não pretende parar tão cedo. Ainda se sente movido por um propósito claro: estar a serviço de algo maior. 

**“Fiquei surpreso com o convite. Fiz uma autocrítica: será que mereço mesmo? Tem muita gente boa que poderia estar aqui”,**

disse o  
Dr. Francisco  
Prota, acadêmico  
da cadeira nº 5.



# Revista Brasileira de Ginecologia (RBGO) em ascensão: novo Fator de Impacto:

1,4

Marcos Felipe Silva de Sá<sup>1</sup>

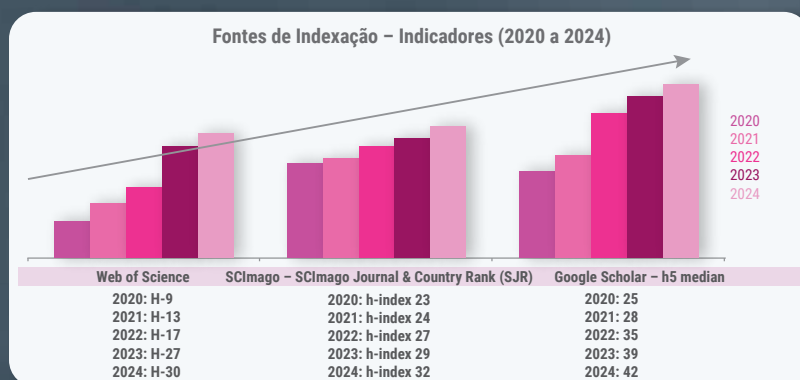
1. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

A RBGO vem apresentar, orgulhosamente, aos seus leitores, associados ou não da Febrasgo, e especialmente aos autores dos artigos nela publicados, os números dos principais indicadores internacionais, utilizados na sua avaliação. Alcançamos, neste ano, o Fator de Impacto 1.4. Para atingir tais resultados, tem sido extremamente importante o papel desempenhado pelos seus editores associados e pelos incontáveis revisores, que, no seu anonimato, dão a ela enorme apoio por meio de cansativa carga de trabalho exigida nos processos de avaliação dos manuscritos.

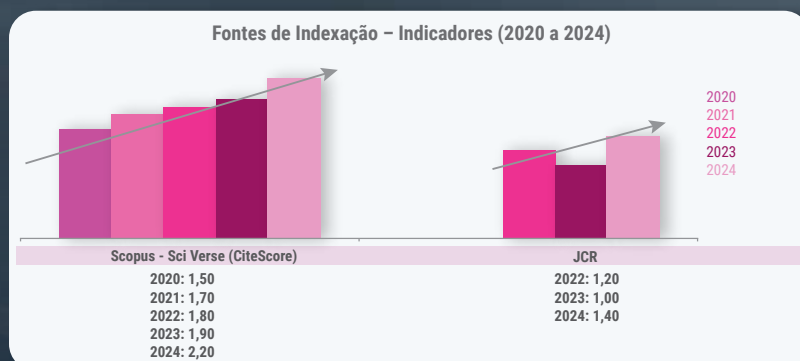
Na figura 1, podemos verificar a ascendente avaliação da RBGO em diferentes indicadores.

Destacamos, propositadamente, na figura 2 outros dois indicadores que são mais conhecidos: Scopus (CiteScore) e JCR (Fator de Impacto), citados frequentemente quando se trata de se referir às qualificações de um periódico.

Na tabela 1, são apresentados os números gerais de RBGO analisados pela *Web of Science* (WoS) ao longo dos anos. O índice H, que era de 9 em 2020, atingiu, em 2024, o valor de 30 e a taxa média de citações por artigo publicado em RBGO foi de 5,4.



**Figura 1.** Indicadores internacionais da RBGO nos últimos cinco anos



**Figura 2.** Evolução de RBGO nas avaliações feitas pelos dois principais indicadores (CiteScore e Fator de Impacto) que têm sido historicamente utilizados como referência para a qualificação das revistas no Qualis, da Capes. Obs.: O primeiro Fator de Impacto foi obtido em 2022.

**Tabela 1.** Números de RBGO ao longo dos anos

| Publications | Citing Articles        | Times Cited            |                  |         |
|--------------|------------------------|------------------------|------------------|---------|
| 2,294        | 10,648                 | 12,465                 | 5.43             | 30      |
| Total        | Total                  | Total                  | Average per item | H-index |
|              | 9,880                  | 11,263                 |                  |         |
|              | Without self-citations | Without self-citations |                  |         |

Fonte: Dados obtidos da *Web of Science*, em 2025.



## PERSPECTIVAS

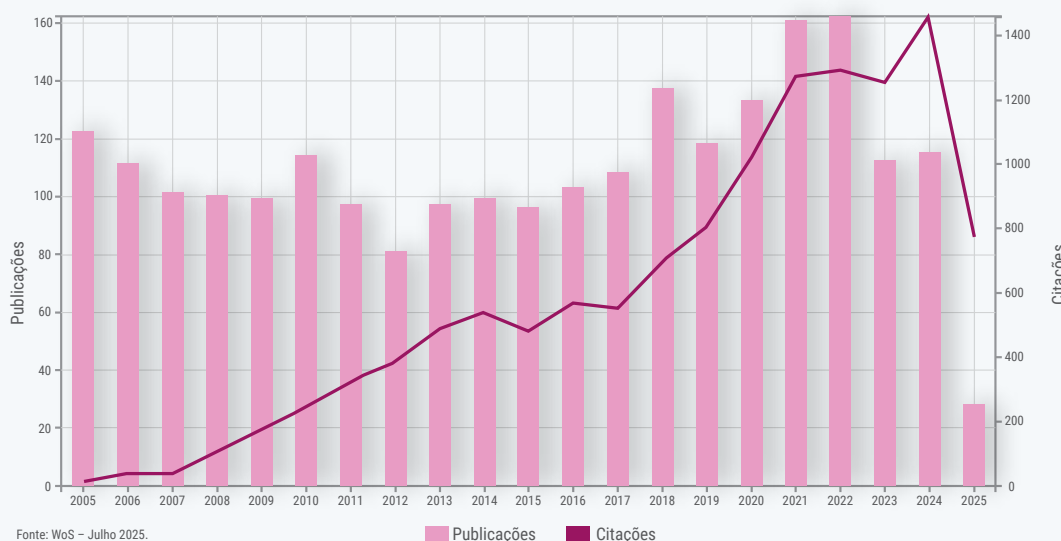
O rigor científico dos editores associados da RBGO tem sido fundamental para aumentar esses indicadores. A figura 3 ilustra a evolução progressiva na relação entre o número de citações e o número de artigos publicados ao longo dos anos (Fonte: *Web of Science*, 2025), mostrando um aumento importante na proporcionalidade desse indicador. Vale ressaltar que, para o cálculo do Fator de Impacto, são consideradas apenas as citações contidas em um "core" de revistas selecionadas pela própria *Web of Science*. De qualquer maneira, pelas tendências mostradas na figura 3, estamos otimistas quanto às avaliações vindouras para o Fator de Impacto e ao futuro da RBGO.

## Autores: Enviem seus trabalhos para publicação na RBGO:

- A RBGO é um periódico de acesso aberto, o que garante a mais ampla visibilidade para o seu trabalho.
- Revisão por pares e supervisão editorial do seu manuscrito por especialistas renomados em sua área.
- Depósito imediato do seu trabalho no PubMed e outros serviços de indexação após a publicação.
- Publicação *online* rápida, em regime de **fluxo contínuo**.

ACESSE O SITE **JOURNALRBGO@ORG** E VEJA A QUALIDADE DO PERIÓDICO QUE A FEBRASGO COLOCA À SUA DISPOSIÇÃO

## Vezes citadas e publicações ao longo do tempo



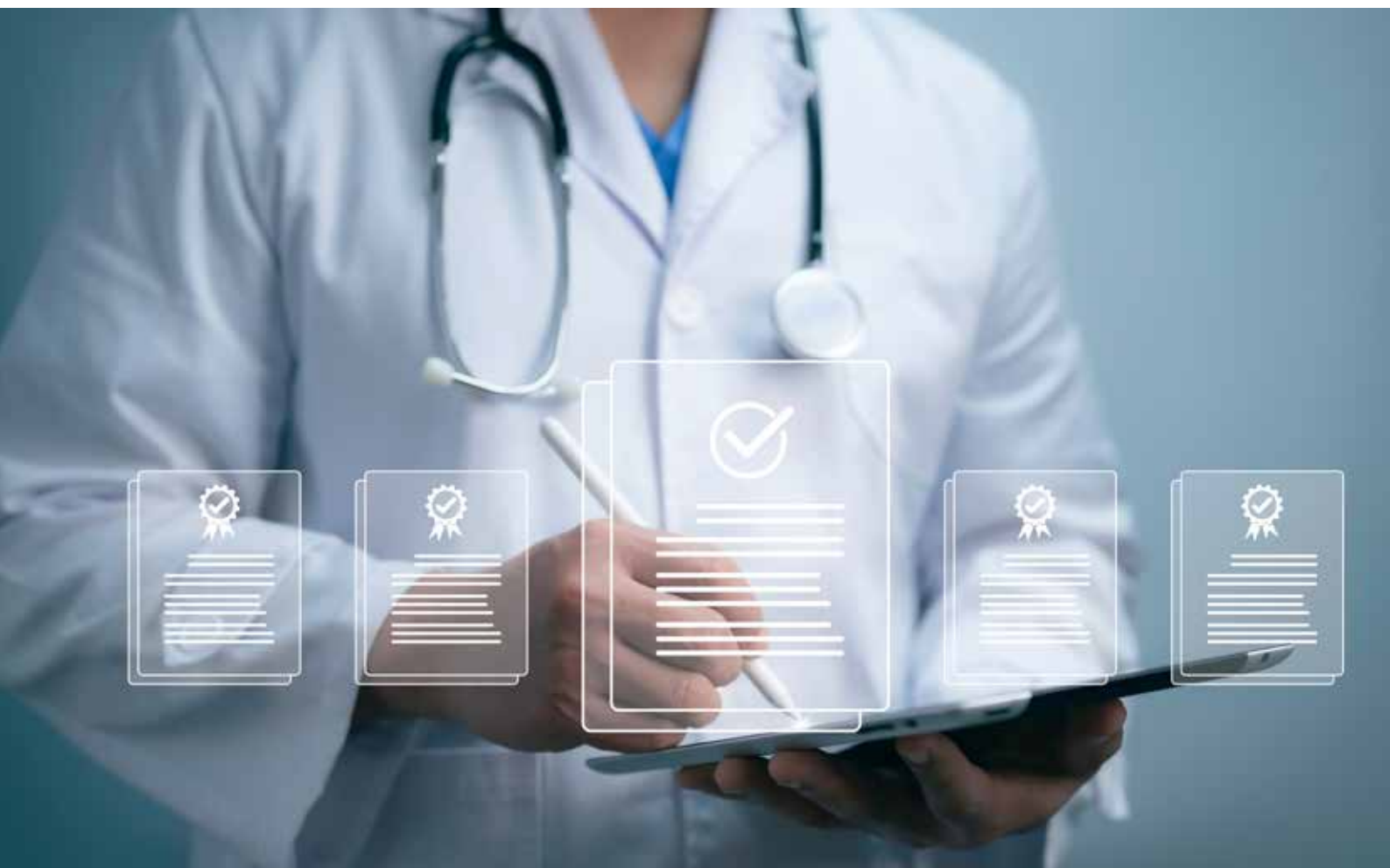
Fonte: WoS - Julho 2025.

**Figura 3.** Relação entre o número de artigos publicados e o número de citações da RBGO ao longo dos anos. Obs.: Para o ano de 2025, os números são parciais (até abril) e vão variar até a publicação do Fator de Impacto no próximo ano.

# Mentes que guiam a ginecologia e obstetrícia

Conheça o trabalho das CNEs da Febrasgo e o papel de seus presidentes na construção de diretrizes, protocolos e educação médica continuada.

Por Letícia Martins



**A** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) é composta por 33 Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) que reúnem profissionais de referência nas diversas áreas da ginecologia e obstetrícia. Cada comissão tem como objetivo promover a produção científica, atualizar protocolos, fomentar boas práticas assistenciais e contribuir com a educação médica continuada, sempre em sintonia com as necessidades da mulher brasileira.

Nesta e nas próximas edições da Revista *Femina*, você confere entrevistas exclusivas com os presidentes das CNEs, que compartilham os avanços recentes de cada área, os desafios enfrentados e as perspectivas para o futuro.

A proposta é valorizar o trabalho coletivo que sustenta a atuação da Febrasgo e evidenciar o impacto concreto das comissões na formação médica, na prática clínica e na saúde das pacientes em todo o país.

## GINECOLOGIA



Dr. Ricardo de Almeida Quinteiros

## A URGÊNCIA DO DIAGNÓSTICO: OS AVANÇOS DA CNE DE ENDOMETRIOSE

Dor que paralisa, silêncio que adoce, diagnóstico que demora. A endometriose ainda é uma das condições mais negligenciadas da saúde feminina, mas a atual gestão da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Endometriose da Febrasgo tem se dedicado a mudar esse cenário – com ciência, escuta e presença ativa nos diversos cantos do país.

Desde janeiro de 2024, a CNE é presidida pelo ginecologista **Dr. Ricardo de Almeida Quinteiros**, que já fazia parte da comissão em gestões anteriores e também atua como diretor da Sociedade Brasileira de Endometriose. Para ele, a união entre as duas entidades fortalece as ações e multiplica os impactos: “Quando as sociedades trabalham juntas, quem ganha é a mulher brasileira”, resume.

## A DOR NÃO É NORMAL

O ponto central da atuação da nova gestão é antecipar o diagnóstico. Embora não seja possível prevenir a endometriose em sua origem, uma vez que se trata de uma condição com fatores genéticos e imunológicos, é possível evitar seu agravamento. “O nosso grande desafio é fazer com que os profissionais entendam que cólica não é normal, dor não é normal. Quanto antes se identificar a endometriose ou a causa dessa dor, maiores são as chances de impedir sequelas como infertilidade e dor pélvica crônica”, explica o presidente da CNE.

Para isso, a comissão investe tempo e energia em ações de educação médica continuada, como a reescrita e atualização dos principais protocolos da Febrasgo relacionados à endometriose. Só entre 2024 e 2025, foram atualizados os documentos sobre adenomiose, dor pélvica, infertilidade e, pela primeira vez, publicado um *Febrasgo Position Statement* (FPS) sobre neuromodulação.

## UM PAÍS, MUITOS BRASIS

A atuação da CNE também se espalha em rede. Seus membros representam as cinco regiões do Brasil, o que permite não apenas uma compreensão mais ampla das realidades locais, mas também uma estratégia de disseminação descentralizada. “Plantamos pequenas sementes nos estados. Participamos de congressos locais, damos entrevistas para rádios e jornais regionais, escrevemos artigos. Isso fortalece o conhecimento médico e prepara o solo para mudanças duradouras”, afirma o Dr. Ricardo.

Mas ele reconhece os abismos do país. Enquanto regiões como Sul e Sudeste contam com serviços de referência e assistência mais estruturada, outras áreas seguem desassistidas. Por isso, uma das metas da CNE é apoiar a criação de centros de referência em endometriose no Sistema Único de Saúde (SUS). “Não é simples, porque envolve política pública, verba, estrutura. Mas é urgente.”

## CONQUISTAS RECENTES E DIÁLOGO COM O SUS

Apesar dos desafios, a comissão tem acumulado vitórias importantes. Uma das mais recentes foi a incorporação, no SUS, de métodos contraceptivos com eficácia no tratamento da endometriose, como o sistema intrauterino com levonorgestrel. Essa conquista foi fruto de articulação direta com o Ministério da Saúde, por meio de audiências públicas e reuniões técnicas.

“Queremos criar um protocolo assistencial claro para a mulher com endometriose dentro do SUS, desde a entrada na unidade de saúde até o acompanhamento contínuo com acesso a diagnóstico, tratamento clínico e, quando necessário, cirurgia”, explica o presidente.

## MAIS CIÊNCIA, MAIS PRESENÇA, MAIS ESCUTA

Outro diferencial da gestão atual é o estímulo à produção científica nacional. Os membros da CNE de Endometriose publicam com frequência em revistas internacionais, o que posiciona o Brasil entre os países com maior qualidade de pesquisa sobre endometriose no mundo. “Nossos dados são sólidos, nossas publicações são respeitadas. Perdemos apenas para poucos países europeus. Nem mesmo os Estados Unidos têm a mesma densidade científica que o Brasil apresenta hoje nesse campo”, reforça.

Mas ciência, para o presidente a CNE de Endometriose, também precisa se traduzir em cuidado. Por isso, há um movimento para fortalecer o diálogo com o público leigo. “Precisamos falar com as pacientes. Ouvi-las. Saber o que falta, onde está doendo – literal e simbolicamente. O *site* Feito Para Ela, da Febrasgo, pode ser um canal para isso. Assim como os eventos voltados exclusivamente para mulheres com endometriose que já realizamos pela Sociedade Brasileira de Endometriose”, sugere o Dr. Ricardo.

Com pouco mais de um ano e meio de gestão, a CNE de Endometriose já mostra a que veio: revisar, articular, formar, comunicar, transformar. “Queremos que a mulher saiba onde procurar ajuda, como buscar atendimento e o que esperar do sistema de saúde. E queremos que o ginecologista esteja preparado para acolher, escutar e agir com base na ciência.”

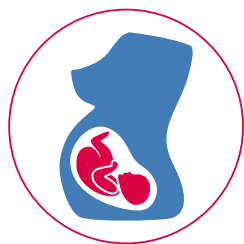
Ao final da conversa, o Dr. Ricardo deixa um lembrete que ecoa como chamado: “Sentir dor não é normal. E toda mulher merece viver sem dor”.

Conheça os membros da CNE de Endometriose (Gestão 2024-2027):

<https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/Ginecologia/2024/nCNE-G-Endometriose-r-1.pdf>



## OBSTETRÍCIA



Dra. Silvia Regina Piza.

## QUANDO AMAMENTAR É UM ATO DE SAÚDE PÚBLICA: OS CAMINHOS DA CNE DE ALEITAMENTO MATERNO

Por trás de cada mãe que amamenta, há uma rede de apoio – ou deveria haver. E é nesse campo que perpassa pela ciência, pelo cuidado e pelo enfrentamento de desconhecimentos que atua a Comissão Nacional Especializada (CNE) de Aleitamento Materno da Febrasgo, presidida pela médica ginecologista **Dra. Silvia Regina Piza**.

Especialista em ginecologia e obstetrícia, a Dra. Silvia é professora, pesquisadora e uma entusiasta da saúde pública baseada em evidências. É membro da CNE de Aleitamento Materno há cerca de 15 anos e presidiu a comissão por dois mandatos consecutivos, entre 2012 e 2018. Em 2021, voltou a liderar a comissão com uma missão que extrapola o consultório: promover o aleitamento materno como ferramenta de transformação social, econômica e ambiental. “A prática do aleitamento materno é a forma mais econômica e eficaz de se controlar a mortalidade infantil, a morbidade e a prevalência de doenças crônicas na vida adulta”, defende a médica. Para ela, falar de amamentação é pensar no futuro: trata-se de uma ação estratégica que melhora os índices de saúde, reduz custos com o sistema público, impacta positivamente o meio ambiente e fortalece vínculos afetivos.

A cada gestão, a comissão se reorganiza e amplia seu raio de ação. Atualmente, a CNE tem como norte a disseminação de informações baseadas em evidências científicas, a produção de conteúdos e a articulação política em nível nacional e internacional. Uma de suas principais bandeiras é a regulamentação da comercialização de fórmulas infantis, tema ainda pouco conhecido por profissionais da saúde e pela população em geral, mas crucial para combater práticas abusivas de marketing.

### PRESENÇA ESTRATÉGICA E CONTEÚDO ACESSÍVEL

Segundo a Dra. Silvia, embora o aleitamento ainda enfrente resistência em algumas áreas da obstetrícia, a CNE vem conquistando espaço em congressos especializados, tanto em ginecologia e obstetrícia quanto em pediatria, medicina da família e saúde coletiva. Além disso, a comissão tem investido em ferramentas de comunicação para ampliar o alcance de suas mensagens: *lives*, *podcasts*, *flashcards*, materiais para redes sociais e, mais recentemente, a atualização do Protocolo Oficial de Aleitamento Materno da Febrasgo.

No mês de agosto, conhecido como Agosto Dourado, a comissão intensifica suas ações, mas reforça que o aleitamento precisa ser pauta o ano todo. “Falar sempre sobre amamentação é importante. Esse é um assunto que não pode se restringir ao calendário de campanhas”, pontua a presidente da CNE.

### FORMAÇÃO AMPLIADA E COMBATE ÀS FAKE NEWS

A comissão é composta por um time multidisciplinar: obstetras, pediatras, enfermeiros, consultores em amamentação e representantes dos bancos de leite humano. Essa diversidade permite à CNE abordar o aleitamento em todas as suas dimensões – da técnica à emocional, da clínica à política.

Entre os desafios da gestão está o enfrentamento das informações equivocadas que circulam tanto na mídia quanto nos próprios serviços de saúde. “Existem mitos sobre contraindicações, sobre a necessidade de acessórios e sobre o uso de fórmulas que não têm base científica. Combater isso é uma tarefa contínua que passa pela educação em saúde e pela valorização da ciência”, destaca.

### AMAMENTAR TAMBÉM É PROTEGER O PLANETA

Se há alguns anos falar de sustentabilidade parecia distante do tema aleitamento, hoje a conexão é clara: ao evitar o uso de embalagens, transporte industrial e descarte de resíduos, o leite materno também reduz o impacto ambiental. “O Brasil, inclusive, será representado por integrantes da nossa Comissão de Aleitamento Materno na COP 30, conferência mundial sobre o clima, para mostrar como o aleitamento pode contribuir para o enfrentamento das mudanças climáticas”, revela a Dra. Silvia.

Além disso, a presidente da CNE integra um grupo técnico vinculado ao Ministério da Saúde, que discute os direitos das mulheres que amamentam e trabalham, a proteção legal ao aleitamento e a ampliação do acesso à informação.

### COMPROMISSO QUE ATRAVESSA GERAÇÕES

Mais do que uma responsabilidade profissional, o aleitamento materno tornou-se um compromisso de vida para a presidente da CNE. “Eu me engajei por razões médicas e científicas, mas sigo nessa causa por entender que ela toca dimensões muito maiores: saúde pública, justiça social, desenvolvimento sustentável e, acima de tudo, humanidade”, diz.

Com a voz serena de quem acredita no que constrói, ela encerra com um convite: “Não são apenas os profissionais de saúde que devem falar sobre amamentação. Esse é um tema de todos nós. A sociedade precisa enxergar o leite materno como o alimento mais potente, econômico e transformador que existe”.



Conheça os membros da CNE de Aleitamento Materno (Gestão 2024-2027):

[https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/Obstetricia/2024/CNE-O-Aleitamento\\_materno-r.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/Obstetricia/2024/CNE-O-Aleitamento_materno-r.pdf)



# Treinamento em assistência à saúde do casal infértil para residentes de ginecologia no Brasil: desafios e direções futuras

Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos<sup>1</sup>, Ines Katerina Damasceno Cavallo Cruzeiro<sup>2</sup>



- 
1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
  2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Conflitos de interesse:**

Nada a declarar.

**Autor correspondente:**

Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos  
E-mail: ionarabarcelos@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A infertilidade é uma questão de saúde que afeta significativa parcela da população mundial, exigindo uma abordagem especializada na formação de novos profissionais. É um fenômeno crescente que afeta cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva no Brasil, tornando-se uma preocupação significativa de saúde pública. O treinamento adequado de residentes em ginecologia é essencial para preparar profissionais que possam oferecer atendimento de qualidade a esses pacientes.

As políticas públicas que regulamentam a assistência à saúde reprodutiva, como a Lei nº 9.263/1996, reconhecem o planejamento familiar como um direito, mas a sua implementação efetiva no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é insatisfatória. A Portaria MS/GM nº 426/2005, que estabeleceu diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, foi revogada em 2017, mas suas diretrizes foram incorporadas à Portaria de Consolidação nº 2, que ainda não garantiu a universalidade do acesso aos serviços de reprodução assistida, evidenciando a necessidade de maior investimento e atenção a essa área.<sup>(1)</sup>

A infertilidade foi tradicionalmente subestimada na formação médica, conforme observado em um editorial no importante periódico *Fertility & Sterility*, publicado em 1994, que ressaltou que esse era o assunto menos enfatizado no treinamento de Ginecologia e Obstetrícia (GO).<sup>(2)</sup> Desde então, mudanças expressivas na formação de ginecologistas e obstetras vêm ocorrendo no mundo todo. Estudos indicam que, nas últimas três décadas, a experiência de residentes na área de GO, particularmente na subespecialidade de Ginecologia Endócrina e Reprodutiva, tem recebido crescente atenção.

Hoje, nos Estados Unidos, a evolução do treinamento de residentes, sob a supervisão do ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*), enfatiza a necessidade de treinamento contínuo, no qual os residentes são orientados a completarem marcos de desempenho e concluir um número mínimo de procedimentos médicos. Revisão prévia do currículo dos programas de residência médica em GO de cinco países (Austrália, Canadá, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos) concluiu que todos os currículos já integram ou planejam contemplar educação baseada em competências em seus programas.<sup>(3)</sup>

Nesse contexto, o ensino de Reprodução Humana tem como foco inicial a avaliação e tratamento de infertilidade, entretanto é importante ampliar esse aprendizado e assegurar que os residentes tenham educação continuada nessa área, incluindo outros temas importantes da reprodução assistida.<sup>(4)</sup>

## FORMAÇÃO DO RESIDENTE NO BRASIL

A formação médica no Brasil, especialmente em GO, foi reformulada nas últimas décadas, com ênfase crescente nas competências. Desde a criação da Comissão

Nacional de Residência Médica (CNRM) em 1977, o treinamento passou a ser estruturado em marcos de desempenho (*Milestones*) e atividades profissionais confiabilizadoras (EPAs).<sup>(5)</sup> Cada EPA deve integrar diversas competências e marcos, sendo definida como “uma unidade da prática profissional que pode ser totalmente confiabilizada a um aprendiz (médico-residente ou estudante de Medicina) quando o mesmo demonstra as competências necessárias para executá-la de maneira independente e sem supervisão”.<sup>(6,7)</sup>

A matriz de competências da Febrasgo, revisada em 2019, estabelece 16 eixos de competências que os residentes devem desenvolver ao longo dos três anos de formação. Essa abordagem permite uma avaliação mais precisa das capacidades dos residentes em relação ao conhecimento, habilidades práticas e atitudes. Em cada eixo, as competências foram subdivididas em seus componentes fundamentais: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A). Essa subdivisão facilita a orientação dos processos de avaliação do residente em termos de cognição, habilidades técnicas e atitudes.<sup>(8,9)</sup>

Em 2021, foram desenvolvidas 21 EPAs nacionais em GO, por meio de painel de especialistas.<sup>(10)</sup> A EPA 17, especificamente, foca na “Promoção da Assistência à Saúde do Casal Infértil”, abrangendo uma gama de competências necessárias, incluindo o atendimento a casais inférteis, e em situações especiais (casais homoafetivos, transgêneros e indivíduos que desejam gestação monoparental) e mulheres com histórico de perdas gestacionais recorrentes (Quadro 1).<sup>(11)</sup>

Para atender adequadamente casais inférteis, os residentes precisam desenvolver uma variedade de competências:

- **História Clínica e Exame Físico:** Habilidade em realizar uma anamnese detalhada e exames físicos que ajudem a identificar causas de infertilidade.
- **Interpretação de Exames:** Capacidade de solicitar e interpretar exames relacionados à saúde reprodutiva, como avaliação da reserva ovariana e fatores que podem contribuir para a infertilidade.
- **Tratamentos e Procedimentos:** Conhecimento sobre as opções de tratamento disponíveis, incluindo indução da ovulação e técnicas de reprodução assistida, como inseminação intrauterina e fertilização *in vitro*.
- **Aspectos Éticos e Legais:** Compreensão das questões éticas e legais que envolvem a reprodução assistida, especialmente em casos que envolvem casais homoafetivos, transgêneros e gestação monoparental.

## CENÁRIOS DE APRENDIZADO, DESAFIOS E LIMITAÇÕES NO TREINAMENTO

A infertilidade é uma condição que afeta milhões de pessoas ao redor do mundo, frequentemente com consequências profundas. De acordo com a Organização

**Quadro 1.** Promoção da Assistência à Saúde do Casal Infértil

**EPA 17: PROMOVEDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO CASAL INFÉRTIL**

**Especificações**

**Contexto:** Ambulatório.

**Consulta clínica:** Atendimento e acompanhamento de casais inférteis e em situações especiais (casais homoafetivos, transgêneros e indivíduos que desejam gestação monoparental) e mulheres com histórico de perdas gestacionais recorrentes.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Exames de investigação da reserva ovariana e fatores ovulatório, uterino, tuboperitoneal e masculino e causas relacionadas à perda gestacional recorrente.

**Procedimentos:** Histeroscopia diagnóstica e biópsia de endométrio.

**Tratamentos específicos:** Planejamento, prescrição e acompanhamento de ciclos induzidos para procedimentos de baixa complexidade, incluindo indução da ovulação com indutores orais; tratamento de pacientes com síndrome do hiperestímulo ovariano.

**Orientações específicas:** Orientação sobre os principais procedimentos terapêuticos utilizados e chances de sucesso no tratamento da paciente infértil (inseminação intrauterina, fertilização *in vitro* convencional e injeção intracitoplasmática de espermatozoides, banco de sêmen, ovodoação e cessão temporária do útero); informação aos pacientes sobre os aspectos éticos e legais envolvendo técnicas de reprodução assistida.

**Encaminhamentos:** A serviços especializados em reprodução assistida; encaminhamento de pacientes de causas não oncológicas para preservação da fertilidade masculina e feminina.

**Atividades em grupo ou equipe:** NDN.

Fonte: Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM).<sup>(11)</sup>

Mundial da Saúde (OMS), cerca de uma em cada seis pessoas enfrentará problemas de infertilidade em algum momento da vida, com uma prevalência global estimada de 17,5%.<sup>(12,13)</sup> A recente definição de infertilidade amplia sua abrangência ao incluir todos os pacientes que necessitam de intervenção médica, incluindo o uso de gametas ou embriões doados, para alcançar uma gravidez bem-sucedida. Essa nova perspectiva reflete uma abordagem mais inclusiva, em sintonia com as diversas configurações familiares contemporâneas. Assim, o reconhecimento da infertilidade passa a abranger não apenas casais heteroafetivos que enfrentam desafios para conceber, mas também indivíduos solteiros e casais do mesmo sexo que aspiram construir família. O ensino médico deve acompanhar as adaptações da sociedade.

As oportunidades de aprendizado durante o treinamento em GO são sabidamente hipertrofiadas na área de Obstetrícia na grande maioria das residências médicas do país. Apenas em grandes centros se observam ambulatórios de subespecialidades em ginecologia, a maioria ligados a Mastologia e Oncologia. Dentro da área de ginecologia endócrina, observam-se alguns cenários, principalmente na área de anticoncepção, que gerou um aprimoramento importante no treinamento dos residentes nessa área.

Infelizmente, a reprodução assistida no Brasil reflete a desigualdade de acesso, pois ocorre predominante na iniciativa privada, com apenas 10 centros públicos atualmente. Além de concentração geográfica, principalmente nas regiões Sudeste e Sul, que limita o acesso a tratamentos de infertilidade a grande parte da população, especialmente para aqueles que não podem arcar com os custos dessas intervenções, e dificulta também o treinamento de profissionais de saúde.

Hoje vemos uma mudança expressiva na epidemiologia do cuidado em ginecologia. Com o desenvolvimento de vacinas para papilomavírus humano e sua disponibilização pela rede pública, temos como expectativa um controle expressivo nas taxas de câncer de colo uterino. Em relação à anticoncepção, os esforços contínuos para o desenvolvimento dessa área de conhecimento, tanto pelos centros de treinamento quanto pela saúde pública, têm resultado na disponibilização de métodos anticoncepcionais de longa duração, como dispositivos intrauterinos, sistemas intrauterinos e implantes subdérmicos, além dos contraceptivos tradicionais. Isso levou a uma redução expressiva nas taxas de gravidez na adolescência e a uma tendência de adiamento da maternidade, o que tem contribuído para o aumento da taxa de infertilidade. Além disso, avanços nos tratamentos de fertilidade tornou possível ter filhos em idade mais avançada. Tudo isso, somado à nova definição de infertilidade e às novas configurações familiares, tem tornado esse tema cada vez mais relevante na formação médica, em especial na formação do ginecologista atual. São essenciais delineamentos de ações de políticas de saúde e de educação para a formação de profissionais capazes de atuar nessa área, seja com estratégias de prevenção, diagnóstico ou manejo inicial.

Sabemos que existe uma dificuldade real na disponibilização de cenários de aprendizado para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias na área de “saúde do casal infértil” para a formação do residente em ginecologia geral. Mas essa não é uma realidade apenas do Brasil. Supervisores de programas de residência nos Estados Unidos responderam a um questionário a respeito de barreiras na exposição de seus residentes à área de Reprodução Humana.

Cerca de 48,3% consideram que existe muito conteúdo e volume cirúrgico para ser desenvolvido em outras áreas por um número reduzido de residente, e cerca de 51,7% consideram que existem poucos preceptores especialistas. Sobre o cenário de aprendizado, eles afirmam que o serviço privado, muitas vezes necessário para a complementação do treinamento, não se mostra acolhedor para os residentes.<sup>(4)</sup>

Apesar das diretrizes e das competências estabelecidas no Brasil, o treinamento dos residentes em medicina reprodutiva ainda enfrenta barreiras significativas. Enquete realizada por nós em 28 centros de formação de médicos especialistas em GO em Minas Gerais, em 2025, mostrou que apenas 54% dos programas possuem ambulatórios especializado em infertilidade, 39% suprem essa demanda por meio de convênios com outros serviços e 7% deles ainda não oferecem ambulatório específico para infertilidade no seu programa. Não apenas no Brasil, mas, em todo o mundo, reconhece-se a dificuldade em disponibilizar cenários de aprendizado na área de medicina reprodutiva.

## RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO

Apesar das iniciativas recentes, a formação em reprodução assistida ainda enfrenta desafios significativos, incluindo a desigualdade no acesso aos serviços e a necessidade de educação continuada. Para melhorar a formação de profissionais em reprodução assistida e garantir atendimento de qualidade aos casais inférteis, algumas ações são recomendadas.

A maioria das clínicas de reprodução assistida está concentrada em áreas urbanas e em regiões ricas, o que limita a experiência prática de muitos residentes e a possibilidade de atender uma população diversificada. É importante que os programas façam uma revisão, para integrar conteúdos sobre reprodução assistida de forma abrangente nos currículos de residência, garantindo que os residentes tenham uma formação sólida e prática.

Outra estratégia que abrange diversos setores é o fortalecimento da medicina reprodutiva no âmbito do SUS. Investir na ampliação e melhoria dos serviços públicos de reprodução assistida, garantindo que mais clínicas estejam disponíveis para atender a população em geral e capacitar mais médicos-residentes. Uma alternativa interessante e factível em curto prazo, para programas que ainda não conseguem oferecer treinamento específico em infertilidade, é associar-se a clínicas privadas e promover o intercâmbio para serviços que ofereçam estágios em ambulatórios de infertilidade. A Comissão de Residência Médica da Febrasgo já tem alguns projetos de mapeamento de serviços de ensino nas mais diversas áreas de atuação e subespecialidades em andamento para que essa demanda seja atendida.

A infertilidade é uma situação que não afeta apenas a saúde física, mas também tem implicações emocionais e

sociais. O treinamento deve incluir abordagem holística que considere as necessidades emocionais dos pacientes e as complexidades éticas envolvidas, especialmente em relação a casais LGBTQIA+ e gestação monoparental. Além disso, com os avanços constantes nas técnicas de reprodução assistida, é fundamental a promoção de pesquisa e inovação nessa área, bem como garantir que os residentes tenham acesso a programas de educação continuada que os mantenham atualizados sobre novas diretrizes e práticas, tecnologias de ponta e diferentes abordagens ao casal infértil.

## CONCLUSÃO

Em um cenário contemporâneo, em que uma em cada seis mulheres enfrenta situação de infertilidade, em que temos mais mulheres engravidando com mais de 40 anos que na adolescência, uma nova fronteira no ensino da ginecologia geral seria a capacitação de excelência para reconhecer população de risco e orientar sobre planejamento reprodutivo na sua totalidade, que se baseia em escolher o melhor momento para engravidar, e não apenas em contracepção, como era realizado até pouco tempo atrás. Abordar a queda da fertilidade com a idade e investigar e tratar casos iniciais é minimamente necessário a todo ginecologista.

O treinamento em assistência à saúde do casal infértil é uma parte essencial da formação de residentes em ginecologia no Brasil. Ao enfrentar os desafios atuais e implementar recomendações que promovam uma educação mais inclusiva e abrangente, podemos melhorar significativamente o atendimento a casais inférteis, garantindo que todos tenham acesso a cuidados de saúde reprodutiva de qualidade. A formação de profissionais bem preparados e sensíveis às necessidades dos pacientes será fundamental para avançar na promoção dos direitos reprodutivos no país. Esse é o profissional que desejamos formar.

## REFERÊNCIAS

1. Reprodução Assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil. Brasília (DF): Fundo de População das Nações Unidas; 2024.
2. Soules MR. How adequate is resident training in reproductive endocrinology and infertility? *Fertil Steril*. 1994;61(1):18-20. doi: 10.1016/s0015-0282(16)56448-6
3. Garofalo M, Aggarwal R. Competency-based medical education and assessment of training: review of selected national obstetrics and gynaecology curricula. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(7):534-544.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2017.01.024
4. Doody K, Gordon C, Adeleye A, Letourneau J, McGovern P, Saunders R, et al. The obstetrics and gynecology resident experience in reproductive endocrinology and infertility: a survey of residency program directors. *F S Rep*. 2025;6(1):73-8. doi: 10.1016/j.xfre.2024.12.005
5. Caccia N, Nakajima A, Scheele F, Kent N. Competency-based medical education: developing a framework for obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(12):1104-12.
6. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39(12):1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x

7. Carraccio C, Englander R, Gilhooly J, Mink R, Hofkosh D, Barone MA, et al. Building a framework of entrustable professional activities, supported by competencies and milestones, to bridge the educational continuum. *Acad Med*. 2017;92(3):324-30. doi: 10.1097/ACM.0000000000001141
8. Romão GS, Reis FJ, Cavalli RC, Silva de Sá MF. Matriz de competência em ginecologia e obstetrícia: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. *Femina*. 2017;45(3):172-7.
9. Romão GS, Silva de Sá MF. A formação orientada por competências e a matriz de competências em ginecologia e obstetrícia no Brasil. *Femina*. 2019;47(3):146-51.
10. Romão GS. The role of entrustable professionals activities in the training of specialists in gynecology and obstetrics. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(9):819-20. doi: 10.1055/s-0042-1755339
11. Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM). As EPas (Entrustable Professional Activities) na formação do especialista em ginecologia e obstetrícia. Proposta da Febrasgo. São Paulo: Febrasgo; 2022.
12. World Health Organization. Infertility. 2024 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
13. Harris E. Infertility affects 1 in 6 people globally. *JAMA*. 2023;329(17):1443. doi: 10.1001/jama.2023.6251

## Fórum de Defesa Profissional da Febrasgo

# A realidade atual do ensino médico no Brasil e os impactos na Ginecologia e Obstetrícia

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio<sup>1</sup>, Mirela Foresti Jiménez<sup>2</sup>, Maria Auxiliadora Budib<sup>2</sup>, Fabiana Silva<sup>3</sup>



---

1. Diretora da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.

2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.

3. Advogada.

No dia 16 de maio de 2025, ocorreu o **Fórum de Defesa Profissional sobre A realidade atual do ensino médico no Brasil e os impactos na Ginecologia e Obstetrícia (GO)**. O evento foi realizado presencialmente, durante o 62º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, no Rio de Janeiro, contando com a presença da Diretoria da Febrasgo, a Comissão de Defesa e Valorização Profissional, além de representantes do Ministério da Educação (MEC), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

Na introdução do tema, a plateia foi questionada sobre qual a palavra que melhor representa os desejos dos ginecologistas e obstetras na educação, e o termo “qualidade” teve predominância nas respostas, evidenciando desde o início do Fórum a preocupação com a qualidade na formação de médicos e especialistas em GO. O debate destacou que o problema não está na quantidade de médicos, que já supera a de países desenvolvidos, mas na sua concentração em determinadas regiões e, fundamentalmente, na qualidade das escolas médicas. E enfatizou a preocupação com o crescente número de escolas de Medicina, salientando-se que a maioria dos alunos está matriculada em instituições privadas e que, a partir de 2024, há um maior número de mulheres. Também destacou que na residência médica é necessário estabelecer métodos de avaliação, uma vez que a aprovação no modelo atual se baseia apenas no cumprimento do tempo de treinamento (três anos). A Febrasgo se mostrou pioneira na elaboração das matrizes de competência em Ginecologia e Obstetrícia e propôs que, em colaboração, as entidades presentes no fórum, como a AMB e o CFM, auxiliassem a Comissão de Residência Médica (Coreme) na definição de condições mínimas para a formação de especialistas em Ginecologia e Obstetrícia.

A representante do MEC sustentou que já possuem uma comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas (CAMEM/MEC) e que realizam semestralmente a avaliação das escolas públicas e privadas.

O CFM, igualmente, expressou preocupação com a abertura indiscriminada de cursos de Medicina, ressaltando que, embora as portarias do MEC sejam adequadas, a aplicação prática não é efetiva, resultando em ensino médico precário, o que representa um risco à sociedade. A instalação de faculdades em regiões interioranas não garante a fixação dos médicos nesses municípios. E destacou que 78% das escolas não possuem a estrutura mínima necessária para o ensino médico, que elas não cumprem as normas do MEC e que há dificuldade em bloquear a abertura de novas escolas de Medicina, já que os Conselhos de Medicina se restringem à fiscalização do exercício da Medicina e não têm competência para fiscalizar as instituições de ensino. Contudo, destacou-se que o Rio Grande do Sul está adotando uma postura pioneira, que visa fiscalizar as escolas de Medicina do estado quanto à direção e execução das disciplinas, especificamente médicas, bem

como a execução dessas disciplinas nos estabelecimentos de saúde (hospitais e postos de atendimento), considerando a Lei nº 12.842/2013, que define que o ensino de disciplinas especificamente médicas e a coordenação dos cursos de graduação em Medicina são privativos de médicos. Conforme a Resolução CFM nº 1.627/2001, as atividades de coordenação, direção, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico. E frisou a importância da criação de um exame de proficiência, aprovado por mais de 90% dos médicos, como um fator de proteção à sociedade.

O presidente da AMB reiterou a preocupação com a abertura indiscriminada de escolas de Medicina e pediu uma fiscalização mais efetiva do MEC. Manifestou apoio ao exame de proficiência para egressos, considerando-o um importante mecanismo de controle da qualidade da formação médica. Defendeu que um padrão mínimo de qualidade da formação de médicos deve ser estabelecido para todos os cursos de Medicina, servindo como proteção à saúde da população. Defendeu também a avaliação da qualidade dos formandos, por meio de um exame ao final do curso ou de maneira seriada, que seria crucial para garantir o desenvolvimento dos alunos. Também expressou preocupação com residências médicas de baixa qualidade que continuam a conceder títulos, o que compromete a credibilidade do sistema. Assim, apoiou a certificação de residência médica, uma vez que a residência é um caminho reto, onde não existe um sistema de avaliação de competências, visto que a aprovação se baseia apenas no cumprimento dos três anos de residência. Defendeu a certificação de especialidade em Ginecologia e Obstetrícia e a recertificação voluntária do título de especialista, apesar da oposição do CFM.

Os professores universitários ressaltaram a expansão desmedida de escolas médicas sem o correspondente crescimento dos campos de atividades práticas e a necessidade de incorporação de novas tecnologias e uso racional da inteligência artificial, cuidando em manter a prática presencial, que é essencial para a formação médica. Destacou-se a necessidade de incluir na matriz curricular os aspectos éticos e legais, de forma a qualificar professores e alunos, sendo necessário desenvolver estratégias que assegurem uma formação sólida, tanto ética quanto técnica, prevenindo distorções no desempenho profissional. A formação com a inclusão de discussões sobre equidade e acesso à saúde, alocação de recursos, vulnerabilidade do paciente e respeito à autonomia, além de abordar a complexidade da relação médico-paciente, com o treinamento reforçando a integridade, honestidade, responsabilidade profissional, gestão de conflitos e respeito à privacidade, desenvolvendo habilidades de comunicação eficaz com pacientes. Reforçou-se também a importância de uma formação orientada por competências, e não por tempo decorrido em treinamento na residência médica.

Destacou-se a importância das EPAS (Atividades Profissionais Confiáveis), que representam atividades práticas do profissional de saúde ou especialista que podem ser realizadas com diferentes níveis de supervisão, desde que o aprendiz demonstre preparação e competência. A implementação das EPAS tem implicações diretas para a segurança do paciente, que deve ser o foco central da avaliação de competências, proporcionando uma coleta de experiências, registros de procedimentos (*logbook*), imagens e *feedback* contínuo, além de avaliações estruturadas da experiência prática.

Foram estabelecidas metas a serem cumpridas após as discussões:

- Instituir um exame de proficiência para os formandos em Medicina que sirva como um mecanismo de avaliação da qualidade e garanta que apenas profissionais capacitados ingressem no mercado de trabalho.
- Implementar um conjunto de diretrizes que estabeleçam critérios mínimos de qualidade para todas as escolas de Medicina, com ênfase na necessidade de infraestruturas adequadas e na qualificação do corpo docente.
- Reformular o modelo de residência médica para incluir avaliações que considerem as competências práticas e teóricas, em vez de apenas o tempo de treinamento, assegurando que os residentes sejam efetivamente preparados para a prática clínica.
- Implementar EPAS, garantindo uma formação prática supervisionada que assegure a competência dos futuros profissionais.

- Revisar as matrizes curriculares para incluir o uso de novas tecnologias, como a inteligência artificial, e reforçar a importância da ética e da comunicação na formação médica, preparando os alunos para os desafios contemporâneos da medicina.
- Apoiar esforços para uma fiscalização efetiva das escolas de Medicina para garantir que a formação oferecida seja de qualidade.

A conclusão do Fórum de Defesa Profissional sobre a realidade do ensino médico no Brasil revela um consenso sobre a urgência em **controlar a expansão exagerada de escolas médicas** sem o adequado crescimento dos campos de atividades práticas, sobre a instituir **o exame de proficiência para formandos em Medicina** e de melhorias na formação de ginecologistas e obstetras, com foco na qualidade do ensino e na adequação das práticas de avaliação. A predominância da palavra “qualidade” nas respostas dos participantes reflete a inquietação quanto à formação atual, que precisa ser revista à luz das demandas sociais e da necessidade de uma educação médica mais robusta. Essas metas visam não apenas aprimorar a formação de médicos ginecologistas e obstetras, mas também proteger a saúde da população e garantir que os profissionais estejam preparados para enfrentar os desafios da medicina moderna. E a colaboração entre as entidades presentes no fórum, como a Febrasgo, a AMB, o CFM e o MEC é fundamental para a implementação dessas propostas.

Este foi o entendimento do **Fórum de Defesa Profissional da Febrasgo** com o tema **A realidade atual do ensino médico no Brasil e os impactos na Ginecologia e Obstetrícia**. 

# CADERNO CIENTÍFICO *Femina*®

## CORPO EDITORIAL

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

**EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA:** Jean Claude Nahoum

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

## SUMÁRIO

### FEBRASGO POSITION STATEMENT

#### 894 Energias e novas tecnologias em disfunções pélvicas e do assoalho pélvico

Adriana Bittencourt Campaner, Ana Lucia Ribeiro Valadares, Fabiene Bernardes Castro Vale, Leticia Maria de Oliveira, Lucas Schreiner, Lucia Alves Silva Lara, Lucia Costa-Paiva, Marair Gracio Ferreira Sartori, Neila Maria de Góis Speck, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella

### APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

#### 901 Exames em rotina em ginecologia: quais realmente são necessários?

Maria Auxiliadora Budib, Karla Borges Daniel, Renan Massao Nakamura, Mariana Tessi de Souza

### PROTOCOLOS FEBRASGO

#### 907 Vacinação da mulher adulta e idosa

Comissão Nacional Especializada em Vacinas

#### 912 Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico

Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica

#### 920 Prolapso dos órgãos pélvicos

Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal

#### 928 Diagnóstico e manejo hemostático na hemorragia obstétrica: aplicabilidade do uso de hemocomponentes e hemoderivados

Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas

#### 933 Doenças hematológicas e gravidez

Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco

#### 941 Drogas ilícitas durante a gravidez

Comissão Nacional Especializada em Pré-natal

### ARTIGO ORIGINAL

#### 945 Adolescência e gestação precoce: análise epidemiológica e de infecções sexualmente transmissíveis na Serra Catarinense

Raísa Pinto Cardoso, Tânia Maria Sbeghen de Oliveira, Thiago Pereira Goulart, Tânia Maria Sbeghen de Oliveira

### ARTIGO DE REVISÃO

#### 952 Qual é o impacto da endometriose na sexualidade e no relacionamento amoroso: uma revisão sistemática

Beatriz Maria Monteiro Sousa, Laura Avellar Chaves Pontes, Leticia Fernandes Cunha, João Oscar de Almeida Falcão Júnior

### RELATO DE CASO

#### 959 Gravidez ectópica cornual: relato de caso

Lucas Casagrande Passoni Lopes, Gabriela Sabbatine Reis, Ticciana Ruiz Baisch, Isabela Martins Augusto, Alice Quinhoeiro de Menezes Blasca, Mariane Nunes de Nadei, Énio Luis Damaso

# Energias e novas tecnologias em disfunções pélvicas e do assoalho pélvico

**Número 7 – 2025**

O Grupo de Trabalho de Energias 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

- Diferenças entre as energias *laser*, radiofrequência e ultrassom microfocado.
- Indicação das energias na síndrome geniturinária da menopausa (SGUM).
- Indicação das energias na incontinência urinária (IU).
- O que se sabe sobre o uso das energias na disfunção sexual (DS)?
- Indicação das energias no líquen escleroso vulvar (LEV).

## RECOMENDAÇÕES

- As novas tecnologias envolvendo o uso de energias de alta potência aplicadas na vagina e no introito vulvar devem ser realizadas apenas por ginecologistas capacitados, o que significa conhecimento teórico sobre as indicações e complicações, e treinamento prático, utilizando-se equipamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em configurações preestabelecidas pelos fabricantes.
- As pacientes devem ser orientadas, antes da aplicação de energias na vagina e na vulva, de que se trata de novas tecnologias como tratamento alternativo ou complementar aos considerados de primeira linha para disfunções, como a SGUM, incontinência urinária de esforço (IUE), LEV e algumas DSs associadas a atrofia vulvovaginal.
- As pacientes devem ser orientadas de que a maioria dos estudos favoráveis aos resultados das energias evidencia melhoras subjetivas e, em menor porcentagem, melhoras objetivas, e de que alguns estudos randomizados não confirmaram diferenças entre o uso das energias e o placebo na avaliação da SGUM e na IU.
- As pacientes devem ser orientadas de que os resultados obtidos com as energias são transitórios, com duração aproximada entre 12 e 18 meses, porém poucos estudos foram realizados para avaliar a duração dos efeitos positivos.
- Para casos selecionados de LEV, bem diagnosticados, nos quais se descarte a presença de lesões neoplásicas e não respondedores à corticoterapia, o uso das energias pode ser recomendado, utilizando protocolos bem estabelecidos.
- O uso concomitante das energias com a corticoterapia pode ser alternativa para controle de LEV em longo prazo, adequando menores doses e potência dos corticoides.
- As pacientes devem ser orientadas em relação a possíveis complicações agudas como queimaduras, corrimento vaginal, urgência miccional e possíveis efeitos tardios associados a repetições frequentes dos procedimentos ou uso exagerado de energia como fibrose vaginal.
- As energias podem ser indicadas para finalidades funcionais e reparativas, porém não se deve estimular o uso para fins exclusivamente estéticos da área íntima.

## CONTEXTO CLÍNICO

As novas tecnologias envolvendo o uso de energias aplicadas em vagina e vulva vêm sendo utilizadas na última década para diversas afecções ginecológicas. Apesar disso, os dados de literatura ainda são controversos em relação à eficácia em longo prazo e à segurança dessas terapêuticas. Uma das maiores preocupações atuais é a de que a repetição indiscriminada na aplicação dessas energias leve a fibrose vaginal e dores crônicas. Este documento está baseado em revisões sistemáticas a respeito do uso das principais energias em afecções ginecológicas que comprometem a saúde e a qualidade de vida (QV). Até o momento, o uso de energias não é considerado padrão-ouro de tratamento para nenhuma dessas indicações por nenhuma sociedade científica.

## QUAIS SÃO AS ENERGIAS MAIS UTILIZADAS NA GINECOLOGIA ATUALMENTE?

As energias podem ser microablativas (promovem diminutas lesões no epitélio), como o *laser* de CO<sub>2</sub> e a radiofrequência (RF) microablativa e o ultrassom microfocado (USF) (promove diminutas lesões em camadas mais profundas, sem atingir o epitélio), ou não ablativas, como a RF não ablativa e o *laser* Erbium. Energias utilizando a fotobiomodulação ainda são pouco estudadas em ginecologia.

## QUAIS SÃO OS MECANISMOS DE AÇÃO DESSAS ENERGIAS?

Elas atuam no epitélio vaginal ou vulvar por meio de efeito térmico, ativando proteínas de choque térmico que melhoram a vascularização tecidual e estimulam a formação de colágeno e elastina, levando a espessamento das camadas do epitélio com formação de novas papilas, aumento da produção de glicogênio e restabelecimento da população de *Lactobacillus* com produção de ácido lático, restaurando o pH vaginal e o trofismo da mucosa vaginal. Até o momento, do ponto de vista clínico, não se observa importante diferença entre os tipos de energias.

## O QUE SE SABE SOBRE O USO DE ENERGIAS NA SÍNDROME GENITURINÁRIA DA MENOPAUSA (SGUM)?

As terapias microablativas e não ablativas têm sido utilizadas para o tratamento da atrofia do epitélio vaginal na SGUM. Várias sociedades científicas têm levantado preocupações em relação à falta de evidências robustas, uma vez que a maioria dos estudos com essas tecnologias são prospectivos abertos, com poucos ensaios clínicos randomizados.<sup>(1)</sup> Estudos mais recentes e metanálises foram revisadas e ajudam a posicionar as evidências atuais e segurança do emprego dessas tecnologias.<sup>(1-6)</sup>

Alguns ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas com uso de *laser* indicam que o tratamento vaginal pode levar a melhorias significativas nos parâmetros clínicos, como o Índice de Saúde Vaginal (ISV), que avalia elasticidade, volume de fluido, pH vaginal, integridade epitelial e umidade, e nos sintomas de secura vaginal e dispareunia.<sup>(2-6)</sup>

Recente metanálise observou que os estrogênios conjugados vaginais produziram os melhores resultados, seguidos pelo *laser* de CO<sub>2</sub> e promestrieno. O estudo concluiu que o *laser* de CO<sub>2</sub> é eficiente nos sintomas de SGUM, com poucos eventos adversos; entretanto, a confiança nesses achados é baixa devido ao risco de viés e ao baixo número de ensaios clínicos.<sup>(7)</sup>

A mais recente revisão sistemática, publicada em 2025, incluiu estudos com *laser* e RF para a SGUM. Os principais achados da revisão indicam que o *laser* de CO<sub>2</sub>, quando comparado com o placebo, pode resultar em pouca ou nenhuma diferença na disúria, dispareunia ou QV, com baixo nível de evidência. Comparado com estrogênio vaginal, o *laser* de CO<sub>2</sub> também mostrou pouca ou nenhuma diferença na dispareunia, secura, desconforto/irritação, disúria ou questionários de QV, novamente com baixo nível de evidência. Os efeitos do *laser* Erbium ou da RF em qualquer desfecho são incertos, com nível de evidência de muito baixa certeza. Os estudos relataram poucos eventos adversos e nenhum evento grave. Os autores sugerem que as energias são promissoras, mas a evidência atual é insuficiente para confirmar sua eficácia em comparação com tratamentos hormonais ou placebo.<sup>(8)</sup>

O emprego da RF não ablativa na SGUM é ainda mais recente, e o número de ensaios clínicos com essa tecnologia é escasso. Em recente estudo, observou-se que o efeito da RF não ablativa foi semelhante ao do estrogênio vaginal, com melhora dos sintomas clínicos, do ISV e do pH vaginal, e superiores ao do hidratante vaginal, com melhora em alguns parâmetros histomorfométricos, mostrando resultados promissores.<sup>(9)</sup>

Recentemente, um ensaio clínico comparou os efeitos do *laser* de CO<sub>2</sub> com a RF microablativa e com promestrieno vaginal. No final do estudo, os três tratamentos produziram efeitos semelhantes: redução do pH vaginal e melhora dos sintomas vulvovaginais, bem como da função sexual, sem diferenças entre os grupos. Os efeitos colaterais foram leves para ambos os grupos de tratamento com energia, representados principalmente por corrimento vaginal.<sup>(10)</sup>

Outros estudos randomizados nacionais comparando o *laser* de CO<sub>2</sub>, RF microablativa e estrogênio vaginal, utilizando-se estriol na mulher na pós-menopausa e promestrieno nas sobreviventes de câncer de mama, encontraram melhora do ISV e questionários de QV de forma semelhante entre essas energias e a estrogênio-terapia vaginal, mesmo nas sobreviventes de câncer em uso de antiestrogênicos.<sup>(11,12)</sup>

Com base nos ensaios clínicos e revisões sistemáticas disponíveis, as terapias com energias são promissoras, sendo as evidências mais robustas para o *laser* de CO<sub>2</sub>, em comparação com o *laser* Erbium e a RF. Essas tecnologias podem ser efetivas principalmente na atrofia vaginal, mas de forma semelhante ao estrogênio. São particularmente interessantes para mulheres que não podem utilizar estrogênio ou para aquelas que não aderiram ao uso do estrogênio vaginal ou não obtiveram resposta com ele. A incidência de complicações é baixa quando utilizada por ginecologistas devidamente capacitados.<sup>(13)</sup>

## O QUE SE SABE SOBRE O USO DE ENERGIAS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU)?

A IU é uma afecção que interfere muito na QV das mulheres, sendo comum na perimenopausa e na pós-menopausa. É classificada em IUE e IU de urgência (IUU), que ocorre frequentemente na síndrome da bexiga hiperativa (SBH). Existem diferentes tratamentos, tais como os cirúrgicos para a IUE e os medicamentosos para a SBH, além da terapia muscular do assoalho pélvico (TMAP). Na última década, tratamentos com energia para a SGUM observaram empiricamente melhora da IU. A partir dessa observação, estudos foram publicados, nem sempre com metodologia adequada, mostrando o possível papel das energias na IU. De forma geral, recomendam-se três aplicações com intervalos mensais das energias, assim como na SGUM.

### Incontinência urinária de esforço

Até o momento, não existem estudos randomizados publicados entre *laser* de CO<sub>2</sub> e *laser* Erbium, ou entre radiofrequência (RF) ablativa ou não ablativa, para a IUE. Energias como o USF ou a cadeira eletromagnética não têm estudos randomizados de seguimento em longo prazo ou revisões sistemáticas robustas.<sup>(13)</sup>

Revisão sistemática envolvendo mulheres com IU e/ou pequeno prolapso dos órgãos pélvicos mostrou melhora significativa, porém incluiu estudos heterogêneos e de baixa qualidade. Efeitos adversos, como dor leve e sensação de queimação, foram descritos, porém sem complicações graves. Os autores consideraram as evidências fracas sobre a efetividade do *laser* na IU e no prolapso genital.<sup>(14)</sup>

Por sua vez, revisão sistemática com metanálise mais recente incluindo estudos randomizados e de coorte concluiu que o *laser* de CO<sub>2</sub> tem efeito positivo sobre a IU, considerando-se os resultados do teste do absorvente e dos questionários de QV, com até um ano de seguimento.<sup>(15)</sup>

Por outro lado, baseada em estudos heterogêneos e evidências limitadas, a metanálise que envolveu seis estudos randomizados avaliando estudos comparativos entre energias e *sham* não comprovou melhora da IUE.

A aplicação de *laser* de CO<sub>2</sub> não levou à melhora dos scores do ICIQ-SF, do teste do absorvente de uma hora e da taxa de cura em seguimento até seis meses. Não foi possível fazer metanálise para *laser* Erbium e para RFs por insuficiência de estudos.<sup>(16)</sup>

Em revisão sistemática com estudos prospectivos, sendo três com *laser* de CO<sub>2</sub> e um com *laser* Erbium, também se observaram bons resultados na IUE em curto prazo, porém salienta-se que não está estabelecido o papel da terapêutica em longo prazo.<sup>(17)</sup>

No tocante ao *laser* Erbium, destaca-se um estudo randomizado com grupo *sham* controlado com *laser* para IUE, com apenas duas aplicações com intervalo de seis semanas e seguimento de seis meses, não se encontrando diferenças entre os grupos em questionários de QV, teste do absorvente de 24 horas e escala de satisfação de Likert.<sup>(18)</sup>

Em relação à RF não ablativa, revisão sistemática mostrou melhora da IU, da dor pélvica crônica, da força dos músculos do assoalho pélvico e da função sexual. No entanto, em virtude da baixa qualidade dos estudos, é necessária a realização de mais estudos randomizados para que haja recomendação formal dessa terapia.<sup>(19)</sup>

Ressaltam-se, ainda, cinco estudos nacionais randomizados realizados com diferentes energias para mulheres com IUE, apresentados a seguir.

Em estudo pioneiro, o *laser* de CO<sub>2</sub>, a RF microablativa e *sham* foram comparados, observando-se em um ano de seguimento cura subjetiva com *laser* de CO<sub>2</sub> de 72,6% e cura objetiva baseada em teste de esforço negativo, diário miccional sem episódios de IUE e teste do absorvente negativo de 45,2%. Os resultados da RF microablativa foram, respectivamente, de 61,7% e 44,7%. Já os do grupo *sham* foram de 30% e 14%. Todas as mulheres foram orientadas em relação a terapias comportamentais no início do estudo. Concluiu-se que houve cura semelhante entre os grupos de energia e que ambos foram superiores ao *sham*.<sup>(20)</sup> As mulheres continentais foram seguidas por até quatro anos, observando-se que 50% das mulheres tratadas com *laser* de CO<sub>2</sub> ou RF microablativa mantiveram a continência urinária no seguimento de dois anos após os respectivos tratamentos.<sup>(21)</sup>

Por sua vez, em estudo randomizado de não inferioridade, concluiu-se que o *laser* de CO<sub>2</sub> não foi inferior à fisioterapia perineal realizada duas vezes por semana em seis meses de seguimento, utilizando diversos questionários de QV.<sup>(22)</sup>

Comparando-se o *laser* Erbium com a fisioterapia pélvica duas vezes por semana por três meses, em mulheres na pós-menopausa com IUE, observou-se no seguimento de um ano, utilizando o teste do absorvente, 50% de cura na fisioterapia e 56,25% após laserterapia, não havendo diferença entre as terapêuticas.<sup>(23)</sup>

Ao se avaliar a RF microablativa associada ou não a TMAP semanal por 12 semanas em mulheres com IUE,

observou-se melhora do teste do absorvente e do índice de função sexual feminina (FSFI) semelhante nos dois grupos e melhora mais expressiva nos questionários de QV com a associação das terapêuticas.<sup>(24)</sup>

Em relação a IUE, ainda existem controvérsias quanto à indicação, estando estabelecido que se trata de terapia com resultados transitórios, com necessidade de reaplicações periódicas, havendo incerteza quanto a efeitos colaterais tardios.

### Incontinência de urgência – síndrome da bexiga hiperativa

Se ainda pairam dúvidas sobre o uso das energias para o tratamento da IUE, o efeito delas sobre a IUU é bem menos estudado. Estudo nacional randomizado observou que tanto a RF microablativa quanto o *sham* melhoraram os questionários de QV relacionados a sintomas urinários e vaginais, sem diferença significativa entre eles. Também não se observam melhoras na função sexual ou no trofismo genital. Por outro lado, houve melhora do *endurance*, da resistência e das contrações rápidas do assoalho pélvico no grupo tratado com a RF microablativa.<sup>(25)</sup> Até o momento, não existe indicação para as energias para a IUU, porém muitas mulheres na pós-menopausa têm melhora dos episódios de urgência e frequência urinária, podendo melhorar os outros sintomas da SBH, muitas vezes presentes na SGUM.

### O QUE SE SABE SOBRE O USO DE ENERGIAS PARA O TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL (DS) FEMININA?

A tecnologia baseada em energia tem sido proposta como terapêutica para a DS, especialmente em mulheres com SGUM. No entanto, a robustez científica dessas intervenções ainda é tema de debate.

Em 2017, uma revisão sistemática envolvendo mulheres com SGUM tratadas com *laser* CO<sub>2</sub> observou melhora significativa em todos os domínios do FSFI, incluindo desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Além disso, houve redução expressiva da dispareunia e aumento da frequência sexual. Nenhum efeito adverso relevante foi relatado, e a percepção subjetiva da função sexual também melhorou. Apesar desses achados promissores, destacam-se limitações metodológicas como ausência de grupo controle, curto tempo de seguimento e amostras restritas a poucos centros europeus.<sup>(26)</sup>

Em 2022, um ensaio clínico randomizado avaliou mulheres com DS tratadas com *laser* CO<sub>2</sub> vaginal ou exercícios de Kegel. O grupo tratado com *laser* mostrou melhora significativa no domínio de lubrificação a partir do sexto mês. Contudo, os escores de FSFI permaneceram abaixo do ponto de corte de normalidade, indicando benefício parcial sobre a função sexual global.<sup>(27)</sup>

Em um estudo prospectivo utilizando RF vaginal em três sessões, incluindo mulheres sobreviventes de câncer ginecológico ou de mama e mulheres na pós-menopausa natural, encontrou em ambas as populações melhora expressiva nos escores do FSFI, com aumento médio de 14 para 27 pontos, demonstrando eficácia semelhante da RF, independentemente da etiologia da DS.<sup>(28)</sup>

No que se refere à função sexual em mulheres com IUE, revisão sistemática seguida de metanálise, que incluiu estudos randomizados, após terapia com *laser* Erbium ou CO<sub>2</sub>, RF e cadeira eletromagnética, mostrou melhora da IUE e dados positivos em alguns domínios dos questionários sobre função sexual, porém não houve confirmação da melhora da função sexual nessas pacientes.<sup>(29)</sup>

Em 2024, um estudo brasileiro avaliou mulheres com IUE, comparando o impacto do *laser* CO<sub>2</sub> com o TMAP. O *laser* mostrou superioridade nos domínios de orgasmo, dor e escore total do FSFI, enquanto a fisioterapia promoveu melhora no desejo sexual.<sup>(23)</sup>

Esses achados, embora encorajadores, devem ser interpretados com cautela. Apesar de os estudos demonstrarem melhora nos escores do FSFI, ainda faltam ensaios clínicos controlados por placebo com rigor metodológico suficiente para comprovar a eficácia e a segurança das terapias baseadas em energia no tratamento da DS. É necessário controlar variáveis relevantes, como fatores relacionais, idade, índice de massa corporal e comorbidades, cuja ausência de controle compromete a validade dos achados. Além disso, o FSFI, isoladamente, não é suficiente para realizar o diagnóstico, sendo indispensável a inclusão de instrumentos que avaliem a satisfação sexual. Estudos futuros devem contemplar essas limitações.

### QUAL É O PAPEL NO USO DAS ENERGIAS NO LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR (LEV)?

O LEV é uma doença inflamatória crônica que afeta a região anogenital, impactando significativamente a QV das mulheres, devido a sintomas como prurido, dor e dispareunia, além das sequelas anatômicas. O tratamento de primeira linha envolve a aplicação em longo prazo de corticosteroides tópicos de alta potência, que, embora eficazes, podem apresentar efeitos colaterais e não proporcionar alívio completo. O tratamento com as energias – entre as principais, o *laser*, a RF fracionada e o USF – figura como modalidade alternativa ou adjuvante promissora para o LEV, demonstrando potencial na melhora dos sintomas, trofismo tecidual e QV. As sequelas provocadas pelo LEV, como estenose do introito, bridas e encapuzamento do clitóris, podem ser corrigidas usando a energia ablativa, como o *laser* de CO<sub>2</sub> ou a RF, configurados para corte cirúrgico.<sup>(30-35)</sup>

Estudos sugerem que o uso das energias promove maior redução do prurido, dor e dispareunia em um

a três meses, em comparação com o uso de corticosteroides tópicos.<sup>(31)</sup> Alguns trabalhos mostram melhora nos sinais clínicos, como melhora da elasticidade e coloração da pele e redução da esclerose.<sup>(34-36)</sup> Nos casos refratários, tem-se demonstrado que sua utilização melhora a QV. Pode ser considerada uma alternativa aos corticosteroides durante a terapia de manutenção.<sup>(37,38)</sup>

Em termos de segurança, as energias geralmente são bem toleradas. Os eventos adversos são tipicamente leves e transitórios, como ardência, hiperemia e edema, com queimaduras leves e bolhas menores.<sup>(34)</sup>

O tratamento pode ser aplicado na vulva, períneo e região perianal, por vezes incluindo o canal vaginal. Os protocolos variam conforme o tipo de energia aplicada, mas frequentemente envolvem três a cinco sessões com intervalos de quatro a seis semanas.<sup>(33,34)</sup>

Contraindicam-se as energias em infecções ativas na área de tratamento, histórico de cicatrização anormal e uso recente de isotretinoína. Pacientes com doenças autoimunes ou imunossuprimidas devem ser avaliadas com cautela. Casos de líquen refratários ao tratamento com corticosteroides e que se apresentem clinicamente com áreas espessadas e exulceradas necessitam de biópsia prévia para descartar a presença de uma neoplasia diferenciada concomitante.<sup>(38,39)</sup>

As energias mostram potencial como ferramentas valiosas no tratamento do LEV, particularmente para o alívio dos sintomas e melhora da qualidade do tecido. Embora as evidências sobre sua eficácia ainda estejam em estudo, observa-se crescimento dos dados de benefício, especialmente para o laser de CO<sub>2</sub>, mas são necessários mais ensaios clínicos controlados, randomizados, de alta qualidade e em longo prazo para estabelecer definitivamente o seu papel e otimizar os protocolos de tratamento. Pesquisas futuras devem focar em comparações diretas com tratamentos tradicionais, na identificação de parâmetros ideais de tratamento e nos potenciais benefícios de terapias combinadas. A segurança em longo prazo e o impacto no risco de transformação maligna do líquen também justificam investigação adicional.<sup>(40)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das energias na SGUM, na IUE, e no LEV tem crescente número de estudos, embora as principais sociedades científicas ainda não considerem as suas indicações como bem estabelecidas. Na SBH e na DS, os dados ainda são iniciais. Sem dúvida, há necessidade de estudos randomizados, de longo seguimento e comparativos entre as energias, além do estabelecimento das indicações precisas para cada uma das afecções. Não há consenso em relação às reaplicações, devendo-se ter atenção quanto aos potenciais riscos de estenoses ou de cicatrizes vaginais.

## REFERÊNCIAS

1. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-94. doi: 10.1097/GME.0000000000002028
2. Politano CA, Costa-Paiva L, Aguiar LB, Machado HC, Baccaro LF. Fractional CO<sub>2</sub> laser versus promestriene and lubricant in genitourinary syndrome of menopause: a randomized clinical trial. *Menopause*. 2019;26(8):833-40. doi: 10.1097/GME.0000000000001333
3. Cruz VL, Steiner ML, Pompei LM, Strufaldi R, Fonseca FL, Santiago LH, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for evaluating the efficacy of fractional CO<sub>2</sub> laser compared with topical estriol in the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Menopause*. 2018;25(1):21-8. doi: 10.1097/GME.0000000000000955
4. Ruanphoo P, Bunyavejchevin S. Treatment for vaginal atrophy using microablative fractional CO<sub>2</sub> laser: a randomized double-blinded sham-controlled trial. *Menopause*. 2020;27(8):858-63. doi: 10.1097/GME.0000000000001542
5. Lőczy LL, Vleskó G, Éliás M, Turan C, Kajtár P, Tóth R, et al. Effect of vaginal laser and topical therapies on vulvovaginal atrophy symptoms in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2024;13(20):6131. doi: 10.3390/jcm13206131
6. Lami A, Alvisi S, Baldassarre M, Zanella S, Amati V, Seracchioli R, et al. Safety and efficacy of non-ablative CO<sub>2</sub> laser treatment of vulvo-vaginal atrophy in women with history of breast cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2024;309(4):1575-83. doi: 10.1007/s00404-023-07323-y
7. Sarmento AC, Camargo JD, Freitas CL, Medeiros KS, Costa AP, Gonçalves AK. Physical energies for the management of genitourinary syndrome of menopause: an overview of a systematic review and network meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;166(1):163-72. doi: 10.1002/ijgo.15304
8. Zerzan NL, Greer N, Ullman KE, Sowerby C, Diem S, Ensrud K, et al. Energy-based interventions for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review of randomized controlled trials and prospective observational studies. *Menopause*. 2025;32(2):176-83. doi: 10.1097/GME.0000000000002465
9. Gueldini de Moraes AV, Costa-Paiva L, Machado HC, Maciel TF, Mariano FV, Pedro AO. Comparison of the effect of noninvasive radiofrequency with vaginal estrogen and vaginal moisturizer in the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a randomized clinical trial. *Menopause*. 2024;31(4):288-302. doi: 10.1097/GME.0000000000002326
10. Seganfredo IB, Bianchi C, Tacla M, Chedraui P, Haddad JM, Simoes R, et al. Comparison of promestriene with vaginal fractional CO<sub>2</sub> laser and radiofrequency treatments of genitourinary syndrome of menopause. *Maturitas*. 2024;186:108008. doi: 10.1016/j.maturitas.2024.108008
11. Fernandes MF, Bianchi-Ferraro AM, Sartori MG, Jármay Di Bella ZI, Cantarelli GC, Dedonato C, et al. CO<sub>2</sub> laser, radiofrequency, and promestriene in the treatment of genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: a histomorphometric evaluation of the vulvar vestibule. *Menopause*. 2023;30(12):1213-20. doi: 10.1097/GME.0000000000002274
12. Cantarelli GC, Bianchi-Ferraro AM, Dedonato C, Fernandes MF, Vanzin RB, Dardes RC, et al. Clinical and histomorphometric evaluation of the vagina following treatment with CO<sub>2</sub> laser, radiofrequency, and promestriene for genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors on adjuvant therapy. *Maturitas*. 2025;191:108155. doi: 10.1016/j.maturitas.2024.108155
13. Salvatore S, Ruffolo AF, Phillips C, Athanasiou S, Cardozo L, Serati M, et al. Vaginal laser therapy for GSM/VVA: where we stand now - a review by the EUGA Working Group on Laser. *Climacteric*. 2023;26(4):336-52. doi: 10.1080/13697137.2023.2225766

14. Mackova K, Van Daele L, Page AS, Geraerts I, Krofta L, Deprest J. Laser therapy for urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. *BJOG*. 2020;127(11):1338-46. doi: 10.1111/1471-0528.16273
15. Hafidh B, Baradwan S, Latifah HM, Gari A, Sabban H, Abduljabbar HH, et al. CO<sub>2</sub> laser therapy for management of stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Urol*. 2023;10(15):17562872231210216. doi: 10.1177/17562872231210216
16. Zhang C, Chen Y, Liu S, Chen J, Shen H, Luo D. Effect of vaginal energy-based treatment on female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Urol*. 2023;41(2):405-11. doi: 10.1007/s00345-022-04247-1
17. Ranjbar A, Mehrnough V, Darsareh F, Kotb A, Zakaria A, Shekari M, et al. Vaginal laser therapy for stress urinary incontinence: a systematic review of prospective randomized clinical trials. *J Menopausal Med*. 2022;28(3):103-11. doi: 10.6118/jmm.22017
18. Lee P, Perruzza D, Edell H, Jarvi S, Kim K, Sultana R, et al. Double-blind randomized controlled trial of Er: YAG vaginal laser to treat female stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2025;232(6):541.e1-e12. doi: 10.1016/j.ajog.2024.11.021
19. González-Gutiérrez MD, López-Garrido A, Cortés-Pérez I, Obrero-Gaitán E, León-Morillas F, Ibáñez-Vera AJ. Effects of non-invasive radiofrequency diathermy in pelvic floor disorders: a systematic review. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(3):437. doi: 10.3390/medicina58030437
20. Seki AS, Bianchi-Ferraro AM, Fonseca ES, Sartori MG, Girão MJ, Jarmy-Di Bella ZI. CO<sub>2</sub> laser and radiofrequency compared to a sham control group in treatment of stress urinary incontinence (LARF study arm 3). A randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2022;33(12):3535-42. doi: 10.1007/s00192-022-05091-y
21. Seki AS, Bianchi-Ferraro AM, Bonetti TC, Fonseca ES, Sartori MG, Jarmy-Di Bella ZI. How long does urinary continence last after treatment with intravaginal CO<sub>2</sub> laser and microablative radiofrequency? A four-year follow-up of a multi-arm randomized clinical trial (LARF-arm3). *Int Urogynecol J*. 2025 Feb 13. doi: 10.1007/s00192-025-06076-3. [ahead of print].
22. Rocha-Rangel SC, Pereira GM, Juliato CR, Brito LG. Laser and pelvic floor muscle training for urinary incontinence: a randomized clinical trial. *Urogynecology (Phila)*. 2025;31(6):627-35. doi: 10.1097/SPV.0000000000001516
23. Fonseca LC, Giarreta FB, Peterson TV, Locali PK, Baracat EC, Ferreira EA, et al. A randomized trial comparing vaginal laser therapy and pelvic floor physical therapy for treating women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2023;42(7):1445-54. doi: 10.1002/nau.25244
24. Slongo H, Lunardi AL, Riccetto CL, Machado HC, Juliato CR. Microablative radiofrequency versus pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2022;33(1):53-64. doi: 10.1007/s00192-021-04758-2
25. Slongo H, Lunardi AL, Fazzolari JC, Pérez CD, Riccetto CL, Juliato CR. Microablative radiofrequency versus sham for overactive bladder: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2025;32(3):191-6. doi: 10.1097/GME.0000000000002492
26. Salvatore S, Pitsouni E, Del Deo F, Parma M, Athanasiou S, Candiani M. Sexual function in women suffering from genitourinary syndrome of menopause treated with fractionated CO<sub>2</sub> laser: a review. *Sex Med Rev*. 2017;5(4):486-94. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.07.003
27. Lou W, Chen F, Xu T, Fan Q, Shi H, Kang J, et al. A randomized controlled study of vaginal fractional CO<sub>2</sub> laser therapy for female sexual dysfunction. *Lasers Med Sci*. 2022;37(1):359-67. doi: 10.1007/s10103-021-03260-x
28. Arab M, Vasef M, Talayeh M, Hosseini MS, Farzaneh F, Ashrafganjoei T. The effect of radiofrequency therapy on sexual function in female cancer survivors (gynecologic and breast) and non-cancer menopausal women: a single-arm trial. *J Lasers Med Sci*. 2023;14:e32. doi: 10.34172/jlms.2023.32
29. Pavarini N, Valadares AL, Varella GM, Brito LG, Juliato CR, Costa-Paiva L. Sexual function after energy-based treatments of women with urinary incontinence. A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2023;34(6):1139-52. doi: 10.1007/s00192-022-05419-8
30. Gil-Villalba A, Ayen-Rodríguez A, Naranjo-Díaz MJ, Ruiz-Villaverde R. Laser therapy for vulvar lichen sclerosus, a systematic review. *Life (Basel)*. 2023;13(11):2146. doi: 10.3390/life13112146
31. Zivanovic I, Gamper M, Fesslmeier D, Walser C, Regauer S, Viereck V. Nd:yag/er:yag dual laser compared with topical steroid to treat vulvar lichen sclerosus: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2024;131(6):740-9. doi: 10.1111/1471-0528.17737
32. Zivanovic I, Gamper M, Fesslmeier D, Bischofberger H, Viereck V. A randomized controlled trial to evaluate a novel dual laser therapy for vulvar lichen sclerosus: exploratory study assessing the impact of menopausal status. *Menopause*. 2025;32(3):228-33. doi: 10.1097/GME.0000000000002478
33. Balbinotti RR, Grossi FS, Perez AV, Sbaraini M, Chagas LB, Tregnago AC, et al. Nonablative radiofrequency in the treatment of refractory vulvar lichen sclerosus: a case series. *JAAD Case Rep*. 2021;17:122-5. doi: 10.1016/j.jdcrr.2021.09.028
34. Kamilos MF, Aguiar LM, Batista VH, Roa CL, Aguiar FN, Soares Júnior JM, et al. Microablative fractional radiofrequency as a therapeutic option for vulvar lichen sclerosus: a pilot study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2021;76:e2567. doi: 10.6061/clinics/2021/e2567
35. Wu C, Zou M, Xiong Y, Wang L, Chen H, Fan Y, et al. Short- and long-term efficacy of focused ultrasound therapy for non-neoplastic epithelial disorders of the vulva. *BJOG*. 2017;124 Suppl 3:87-92. doi: 10.1111/1471-0528.14747
36. Zhou W, Zhu L, Zhou H, Shen K, Lang J, Cui Q, et al. The efficacy of high-intensity, focused ultrasound treatment for non-neoplastic epithelial disorders of the vulva. *Cel Mol Biol (Noisy-Le-Grand, France)*. 2016;62(4):111-5.
37. Gil-Villalba A, Ayén-Rodríguez A, Naranjo-Díaz MJ, Linares-González L, Ruiz-Villaverde R. Efficacy of fractional CO<sub>2</sub> laser therapy in improving symptoms and quality of life in women with refractory vulvar lichen sclerosus: a prospective observational study. *Life (Basel)*. 2024;14(12):1678. doi: 10.3390/life14121678
38. Ferrara F, Filippi F, Messori S, Iommi M, Patrizi A, D'Antuono A, et al. Fractional CO<sub>2</sub> laser and vulvar lichen sclerosus: an alternative resource during maintenance therapy? A prospective study. *Ital J Dermatol Venerol*. 2022;157(3):247-53. doi: 10.23736/S2784-8671.21.07066-3
39. Maia RR, Sarmento AC, Silva RM, Carreiro EM, Farias SL, Soares CD, et al. Comparative effects of fractional radiofrequency and microneedling on the genitalia of postmenopausal women: histological and clinical changes. *Clinics (Sao Paulo)*. 2022;77:100117. doi: 10.1016/j.clinsp.2022.100117
40. Mortensen OE, Christensen SE, Løkkegaard E. The evidence behind the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus: a state-of-the-art review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022;101(6):657-92. doi: 10.1111/aogs.14353

---

**Como citar:**

Campaner AB, Valadares AL, Vale FB, Oliveira LM, Schreiner L, Lara LA, et al. Energias e novas tecnologias em disfunções pélvicas e do assoalho pélvico. FEMINA 2025;53(7):894-900

\*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Energies and new technologies in pelvic and pelvic floor dysfunctions", publicado na Rev Bras Ginecol Obstet. 2025;47:e-FPS6.

---

**Adriana Bittencourt Campaner**

Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Ana Lucia Ribeiro Valadares**

Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Fabiane Bernardes Castro Vale**

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Letícia Maria de Oliveira**

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

**Lucas Schreiner**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Lucia Alves Silva Lara**

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

**Lucia Costa-Paiva**

Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Marair Gracio Ferreira Sartori**

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

**Neila Maria de Góis Speck**

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

**Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármay Di Bella**

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

**Conflitos de interesse:**

Nada a declarar.

---

**Grupo de Trabalho de Energias da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**

Adriana Bittencourt Campaner

Ana Lucia Ribeiro Valadares

Fabiane Bernardes Castro Vale

Letícia Maria de Oliveira

Lucas Schreiner

Lucia Alves Silva Lara

Lucia Costa-Paiva

Marair Gracio Ferreira Sartori

Neila Maria de Góis Speck

Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármay Di Bella

# Exames em rotina em ginecologia: quais realmente são necessários?

Maria Auxiliadora Budib<sup>1,2</sup>, Karla Borges Daniel<sup>3</sup>, Renan Massao Nakamura<sup>3</sup>, Mariana Tessi de Souza<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

A avaliação de mulheres em rotinas ginecológicas é uma maneira eficaz para detectar precocemente doenças e condições que podem impactar a saúde não somente reprodutiva, como também de outros sistemas. Para isso, é importante que o profissional faça uma avaliação clínica de qualidade, com anamnese e exame clínico, e reconheça a necessidade de outros exames complementares com base nas informações coletadas. Alguns exames como a colpocitologia e a ultrassonografia transvaginal, urina tipo I, hemograma e mamografia já fazem parte da rotina em consulta de ginecologia. Entretanto, durante uma consulta, abre-se ao ginecologista uma oportunidade ímpar para rastreamento de algumas doenças que, pela sua frequência, podem ser rastreadas nas mulheres, a depender da idade e dos antecedentes pessoais e familiares. Por outro lado, muitos exames têm sido solicitados apesar de a maioria das vezes não existir um embasamento técnico-científico para tal. Este documento visa discutir a real necessidade de orientar a solicitação de diversos exames de rastreio de doenças para mulheres assintomáticas e não gestantes na rotina de consultórios.

## COLPOCITOLOGIA

O exame citopatológico preventivo é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo de útero, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>(1)</sup> Sabe-se que alterações celulares pré-malignas do colo uterino estão associadas à infecção pelo vírus HPV, especialmente pelos tipos 16 e 18, cujo DNA viral interage com genes supressores tumorais responsáveis por induzir a apoptose de células malignas. Sem essa defesa, as células alteradas se multiplicam, mudando a conformação do tecido cervical e originando um carcinoma. Assim, o exame citopatológico tem como objetivo detectar precocemente alterações sugestivas de malignidade.<sup>(2)</sup>

A OMS recomenda que o rastreamento seja priorizado para mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos, especialmente em países com recursos limitados, com uma periodicidade de 5 a 10 anos e interrupção aos 65 anos, desde que o exame seja de alta qualidade e haja um sistema de acompanhamento adequado.<sup>(3)</sup>

Nos Estados Unidos, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e a *American Cancer Society* recomendam que o rastreamento comece aos 21 anos, com o Papanicolau a cada três anos para mulheres de 21 a 29 anos.<sup>(4)</sup> Para mulheres de 30 a 65 anos, o exame pode ser feito a cada cinco anos, quando combinado com o teste de HPV.<sup>(3,4)</sup>

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) orienta que o rastreamento seja realizado em mulheres sexualmente ativas entre 25 e 64 anos, com a mesma frequência recomendada pelo CDC.<sup>(5)</sup>

## Descritores

Colpocitologia; Ultrassonografia de mama; Ultrassonografia transvaginal; ultrassonografia abdominal e pélvica; Glicemia de jejum e HbA1C; Urocultura; Exames de função tireoidiana; FSH e estradiol; prolactina; 25-hidroxivitamina D – 25(OH)D; Perfil lipídico

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

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Pioneiros, MS, Brasil.

3. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.

## Conflitos de interesse

Nada a declarar.

## Autor correspondente:

Maria Auxiliadora Budib  
E-mail: crmms@crmms.org.br

## Como citar:

Budib MA, Daniel KB, Nakamura RM, de Souza MT. Exames em rotina em ginecologia: quais realmente são necessários? Femina. 2025;53(7):901-6.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) segue diretrizes semelhantes, recomendando o início do rastreamento a partir dos 25 anos ou após o início da atividade sexual.<sup>(6)</sup> Para mulheres de 25 a 29 anos, o Papanicolau deve ser realizado a cada três anos, enquanto para mulheres de 30 a 64 anos, o exame pode ser feito a cada três anos ou o teste de HPV a cada cinco anos. A Febrasgo também reforça a importância da vacinação contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.<sup>(6)</sup>

A Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) enfatiza a importância da qualidade do exame Papanicolau, recomendando que ele seja realizado a cada três anos em mulheres a partir dos 25 anos, após dois exames anuais consecutivos normais. A SBP também sugere o uso do teste de HPV como complemento ao Papanicolau, especialmente em mulheres acima de 30 anos.<sup>(7)</sup>

Após os 65 anos, o rastreamento pode ser interrompido desde que a mulher tenha um histórico de resultados negativos consistentes e não apresente fatores de risco adicionais.

O Ministério da Saúde do Brasil já aprovou a inclusão do teste de HPV na rotina de rastreamento do câncer de colo do útero na rede pública.<sup>(8)</sup> A incorporação da testagem de HPV de alto risco como método primário visa aumentar a efetividade do rastreamento, possibilitando maior sensibilidade na detecção precoce de lesões precursoras do câncer cervical. A medida faz parte da estratégia de eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública e deverá ser implementada de forma progressiva, priorizando inicialmente mulheres entre 25 e 64 anos.<sup>(8)</sup>

## ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA

A *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) afirma que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre riscos e benefícios de exames suplementares para câncer de mama, como a ultrassonografia e a ressonância magnética, independentemente da densidade mamária.<sup>(9)</sup> A *European Breast Guidelines* também reitera o rastreamento por meio de mamografia digital em mulheres de 40 a 75 anos com risco médio para câncer de mama.<sup>(10)</sup> Ambas não recomendam a ultrassonografia para o rastreio. Para mulheres com faixa etária menor que 50 anos, a orientação é a tomada de decisão compartilhada entre o profissional médico e a mulher.

Já a Febrasgo, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) concordam que o rastreamento mamográfico deve ser realizado anualmente por todas as mulheres a partir de 40 anos.<sup>(11)</sup> Entretanto, a ultrassonografia não deve ser utilizada como método isolado de rastreio, devendo ser complementada com mamografia e ressonância magnética, especialmente em pacientes de alto risco para câncer de mama, sendo necessário sempre o manejo de forma individualizada de cada

paciente considerando idade, classificação de risco e comorbidades.<sup>(11)</sup>

A *European Society of Breast Imaging* (EUSOBI) afirma que a relação custo-eficácia da ultrassonografia para rastreio é questionável, sugerindo a possibilidade de uso do exame de forma suplementar em mulheres de risco médio ou intermediário com mama densa e mamografia negativa.<sup>(12)</sup> Porém, o equilíbrio entre vantagens e desvantagens não está claro o suficiente para adotar a ultrassonografia como uma política de rastreio.

## ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

A ultrassonografia transvaginal é utilizada para auxiliar no diagnóstico de doenças do aparelho reprodutor feminino, tais como pólipos endometriais, endometriose, sangramento uterino, neoplasias ovarianas ou tubárias, entre outras.<sup>(13-15)</sup> Sua realização pode ser combinada com a ecografia transabdominal para determinação de imagens mais precisas.<sup>(14)</sup> No entanto, sua acurácia pode ser baixa quando realizada por profissionais não experientes.<sup>(16)</sup>

Para endometriose, embora o exame diagnóstico padrão-ouro seja a laparoscopia, o exame pode contribuir para a identificação da doença, sendo um método mais acessível, com menor custo e menos invasivo, possibilitando o planejamento pré-operatório em casos necessários.<sup>(17)</sup>

A ecografia endovaginal também pode ser solicitada para mulheres durante a avaliação e tratamento de infertilidade, sendo útil na contagem de folículos e monitoramento da ovulação no ciclo menstrual.<sup>(18)</sup>

## ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL E PÉLVICA

A ultrassonografia abdominal é uma ferramenta de imagem amplamente utilizada na prática clínica, mas seu uso como ferramenta de triagem em mulheres em idade fértil é limitado e não é amplamente recomendado para a população geral. Em pacientes com dor abdominal aguda, a ecografia é importante para avaliação das vias biliares, apendicite e inflamação do intestino delgado.<sup>(19)</sup> Como ferramenta de triagem para o câncer ovariano, a sensibilidade e o valor preditivo são baixos, o que limita sua utilidade para triagem populacional.<sup>(20)</sup>

Já a ultrassonografia pélvica é o exame de escolha para avaliar mulheres virgens, com alguma condição que impossibilite a via transvaginal, e possibilita uma identificação global dos órgãos na região. Pode ser usada em suspeita de doença inflamatória pélvica, abscesso tubo-ovariano e outros diagnósticos diferenciais.<sup>(20)</sup>

## GLICEMIA DE JEJUM E HbA1C

A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) recomenda exames de rastreio para a pesquisa de pré-diabetes e diabetes tipo 2 para adultos assintomáticos com idade entre 35 e 70 anos, não gestantes, com sobrepeso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) ou obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>).<sup>(21)</sup> Já a Associação Americana de Diabetes (ADA) sugere o rastreio para indivíduos com

sobrepeso ou obesidade de qualquer idade que tenham um ou mais fatores de risco, como parente de primeiro grau com diabetes, histórico de doença cardiovascular ou hipertensão, síndrome dos ovários policísticos (SOP). Mulheres com histórico de *diabetes mellitus* gestacional devem ser testadas periodicamente pelo maior risco futuro de disglucemias. Para a população em geral, a ADA propõe que os testes de rastreio devem ser iniciados aos 35 anos, já que a idade é um importante fator de risco para diabetes.<sup>(22)</sup> Alguns medicamentos, como glicocorticoides, diuréticos tiazídicos, alguns antirretrovirais para HIV, antipsicóticos de segunda geração e estatinas, estão associados a um risco maior de testes de glicose elevados, por isso é prudente a avaliação laboratorial em pacientes sob esses tratamentos.<sup>(22,23)</sup>

A glicemia plasmática de jejum, a glicemia 2 horas após 75 g de glicose e o nível de HbA1C são ferramentas laboratoriais para triagem de pré-diabetes ou diabetes. Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL, glicemia 2 horas pós-sobrecarga de glicose  $\geq 200$  mg/dL e HbA1C  $\geq 6,5\%$  são limiares para o diagnóstico de diabetes tipo 2. O diagnóstico de pré-diabetes é definido com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL, HbA1C entre 5,7% e 6,4% ou glicemia 2 horas pós-glicose entre 140 e 199 mg/dL.<sup>(21,22)</sup>

O intervalo de triagem aceito é a cada três anos e deve ser antecipado em caso de resultado anormal ou caso surja algum fator de risco no acompanhamento clínico.<sup>(21)</sup>

Justifica-se o rastreamento do diabetes nos grupos de risco descritos acima por se tratar de uma doença com uma longa fase pré-clínica que contribui para um aumento de complicações microvasculares e macrovasculares associadas à hiperglicemia.<sup>(23)</sup> O diagnóstico precoce visa implementar intervenções intensivas no estilo de vida e terapia medicamentosa para controlar a progressão da doença e seus resultados desfavoráveis.<sup>(24)</sup>

## UROCULTURA

O crescimento de mais de  $10^5$  unidades formadoras de colônia [UFC]/mL do mesmo uropatógeno na urina, na ausência de sintomas de infecção do trato urinário (ITU), é definido como bacteriúria assintomática.<sup>(25)</sup> É comum na população feminina saudável, com frequência de 1% a 5% durante a fase reprodutiva e 2,8% a 8,6% na pós-menopausa.<sup>(26)</sup>

Não há evidências que apoiem os benefícios do rastreio de bacteriúria assintomática na população geral. Portanto, as diretrizes não recomendam a pesquisa ou o tratamento dessa condição em mulheres saudáveis não gestantes, uma vez que os estudos não demonstram diferenças na frequência de desfechos renais desfavoráveis e de mortalidade entre mulheres com ou sem bacteriúria, nem no risco de ITU subsequente.<sup>(27,28)</sup>

A solicitação inadvertida de urocultura gera prescrição inadequada de antibióticos, o que aumenta o risco de resistência antimicrobiana, infecção por *Clostridium difficile*, efeitos colaterais associados ao medicamento e custos financeiros desnecessários.<sup>(27)</sup>

## EXAMES DE FUNÇÃO TIREOIDIANA

Na prática clínica, a dosagem sérica de hormônio tireoideano deve ser solicitada na presença de sintomas ou sinais que possam estar relacionados à tireoidopatia ou de fator de risco para disfunção tireoideana, como exposição prévia à radioidoterapia ou radioterapia de cabeça e pescoço, cirurgia prévia de tireoide, diabetes tipo 1, síndrome de Down, história familiar de doenças da tireoide e medicamentos que afetam a produção, secreção ou metabolismo de hormônios, como amiodarona e lítio.<sup>(29,30)</sup> Demência, infertilidade ou irregularidade menstrual e hipercolesterolemia também são indicações para avaliação da função tireoideana.<sup>(31,32)</sup> Não há consenso entre as principais sociedades e associações médicas quanto a triagem rotineira de disfunção tireoideana em adultos assintomáticos e não gestantes de acordo com a idade. A *American Thyroid Association* sugere que a avaliação seja feita a partir dos 35 anos, a cada cinco anos, já pela *American Academy of Family Physicians* recomenda tal avaliação a partir dos 60 anos e a *American College of Physicians*, após os 50 anos.<sup>(33)</sup>

O TSH é o teste de escolha para a avaliação inicial da função tireoideana por ter maior sensibilidade e especificidade e por sua relação logarítmica e linear com o T4 livre.<sup>(33)</sup> A dosagem de T3 total ou livre não é recomendada no contexto de hipotireoidismo e fica reservada para auxiliar no diagnóstico de toxicose por T3 quando o TSH está suprimido e o T4 livre está dentro do intervalo de referência, podendo indicar hipertireoidismo inicial.<sup>(33)</sup> Não existe indicação para dosagem de T3 reverso (T3r) na prática clínica de rotina.<sup>(34,35)</sup> Anticorpos tireoideanos, TRAB, antitireoglobulina e anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) só devem ser solicitados como auxiliares no diagnóstico da etiologia do hiper ou hipotireoidismo, respectivamente.<sup>(32,33)</sup>

## PERFIL LIPÍDICO

Não há consenso sobre o rastreamento de dislipidemia na população geral. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização do perfil lipídico a partir dos 10 anos de idade, com periodicidade de até cinco anos, conforme os fatores de risco individuais.<sup>(36)</sup> Diretrizes internacionais sugerem iniciar a pesquisa de dislipidemia a partir dos 20 anos ou na primeira consulta médica na vida adulta, com reavaliação a cada cinco anos. Os testes laboratoriais indicados incluem a dosagem de colesterol total, HDL, LDL, colesterol não HDL e triglicerídeos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a dosagem de colesterol total, triglicerídeos e HDL deve seguir a seguinte recomendação: em pacientes sem fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC), o perfil lipídico deve ser realizado entre os 40 e 55 anos, com repetição a cada cinco anos se os resultados forem normais;<sup>(36)</sup> após os 55 anos, a avaliação deve ser anual. Já em pacientes com fatores de risco e idade igual

ou superior a 40 anos, se a avaliação inicial for normal, deve ser repetida anualmente; caso seja anormal, deve ser repetida em três a seis meses, e se não houver melhora, é indicado o encaminhamento para tratamento especializado.<sup>(36)</sup>

A detecção precoce da dislipidemia possibilita intervenções que reduzem o risco cardiovascular ao longo da vida.<sup>(37)</sup>

## 25-HIDROXIVITAMINA D – 25(OH)D

Nos últimos anos, houve aumento na solicitação de dosagens e na suplementação de vitamina D na população geral, devido a uma maior associação entre seus níveis baixos e várias condições de saúde, como infecções, doenças autoimunes e metabólicas. Porém, há uma variedade de fatores confundidores na interpretação de tais achados e dúvidas em relação aos níveis de 25(OH)D ideais para prevenir doenças.<sup>(38)</sup> Não há recomendação de dosagem de rotina de 25(OH)D na população saudável e o climatério isoladamente não é fator de indicação, já que essa conduta não parece ser custo-efetiva. A avaliação da 25-hidroxivitamina D deve ser restrita a pacientes com doenças musculoesqueléticas e para grupos de risco para a sua deficiência, como idosos, pacientes com doença renal crônica, síndromes gastrointestinais com má-absorção, tratamento com medicamentos que aumentam o catabolismo da vitamina D, como carbamazepina.<sup>(39)</sup>

## PROLACTINA

A hiperprolactinemia é comum na prática clínica, com prevalência entre 10-20% das mulheres não gestantes com amenorreia.<sup>(40)</sup> A sua etiologia pode ser fisiológica (gestação, amamentação, exercícios físicos, coito), farmacológica (antipsicóticos, procinéticos, opioides, estrógenos), associada a disfunções na região hipotálamo-hipofisária e a doenças crônicas (doença renal crônica, hepatopatias, hipotireoidismo primário não tratado). O prolactinoma é a causa patológica mais frequente, afeta tipicamente mulheres em idade reprodutiva e se manifesta com sintomas de hiperprolactinemia e/ou por efeito de massa como cefaleia e alterações de campo visual.<sup>(40)</sup>

O posicionamento recente da Febrasgo, em associação à Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), orienta que a dosagem de prolactina deve ser única e exclusivamente solicitada em pacientes com sintomas sugestivos de hiperprolactinemia, como irregularidade menstrual, amenorreia, infertilidade e galactorreia.<sup>(41)</sup> Outra situação em que a avaliação dos níveis séricos de prolactina se faz necessária é na investigação de lesões selares.<sup>(42)</sup> Portanto, não é indicada a coleta “oportuna” de rotina em mulheres assintomáticas. A coleta de rotina da prolactina em mulheres assintomáticas pode gerar gastos desnecessários com complementações diagnósticas e tratamentos.<sup>(40)</sup>

## FSH E ESTRADIOL

A dosagem de rotina de FSH e estradiol na mulher não é indicada, pois não há evidências científicas ou dados populacionais que sejam relevantes o suficiente para indicar seu uso rotineiro. Ao longo do ciclo menstrual, existe uma variação cíclica fisiológica desses hormônios.<sup>(43)</sup>

A dosagem de FSH, quando indicada, deve ser feita no terceiro dia do ciclo menstrual e visa avaliar a função gonadal, e as suas concentrações representam um preditor de reserva ovariana. Níveis elevados de FSH sugerem falência ou redução de reserva ovariana, enquanto níveis baixos no contexto de alterações do ciclo menstrual podem indicar distúrbios hipotálamo-hipofisários.<sup>(44)</sup> Em mulheres em uso de anticoncepcionais orais, o FSH geralmente se encontra bloqueado pelo hormônio exógeno, portanto não há indicação da sua dosagem nesse contexto.<sup>(45)</sup>

O estradiol é um hormônio esteroide, cuja secreção é majoritariamente ovariana. Portanto, em mulheres no menarca, seus valores são variáveis, mas em mulheres na pós-menopausa, estão presentes em mínima concentração. A solicitação de estradiol deve ser realizada em situações específicas, como durante induções de ovulação, investigação de amenorreia juntamente com as gonadotrofinas, na suspeita clínica de disgenesia gonadal, avaliação de suspeita de tumores ovarianos e de puberdade precoce.<sup>(46)</sup>

O diagnóstico da menopausa é clínico e definido como cessação de ciclos menstruais por pelo menos 12 meses e a dosagem hormonal não é recomendada. Em mulheres submetidas à histerectomia, a presença de sintomas compatíveis com hipoestrogenismo, associada a níveis elevados de FSH e concentração de estradiol < 20 pg/mL, pode indicar o diagnóstico.<sup>(46)</sup> Não há indicação rotineira de estradiol sérico para avaliação de reposição estrogênica, pois muitos dos compostos não são dosáveis.

## CONCLUSÃO

Apesar da maior disponibilidade de métodos complementares de diagnóstico com alta sensibilidade, a avaliação do paciente por meio da anamnese e do exame físico ainda é essencial para dirigir o raciocínio clínico para o diagnóstico de doenças e condições de saúde. Os exames laboratoriais e de imagem são ferramentas adjuvantes de grande valia na prática clínica, mas a solicitação exagerada e fora de contexto pode levar ao sobrediagnóstico, sobretratamento e sobreintervenção. Ter uma visão crítica, atualizada e segura é essencial para o exercício da medicina responsável, centrada no cuidado integral e respeitoso à paciente.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jul 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>

2. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;189(1):12-9. doi: 10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F
3. Centers for Disease Control and Prevention. Screening for cervical cancer. Atlanta: CDC; 2023 [cited 2024 Jul 9]. Available from: <https://www.cdc.gov/cervical-cancer/screening/index.html>
4. American Cancer Society. Screening tests for cervical cancer. Atlanta: ACS; 2023 [cited 2024 Jul 9]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests.html>
5. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [cited 2024 Jul 9]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>
6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Recomendações Febrasgo para o rastreamento do câncer do colo do útero. São Paulo: Febrasgo; 2021 [cited 2024 Jul 9]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br>
7. Sociedade Brasileira de Patologia (SBP). Recomendações para a realização do exame Papanicolaou. São Paulo: SBP; 2021. Available from: <https://www.sbp.org.br>
8. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Prevenção de câncer de colo de útero: Ministério da Saúde incorpora teste inovador para detecção do HPV em mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/prevencao-de-cancer-de-colo-de-utero-ministerio-da-saude-incorpora-teste-inovador-para-deteccao-do-hpv-em-mulheres>
9. US Preventive Services Task Force; Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Barry MJ, Chelmsow D, et al. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2024;331(22):1918-30. doi: 10.1001/jama.2024.5534
10. Schünemann HJ, Lerda D, Quinn C, Follmann M, Alonso-Coeillo P, Rossi PG, et al. Breast cancer screening and diagnosis: a synopsis of the European Breast Guidelines. *Ann Intern Med*. 2020;172(1):46-56. doi: 10.7326/M19-2125
11. Urban LA, Chala LF, Paula IB, Bauab SP, Schaefer MB, Oliveira AL, et al. Recomendações para o rastreamento do câncer de mama no Brasil do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Femina*. 2023;51(7):390-9.
12. Marcon M, Fuchsjäger MH, Clauser P, Mann RM. ESR Essentials: screening for breast cancer - general recommendations by EUSOBI. *Eur Radiol*. 2024;34(10):6348-57. doi: 10.1007/s00330-024-10740-5
13. Expert Panel on GYN and OB Imaging; Feldman MK, Wasnik AP, Adamson M, Dawkins AA, Dibble EH, et al. ACR Appropriateness Criteria® Endometriosis. *J Am Coll Radiol*. 2024;21(11S):S384-S395. doi: 10.1016/j.jacr.2024.08.017
14. Expert Panel on GYN and OB Imaging; Robbins JB, Sadowski EA, Maturen KE, Akin EA, Ascher SM, Brook OR, et al. ACR Appropriateness Criteria® Abnormal Uterine Bleeding. *J Am Coll Radiol*. 2020;17(11S):S336-S345. doi: 10.1016/j.jacr.2020.09.008
15. Vitale SG, Haimovich S, Laganà AS, Alonso L, Di Spiezio Sardo A, Carugno J, et al. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;260:70-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.017
16. Pereira AE, Franco J, Machado FS, Geber S. Accuracy of transvaginal ultrasound in the diagnosis of intrauterine lesions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(7):530-4. doi: 10.1055/s-0041-1732462
17. Oliveira JG, Bonfada V, Zanella JF, Coser J. Transvaginal ultrasound in deep endometriosis: pictorial essay. *Radiol Bras*. 2019;52(5):337-41. doi: 10.1590/0100-3984.2018.0019
18. Fleming R, Seifer DB, Frattarelli JL, Ruman J. Assessing ovarian response: antral follicle count versus anti-Müllerian hormone. *Reprod Biomed Online*. 2015;31(4):486-96. doi: 10.1016/j.rbmo.2015.06.015
19. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging; Scheirey CD, Fowler KJ, Therrien JA, Kim DH, Al-Refaie WB, et al. ACR Appropriateness Criteria Acute nonlocalized abdominal pain. *J Am Coll Radiol*. 2018;15(11S):S217-S231.
20. Kalsi J, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Singh N, Burnell M, Massingham S, et al. Performance characteristics of the ultrasound strategy during incidence screening in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS). *Cancers (Basel)*. 2021;13(4):858. doi: 10.3390/cancers13040858
21. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for prediabetes and type 2 diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;326(8):736-43. doi: 10.1001/jama.2021.12531
22. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S20-42. doi: 10.2337/dc24-S002
23. Sattar N. Statins and diabetes: what are the connections? *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2023;37(3):101749. doi: 10.1016/j.beem.2023.101749
24. Peer N, Balakrishna Y, Durao S. Screening for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD005266. doi: 10.1002/14651858.CD005266.pub2
25. Hooton TM, Roberts PL, Stapleton AE. Asymptomatic bacteriuria and pyuria in premenopausal women. *Clin Infect Dis*. 2021;72(8):1332-8. doi: 10.1093/cid/ciaa274
26. de Rossi P, Cimerman S, Truzzi JC, Cunha CA, Mattar R, Martino MD, et al. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. *Braz J Infect Dis*. 2020;24(2):110-9. doi: 10.1016/j.bjid.2020.04.002
27. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, et al. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2019;68(10):1611-5. doi: 10.1093/cid/ciz021
28. Henderson JT, Webber EM, Bean SI. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019;322(12):1195-205. doi: 10.1001/jama.2019.10060.
29. Birtwhistle R, Morissette K, Dickinson JA, Reynolds DL, Avey MT, Domingo FR, et al. Recommendation on screening adults for asymptomatic thyroid dysfunction in primary care. *Can Med Assoc J*. 2019;191(46):E1274-80. doi: 10.1503/cmaj.190395
30. LeFevre ML; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;162(9):641-50. doi: 10.7326/M15-0483
31. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. *Lancet*. 2017;390(10101):1550-62. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30703-1
32. Magalhães PK, Maciel LM. Disfunção tireoidiana ao longo da vida da mulher. *Femina*. 2024;52(9):538-51.
33. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JL, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract*. 2012;18(6):988-1028. doi: 10.4158/EP12280.GL
34. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. 2016;26(10):1343-421. doi: 10.1089/thy.2016.0229

35. Van Uytvanghe K, Ehrenkranz J, Halsall D, Hoff K, Loh TP, Spencer CA, et al. Thyroid stimulating hormone and thyroid hormones (Triiodothyronine and Thyroxine): an American Thyroid Association-Commissioned Review of Current Clinical and Laboratory Status. *Thyroid*. 2023;33(9):1013-28. doi: 10.1089/thy.2023.0169
36. Izar MC, Giraldez VZ, Bertolami A, Santos Filho RD, Lottenberg AM, Assad MH, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar – 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021;117(4):782–844. doi: 10.36660/abc.20210788
37. Berberich AJ, Hegele RA. A modern approach to dyslipidemia. *Endocr Rev*. 2022;43(4):611-53. doi: 10.1210/endrev/bnab037
38. Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al. Vitamin D for the prevention of disease: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2024;109(8):1907-47. doi: 10.1210/clinem/dgae290
39. Giustina A, Bilezikian JP, Adler RA, Banfi G, Bikle DD, Binkley NC, et al. Consensus Statement on Vitamin D status assessment and supplementation: whys, whens, and hows. *Endocr Rev*. 2024;45(5):625-54. doi: 10.1210/endrev/bnae009
40. Glezer A, Garmes HM, Kasuki L, Martins M, Elias PC, Nogueira VS, et al. Diagnosis of hyperprolactinemia in women: A Position Statement from the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (Febrasgo) and the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM). *Arch Endocrinol Metab*. 2024;68:e230502. doi: 10.20945/2359-4292-2023-0502
41. Wildemberg LE, Fialho C, Gadelha MR. Prolactinomas. *Presse Med*. 2021;50(4):104080. doi: 10.1016/j.lpm.2021.104080
42. Petersenn S, Fleseriu M, Casanueva FF, Giustina A, Biermasz N, Biller BM, et al. Diagnosis and management of prolactin-secreting pituitary adenomas: a Pituitary Society International Consensus Statement. *Nat Rev Endocrinol*. 2023;19(12):722-40. doi: 10.1038/s41574-023-00886-5
43. Fernandes CE, Silva de Sá MF, editores. *Tratado de ginecologia Febrasgo*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
44. Rose MP, Gaines Das RE, Balen AH. Definition and measurement of follicle stimulating hormone. *Endocr Rev*. 2000;21(1):5-22. doi: 10.1210/edrv.21.1.0388
45. Fauser BC, van Heusden AM. Manipulation of human ovarian function: physiological concepts and clinical consequences. *Endocr Rev*. 1997;18(1):71-106. doi: 10.1210/edrv.18.1.0290
46. Endocrine Society. Treatment of the symptoms of menopause guideline resources. 2015 [cited 2024 Jul 14]. Available from: <https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/treatment-of-menopause>

# Vacinação da mulher adulta e idosa

## HIGHLIGHTS

1. O adulto e o idoso podem ser fontes de infecção para os mais jovens, principalmente em idosos.
2. Infecções podem impactar a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso, e a imunossenescência aumenta o risco de infecções nessa faixa etária.
3. A imunização das mulheres adultas é um desafio que segue até os dias atuais. Há pouca divulgação do calendário vacinal das mulheres adultas, além da falta de orientação e prescrição por parte dos médicos assistentes, entre eles os ginecologistas e obstetras.
4. A carga de algumas doenças tem se mostrado com impacto negativo nos idosos, especialmente aqueles com comorbidades.
5. Na proposta de um estilo de vida saudável, que visa à longevidade com qualidade de vida, a vacinação constitui importante pilar.

## PAPEL DO GINECOLOGISTA E DO OBSTETRA NA VACINAÇÃO DA MULHER ADULTA E IDOSA

A vacinação de mulheres adultas e idosas é importante por alguns motivos, entre eles: nem todas as vacinas recebidas na infância protegem até a idade adulta, e reforços ao longo da vida podem ser indicados; muitas das vacinas hoje recomendadas para crianças e adolescentes não estavam disponíveis quando adultos e idosos faziam parte desses grupos etários; comorbidades aumentam o risco de infecções com desfechos mais graves; o adulto e o idoso podem ser fontes de infecção para os mais jovens, principalmente em idosos; infecções podem impactar a sua funcionalidade e qualidade de vida; a imunossenescência aumenta o risco de infecções entre os idosos.<sup>(1)</sup>

Com o avançar da idade, é normal que o organismo fique mais suscetível às infecções causadas por vírus e bactérias. Uma vez que as vacinas estimulam o sistema imunológico a produzir anticorpos, manter a imunização dos mais velhos em dia é essencial para prevenir o aparecimento de doenças e evitar a evolução de quadros mais graves.<sup>(2)</sup>

A imunização das mulheres adultas é um desafio, que segue até os dias atuais. Mantém-se ao longo dos anos a ideia de que a vacinação faz parte tradicionalmente do calendário da imunização infantil, mas não dos adultos. Há pouca divulgação do calendário vacinal das mulheres adultas, além da falta de orientação e prescrição por parte dos médicos assistentes, entre eles, os ginecologistas e obstetras.<sup>(3,4)</sup>

É bem determinado hoje que a prescrição médica é fator primordial para o aumento das taxas de vacinação.<sup>(5)</sup> Entretanto, pouco se fala na consulta ginecológica sobre a necessidade de vacinação e de sua atualização. É preciso informar sobre os benefícios que a imunização proporciona e que pessoas estão expostas ao longo de toda vida a inúmeras condições clínicas imunopreveníveis.<sup>(6)</sup>

O papel do ginecologista e obstetra é fundamental e de extrema importância para a ampliação da cobertura vacinal nas mulheres adultas e idosas. Ações coletivas, dentro e fora da especialidade, no sentido de educar e conscientizar sobre a importância da vacinação nessa faixa etária e incentivar

### Descritores

Vacinação; Mulher; Idoso; Imunossenescência; Efeitos psicossociais da doença; Prevenção de doenças

### Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Vacinação da mulher adulta e idosa. Femina. 2025;53(7):907-11.

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 26. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

colegas a dedicarem parte do seu tempo da consulta médica para a abordagem deste assunto, são exemplos de estratégias para aumentar a adesão às vacinas.<sup>(1)</sup>

## VACINAS INDICADAS PARA A MULHER ADULTA

Consideramos a vacinação da mulher adulta quando na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, e ressaltamos que as primeiras ações são atualizar a caderneta vacinal da mulher e indicar as vacinas específicas dessa faixa etária. Muitas vacinas hoje recomendadas para crianças e adolescentes não estavam disponíveis antes, portanto, mesmo vacinadas adequadamente na fase da infância e adolescência, muitas mulheres não completaram seu calendário vacinal e, por isso, não podemos perder a oportunidade de atualizá-lo. Algumas vacinas são específicas da faixa etária.

## VACINAS ESPECÍFICAS DA FAIXA ETÁRIA

### *Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa*

A mulher adulta deve tomar a vacina dTpa a cada 10 anos, se já foi vacinada anteriormente com esquema completo para tétano (dT).

Caso não saiba informar sobre o esquema vacinal anterior de tétano ou se, de fato, não foi vacinada, deve tomar uma dose da dTpa e mais duas doses de dT, com intervalos de dois meses (0-2-4 a 8 meses).

A dTpa está recomendada mesmo para aquelas que tiveram a coqueluche, já que a proteção conferida pela infecção não é permanente. O uso da vacina dTpa, em substituição a dT, objetiva a proteção individual contra coqueluche e a redução da transmissão da *Bordetella pertussis*, para os lactentes.<sup>(7)</sup>

### *Influenza*

A vacina deve ser tomada anualmente, de preferência, no período anterior à maior circulação do vírus. Os anticorpos começam a cair a partir de seis meses após a vacinação, e a(s) cepa(s) podem variar a cada ano.<sup>(8)</sup>

### *Herpes-zóster*

Vacinar a partir de 50 anos, sem limite de idade, com duas doses da vacina inativada (0-2 meses).<sup>(9)</sup> A vacinação está recomendada mesmo para aquelas que já desenvolveram a doença, podendo ser feita logo após a resolução do quadro clínico, mas recomendamos até seis meses do desaparecimento dos sintomas, porque o risco de ter outro episódio em tão pouco tempo é mínimo.

Há recomendação da vacinação com a vacina inativada (Shingrix®, duas doses) para aquelas que foram previamente vacinadas com a vacina atenuada (Zostavax®, uma dose), respeitando o intervalo mínimo de dois meses entre elas.

Nas pacientes imunocomprometidas, está indicada a partir dos 18 anos.<sup>(10)</sup>

## COVID-19

O esquema vacinal completo, incluindo as doses de reforço, quando recomendado, é essencial para que se possa dar continuidade nas ações de vacinação. Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) em [gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus](http://gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus).<sup>(11)</sup>

## VACINAS QUE NECESSITAM SER ATUALIZADAS

### *Papilomavírus humano*

O PNI do Brasil disponibiliza a vacina contra papilomavírus humano (HPV) quadrivalente (HPV4) para adolescentes de 9 a 14 anos e, por meio dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), para homens e mulheres de 9 a 45 anos, nas seguintes condições: pessoas que vivem com HIV/AIDS; transplantadas de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas; com câncer; com imunodeficiência primária ou erro inato da imunidade; em uso de drogas imunossupressoras; vítimas de violência sexual; e portadoras de papilomatose laríngea recorrente.<sup>(12-15)</sup>

Nas clínicas privadas de vacinação, a vacina HPV nonavalente (HPV9) está disponível para homens e mulheres de 9 a 45 anos. Mulheres com 20 anos ou mais não vacinadas anteriormente devem tomar três doses da vacina HPV9 (0-2-6 meses).

Recomendamos a revacinação de mulheres que tomaram anteriormente a vacina HPV4, para que tenham proteção contra os cinco tipos de alto risco adicionais na vacina HPV9.

As mulheres, mesmo que previamente expostas, devem ser vacinadas para proteção dos tipos vacinais não adquiridos anteriormente e para potencial redução das recidivas de lesões. A vacina está recomendada para as pacientes com lesões intraepiteliais cervicais HPV-induzidas logo após o seu diagnóstico, independentemente do momento em que será realizado seu tratamento.<sup>(16-20)</sup>

### *Hepatite A e B*

As mulheres não vacinadas anteriormente devem receber as vacinas contra hepatite A (duas doses: 0-6 meses) e B (três doses: 0-1-6 meses).

A importância da vacina contra hepatite A está diretamente correlacionada com o nível de saneamento básico. Outras formas de transmissão são o contato pessoal próximo (intradomiciliares, pessoas em situação de rua ou entre crianças em creches) e o contato sexual (especialmente entre homens que fazem sexo com homens).<sup>(21)</sup> Nas regiões mais desenvolvidas, inclusive no Brasil, os

adultos geralmente não foram contaminados e não tiveram a doença, portanto, não têm imunidade.<sup>(22)</sup>

### **Varicela (catapora)**

As mulheres adultas não vacinadas e sem história da doença devem receber a vacina contra varicela (duas doses; 0-2 meses).

O principal motivo para nos certificarmos de que a mulher já foi vacinada é garantir que ela chegue a uma futura gestação já imune.<sup>(23)</sup>

### **Meningocócicas conjugadas (ACWY, B)**

Independentemente do passado vacinal em situações epidemiológicas que justifiquem (surtos ou viagens), mulheres devem receber uma dose da vacina meningocócica ACWY e duas doses da vacina meningocócica B (duas doses; 0-2 meses).<sup>(3)</sup>

### **Febre amarela**

Uma dose da vacina é recomendada pelo PNI para todas as mulheres adultas não vacinadas anteriormente e para aquelas que receberam apenas uma dose da vacina febre amarela antes dos 5 anos. O uso em imunodeprimidas deve ser avaliado pelo médico.<sup>(24)</sup>

### **Dengue**

Qdenga® é a vacina preferencial, podendo ser utilizada em adultos até 60 anos, independentemente de contato prévio com o vírus da dengue, em duas doses (0-3 meses). Está contraindicada para adultos imunodeprimidos.<sup>(25)</sup>

### **Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)**

O principal motivo para nos certificarmos de que a mulher já foi vacinada é garantir que ela chegue a uma futura gestação já imune, evitando principalmente o risco da rubéola congênita. As mulheres sem a comprovação de duas doses da vacina devem ser consideradas não vacinadas e receber duas doses (0-2 meses), sendo a última pelo menos um mês antes de engravidar.<sup>(1,3)</sup>

## **CARACTERÍSTICAS DA MULHER IDOSA E IMPACTO DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população idosa é definida como aquela a partir dos 60 anos de idade nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Ainda, de acordo com dados da OMS, a população idosa cresce rapidamente em todo o mundo. Estima-se que a população mundial igual ou maior a 60 anos dobrará de 11% para 22% entre 2000 e 2050.<sup>(26)</sup>

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2040, pessoas com 60 anos ou mais representarão mais de 23% dos brasileiros. Isso equivale a cerca de 55 milhões de indivíduos.<sup>(27)</sup>

A capacidade funcional do sistema biológico dos indivíduos aumenta durante os primeiros anos de vida, atinge seu pico no início da idade adulta e, naturalmente, declina nos anos seguintes. O estilo de vida saudável contribui para a taxa de declínio. Fatores como alimentação balanceada, prática regular de atividades físicas e não exposição a riscos à saúde (como tabagismo, consumo de álcool ou outras substâncias tóxicas) são alguns que mantêm a função do sistema biológico.<sup>(28)</sup>

A imunossenescência, caracterizada como declínio progressivo da função imune que ocorre durante a vida, é fisiologicamente bem estabelecida e não depende de doença de base, exposição a agente tóxico, desnutrição ou desordem genética. As alterações na imunidade humoral não são tão proeminentes como as que ocorrem na imunidade celular. Os títulos de diversos anticorpos específicos apresentam-se reduzidos nos idosos, gerando redução na resposta imune às vacinas. No entanto, é importante destacar que não se trata de imunodeficiência e que a imunização, mesmo com vacinas atenuadas, deve ser amplamente indicada.<sup>(28)</sup>

Pessoas idosas estão entre as mais vulneráveis aos agravos infecciosos, o que acarreta altos coeficientes de hospitalização, piora da funcionalidade com dependência para as atividades da vida diária e óbitos. Além disso, doenças infecciosas em adultos mais velhos têm, com frequência, quadros atípicos, dificultando o diagnóstico. O tratamento também pode se tornar mais complicado em função das frequentes doenças crônicas concomitantes. Diante disso, promover a prevenção durante o processo de envelhecimento, o que inclui a vacinação, constitui um dos pilares de um envelhecimento saudável e independente.<sup>(28)</sup>

## **VACINAS INDICADAS PARA A MULHER IDOSA**

O calendário do PNI para os idosos inclui as vacinas dupla do tipo adulto (dT); hepatite B; influenza; pneumocócica polissacarídica (VPP23), somente para asilados e grupos de risco aumentado; febre amarela, em situações epidemiológicas que justifiquem a vacinação; e doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Já o calendário da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) inclui as seguintes vacinas de rotina: pneumocócicas conjugadas, herpes-zóster, tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa), vírus sincicial respiratório (VSR) e COVID-19. Além dessas vacinas, outras (hepatite A, meningocócicas conjugadas ACWY, febre amarela e tríplice viral – SCR) podem estar indicadas em situações de risco aumentado, como exposição, situações de surtos ou viagens de risco.<sup>(4)</sup>

### **Hepatite B**

Esquema de três doses (0-1-6 meses) para idosas não vacinadas anteriormente.<sup>(4)</sup>

### **dTpa**

No esquema de vacinação básico completo, recomenda-se a dTpa, independentemente de intervalo prévio

com dT e, na sequência, dTpa para os reforços, a cada 10 anos.<sup>(4)</sup>

No esquema de vacinação básico incompleto, recomenda-se uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT, de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico e diftérico.<sup>(4)</sup>

Para não vacinados e/ou com histórico vacinal desconhecido, recomenda-se uma dose de dTpa e duas doses de dT, no esquema 0-2-4 a 8 meses.<sup>(4)</sup>

### Influenza

Vacinar, quando possível, antes do início da sazonalidade; dose única anual, preferencialmente com a vacina quadrivalente de alta concentração (*high dose* – HD4V). Na impossibilidade de usar a HD4V, recomendar a vacina-padrão (trivalente ou quadrivalente) e, nesses casos, em situação epidemiológica de risco, considerar uma segunda dose a partir de três meses após da primeira dose.<sup>(4)</sup>

### Pneumocócicas conjugadas (VPC15 ou VPC20) e pneumocócica polissacarídica (VPP23)

Iniciar com uma dose da VPC15, seguida de uma dose de VPP23, 6 a 12 meses depois, e uma segunda dose de VPP23, cinco anos após a primeira<sup>(4)</sup> ou dose única da VPC20. Até junho 2024, a VPC20 estava registrada na

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas ainda não estava disponível na rede pública ou privada.

### Herpes-zóster inativada

Para aquelas nunca vacinadas ou que receberam a vacina herpes-zóster atenuada, respeitando intervalo mínimo de dois meses entre elas, duas doses com intervalo de dois meses (0-2 meses).<sup>(4)</sup>

A vacinação está recomendada mesmo para aquelas que desenvolveram a doença anteriormente. O intervalo entre quadro de herpes-zóster e a vacinação são seis meses ou após resolução do quadro, considerando a possibilidade de intervalo maior significar perda de oportunidade vacinal.

O uso em imunodeprimidas é recomendado.

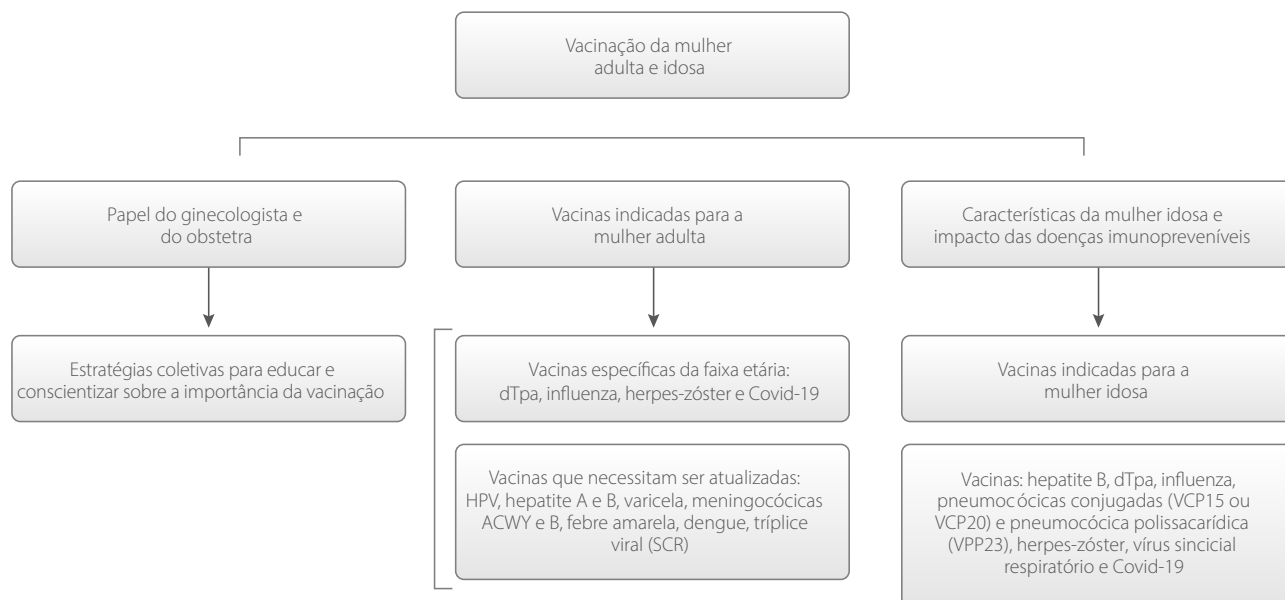
### Vírus sincicial respiratório

Há duas vacinas licenciadas pela Anvisa para o uso em idosas: a Arexvy® em dose única, disponível nas clínicas privadas, e a Abrysvo®, também em dose única. Até junho de 2024, estava registrada na Anvisa, mas ainda não disponível nas clínicas privadas.

### COVID-19

Em 2024, a recomendação do PNI era a de duas doses anuais de vacina disponível na rede pública.<sup>(11)</sup>

## FLUXOGRAMA DE CONDUTA



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

## RECOMENDAÇÕES FINAIS

De forma geral, em todo o mundo, a expectativa de vida aumentou muito durante as últimas décadas dos séculos 20 e 21. Porém, ao celebrar os anos a mais de vida, é importante que a maior longevidade seja acompanhada de qualidade de vida.

A vacinação das mulheres ao longo da vida contribui para o aumento da expectativa e a qualidade de vida, evitando doença, hospitalização, sequelas, perda de sua funcionalidade e óbitos.

Para adultas com comorbidades com ou sem imunossupressão, calendários para pacientes especiais devem ser consultados.<sup>(3,29)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Programa Vacinal para Mulheres. 2ª ed. São Paulo: Febrasgo; 2021 [citado 2024 Jul 6]. Série Orientações Recomendadas Febrasgo, nº 1. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Serie-Programa-Vacinal-das-Mulheres-2021-web.pdf>
2. Portal do Butantan. [citado 2024 Jul 8]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/>
3. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de vacinação SBIm do adulto. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) Adulto – 2024-2025. 20-59 anos. [citado 2024 Jul 22]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-adulto.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de vacinação SBIm do adulto. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) Idoso – 2024-2025. 60+ anos. [citado 2024 Jul 22]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-idoso.pdf>
5. Shah PD, Calo WA, Gilkey MB, Boynton MH, Alton Dailey S, Todd KG, et al. Questions and Concerns About HPV Vaccine: A Communication Experiment. *Pediatrics*. 2019;143(2):e20181872.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Brasília (DF): Ministério da Saúde. [citado 2024 Jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/a-informacao/acoes-e-programas/pni>
7. Neves NA, Kfoury RA, organizadores. Vacinação da mulher. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2016. Coleções Febrasgo.
8. Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(1):36-44. Erratum in: *Lancet Infect Dis*. 2012;12(9):655.
9. Schmader K. Herpes zoster in older adults. *Clin Infect Dis*. 2001;32(10):1481-6.
10. Anderson TC, Masters NB, Guo A, Shepersky L, Leidner AJ, Lee GM, et al. Use of Recombinant Zoster Vaccine in Immunocompromised Adults Aged ≥19 Years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(3):80-4.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Esquemas Vacinais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [citado 2024 Jul 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/esquemas-vacinais>
12. Ministério da Saúde. Calendário de Vacinação. Adolescente. [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. HPV. Saúde amplia vacinação contra HPV para mulheres imunossuprimidas com até 45 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde [citado 2024 Jul 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/saude-amplia-vacinacao-contr-hpv-para-mulheres-imunossuprimidas-com-ate-45-anos>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Vítimas de violência sexual serão vacinados contra o HPV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [citado em 2024 Jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/vitimas-de-violencia-sexual-serao-vacinadas-contr-o-hpv>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. 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 em 2024 Jul 8]. 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>
16. Muñoz N, Méndez F, Posso H, Molano M, van den Brule AJ, Ronderos M, et al.; Instituto Nacional de Cancerologia HPV Study Group. Incidence, duration, and determinants of cervical human papillomavirus infection in a cohort of Colombian women with normal cytological results. *J Infect Dis*. 2004;190(12):2077-87.
17. Viscidi RP, Schiffman M, Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Bratti MC, et al. Seroreactivity to human papillomavirus (HPV) types 16, 18, or 31 and risk of subsequent HPV infection: results from a population-based study in Costa Rica. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13(2):324-7.
18. Kim JJ. Effect of quadrivalent HPV vaccination on HPV related disease in women treated for cervical or vulvar/vaginal disease. *BMJ*. 2012;344:e1544.
19. Kang WD, Choi HS, Kim SM. Is vaccination with quadrivalent HPV vaccine after loop electrosurgical excision procedure effective in preventing recurrence in patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN2-3)? *Gynecol Oncol*. 2013;130(2):264-8.
20. Jentschke M, Kampers J, Becker J, Sibbertsen P, Hillemanns P. Prophylactic HPV vaccination after conization: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2020;38(41):6402-9.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Hepatite A. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2024 Jul 8]. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/hepatite-a>
22. Lavanchy D. Viral hepatitis: global goals for vaccination. *J Clin Virol*. 2012;55(4):296-302.
23. Enders G. Varicella-zoster virus infection in pregnancy. *Prog Med Virol*. 1984;29:166-96.
24. Staples JE, Bocchini JA Jr, Rubin L, Fischer M; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Yellow Fever Vaccine Booster Doses: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(23):647-50.
25. Paz-Bailey G, Adams L, Wong JM, Poehling KA, Chen WH, McNally V, et al. Dengue Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(6):1-16.
26. World Health Organization (WHO). Good health adds life to years: global brief for world health day 2012. Geneva: WHO; 2012 [cited 2024 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-DCO-WHD-2012.2>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2013. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013 [citado 2024 Jul 8]. Estudos e Pesquisa. Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 32. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
28. Ballalai I. Manual prático de imunizações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.
29. 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 8]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_centros\\_imunobiologicos\\_especiais\\_5ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf)

# Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico

## HIGHLIGHTS

1. A preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico é possível, em casos selecionados, por meio de tratamentos clínicos ou cirúrgicos conservadores e/ou técnicas de reprodução assistida.
2. Pacientes em idade reprodutiva e com diagnóstico de câncer se beneficiam do aconselhamento reprodutivo.
3. Modalidades de tratamento conservador da fertilidade e/ou da função ovariana em câncer de colo uterino, corpo uterino e ovário são discutidos, e apresentam-se os resultados oncológicos e reprodutivos.

## INTRODUÇÃO

O câncer ginecológico tem como base de tratamento a remoção do sistema reprodutor e/ou a exposição a tratamentos gonadotóxicos e a consequente perda da fertilidade. No entanto, pacientes devidamente selecionadas, em estádios iniciais de câncer ginecológico, podem ser tratadas com cirurgias e tratamentos preservadores da fertilidade, sem comprometimento do resultado oncológico, em centros de referência com experiência no tratamento conservador. Técnicas de preservação da fertilidade, como criopreservação de oócitos, embriões e tecido ovariano, são amplamente discutidas. Sociedades americanas, como a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), recomendam que pacientes que receberam diagnóstico de doença maligna passem por aconselhamento reprodutivo antes da decisão terapêutica. Quando recebem esse aconselhamento, apresentam menos taxas de arrependimento, mesmo quando optam por renunciar ao tratamento conservador.<sup>(1)</sup>

O câncer cervical (CID C53) é o quarto mais comum em mulheres, com taxas de incidência variando de 5,3/100 mil, na Austrália, a 64,8, na Tanzânia.<sup>(2,3)</sup> Aproximadamente 38% das mulheres com câncer cervical têm menos de 45 anos,<sup>(4)</sup> e, entre 2000 e 2009, a incidência em mulheres de 20 a 29 anos aumentou, anualmente, em uma média de 10,3%.<sup>(5)</sup> Na América do Norte, cerca de metade de todas as mulheres férteis com diagnóstico de câncer cervical em estágio inicial se enquadra nos critérios para cirurgia conservadora.<sup>(6)</sup> Com base nesses fatos, não há câncer em que a cirurgia conservadora faça mais sentido do que o carcinoma cervical, permitindo que mulheres jovens preservem seu potencial fértil.

O carcinoma endometrial (C54) é o mais frequente em países desenvolvidos, com taxas de 22,5/100 mil nos Estados Unidos e, apesar de afetar principalmente mulheres na pós-menopausa, 4% ocorre antes dos 40 anos.<sup>(2)</sup>

O câncer de ovário (C56), com taxas mundiais em torno de 8,3/100 mil mulheres, é o mais letal entre os tumores ginecológicos, por sua agressividade e pelo diagnóstico tardio. A maioria ocorre na pós-menopausa, mas 11,8% ocorrem antes dos 45 anos, em geral em estágio inicial e com melhor prognóstico.<sup>(2,7)</sup>

O tratamento preservador de fertilidade para mulheres acometidas com câncer ginecológico tem como premissa o desejo e o potencial da paciente em gestar, sem, no entanto, piorar o desfecho oncológico. Desse modo, a criteriosa seleção das pacientes é uma das fases mais críticas desse processo.

## Descritores

Neoplasias do colo do útero;  
Neoplasias do endométrio;  
Neoplasias ovarianas; Preservação de fertilidade; Preservação de função ovariana

## Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico. Femina. 2025;53(7):912-9.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica e validado pela diretoria científica como documento oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 37. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

## DIAGNÓSTICO, INDICAÇÕES E RESULTADOS DE TRATAMENTO CONSERVADOR

### Câncer de colo

Realizado o diagnóstico histológico por biópsia de colo, excisão da zona de transformação ou conização, é feito o estadiamento. Nos casos de carcinoma escamoso estágio IA1 sem invasão do espaço linfovascular (IELV), a conização com margens livres de lesão invasora ou pré-invasora de alto grau é suficiente e é o padrão.<sup>(8-10)</sup> Havendo doença nas margens do cone, deve-se optar por novo cone. Em pacientes com adenocarcinomas estágio IA1 sem invasão vascular, a conduta permanece controversa, e tratamentos conservadores com conização são indicados com mais reserva, pois o adenocarcinoma *in situ* ou com invasão mínima tende a ser multifocal, descontínuo e endocervical alto.<sup>(11)</sup> Nos estádios IA1 com IELV, IA2 e IB1, independentemente da IELV, a traquelectomia radical, com retirada de paramétrios e porção superior da vagina, acompanhada de exploração linfonodal pélvica, por meio da linfadenectomia ou pesquisa do linfonodo sentinela, é uma opção segura.<sup>(9,10)</sup> Entretanto, após os estudos ConCerv<sup>(12)</sup> e SHAPE,<sup>(13)</sup> a parametrectomia pode ser dispensada em casos selecionados de baixo risco nos estádios IA2 e IB1, como limites livres de neoplasia invasora ou pré-invasora na peça da conização, ausência de IELV, profundidade de invasão estromal < 1 cm, tipo histológico escamoso e adenocarcinoma usual.

Os seguintes critérios de seleção para a cirurgia conservadora devem ser seguidos: desejo de preservar a fertilidade, tipos histológicos escamoso, adenocarcinoma usual ou adenoescamoso, maior diâmetro tumoral < 2 cm, distância mínima entre o tumor e o orifício cervical interno (OCI) de 1 cm, ausência de doença metastática ou infertilidade conjugal. O tratamento conservador não deve ser recomendado em pacientes com adenocarcinoma mucinoso do tipo gástrico, carcinomas indiferenciados ou carcinoma de pequenas células.<sup>(8,10)</sup> A ressonância magnética (RM) é o melhor método de imagem para avaliar tamanho tumoral, profundidade da invasão do estroma e distância entre a parte superior do tumor e o orifício interno.<sup>(9,10,13)</sup> Em pacientes com tumores maiores que 2 cm, quimioterapia neoadjuvante com cisplatina e paclitaxel ou carboplatina isoladamente é uma possibilidade, que ainda está em estudo.<sup>(14)</sup>

A cerclagem cervical realizada no mesmo tempo ou posteriormente à cirurgia é recomendável e reduz as chances de perdas fetais por insuficiência ístmocervical.

### Resultados oncológicos

As taxas de recorrência e de mortalidade associadas à traquelectomia radical em cinco anos são de 2% a 7% e de 1,6% a 6%, respectivamente, sendo comparáveis à histerectomia abdominal radical clássica.<sup>(15-19)</sup>

As taxas de recorrência da conização, da traquelectomia radical vaginal, da traquelectomia radical

laparotômica e da traquelectomia radical laparoscópica em pacientes com câncer cervical IB1 foram de 4,1%, 4,7%, 2,4% e 5,2%, respectivamente. No estágio IB2 do estadiamento da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), de 2018, as taxas de recorrência foram de 13,2% no grupo de quimioterapia neoadjuvante seguida de traquelectomia.<sup>(18)</sup>

Na revisão sistemática de Bentivegna *et al.*, a recorrência foi de 4% na traquelectomia vaginal, 5% na laparotômica e 6% na laparoscópica.<sup>(15)</sup>

A traquelectomia radical robótica ainda carece de dados de seguimento, mas dois estudos sugerem resultados semelhantes aos das demais técnicas.

### Resultados obstétricos

Na série de Speiser *et al.*,<sup>(17)</sup> a maioria das pacientes não pensava em gravidez no diagnóstico nem desistiu da gravidez após a cirurgia de preservação da fertilidade. Das 212 pacientes tratadas, apenas 76 (35,8%) estavam planejando engravidar até cinco anos de acompanhamento após a cirurgia, e 50/76 (65,8%) estavam ou estiveram grávidas. A taxa de gravidez para todas as pacientes foi de 24% (50/212), mas a taxa que mostra o verdadeiro sucesso refere-se ao número de pacientes querendo engravidar após a cirurgia (65,8%).

Em recente revisão sistemática, as taxas de gravidez são de 56,3% a 76,7%, considerando conização e todas as vias de traquelectomia radical. As menores taxas foram as laparotômicas e as laparoscópicas (36% e 50%), a melhor na robótica, mas com pouco seguimento (77%), e, na vaginal, foi de 58,7%. As taxas de recém-nascidos vivos variaram de 66,6%, nas vias laparotômica e laparoscópica, a 88%, na conização ou traquelectomia simples.<sup>(18)</sup>

Na série de 91 pacientes submetidas à linfadenectomia e à parametrectomia seletiva seguida de conização (IA1/IA2) ou traquelectomia simples (IB1), as taxas de gravidez e de nascidos vivos foram de 82,9% e 76,2%.<sup>(20)</sup> Em outra revisão sistemática, a taxa de gravidez foi de 55%, com 70% de recém-nascidos em casa e 38% por prematuridade.<sup>(15)</sup>

A infertilidade pós-procedimento pode variar de 14% a 41%, e muitas pacientes podem precisar de técnicas de reprodução assistida.<sup>(21)</sup>

Ao engravidar, o acompanhamento é realizado em centro de referência de pré-natal de alto risco. O parto eletivo por cesariana no período precoce é desejável.<sup>(22)</sup>

Alterações causadas pela cirurgia que podem influenciar a fertilidade são muco cervical reduzido ou alterado, estenose cervical, aderências e fluxo sanguíneo reduzido. A perda fetal no segundo trimestre e a prematuridade antes de 32 semanas geralmente são secundárias à ruptura prematura das membranas amnióticas.<sup>(23,24)</sup>

### Transposição ovariana

Também chamada de ooforopexia ou suspensão ovariana, é a cirurgia que objetiva à conservação da função dos

ovários, retirando-os do campo de radiação, mantendo-se seu pedículo vascular. É proposta sua realização em mulheres com tumores malignos pélvicos, ginecológicos ou não, com indicação de radioterapia pélvica sem uso de quimioterapia gonadotóxica, a depender do desejo de preservação de fertilidade, da idade e reserva ovariana e das condições clínicas e oncológicas. Dos cânceres ginecológicos, o de colo uterino é o que mais oportuniza essa técnica, por acometer mulheres jovens e ter como um dos tratamentos a radioterapia pélvica, cuja dose de radiação resulta em injúria ovariana.

A falência ovariana é observada com doses que variam de 2 Gy, em mulheres pré-menopausadas, a 12 Gy, em mulheres no período pré-puberal, ocasionando esterilidade e menopausa. As doses terapêuticas para tumores ginecológicos são de 40 a 65 Gy, e a curva de dispersão da radiação atinge as gônadas quanto mais próximas do campo de tratamento estiverem. Dessa forma, o melhor local para a transposição ovariana deve ser discutido com o radio-oncologista, a fim de se minimizarem as doses que possam atingir os ovários.

De maneira geral, o posicionamento lateralizado e acima das cristas ilíacas propicia melhor preservação da função ovariana.<sup>(25)</sup> A cirurgia minimamente invasiva é a via preferencial de realização, pois permite o início rápido da radioterapia. Recomenda-se a marcação dos ovários para melhor orientação do radio-oncologista, visando ao melhor planejamento terapêutico e poupando as gônadas do efeito actínico. Um estudo sugere a não realização entre mulheres com mais de 40 anos, por haver menos probabilidade de gestação e mais risco de falência ovariana com o procedimento.<sup>(26)</sup> Em pacientes com mais de 35 anos, é sugerida a avaliação da reserva ovariana. Se for indicada criopreservação de oócito ou embrião, a aspiração deve ser realizada durante o procedimento de ooforopexia. Preocupações ainda são destacadas entre as pacientes com câncer cervical tipo adenocarcinoma e as com carcinoma escamoso maior que 3 cm ou estágio maior que IB, pelas maiores chances de metástases ovarianas.<sup>(27)</sup> A decisão deve passar por avaliação multidisciplinar, envolvendo radio-oncologista, ginecologista oncológico e ginecologista especializado em reprodução assistida.

## RESULTADOS

A preservação da função ovariana com ooforopexia é de 86% após braquiterapia e de 55% após radioterapia externa + braquiterapia.<sup>(26,28)</sup> A idade é um fator muito importante, observando-se diferenças entre as faixas etárias: dos 25 a 30 anos, a resposta é de 87,5%; dos 31 a 35 anos, de 62,5%; e dos 35 a 40 anos, de 42,9%.<sup>(29)</sup>

## CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

O diagnóstico é feito por biópsia endometrial, que fornece o tipo e o grau de diferenciação histológicos. O tratamento padrão consiste em histerectomia simples

associada a salpingo-ooforectomia bilateral e exploração linfonodal. A possibilidade de tratamento conservador é restrita às pacientes no estágio IA sem infiltração miometrial e ao tipo histológico endometrióide bem diferenciado (G1). A paciente deve ser aconselhada a realizar histerectomia após a gestação. A avaliação para o tratamento conservador se inicia com a história clínica, incluindo a pesquisa de síndrome de Lynch, exame clínico, exames de imagem, com destaque para a ressonância de pelve, e análise precisa da histologia. A discrepância do grau histológico da biópsia pré-operatória e do espécime final da peça de histerectomia atinge cerca de 20%, sendo significativamente menor com a amostra endometrial por dilatação e curetagem do que com a Pipelle® – 8,7% e 17,4%, respectivamente. Autores ressaltam melhores resultados com espécimes da biópsia pesando mais que 3 g.<sup>(30,31)</sup> Outra dificuldade salientada é a discordância de interpretação entre patologistas. Um estudo mostrou 48,7 de concordância após revisão por três patologistas, e os demais tiveram um *upgrade* ou *downgrade*.<sup>(32)</sup> A análise molecular da biópsia acrescenta fatores prognósticos. O tratamento conservador em pacientes com síndrome de Lynch é considerado contraindicado por metade dos ginecologistas oncológicos.<sup>(33)</sup>

A RM é o método que melhor define invasão miometrial, invasão cervical e suspeita de metástase linfonodal. Vale ressaltar que a ultrassonografia realizada por profissional experiente apresenta resultados comparáveis aos da RM na avaliação da invasão miometrial. Entretanto, não existe método que assegure ausência de invasão miometrial. Algumas pacientes elegíveis para tratamento conservador podem ter algum grau de invasão não detectada por imagem.

O tratamento conservador preferencial para as pacientes selecionadas é dado com progestogênio sistêmico contínuo, como acetato de medroxiprogesterona (AMP) ou acetato de megestrol (AM). As doses de AMP variam de 2,5 a 1.500 mg/dia e as de AM, de 10 a 400 mg/dia. Não há evidências sobre qual deles é mais efetivo e qual é a dose mais segura, mas parece que doses menores são tão efetivas quanto doses maiores.<sup>(34)</sup> As menores doses reportadas como efetivas são 10 mg/dia de AMP ou 160 mg/dia de AM contínuo. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) pode ser usado isolado ou associado a progestogênio sistêmico, sendo considerada a combinação preferencial.<sup>(34)</sup>

A ressecção histeroscópica seguida de progestogênios é associada a melhores taxas de resposta completa, maiores taxas de gestação e menor número de histerectomias.<sup>(35)</sup>

Outras alternativas são propostas como os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) e os inibidores da aromatase. O seguimento é realizado em três meses após o tratamento conservador com imagem e amostra histológica obtida por dilatação e curetagem ou histeroscopia para avaliação da resposta. Em pacientes com resposta completa aos três meses, nova biópsia é feita aos seis meses, e, então, ela é encorajada a

gestar brevemente. No caso de persistência ou progressão, é aumentada a dose ou é aconselhado o tratamento definitivo.

Uma alternativa de cirurgia conservadora é a histerectomia com preservação dos ovários macroscopicamente normais. Em mulheres com carcinoma endometrial G1 com menos de 50 anos, a sobrevida é maior no grupo que tem seus ovários conservados, pelo menor risco cumulativo de doença cardiovascular.<sup>(36)</sup>

### Resultados oncológicos

As taxas de resposta completa variam de 76% a 87,5%, sendo as maiores com a associação de progestogênio sistêmico + SIU-LNG, variando de 63% a 96%.<sup>(34,37,38)</sup> A recorrência ocorre entre 25% e 41%.<sup>(39,40)</sup>

### Resultados obstétricos

Recomenda-se que a gestação ocorra tão logo a regressão da neoplasia se instale, uma vez que existe o risco de recorrência. A taxa de gestação varia de 32% a 53% e a de recém-nascidos vivos, de 28% a 69,4%.<sup>(40,41)</sup> Pacientes com infertilidade prévia (síndrome dos ovários policísticos, obesidade) devem ser referidas a técnicas de reprodução assistida.

## CÂNCER DE OVÁRIO

O tratamento padrão da paciente com diagnóstico de câncer de ovário consiste em coleta de lavado peritoneal, histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral, omentectomia, biópsias peritoneais e linfadenectomias pélvica e para-aórtica. A preservação da fertilidade pressupõe a conservação do útero com ou sem preservação de um dos anexos. Pacientes com desejo de gestar devem ser informadas de que essa possibilidade depende dos achados transoperatórios e do tipo histológico, e de que o planejamento cirúrgico preservador de fertilidade pode ser modificado ainda na cirurgia ou após o resultado histopatológico final. A congelação apresenta limitações e, no caso tumor *borderline*, em 21% dos casos a parafina será de tumor invasivo.<sup>(42)</sup> Por essa razão, é prudente que a abordagem de lesões ovarianas suspeitas em pacientes sem prole completa seja realizada em duas fases, aguardando o histopatológico definitivo para tomada de decisões.

A avaliação pré-operatória é baseada na anamnese, com atenção à história familiar de câncer de ovário, no exame físico, na ultrassonografia e nos marcadores tumorais.

Mesmo diante da suspeição de doença inicial, achados trans e pós-operatórios resultam em doença mais

avançada. Destaca-se, portanto, diante de paciente com desejo de gestar, a orientação para a criopreservação de oócitos, embriões ou, mesmo, tecido ovariano.

A preservação da fertilidade é aceitável em pacientes jovens com tumor *borderline* ou câncer não epitelial ou epitelial estágio IA.

Aproximadamente um terço dos tumores *borderline* ocorre em mulheres com menos de 40 anos de idade, e algumas delas têm o desejo de preservar a função reprodutora.<sup>(43)</sup> No estágio I, as taxas de sobrevida chegam a 99%, sendo a salpingo-ooforectomia unilateral associada à coleta do lavado peritoneal, à biópsia de omento e à biópsia de qualquer alteração peritoneal a melhor opção de estadiamento cirúrgico e de tratamento conservador.<sup>(44)</sup>

Pacientes com câncer epitelial estágio IA são candidatas à cirurgia conservadora, desde que tenham realizado o estadiamento cirúrgico completo. A complementação está indicada após a gestação.

Tumores germinativos ocorrem em jovens e, em estágio inicial, a salpingo-ooforectomia unilateral é uma opção de tratamento. O risco de acometimento contralateral é maior no disgerminoma – de 5% a 10%.<sup>(45)</sup> A biópsia do ovário aparentemente normal é discutível, até pela alta sensibilidade à quimioterapia.

Pacientes jovens com tumores do cordão sexual confinados ao ovário podem ser tratadas com cirurgia conservadora.<sup>(46)</sup>

### Resultados oncológicos

A maioria dos resultados oncológicos é baseada em estudos observacionais. Pacientes com câncer de ovário não epitelial submetidas a tratamento cirúrgico conservador apresentam sobrevida global em cinco anos equivalente à de pacientes tratadas com cirurgia radical.<sup>(47)</sup> Em tumores epiteliais estágio IA, a cirurgia conservadora não aumenta o risco de óbito, em comparação com a cirurgia convencional.<sup>(48)</sup>

### Resultados obstétricos

Uma revisão sistemática de 120 estudos resultou em 54% de gestações em pacientes tratadas conservadoramente por tumores *borderline*.<sup>(49)</sup> Recente estudo que comparou gestações de baixo risco a gestações que ocorreram após a cirurgia de preservação de fertilidade em câncer epitelial estágio IA não demonstrou piores desfechos obstétricos nessa população.<sup>(50)</sup> A complementação da cirurgia (remoção do útero e do anexo contralateral) é recomendada após o término da gestação a pacientes com doença epitelial invasora, não sendo necessária nos casos de não epitelial e *borderline*.

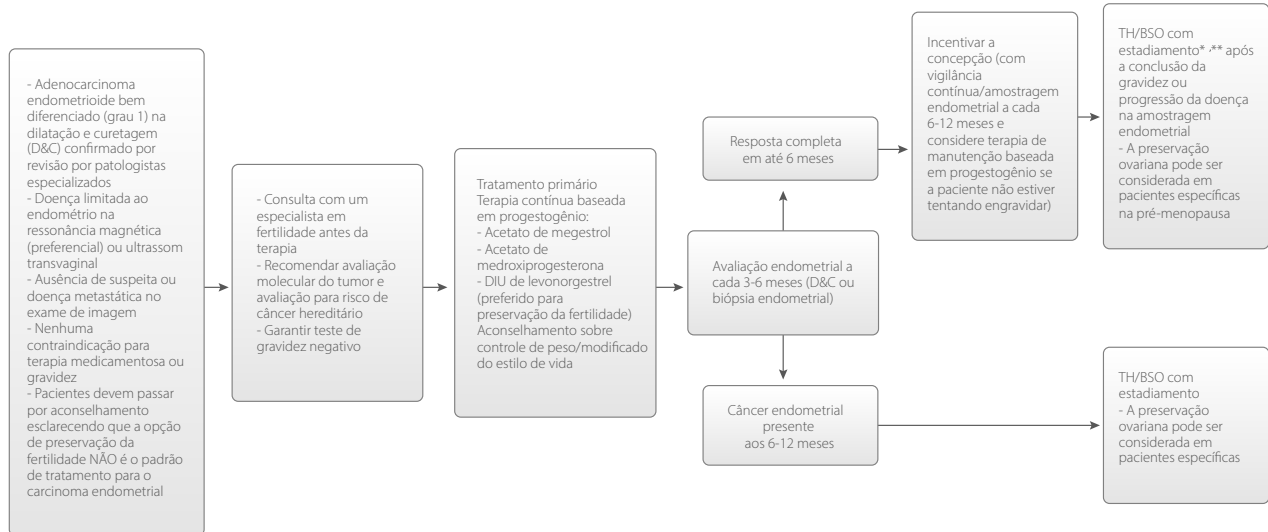
## FLUXOGRAMA DE CONDUTA

### FLUXOGRAMA PARA PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE NO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

Crítérios para considerar opções de preservação da fertilidade para o tratamento do carcinoma endometrial (todos os critérios devem ser atendidos)

Tratamento primário

Vigilância

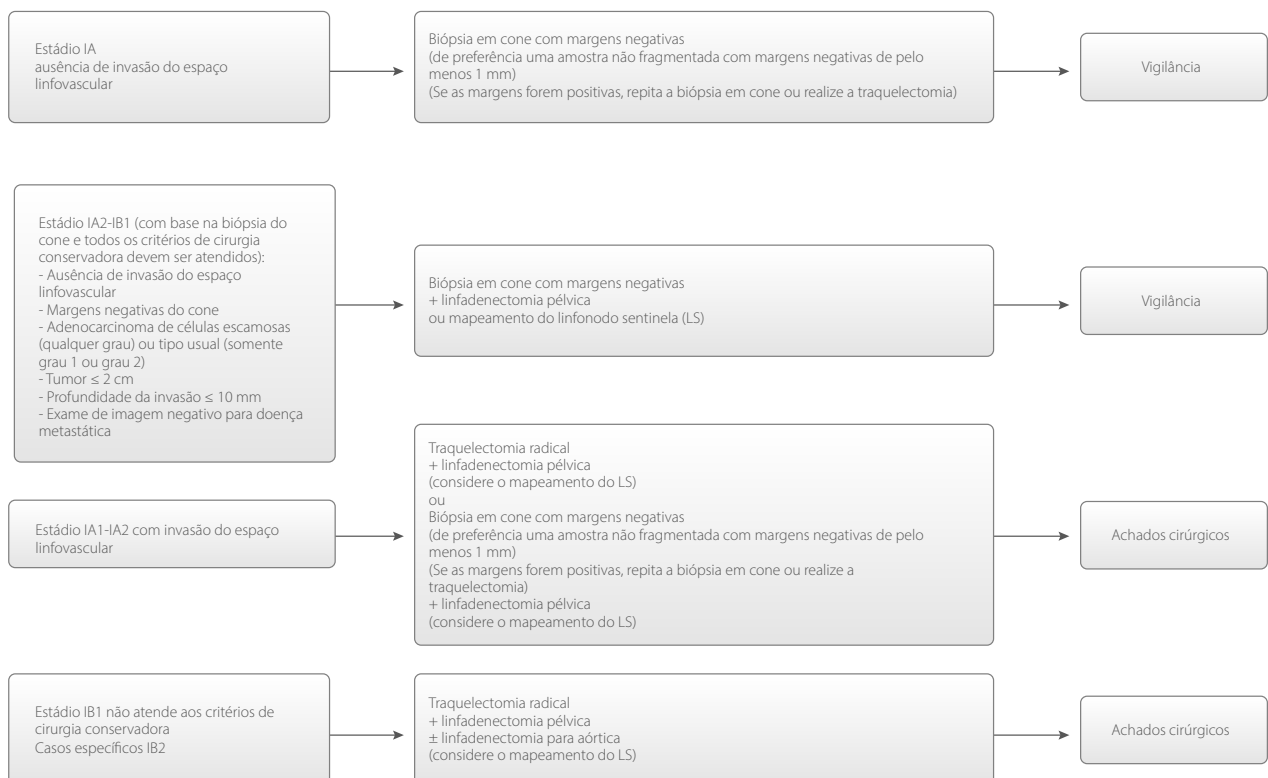


Fonte: Gunderson CC, Fader AN, Carson KA, Bristow RE. Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. Gynecol Oncol. 2012;125(2):477-82; Hubbs JL, Saig RM, Abaid LN, Bae-Jump VL, Gehrig PA. Systemic and local hormone therapy for endometrial hyperplasia and early adenocarcinoma. Obstet Gynecol. 2013;121(6):1172-80.

### FLUXOGRAMA PARA PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE NO CÂNCER DE COLO UTERINO

Estadiamento clínico

Tratamento primário



Fonte: Gunderson CC, Fader AN, Carson KA, Bristow RE. Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. Gynecol Oncol. 2012;125(2):477-82; Hubbs JL, Saig RM, Abaid LN, Bae-Jump VL, Gehrig PA. Systemic and local hormone therapy for endometrial hyperplasia and early adenocarcinoma. Obstet Gynecol. 2013;121(6):1172-80.

## RECOMENDAÇÕES FINAIS

### Gerais

- Pré-tratamento conservador: revisar detalhadamente o diagnóstico e o estadiamento e oferecer aconselhamento reprodutivo, principalmente em idade com diminuição de fertilidade ou suspeita de infertilidade.
- Avaliar fluxogramas dispostos no protocolo de tumores *borderline* dos ovários.

### Câncer de colo

- Candidatas ideais: tamanho tumoral menor de 2 cm, histologia de baixo risco (epidermoide, adenocarcinoma usual, adenoescamo), distância mínima de 1 cm entre OCl e tumor e linfonodos negativos.
- Revisar o diagnóstico histológico e analisar RM.
- Estádio IA1 sem IELV: a conização sem necessidade de linfadenectomia é o tratamento proposto.
- Estádios IA1 com IELV, IA2 e IB1: traquelectomia radical com linfadenectomia é o tratamento conservador. Pode ser substituída por traquelectomia simples com linfadenectomia ou linfonodo sentinela em casos selecionados de baixo risco.
- Cerclagem é indicada a pacientes submetidas à traquelectomia radical.

### Transposição ovariana

- Candidatas ideais: pacientes em idade reprodutiva que desejam manter função ovariana e com indicação de radioterapia sem quimioterapia gonadotóxica.
- Contraindicada em mulheres com mais de 40 anos, baixa reserva ovariana e com risco de metástase ovariana.
- Cirurgia minimamente invasiva é a abordagem de escolha.

### Câncer de endométrio

- Candidatas ideais: histologia endometrióide G1 e tumor confinado ao endométrio, sem contra-indicação à hormonoterapia.
- Obter, na biópsia endometrial, quantidade mínima de 3 g e, de preferência, por dilatação e curetagem. As amostras devem ser examinadas por dois patologistas experientados. A imagem indicada é a RM, que avalia invasão miometrial e metástase linfonodal.
- Progestogênio sistêmico e/ou SIU-LNG é a base do tratamento conservador, sem consenso sobre a dose ideal.

- Ressecção histeroscópica seguida de progestogênio apresenta os melhores resultados.
- Outras alternativas de tratamento: a-GnRH, inibidores da aromatase, ainda pouco avaliados.
- Após três meses do início do tratamento, realizar biópsia endometrial.

### Câncer de ovário

- Candidatas ideais: pacientes jovens, com boa reserva ovariana, submetidas a estadiamento radiológico e cirúrgico rigoroso e com histologia *borderline*, epitelial de baixo grau (G1/G2) ou não epitelial.
- Em pacientes com aparente estágio I e histologia *borderline* e não epitelial, a cirurgia recomendada é salpingo-ooforectomia unilateral com coleta de lavado peritoneal, biópsia de omento e alterações peritoneais.
- Em pacientes com aparente estágio IA e histologia epitelial invasora, acrescem-se a linfadenectomia pélvica e a retroperitoneal.

## REFERÊNCIAS

1. Stewart K, Campbell S, Frumovitz M, Ramirez PT, McKenzie LJ. Fertility considerations prior to conservative management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(3):339-44.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2022. [cited 2024 April 20]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
3. International Agency for research on Cancer (IARC). World Health Organization (WHO). Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females, in 2022. Cervix uteri. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Aug 2]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/maps-heatmap?cancers=23&types=0&sexes=2&palette=Blues&mode=population>
4. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results Program Results. Cancer stat facts: cervical cancer. USA: National Institutes of Health. [cited 2024 Jul 15]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>
5. Patel A, Galaal K, Burnley C, Faulkner K, Martin-Hirsch P, Bland MJ, et al. Cervical cancer incidence in young women: a historical and geographic controlled UK regional population study. *Br J Cancer*. 2012;106(11):1753-9.
6. Sonoda Y, Abu-Rustum NR, Gemignani ML, Chi DS, Brown CL, Poyner EA, et al. A fertility-sparing alternative to radical hysterectomy: how many patients may be eligible? *Gynecol Oncol*. 2004;95(3):534-8.
7. Hanatani M, Yoshikawa N, Yoshida K, Tamauchi S, Ikeda Y, Nishino K, et al. Impact of age on clinicopathological features and survival of epithelial ovarian neoplasms in reproductive age. *Int J Clin Oncol*. 2020;25(1):187-94.
8. National Comprehensive Cancer Network® (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Cervical Cancer Version 3.2024 - Updated May 6, 2024. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/cervical.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf)
9. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;155(Suppl. 1):28-44.
10. 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.

11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Plante M, van Trommel N, Lheureux S, Oza AM, Wang L, Sikorska K, et al. FIGO 2018 stage IB2 (2-4 cm) Cervical cancer treated with Neo-adjuvant chemotherapy followed by fertility Sparing Surgery (CONTESSA); Neo-Adjuvant Chemotherapy and Conservative Surgery in Cervical Cancer to Preserve Fertility (NEOCON-F). A PMHC, DGOG, GCIG/CCRN and multicenter study. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(5):969-75.
15. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Chargari C, Leary A, Morice P. Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. *Lancet Oncol*. 2016;17(6):e240-53.
16. Schneider A, Erdemoglu E, Chiantera V, Reed N, Morice P, Rodolakis A, et al. Clinical recommendation radical trachelectomy for fertility preservation in patients with early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2012;22(4):659-66.
17. Speiser D, Mangler M, Köhler C, Hasenbein K, Hertel H, Chiantera V, et al. Fertility outcome after radical vaginal trachelectomy: a prospective study of 212 patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(9):1635-9.
18. Zarokian J, Zaccarini F, Espenel S, Pautier P, Leary A, Genestie C, et al. Oncologic results of fertility sparing surgery of cervical cancer: An updated systematic review. *Gynecol Oncol*. 2022;165(1):169-83.
19. Slama J, Runnebaum IB, Scambia G, Angeles MA, Bahrehmand K, Kommos S, et al. Analysis of risk factors for recurrence in cervical cancer patients after fertility-sparing treatment: The FERTility Sparing Surgery retrospective multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(4):443.e1-443.e10.
20. Robova H, Rob L, Halaska MJ, Drozenova J, Pichlik T, Drochytsek V, et al. Twenty years of experience with less radical fertility-sparing surgery in early-stage cervical cancer: Pregnancy outcomes. *Gynecol Oncol*. 2023;174:76-9.
21. Shah JS, Jooya ND, Woodard TL, Ramirez PT, Fleming ND, Frumovitz M. Reproductive counseling and pregnancy outcomes after radical trachelectomy for early stage cervical cancer. *J Gynecol Oncol*. 2019;30(3):e45.
22. 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):830-8.
23. Shepherd JH. Challenging dogma: radical conservation surgery for early stage cervical cancer in order to retain fertility. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91(3):181-7.
24. Gizzo S, Ancona E, Saccardi C, Patrelli TS, Berretta R, Anis O, et al. GB. Radical trachelectomy: the first step of fertility preservation in young women with cervical cancer (Review). *Oncol Rep*. 2013;30(6):2545-54.
25. Laios A, Duarte Portela S, Papadopoulou A, Gallos ID, Otify M, Ind T. Ovarian transposition and cervical cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;75:37-53.
26. Morice P, Juncker L, Rey A, El-Hassan J, Haie-Meder C, Castaigne D. Ovarian transposition for patients with cervical carcinoma treated by radiosurgical combination. *Fertil Steril*. 2000;74(4):743-8.
27. Morice P, Haie-Meder C, Pautier P, Lhomme C, Castaigne D. Ovarian metastasis on transposed ovary in patients treated for squamous cell carcinoma of the uterine cervix: report of two cases and surgical implications. *Gynecol Oncol*. 2001;83(3):605-7.
28. Buonomo B, Multinu F, Casarin J, Betella I, Zanagnolo V, Aletti G, et al. Ovarian transposition in patients with cervical cancer prior to pelvic radiotherapy: a systematic review. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(3):360-70.
29. Hoekman EJ, Knoester D, Peters AA, Jansen FW, de Kroon CD, Hilders CG. Ovarian survival after pelvic radiation: transposition until the age of 35 years. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(5):1001-7.
30. Leitao MM Jr, Kehoe S, Barakat RR, Alektiar K, Gattoc LP, Rabbitt C, et al. Comparison of D&C and office endometrial biopsy accuracy in patients with FIGO grade 1 endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol*. 2009;113(1):105-8.
31. Garcia TS, Appel M, Rivero R, Kliemann L, Wender MC. Agreement between preoperative endometrial sampling and surgical specimen findings in endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(3):473-8.
32. Kaku T, Yoshikawa H, Tsuda H, Sakamoto A, Fukunaga M, Kuwabara Y, et al. Conservative therapy for adenocarcinoma and atypical endometrial hyperplasia of the endometrium in young women: central pathologic review and treatment outcome. *Cancer Lett*. 2001;167(1):39-48.
33. Iliadis SI, Gambadauro P. Conservative management of early-stage endometrial cancer for fertility preservation: a survey study among Swedish gynecologists and gynecological oncologists. *Sci Rep*. 2023;13(1):5861.
34. Rodolakis A, Scambia G, Planchamp F, Acien M, Di Spiezio Sardo A, Farrugia M, et al. ESGO/ESHRE/ESGE Guidelines for the fertility-sparing treatment of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(2):208-22.
35. Lucchini SM, Esteban A, Nigra MA, Palacios AT, Alzate-Granados JP, Borla HF. Updates on conservative management of endometrial cancer in patients younger than 45 years. *Gynecol Oncol*. 2021;161(3):802-9.
36. Matsuo K, Machida H, Shoupe D, Melamed A, Munderspach LI, Roman LD, et al. Ovarian conservation and overall survival in young women with early-stage low-grade endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):761-70.
37. Pal N, Broaddus RR, Urbauer DL, Balakrishnan N, Milbourne A, Schmeler KM, et al. Treatment of low-risk endometrial cancer and complex atypical hyperplasia with the levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):109-16.
38. Novikova OV, Nosov VB, Panov VA, Novikova EG, Krasnopolskaya KV, Andreeva YY, et al. Live births and maintenance with levonorgestrel IUD improve disease-free survival after fertility-sparing treatment of atypical hyperplasia and early endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2021;161(1):152-9.
39. Gallos ID, Yap J, Rajkhowa M, Luesley DM, Coomarasamy A, Gupta JK. Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(4):266.e1-12.
40. Qin Y, Yu Z, Yang J, Cao D, Yu M, Wang Y, et al. Oral Progestin Treatment for Early-Stage Endometrial Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(6):1081-91.
41. Herrera Cappelletti E, Humann J, Torrejón R, Gambadauro P. Chances of pregnancy and live birth among women undergoing conservative management of early-stage endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2022;28(2):282-95.
42. Ratnavelu ND, Brown AP, Mallett S, Scholten RJ, Patel A, Founta C, et al. Intraoperative frozen section analysis for the diagnosis of early stage ovarian cancer in suspicious pelvic masses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3):CD010360.
43. 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.
44. Morice P, Camatte S, El Hassan J, Pautier P, Duvillard P, Castaigne D. Clinical outcomes and fertility after conservative treatment of ovarian borderline tumors. *Fertil Steril*. 2001;75(1):92-6.
45. Gordon A, Lipton D, Woodruff JD. Dysgerminoma: a review of 158 cases from the Emil Novak Ovarian Tumor Registry. *Obstet Gynecol*. 1981;58(4):497-504.
46. Bergamini A, Cormio G, Ferrandina G, Lorusso D, Giorda G, Scarfone G, et al. Conservative surgery in stage I adult type granulosa cells tumors of the ovary: Results from the MITO-9 study. *Gynecol Oncol*. 2019;154(2):323-7.

47. Johansen G, Dahm-Kähler P, Staf C, Flöter Rådestad A, Rodriguez-Wallberg KA. Fertility-sparing surgery for treatment of non-epithelial ovarian cancer: Oncological and reproductive outcomes in a prospective nationwide population-based cohort study. *Gynecol Oncol.* 2019;155(2):287-93.
48. Melamed A, Rizzo AE, Nitecki R, Gockley AA, Bregar AJ, Schorge JO, et al. All-Cause Mortality After Fertility-Sparing Surgery for Stage I Epithelial Ovarian Cancer. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):71-9.
49. Daraï E, Fauvet R, Uzan C, Gouy S, Duvillard P, Morice P. Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative options. *Hum Reprod Update.* 2013;19(2):151-66.
50. Nitecki R, Clapp MA, Fu S, Lamiman K, Melamed A, Brady PC, et al. Outcomes of the First Pregnancy After Fertility-Sparing Surgery for Early-Stage Ovarian Cancer. *Obstet Gynecol.* 2021;137(6):1109-18.

# Prolapso dos órgãos pélvicos

## HIGHLIGHTS

1. O prolapso dos órgãos pélvicos é uma condição prevalente em idades avançadas e apresenta grande associação com o parto vaginal.
2. Os tratamentos se dividem em conservadores e cirúrgicos, podendo estes últimos se dividirem em reconstrutivos e obliterativos.
3. O uso de telas sintéticas é indicado em casos específicos.

## INTRODUÇÃO

A *International Continence Society* (ICS) e a *International Urogynecological Association* (IUGA) definem prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal em mulheres hysterectomizadas).<sup>(1,2)</sup> Estima-se que as desordens do assoalho pélvico, como POP e incontinências fecal e urinária afetem 25% das mulheres norte-americanas.<sup>(3)</sup> Os sintomas de POP podem ocorrer em qualquer idade, mas têm seu pico entre 70 e 79 anos,<sup>(4)</sup> e a disfunção do assoalho pélvico é mais importante em idosas, afetando até 50% das mulheres nessa época da vida.<sup>(5)</sup> Mulheres dos Estados Unidos têm 13% de chance de serem submetidas à cirurgia de POP ao longo da vida.<sup>(6)</sup> Alguns estudos mostram taxa de reoperação por recidiva entre 6% e 30%.<sup>(7-10)</sup> A classificação específica do prolapso genital feminino no Código Internacional de Doenças (CID-10) é N81.

## ETIOLOGIA

Existem vários fatores de risco associados ao POP, como idade acima de 60 anos, multiparidade, aumento da pressão intra-abdominal relacionado a doenças que levam a esse mecanismo (doença pulmonar obstrutiva crônica, constipação), doenças genéticas que causem alteração do colágeno ou elastina (síndrome de Ehlers-Danlos, hiper mobilidade articular, síndrome de Marfan), espinha bífida oculta (em nuligestas, sugere-se investigação com tomografia de pelve) e etnia.<sup>(11)</sup> A obesidade pode elevar o risco de prolapsos em até 40% a 50%.<sup>(12)</sup> Porém, de todos os mencionados, a paridade apresenta grande impacto na maioria dos estudos relacionados a prolapso.

Estudos epidemiológicos mostram que indivíduos de famílias com predisposição ao prolapso têm 2,58 vezes risco de apresentar essa condição.<sup>(11)</sup> Em relação à etnia, um estudo mostrou que mulheres brancas e latinas têm, respectivamente, 4,9 e 5,4 vezes mais chances de apresentar POP.<sup>(13)</sup>

Alguns fatores de risco adquiridos são associados à presença de POP. Prolapso grave e sintomático está associado, principalmente, ao primeiro parto vaginal.<sup>(14,15)</sup> Há associação entre parto vaginal e risco de prolapso. Um estudo mostrou que mulheres com mais de 40 anos e parto vaginal têm 9,73 vezes mais prolapso em estágio avançado (ultrapassando hímen).<sup>(14)</sup> O trabalho de parto, na ausência de parto vaginal, parece não estar associado a aumento da prevalência de POP. Por sua vez, o uso de fórceps durante o parto se relaciona a aumento do risco de desenvolver prolapso.<sup>(15)</sup> A contribuição da hysterectomia para o surgimento de prolapsos genitais é controversa e depende de vários fatores.<sup>(16,17)</sup>

## Descritores

Prolapso de órgão pélvico; Prolapso genital/terapia; Prolapso genital/diagnóstico; Prolapso genital/classificação; Telas sintéticas

## Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Prolapso dos órgãos pélvicos. Femina. 2025;53(7):920-7.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 50. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

## DIAGNÓSTICO

A queixa mais comumente referida por paciente com prolapso genital é sensação de peso ou “bola na vagina”. Isso pode significar que ela já pode ter inclusive visualizado a saída do conteúdo prolapsado. Também ela pode referir pressão na pele ou dor lombossacra. Às vezes, ela refere que, durante a saída do prolapso no ato miccional ou defecatório, precisa recolocar o prolapso para dentro da vagina (redução manual), a fim de finalizar a micção ou defecação. Outros sintomas associados são: polaciúria, infecção urinária de repetição, esvaziamento urinário ou fecal incompleto, dispareunia (dor durante penetração vaginal), frouxidão vaginal (sensação de flacidez vaginal ou de não preenchimento da cavidade vaginal por pênis), *flatus vaginalis* (saída de gases pela vagina durante atividade sexual) e incontinência urinária de esforço.<sup>(18)</sup> O diagnóstico, comumente, é confirmado pelo exame físico, com a mulher em posição ginecológica e também em posição ortostática, com a realização da manobra de Valsalva. Existem várias classificações utilizadas para POP, sendo as mais utilizadas a subjetiva de Baden-Walker e a de quantificação do POP, chamada de *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q), que apresenta menos variabilidade interobservador e é a mais utilizada.<sup>(1)</sup> A ultrassonografia bidimensional (transabdominal, transperineal ou translabial, introital e transvaginal) pode ser solicitada para avaliar mobilidade/descenso do colo vesical, afunilamento uretral, resíduo pós-miccional, anormalidades da bexiga ou uretra, descenso dos órgãos pélvicos, avaliação dos músculos do assoalho pélvico, balneamento do hiato genital e avulsão do levantador do ânus. Esse último parâmetro tem se mostrado um preditor do surgimento dos prolapsos, bem como do sucesso dos tratamentos cirúrgicos.<sup>(19)</sup> Existe a modalidade tridimensional, cuja diferença consiste na possibilidade de formar imagens com mais resolução.

A ressonância magnética permite detectar estruturas ligamentares e musculares com detalhes. Não utiliza radiação ionizante, e seu formato dinâmico permite usar linhas de delimitação do limite das vísceras pélvicas, como a linha pubococcígea (traçada da margem inferior da sínfise púbica até a junção coccígea).

A defecografia relaciona-se com a anatomia anorretal e distúrbios da evacuação retal, mostrando-se superior ao exame físico na distinção entre retoccele e enterocele,<sup>(20)</sup> porém não é recomendada de maneira rotineira na avaliação do POP, devido à ausência de critérios padronizados para sua utilização e ao seu alto custo.<sup>(21)</sup>

## TRATAMENTOS

O tratamento dos prolapsos é indicado para mulheres sintomáticas ou que tenham complicações decorrentes da presença deles, como hidronefrose e obstrução urinária ou intestinal. Um terço das pacientes com sintomas, caso não tratem o prolapso, poderá ter progressão clínica em 10 meses, assim como mulheres acima de 60 anos ou com hiato genital acima de 5 cm.<sup>(22)</sup>

## Tratamento conservador

### Pessários vaginais

O uso de pessários vaginais é uma abordagem não cirúrgica muito frequente para o tratamento de POP. Esses dispositivos fornecem suporte mecânico à anatomia vaginal, ajudando a aliviar os sintomas e a melhorar a qualidade de vida das pacientes.

### Indicações dos pessários vaginais

Os pessários são indicados principalmente para mulheres que desejam evitar ou adiar a cirurgia, aquelas que não são elegíveis para procedimentos cirúrgicos devido a comorbidades, ou que ainda planejam ter filhos. Além disso, são uma opção interessante para pacientes com prolapso significativo durante a gravidez.<sup>(23)</sup>

### Tipos de pessários

Existem diversos tipos de pessários, adaptados a diferentes graus de prolapso e necessidades anatômicas.<sup>(24)</sup>

- Pessário de anel: ideal para prolapsos leves a moderados. É fácil de inserir e remover, sendo uma escolha comum para muitas pacientes.
- Pessário de Donut: utilizado para prolapsos mais graves, devido ao seu formato mais volumoso, que oferece maior suporte.
- Pessário Gellhorn: indicado para prolapsos severos, especialmente após uma histerectomia. É mais difícil de se inserir e remover.

### Seleção do pessário adequado

A escolha do pessário depende de vários fatores, incluindo a gravidade do prolapso, a anatomia vaginal da paciente, a presença de incontinência urinária associada e a habilidade da paciente em manusear o dispositivo. A seleção cuidadosa e o ajuste adequado são fundamentais para garantir o conforto da paciente e a eficácia do tratamento.

Os pessários podem ser classificados essencialmente em duas categorias: suporte e preenchimento. O pessário de suporte é usado para tratar todos os estágios de POP, enquanto o de preenchimento é usado principalmente para POP grave (estágio III a IV). Ambos os tipos são mantidos no lugar proximalmente pelo útero (ou ápice vaginal após histerectomia), lateralmente pelos músculos elevadores e distalmente pelo osso púbico e pelo introito vaginal.<sup>(25)</sup>

### Inserção e ajuste

A inserção de um pessário deve ser realizada por um profissional de saúde experiente. O processo envolve a lubrificação do dispositivo, sua inserção na vagina e ajustes para garantir que ele esteja confortável e seja eficaz. A paciente deve ser instruída sobre como inserir e remover o pessário, se necessário, e deve retornar para consultas regulares para monitoramento.<sup>(23)</sup>

## Cuidados e manutenção

Os pessários requerem cuidados regulares para prevenir complicações, como irritação vaginal e úlceras. As pacientes devem ser orientadas a remover e limpar o dispositivo periodicamente (intervalos de 15 dias a três meses) e a usar cremes vaginais, conforme necessário, para prevenir irritações.<sup>(23)</sup>

## Complicações potenciais

Embora geralmente seguros, os pessários podem causar algumas complicações, incluindo irritação vaginal, infecções, desconforto e dificuldades na micção ou defecação. O acompanhamento médico regular é essencial para monitorar e tratar qualquer complicação.<sup>(23)</sup>

## Resultados e satisfação das pacientes

Estudos mostram que os pessários são eficazes na resolução dos sintomas de POP em 70% a 90% das pacientes e, adicionalmente, em casos de incontinência urinária em 40% a 50%. A satisfação inicial é alta, mas a taxa de uso contínuo pode diminuir para cerca de 60% após um a dois anos.<sup>(26)</sup> Antes de indicar pessários, é importante identificar fatores de risco para insucesso de inserção, como obesidade, cirurgia reconstrutiva pélvica prévia e prolapso avançado. A dor é o fator mais citado para descontinuação do uso.<sup>(27)</sup>

## Fisioterapia

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) pode ser utilizado em mulheres com prolapso genital. Uma revisão sistemática mostrou que o TMAP melhora os sintomas e o grau do prolapso.<sup>(9)</sup> Porém, a maioria dos estudos inclusos apresentava pacientes com prolapso de estágios I e II. Dois ensaios clínicos randomizados mostraram que a adição do TMAP às mudanças do estilo de vida melhora os sintomas do prolapso genital, porém sem influenciar os escores de qualidade de vida.<sup>(28,29)</sup> Um estudo randomizado no período pré-operatório de cirurgia para POP não melhorou, de forma significativa, os sintomas de prolapso entre o grupo com TMAP e o controle; porém, o grupo com TMAP referiu melhora de percepção global.<sup>(30)</sup> Assim, para mulheres com POP sintomático estágio II, pode ser interessante um teste de TMAP, pois parece melhorar os sintomas e não está associado a danos. Embora o TMAP reduza o prolapso em média de 1 a 2 cm, casos de prolapso muito além do hímen e seus sintomas associados têm menos probabilidade de melhorar com essa modalidade de tratamento.

## Tratamento cirúrgico

A correção dos POPs envolve o correto diagnóstico e a identificação dos compartimentos envolvidos. Várias técnicas podem ser necessárias para uma única paciente, tendo em vista que, na maioria das vezes, os defeitos são múltiplos.

O uso de telas sintéticas para correção dos prolapso por via vaginal tem sido reduzido nos últimos anos, em alguns países, em razão da retirada desses materiais do mercado por órgãos competentes.<sup>(31)</sup> Tal fato se deve a um número maior de complicações associadas ao seu uso (dispareunia, exposição vaginal da tela, erosão para a bexiga, entre outros), porém esse percentual não é comparável aos dos *slings* para incontinência, com menor índice e muito mais estudos científicos endossando sua segurança.<sup>(32)</sup> Porém, eles não foram descontinuados no Brasil para os defeitos anteriores. Ademais, a correção anatômica pela tela sintética anterior é melhor que a específica de um sítio. No entanto, como a cura subjetiva não difere da correção específica de um sítio, as telas anteriores têm sido utilizadas mais comumente em situações específicas, como recidivas em grandes defeitos de prolapso anterior. Não se utiliza tela para defeito posterior.

Por outro lado, o uso de tela sintética para correção do prolapso de cúpula vaginal por via abdominal ou laparoscópica apresenta bons resultados, podendo ser indicado. Recentemente, foi publicado pela American Urogynecologic Society (AUGS) e pela IUGA o protocolo recomendando os passos técnicos a serem descritos para o tratamento cirúrgico do prolapso.<sup>(33)</sup>

Não há estudos específicos para prolapso genital, por via vaginal, com telas de polipropileno com propriedades diferentes das específicas (macroporosas, monofilamentares e de peso leve); por exemplo, o Marlex convencional não foi estudado para esse fim. Existem estudos com telas específicas de polipropileno e outras, como polivinidileno. É importante lembrar que, dessa forma, a incidência de complicações com esse material é desconhecida para prolapso genital.

## Tratamento reconstrutivo do compartimento anterior

Classicamente, o prolapso do compartimento anterior da vagina (uretra e bexiga) pode ser abordado, cirurgicamente, por correção sítio-específica ou pelo uso de telas, cujo objetivo é diminuir as recidivas da cirurgia convencional, porém com indicações específicas.

## Colporrafia anterior

Consiste em incisar a parede anterior da vagina na região do defeito central. Geralmente, é realizada com tecido nativo, porém, em grandes defeitos, a utilização de telas pode ser útil ao pensar em melhores resultados anatômicos.<sup>(34)</sup> Podem-se realizar correções sítio-específicas dos defeitos centrais, transversos e laterais.

A eficácia em longo prazo e a satisfação das pacientes após a cirurgia com material sintético não se mostraram superiores àquelas com tecido nativo e, além disso, as taxas de complicação foram maiores naquele grupo.<sup>(35-37)</sup> Em uma metanálise,<sup>(38)</sup> concluiu-se que a cirurgia com tela para prolapso vaginal anterior apresenta melhor

taxa de cura anatômica e menos recorrência, sem diferenças quanto à cura subjetiva, à reoperação e à qualidade de vida. Há mais tempo cirúrgico e perda sanguínea com o uso de tela e, para tratamento do prolapso anterior, sua utilização deve ser individualizada.

### Colporrafia anterior nos defeitos recorrentes e uso de malhas

Em casos de defeitos recorrentes da parede anterior, a utilização de malhas pode ser considerada, devido aos potenciais benefícios, em termos de resultados anatômicos melhorados. No entanto, é importante pesar esses benefícios contra os riscos e custos associados às complicações que podem surgir com o uso das malhas.<sup>(39)</sup> Em uma metanálise de ensaios randomizados, o reparo anterior com tecido nativo resultou em taxas significativamente maiores de prolapso recorrente do compartimento anterior do que o reparo com uma tela absorvível de poliglactina (52% *versus* 33%; razão de risco [RR]: 1,39; intervalo de confiança de 95%: [IC de 95%] 1,02-1,90) ou tela de derme suína (21% *versus* 10%; RR: 2,08; IC de 95%: 1,08-4,01) (33). No entanto, não houve diferença na percepção pós-operatória do prolapso após o uso de tela absorvível ou enxerto biológico.

Em contraste, um estudo randomizado subsequente não relatou diferença na melhoria da qualidade de vida entre pacientes submetidas a reparo anterior e posterior combinando telas sintéticas. No entanto, houve taxas significativas de exposição à malha de 15,6%, com taxas de reoperação mais altas associadas no grupo de malha.<sup>(40)</sup>

Outro fato a ser levado em consideração nos defeitos da parede anterior, especialmente nos estágios avançados, é que eles estão frequentemente associados a defeito do ápice vaginal.<sup>(41)</sup> Mulheres com defeito de parede anterior de estágio III na classificação de POP-Q têm até 98% de chance de associação de prolapso apical estágio I.<sup>(42)</sup>

### Tratamento reconstrutivo do compartimento posterior

Os resultados do tratamento reconstrutivo do compartimento posterior são geralmente bons, com taxas de sucesso para colporrafia tradicional variando de 76% a 96% e, para os reparos sítio-específicos, de 56% a 100%. A justificativa para o reparo sítio-específico baseia-se na teoria de que a hérnia do reto na vagina resulta de lesões específicas na fâscia retovaginal.<sup>(33)</sup>

Sugere-se não realizar a plicatura do levantador do ânus em pacientes sexualmente ativas, pois esse procedimento está associado a risco maior de dispareunia. No entanto, pode ser uma opção eficaz para mulheres mais velhas com um hiato genital mais largo e que não esperam ser sexualmente ativas. Isso porque esse passo fornece uma prateleira muscular posterior que pode restringir ainda mais o calibre vaginal e ser uma fonte de dor pós-operatória e/ou dispareunia.<sup>(33)</sup>

É importante mencionar que não se deve reduzir muito o calibre vaginal, especialmente em mulheres com

atrofia vaginal. O calibre da vagina ao fim da reconstrução vaginal deve ser de pelo menos três dedos de largura em mulheres sexualmente ativas. Para estimar o calibre adequado, pinças de Allis são colocadas no hímen posterior e, quando aproximadas no meio, devem permitir um hiato genital de três dedos de largura.

A abordagem cirúrgica dos prolapso do compartimento posterior pode ser feita por via vaginal ou transanal. Para a primeira via, podem-se realizar colporrafia posterior e reparo do defeito transverso. Para redução do hiato genital ou aumento do corpo perineal, perineorrafia pode ser também indicada.<sup>(33)</sup> A seguir, a descrição desses métodos:

- Colporrafia posterior: geralmente indicada para defeitos centrais da fâscia retovaginal. A plicatura do músculo puborretal é uma opção controversa. Apesar de reduzir o hiato genital alargado que muitas dessas pacientes apresentam ou ser útil em mulheres que apresentam incapacidade de contrair o assoalho pélvico, pode estar associada à incidência maior de dispareunia. A via transvaginal parece ser mais eficaz que a transanal.
- Reparo do defeito transverso: consiste em identificar defeitos transversos mais laterais ou próximos ao anel pericervical e plicar a fâscia até a área desgarrada. Um local comum de defeito transverso é o desgarramento da fâscia do ligamento uterossacro.
- Reparo transanal: é realizado por coloproctologistas. Aproveita-se para retirar a mucosa retal redundante para diminuir o tamanho da cúpula retal.

Não existe, até o momento, evidência que justifique o uso de tela sintética ou absorvível no reparo do prolapso posterior.<sup>(33,34,42)</sup>

### Tratamento reconstrutivo do compartimento apical

Em situações de histerectomia sem prolapso genital, há recomendação (nível B de evidência) de se realizar culdoplastia de McCall durante histerectomia vaginal.<sup>(43)</sup> Porém, uma vez instalado o prolapso sintomático, o tratamento cirúrgico pode ser obliterativo ou reconstrutivo, e várias técnicas foram descritas com as mais variadas taxas de cura e morbidade. Não existe uma única técnica ideal. Idade, presença de vida sexual, comorbidades associadas, desejo da paciente de operar e experiência do cirurgião são fatores que devem ser considerados. A correção do defeito apical inclui o tratamento do prolapso de cúpula ou do útero, mantendo esse último ou não (histeropreservação ou histerectomia). Pode ser realizada por via abdominal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacral, além de fixação alta dos ligamentos uterossacos) ou vaginal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacroespinhal e fixação nos ligamentos uterossacos no terço proximal ou médio; fixação alta).<sup>(33,34)</sup>

### **Fixação no ligamento uterossacro**

Consiste na passagem com fio inabsorvível ou de absorção tardia em dois pontos no ligamento uterossacro até a parte ipsilateral da cúpula vaginal e repete-se o passo no ligamento contralateral. A cirurgia pode ser realizada por via vaginal ou laparoscópica. Comumente, a sutura utilizada é permanente, mas é descrita a taxa de erosão de até 22%.<sup>(44)</sup> Em relação à eficácia, são encontradas altas taxas de satisfação. Cistoscopia para comprovar a permeabilidade ureteral é obrigatória na fixação uterossacral, pois apresenta 1% a 11% de risco de lesão do ureter.<sup>(45)</sup> O manual da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) de uroginecologia e cirurgia vaginal recomenda fixação alta nos ligamentos uterossacos (cirurgia de High McCall) por abordagem vaginal ou laparoscópica, principalmente para os prolapso uterinos ou de cúpula vaginal estágios I e II.<sup>(46)</sup>

### **Fixação sacroespinal vaginal**

Procura-se fixar a cúpula da vagina, de forma unilateral ou bilateral, ao ligamento sacroespinal via vaginal. Em relação à eficácia, observa-se boa satisfação com essa técnica. Um estudo de metanálise, incluindo 17 artigos randomizados e observacionais, identificou apenas 13% de pacientes não satisfeitos com a técnica.<sup>(47)</sup> Complicações associadas à fixação no ligamento sacroespinal são decorrentes de lesão vascular ou nervosa e relacionadas à proximidade dos pontos com a espinha isquiática. Em uma revisão com 1.229 mulheres submetidas a essa técnica, 2% necessitaram de transfusão e 3% tiveram dor transitória.<sup>(48)</sup>

Um ensaio clínico e randomizado que comparou a fixação no ligamento uterossacro com a fixação sacroespinal vaginal verificou taxas de sucesso de aproximadamente 60% para ambas as técnicas após dois anos de seguimento. Porém, esse percentual declinou para 44% e 33% nas pacientes que realizaram fixação no ligamento uterossacro ou sacroespinal vaginal, respectivamente.<sup>(49)</sup>

### **Sacrocolpopexia abdominal**

Consiste na fixação da vagina (com ou sem colo uterino) no promontório, com a interposição de uma tela inabsorvível. Essa técnica é considerada padrão-ouro para tratamento do prolapso apical, com taxas de sucesso variando de 78% a 100%,<sup>(50)</sup> porém está associada a mais tempo cirúrgico e de retorno às atividades e a custo elevado. Apresenta grande heterogeneidade sobre como é realizada do ponto de vista de passos técnicos, tipos de sutura e fios.<sup>(51)</sup> A via laparoscópica apresenta menor

perda sanguínea no intraoperatório e menos tempo de internação, mas menor taxa de sucesso subjetivo e maior taxa de recorrência de prolapso do compartimento anterior.<sup>(52)</sup>

### **Preservação uterina ou não para correção do prolapso apical**

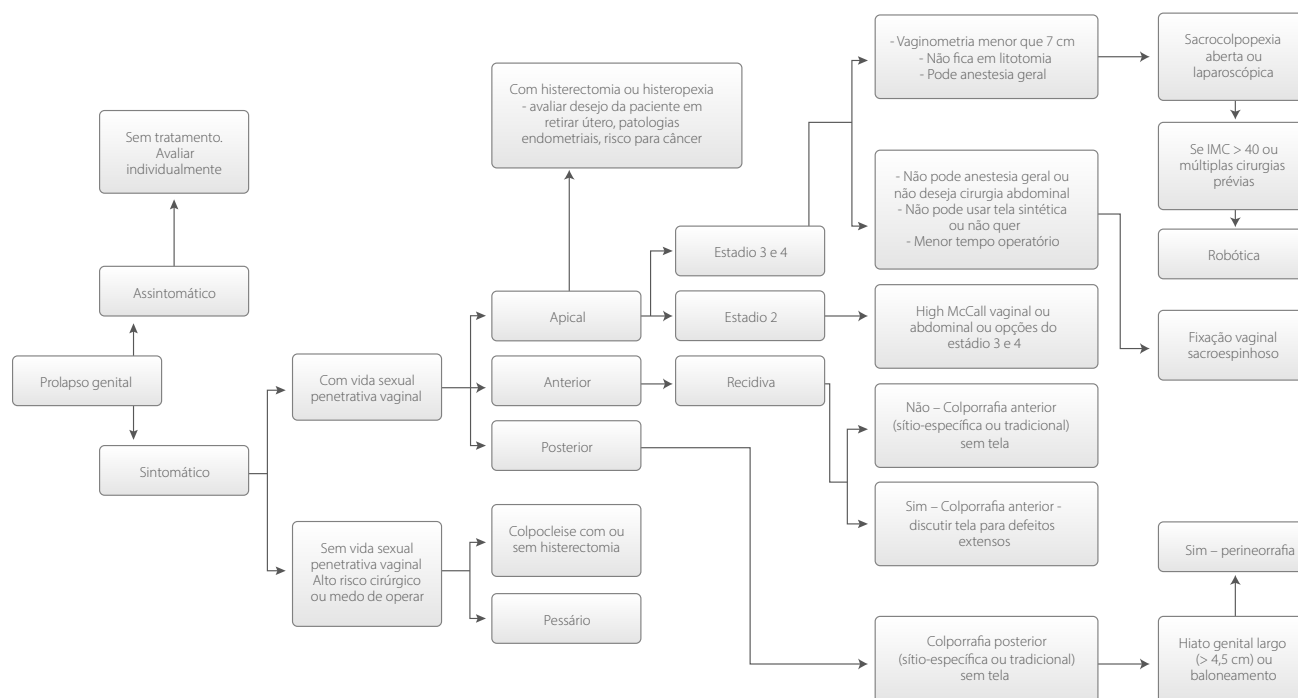
Em artigo de revisão sobre histeropreservação, os autores relatam maior taxa de recidiva do prolapso nessas situações, porém com menos tempo cirúrgico e menos sangramento. As limitações dos estudos incluídos nessa revisão foram a inserção de estudos não randomizados e a heterogeneidade das técnicas cirúrgicas.<sup>(53)</sup> Historicamente, a histeropexia tem sido indicada a mulheres jovens, sobretudo sem prole constituída; porém, estudos mostram que até 60% das mulheres, quando consultadas, optam por não realizar histerectomia no momento do tratamento do prolapso.<sup>(54,55)</sup>

Um ensaio clínico e randomizado que comparou histeropexia sacroespinal (sem uso de tela) com histerectomia mais fixação sacroespinal vaginal verificou que aquela apresentou menores taxas de recidiva do defeito apical (definida como necessidade de reoperação ou retorno dos sintomas), embora o resultado anatômico tenha sido semelhante entre os grupos após um período de cinco anos de acompanhamento.<sup>(56)</sup>

### **Tratamento obliterativo do compartimento apical**

Existem várias técnicas de procedimento obliterativo, sendo as duas mais comuns a parcial (Le Fort) e a completa (colpectomia). As vantagens dos procedimentos obliterativos são a possibilidade de serem executados com anestesia local, terem menos morbidade perioperatória, menos perda sanguínea e retorno rápido às atividades/recuperação. Um estudo aponta que colpocleise é um procedimento efetivo, com taxas de sucesso subjetivo em torno de 100%.<sup>(37)</sup> Em um estudo de revisão com 4.776 procedimentos, a taxa de complicações foi baixa (6,8%), e a mortalidade foi de 0,15%.<sup>(40)</sup> A desvantagem do procedimento é a impossibilidade de manter coito vaginal após a cirurgia e, por esse motivo, somente deve ser indicada a pacientes que não desejam mais exercer função sexual plena. Uma série de casos que acompanhou 33 pacientes por seis anos após colpocleise mostrou que não houve arrependimento quanto à falta de atividade sexual.<sup>(57)</sup> As complicações mais frequentes relatadas foram sangramento e obstrução ureteral, principalmente quando associados à histerectomia.<sup>(58)</sup>

## FLUXOGRAMA DE CONDUTA



IMC: índice de massa corporal.

## RECOMENDAÇÕES FINAIS

O POP pode ser tratado conservadoramente com o uso de pessários vaginais, com bons índices de satisfação e qualidade de vida (A).<sup>(59)</sup>

O TMAP melhora a sintomatologia, mas não consegue regredir prolapsos acentuados (B) nem melhora sintomas pós-operatórios (B).

Para correção cirúrgica do compartimento anterior, a recomendação é preferencialmente o uso de tecido nativo e somente considerar a utilização de tela vaginal em casos de ausência de fâscia, recidiva do prolapso e grandes prolapsos (estágio  $\geq$  II).

Para correção cirúrgica do compartimento posterior, a interposição de telas sintéticas não melhora o resultado terapêutico, portanto não há vantagens em seu uso (A). A colporrafia posterior e o reparo do defeito transversal são as técnicas mais utilizadas por ginecologistas.

Para correção cirúrgica do compartimento apical:

- A fixação no ligamento uterossacro e a fixação no ligamento sacroespinhal têm boa eficácia, mas sacrocolpopexia abdominal é superior, com menos recorrência, porém mais tempo cirúrgico (A).
- A via laparoscópica e a robótica são opções recentes à via laparotômica, com menos tempo de retorno às atividades, porém com custo elevado (B). O uso de telas durante a promontofixação é recomendado e permitido.
- Técnicas com preservação uterina apresentam mais recorrência quando comparadas à histerectomia vaginal (B).

- As técnicas de colpocleise apresentam boa eficácia e baixa morbidade, mas devem ser restritas a mulheres sem atividade sexual (C).

Sobre telas de polipropileno com propriedades diferentes das específicas (macroporosas, monofilamentares e de peso leve), não há estudos específicos para prolapso genital, por via vaginal, com esses tipos de telas, como a Marlex. Existem estudos com telas específicas de polipropileno e outras, como polivinilideno. É importante lembrar que, dessa forma, a incidência de complicações sobre esse material é desconhecida para prolapso genital.

Caso se opte pelo uso de tela sintética, esta deverá ser de polipropileno monofilamentar, macroporosa e de baixo peso.

## REFERÊNCIAS

1. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(1):10-7.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010;21(1):5-26.
3. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(3):176-81.
4. Lubner KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(7):1496-501.

5. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(2 Pt 1):299-305.
6. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol.* 2014;123(6):1201-6.
7. Dällenbach P. To mesh or not to mesh: a review of pelvic organ reconstructive surgery. *Int J Womens Health.* 2015;7:331-43.
8. Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, Cundiff G, Richter H, Gantz M, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *JAMA.* 2013;309(19):2016-24.
9. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA.* 2014;311(10):1023-34.
10. Larson KA, Smith T, Berger MB, Abernethy M, Mead S, Fenner DE, et al. Long-term patient satisfaction with Michigan four-wall sacrospinous ligament suspension for prolapse. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):967-75.
11. Cartwright R, Mangera A, Tikkinen KA, Rajan P, Pesonen J, Kirby AC, et al. Systematic review and meta-analysis of candidate gene association studies of lower urinary tract symptoms in men. *Eur Urol.* 2014;66(4):752-68.
12. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):11-26.e3.
13. Whitcomb EL, Rortveit G, Brown JS, Creasman JM, Thom DH, Van Den Eeden SK, et al. Racial differences in pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009;114(6):1271-7.
14. Quiroz LH, Muñoz A, Shippey SH, Gutman RE, Handa VL. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. *J Reprod Med.* 2010;55(3-4):93-8.
15. Handa VL, Blomquist JL, Knoepf LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011;118(4):777-84.
16. Dallas K, Elliott CS, Syan R, Sohlberg E, Enemchukwu E, Rogo-Gupta L. Association between concomitant hysterectomy and repeat surgery for pelvic organ prolapse repair in a cohort of nearly 100,000 women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1328-36.
17. Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Murphy M, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2019;30(4):505-22.
18. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, Birnbaum E, Carmichael JC, Connell KA, et al.; Members of the Pelvic Floor Disorders Consortium Working Groups on Patient-Reported Outcomes. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecological Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(1):1-15.
19. Dietz HP. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019;54:12-30.
20. Lin FC, Funk JT, Tiwari HA, Kalb BT, Twiss CO. Dynamic pelvic magnetic resonance imaging evaluation of pelvic organ prolapse compared to physical examination findings. *Urology.* 2018;119:49-54.
21. Broekhuis SR, Fütterer JJ, Barentsz JO, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on dynamic magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse: the use of reference lines and anatomical landmarks. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(6):721.
22. Pizarro-Berdichevsky J, Borazjani A, Pattillo A, Arellano M, Li J, Goldman HB. Natural history of pelvic organ prolapse in symptomatic patients actively seeking treatment. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2018;29(6):873-80.
23. de Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2016;27(12):1797-803.
24. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JL, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):405.e1-8.
25. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(2):345-50.
26. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(4):1025-9.
27. de Albuquerque Coelho SC, Brito LG, de Araujo CC, Juliato CR. Factors associated with unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: systematic review and metaanalysis. *Neurourol Urodyn.* 2020;39(7):1912-21.
28. Due U, Brostrøm S, Lose G. Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2016;27(4):555-63.
29. Due U, Brostrøm S, Lose G. The 12-month effects of structured lifestyle advice and pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(7):811-9.
30. Duarte TB, Bø K, Brito LG, Bueno SM, Barcelos TM, Bonacin MA, et al. Perioperative pelvic floor muscle training did not improve outcomes in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: a randomised trial. *J Physiother.* 2020;66(1):27-32.
31. Shoureshi PS, Lee W, Kobashi KC, Sajadi KP. Media coverage of the 2019 United States Food and Drug Administration ordered withdrawal of vaginal mesh products for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2020 Jun 29.
32. Palmerola R, Peyronnet B, Rebolos M, Khan A, Sussman RD, Escobar C, et al. Trends in stress urinary incontinence surgery at a tertiary center: midurethral sling use following the AUGS/SUFU position statement. *Urology.* 2019;131:71-6.
33. Meriwether KV, Gold KP, Tayrac R, Cichowski SB, Minassian VA, Cartwright R, et al.; Developed by the Joint Writing Group of the American Urogynecologic Society and the International Urogynecological Association. Joint report on terminology for surgical procedures to treat pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2020;31(3):429-63.
34. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2(4):CD004014.
35. Chughtai B, Barber MD, Mao J, Forde JC, Normand ST, Sedrakyan A. Association between the amount of vaginal mesh used with mesh erosions and repeated surgery after repairing pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *JAMA Surg.* 2017;152(3):257-63.
36. Glazener CM, Breeman S, Elders A, Hemming C, Cooper KG, Freeman RM, et al.; PROSPECT study group). Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *Lancet.* 2017;389(10067):381-92.
37. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):CD012079.
38. Juliato CR, Santos Júnior LC, Haddad JM, Castro RA, Lima M, Castro EB. Mesh surgery for anterior vaginal wall prolapse: a meta-analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016;38(7):356-64.
39. Jia X, Glazener C, Mowatt G, MacLennan G, Bain C, Fraser C, et al. Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2008;115(11):1350-61.

40. Sokol AI, Iglesia CB, Kudish BI, Gutman RE, Shveiky D, Bercik R, et al. One-year objective and functional outcomes of a randomized clinical trial of vaginal mesh for prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(1):86.e1-9.
41. Elliott CS, Yeh J, Comiter CV, Chen B, Sokol ER. The predictive value of a cystocele for concomitant vaginal apical prolapse. *J Urol*. 2013;189(1):200-3.
42. Delancey JO. Surgery for cystocele III: do all cystoceles involve apical descent?: Observations on cause and effect. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2012;23(6):665-7.
43. Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide AA; AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL practice report: Practice Guidelines on the Prevention of Apical Prolapse at the Time of Benign Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014;21(5):715-22.
44. Kasturi S, Bentley-Taylor M, Woodman PJ, Terry CL, Hale DS. High uterosacral ligament vaginal vault suspension: comparison of absorbable vs. permanent suture for apical fixation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2012;23(7):941-5.
45. Filmar GA, Fisher HW, Aranda E, Lotze PM. Laparoscopic uterosacral ligament suspension and sacral colpopexy: results and complications. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2014;25(12):1645-53.
46. Castro RA, Haddad JM. Tratamento do prolapso genital. In: Haddad JM, coordenador. *Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2015. p. 8-19.
47. Morgan DM, Rogers MA, Huebner M, Wei JT, Delancey JO. Heterogeneity in anatomic outcome of sacrospinous ligament fixation for prolapse: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2007;109(6):1424-33.
48. Sze EH, Karram MM. Transvaginal repair of vault prolapse: a review. *Obstet Gynecol*. 1997;89(3):466-75.
49. Lukacz ES, Warren LK, Richter HE, Brubaker L, Barber MD, Norton P, et al. Quality of Life and Sexual Function 2 Years After Vaginal Surgery for Prolapse. *Obstet Gynecol*. 2016;127(6):1071-9.
50. Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol*. 2004;104(4):805-23.
51. Moroni RM, Juliato CR, Cosson M, Giraudet G, Brito LG. Does sacrocolpopexy present heterogeneity in its surgical technique? A systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(8):2335-45.
52. Costantini E, Mearini L, Lazzeri M, Bini V, Nunzi E, di Biase M, et al. Laparoscopic Versus Abdominal Sacrocolpopexy: A Randomized, Controlled Trial. *J Urol*. 2016;196(1):159-65.
53. de Oliveira SA, Fonseca MC, Bortolini MA, Girão MJ, Roque MT, Castro RA. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2017;28(11):1617-30.
54. Frick AC, Barber MD, Paraiso MF, Ridgeway B, Jelovsek JE, Walters MD. Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013;19(2):103-9.
55. Korbly NB, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):470.e1-6.
56. Schulten SF, Detollenaere RJ, Stekelenburg J, Int'Hout J, Kluivers KB, van Eijndhoven HW. Sacrospinous hysterectomy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ*. 2019;366:l5149.
57. Mueller MG, Ellimootil C, Abernethy MG, Mueller ER, Hohmann S, Kenton K. Colpocleisis: a safe, minimally invasive option for pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015;21(1):30-3.
58. Meyer I, McGwin G, Swain TA, Alvarez MD, Ellington DR, Richter HE. Synthetic graft augmentation in vaginal prolapse surgery: long-term objective and subjective outcomes. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(4):614-21.
59. Coelho SA, Brito LG, Araujo CC, Aguiar LB, Haddad JM, Giraldo PC, et al. Factors associated with the prescription of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. *Clinics* 2019;74e934.

# Diagnóstico e manejo hemostático na hemorragia obstétrica: aplicabilidade do uso de hemocomponentes e hemoderivados

## INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, ocorrem alterações fisiológicas significativas no sistema cardiovascular, hemodinâmico e hemostático para prevenir perda sanguínea excessiva durante o parto. O volume sanguíneo aumenta de 30% a 50%, principalmente devido ao aumento do volume plasmático, e o volume de hemácias também sobe em torno de 20%. Isso resulta em hemodiluição e anemia fisiológica, com os níveis de hemoglobina atingindo o mínimo entre 28 e 34 semanas de gestação. O fluxo sanguíneo nas artérias uterinas aumenta dez vezes, e o sistema de coagulação é ativado com elevação dos fatores de coagulação (I, VII, VIII, IX, X e fator de von Willebrand). A hipervolemia fisiológica pode levar a sinais de choque somente com perdas superiores a 1,5 L de sangue e ao surgimento de uma coagulopatia de consumo precoce. Essas mudanças dificultam o diagnóstico de hemorragias graves e discrasias sanguíneas, já que há retardo na apresentação dos sinais e sintomas de hipovolemia e choque. Assim, é fundamental que equipes obstétricas adotem protocolos para gerenciar o sangue, mantendo níveis adequados de hemoglobina, otimizando a hemostasia, minimizando a perda sanguínea e limitando a hemotransfusão, para melhorar os desfechos para a paciente (*patient blood management*).<sup>(1,2)</sup>

## DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO CLÍNICA DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A hemorragia pós-parto (HPP) é classificada como primária ou secundária, dependendo do momento em que ocorre. A HPP primária refere-se à perda de mais de 500 mL de sangue após um parto vaginal ou mais de 1.000 mL após uma cesariana nas primeiras 24 horas, ou ainda a qualquer perda sanguínea capaz de causar instabilidade hemodinâmica. Já a HPP maciça é caracterizada pela perda superior a 30% a 40% do volume sanguíneo da parturiente, ou por uma perda superior a 2.000 mL. A HPP secundária ocorre entre 24 horas e até 6 a 12 semanas após o nascimento.<sup>(2,3)</sup>

Métodos gravimétricos, como a pesagem de compressas e campos cirúrgicos, tendem a ser mais precisos na estimativa da perda sanguínea, em comparação com métodos visuais; no entanto, exigem fluxos assistenciais padronizados na unidade de saúde. A estimativa visual, embora imprecisa, pode ser útil na ativação do protocolo para HPP em situações de sangramentos não ocultos. A dependência exclusiva de métodos visuais para estimativa da perda volêmica pode atrasar o diagnóstico e o tratamento da HPP.<sup>(4)</sup>

Os sinais clínicos de instabilidade hemodinâmica são cruciais para estimar a perda volêmica e avaliar o impacto hemorrágico, embora suas alterações geralmente só se manifestem após perdas significativas. A aferição de

### Descritores

Hemoterapia; Hemorragia pós-parto; Transfusão; Ressuscitação hemostática; Hemocomponentes

### Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Diagnóstico e manejo hemostático na hemorragia obstétrica: aplicabilidade do uso de hemocomponentes e hemoderivados. Femina. 2025;53(7):928-32.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 54. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, cor da pele e temperatura, é essencial em casos de hipovolemia. O uso do índice de choque (IC), um marcador precoce de instabilidade, é incentivado na HPP para avaliar a gravidade do sangramento e o risco de transfusão e monitorar a resposta ao tratamento. Um IC  $\geq 1$  indica risco elevado de necessidade transfusional.<sup>(5-7)</sup>

A “regra dos 30” é outra estratégia mnemônica utilizada para identificar sinais clínicos indicativos de perda sanguínea significativa, correspondendo a 30% ou mais da volemia. De acordo com essa regra, uma paciente pode estar em choque hipovolêmico moderado a grave se apresentar queda de 30 mmHg na pressão arterial sistólica, aumento de 30 bpm na frequência cardíaca, frequência respiratória acima de 30 irpm, queda de 30% nos níveis de hemoglobina ou hematócrito, ou débito urinário inferior a 30 mL/hora.<sup>(7-9)</sup>

A avaliação laboratorial do choque hipovolêmico pode também ser importante para se determinar a gravidade do sangramento. Em casos graves, a gasometria, o lactato e o fibrinogênio são parâmetros úteis. Um pH  $< 7,3$  indica acidose, enquanto lactato persistente  $> 2$  mmol/L está associado a maior morbimortalidade e a hipóxia tecidual significativa. O excesso de base também é relevante, com valores abaixo de  $-6$  mmol/L indicando choque moderado e abaixo de  $-10$  mmol/L indicando choque grave. A dosagem de fibrinogênio é essencial, pois níveis abaixo de 200 mg/dL estão ligados a hemorragias significativas. É importante notar que o nível de hemoglobina pode levar de duas a três horas para

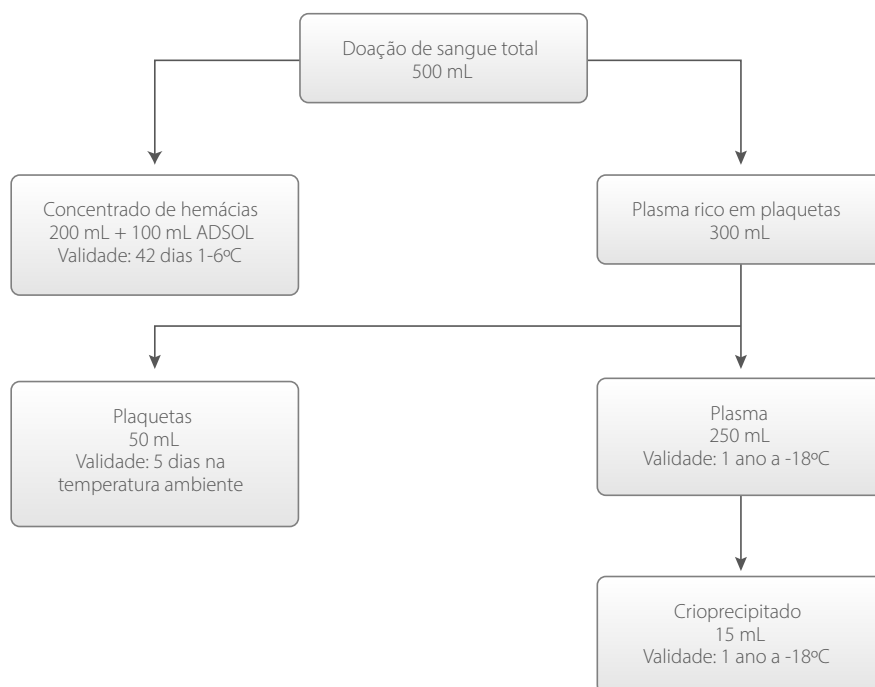
refletir a perda volêmica aguda, e o coagulograma não fornece resultados rápidos, tendo uso limitado em situações emergenciais como a HPP.<sup>(10-14)</sup>

## MANEJO DO SANGUE DO PACIENTE (PATIENT BLOOD MANAGEMENT, OU PBM)

O manejo do sangue do paciente (PBM) é uma abordagem moderna adotada em várias especialidades médicas, incluindo a obstetrícia, para reduzir o sangramento perioperatório e a necessidade de hemotransfusão. O PBM é baseado em três pilares principais: (1) antecipação, detecção e correção da anemia pré-operatória/pré-parto; (2) prevenção e redução da perda sanguínea perioperatória/periparto e (3) otimização do tratamento da anemia pós-operatória/pós-parto, incluindo o uso restritivo da hemotransfusão.<sup>(15,16)</sup> O PBM objetiva manter níveis adequados de hemoglobina antes do procedimento, otimizar a hemostasia, minimizar a perda de sangue e limitar as transfusões.

## HEMOTERAPIA

A medicina transfusional evoluiu imensamente após a descoberta de que o sangue total poderia ser dividido em componentes individuais e transfundido separadamente, já que o sangue é um recurso limitado. Um único doador contribui com sangue total para um banco, onde uma unidade desse sangue pode ser subdividida em quatro componentes distintos: concentrado de hemácias (CH), plaquetas, plasma fresco congelado (PFC) e crioprecipitado (Crio)<sup>(17,18)</sup> (Figura 1 e Tabela 1).



**Figura 1.** Processamento do sangue total em hemoderivados

**Tabela 1.** Terapia com hemoderivados

| Componente                         | Volume de sangue necessário para a preparação | Volume do produto cedido                   | Validade                | Condições de armazenamento                            | Tempo de preparação                                  | Aumento correspondente nos parâmetros sanguíneos      | Sangue correspondente  |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|
| Unidade de Concentrado de Hemácias | 450 a 500 mL de sangue total                  | 200 mL + 100 mL de solução conservante (a) | 35 dias vs. 42 dias (a) | 1-6 °C                                                | Nenhum. Sangue aquecido pode ser usado se apropriado | Hgb: 1 a 1,5 g/dL<br>Htc: 3% a 5%                     | ABO e Rh               |
| Unidade de Plaquetas               | 450 a 500 mL de sangue total                  | 50 mL (b)                                  | 5 dias                  | Temperatura ambiente (20 a 24 °C) com agitação gentil | Nenhum                                               | 20.000 a 40.000 plaquetas/uL                          | Sem correspondente (c) |
| Unidade de Plasma                  | 450 a 500 mL de sangue total                  | 250 mL (b)                                 | 1 ano                   | - 18 °C                                               | Tempo de descongelamento a 37 °C                     | Diminui TP e RNI ao receber fator II, VII, IX e X     | ABO e Rh               |
| Unidade de Crioprecipitado         | 450 a 500 mL de sangue total                  | 15 mL (d)                                  | 1 ano                   | - 18 °C                                               | Tempo de descongelamento a 37 °C                     | 5 a 10 mg/dL de fibrinogênio. Contém fator VIII e vWF | ABO sugerido           |

(a) Dependendo da solução conservante (CDPA-1 vs. ADSOL).

(b) Tipicamente agrupado em 4 a 6 unidades adicionais antes da transfusão.

(c) Plaquetas somente contêm 5% dos antígenos ABO presentes no concentrado de hemácias, o que é clinicamente insignificante.

(d) Frequentemente agrupado em 8 a 10 unidades de crioprecipitado.

## UTILIZAÇÃO DE OUTROS DERIVADOS DO SANGUE:

O concentrado de complexo protrombínico (CCP) compreende fatores de coagulação vitamina K-dependentes derivados do plasma humano. Evidências são escassas para seu uso em HPP. Assim, o CPP não deve ser utilizado como tratamento de primeira linha em hemorragia obstétrica, mas pode ser considerado em casos refratários e individualizados.<sup>(19,20)</sup>

O fator VIIa recombinante (rFVIIa) ativa a coagulação, estabilizando coágulos, sendo aprovado para hemofílicos com aloanticorpos contra fatores VIII ou IX. Contudo, é utilizado *off-label* em hemorragias obstétricas, e seu uso não é consenso, nem tratamento de primeira linha.

## RESSUSCITAÇÃO HEMOSTÁTICA

A abordagem do choque hipovolêmico exige o controle rápido do sangramento, a restauração da perfusão e oxigenação tecidual, e a abordagem precoce da coagulopatia.<sup>(14,21)</sup>

Para realizar a ressuscitação hemostática, algumas ações são essenciais, a citar: o uso parcimonioso de cristaloides associado à hipotensão permissiva; o uso precoce e oportuno de hemocomponentes sempre com relações transfusionais próximas de 1:1:1 (CH:PFC:PLT); a reposição precoce do fibrinogênio, nos casos de hipofibrinogenemia; o uso precoce de antifibrinolítico (ácido tranexâmico [TXA]); e a recuperação da homeostase e a implementação de medidas para evitar coagulopatia relacionada à hipotermia, acidose e distúrbios eletrolíticos, tais como hipocalcemia.<sup>(6,14)</sup>

Atualmente, não se recomenda mais a infusão fixa de 2 L de cristaloides em bólus ao diagnosticar sangramento, nem a proporção de 3 L de fluido para cada litro de sangue perdido. O uso de coloides também é desencorajado devido ao risco de acidose, insuficiência renal e agravamento da coagulopatia. Os protocolos atuais sugerem uma infusão de líquidos mais racional, avaliando a resposta da paciente a cada 500 mL de cristalóide administrado para garantir uma reperfusão adequada dos tecidos. Pacientes que não respondem adequadamente aos cristaloides ou permanecem instáveis após 1.500 mL de cristaloides devem ser consideradas para hemotransfusão imediata para melhorar a oxigenação tecidual. Na HPP, atualmente se recomenda reanimação com hipotensão permissiva até o controle cirúrgico do sangramento. A reposição precoce de hemoderivados mostra-se mais eficaz na melhora dos desfechos clínicos do que o uso de cristaloides em volumes excessivos.<sup>(14,21)</sup>

O suporte hemoterápico nos casos de choque hipovolêmico deve ser sistematizado e conduzido por equipe multidisciplinar. A implementação de protocolo de transfusão maciça, que inclua fluxo de liberação de transfusão emergencial, é fundamental. Protocolos obstétricos de transfusão maciça, usualmente, são baseados em protocolos do trauma e geralmente recomendam uma reposição com alta proporção de CH, PFC e plaquetas (proporção 6:4:1 ou 4:4:1). Contudo, a HPP apresenta uma peculiaridade: a evolução precoce para a hipofibrinogenemia. Dessa forma, tem se discutido a importância de repor fibrinogênio, por meio de Crio ou concentrado de fibrinogênio em protocolos bem estabelecidos.<sup>(14,18)</sup>

A ativação dos protocolos transfusionais nos quadros hemorrágicos agudos e graves devem prioritariamente se basear nos sinais clínicos da gestante ou puérpera, visto que os exames laboratoriais podem demorar a refletir as perdas volêmicas agudas. Assim, diante de uma hemorragia maciça associada a sinais de instabilidade hemodinâmica (como  $IC \geq 1,0$ , ou ainda pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg, frequência cardíaca superior a 120 bpm, sudorese intensa, entre outros), existe a possibilidade real de hemotransfusão.<sup>(5-7)</sup>

A reposição de hemocomponentes não deve ser aleatória ou desproporcional, para evitar ainda mais distúrbios de coagulação. Nesse sentido, um protocolo de transfusão maciça bem sistematizado, utilizando proporções adequadas dos hemocomponentes ou guiado por provas viscoelásticas, pode ser essencial para o sucesso e para o uso racional de componentes do sangue. As provas viscoelásticas são capazes de identificar os componentes do sangue que estão deficientes e necessitam ser repostos, melhorando o uso racional de hemocomponentes durante as transfusões maciças.<sup>(6,18)</sup>

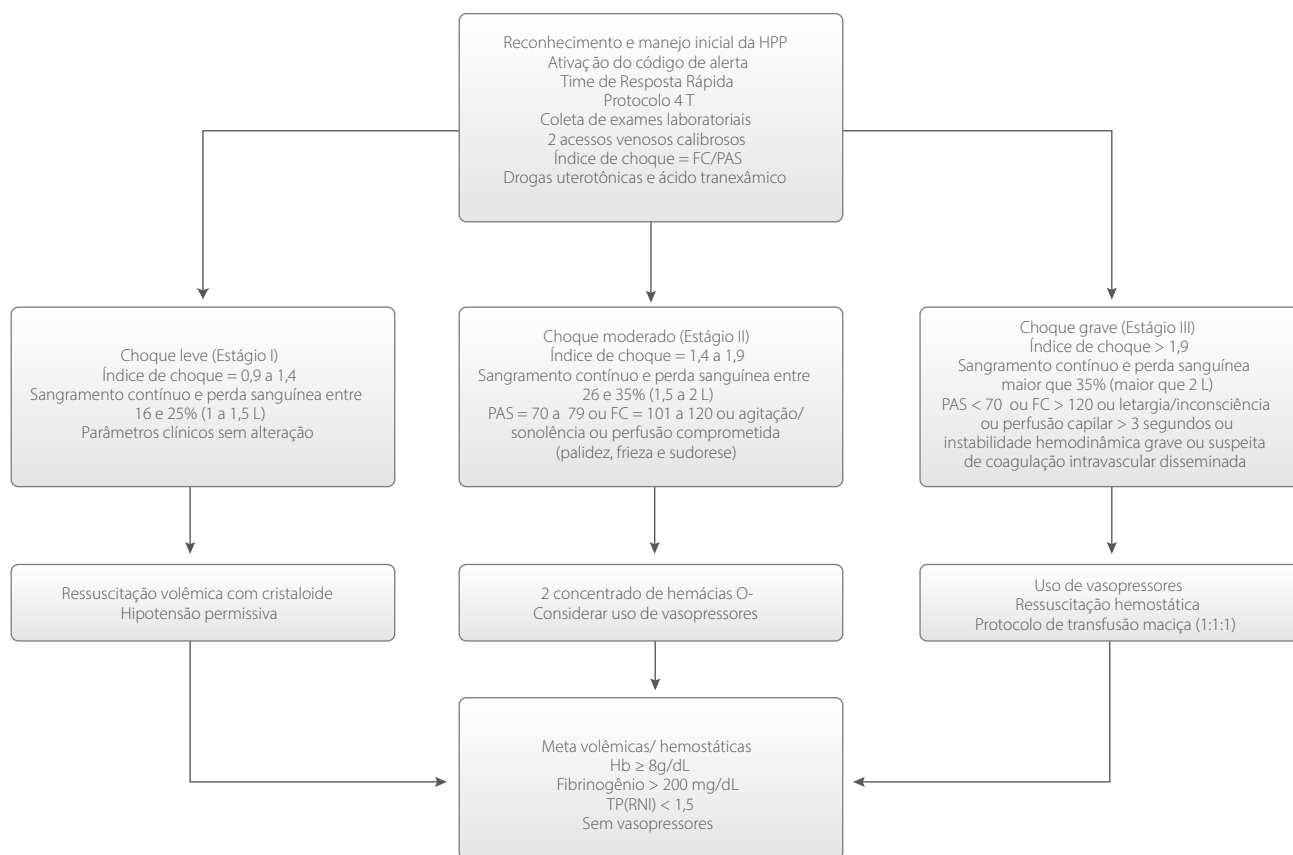
O uso precoce de antifibrinolítico também é um dos pilares da ressuscitação hemostática no choque

hipovolêmico obstétrico. O ensaio WOMAN demonstrou que a administração de 1 g de TXA, dentro das primeiras três horas da HPP, reduz significativamente as mortes maternas. Não há estudos bem estabelecidos em obstetrícia que sinalizem o mesmo benefício com outros antifibrinolíticos, de forma que o TXA é o antifibrinolítico a ser usado nesses quadros.<sup>(22)</sup>

O combate à hipotermia (temperatura  $< 35^{\circ}C$ ) é outra medida crucial durante a ressuscitação hemostática. A hipotermia pode impactar negativamente a coagulação, uma vez que interfere na geração de trombina, na agregação plaquetária e na formação de trombos de fibrina, exacerbando a coagulopatia. Dessa forma, tornam-se essenciais a infusão de líquidos aquecidos, o uso de mantas térmicas e o monitoramento contínuo da paciente durante um quadro hemorrágico obstétrico em relação à temperatura corporal.<sup>(14,21,23)</sup>

Por fim, outro fator que pode agravar a coagulopatia em gestantes/puérperas submetidas a transfusões maciças é a hipocalcemia. Nesses casos, a dosagem do cálcio é recomendada. A presença combinada de coagulopatia, acidose, hipotermia e hipocalcemia é conhecida como o “diamante da morte” no contexto do choque hipovolêmico.<sup>(24)</sup>

## FLUXOGRAMA DE CONDUTA



FC: frequência cardíaca; PAS: pressão arterial sistêmica; Hb: hemoglobina; TP: tempo de protrombina; RNI: Razão Normalizada Internacional.

## RECOMENDAÇÕES FINAIS

- O obstetra deve dominar os conhecimentos básicos da ressuscitação hemostática (grau de recomendação D).
- As alterações fisiológicas da gestação podem dificultar a avaliação do estado hemodinâmico da gestante (grau de recomendação C).
- O IC é uma estratégia eficaz para avaliação hemodinâmica na hemorragia obstétrica, sendo capaz de prever a necessidade de hemotransfusão e complicações (grau de recomendação B).
- A administração precoce do TXA é capaz de reduzir a morte materna por sangramento (grau de recomendação A).
- A infusão excessiva de fluidos no choque hipovolêmico está associada a pior desfecho clínico (grau de recomendação B).
- A presença de protocolos de transfusão maciça nas maternidades é crucial para o uso adequado e eficaz dos hemocomponentes (grau de recomendação D).
- A hipofibrinogenemia (<200 mg/dL) é um marcador precoce e significativo de hemorragia obstétrica grave (grau de recomendação B).
- A hipotensão permissiva é recomendada até o controle cirúrgico do sangramento (grau de recomendação B).
- A hipotermia agrava a coagulopatia materna, o que torna essencial seu tratamento imediato (grau de recomendação B).
- Provas viscoelásticas são recomendadas para o diagnóstico e o tratamento em tempo real de coagulopatias associadas à hemorragia obstétrica (grau de recomendação B).

## REFERÊNCIAS

1. Surbek D, Vial Y, Girard T, Breymann C, Bencaiova GA, Baud D, et al. Patient blood management (PBM) in pregnancy and childbirth: literature review and expert opinion. *Arch Gynecol Obstet*. 2020;301(2):627-41.
2. Sebghati M, Chandrachan E. An update on the risk factors for and management of obstetric haemorrhage. *Womens Health (Lond)*. 2017;13(2):34-40.
3. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG*. 2017;124(5):e106-49.
4. Kogutta BK, Vaught JA. Postpartum hemorrhage: Blood product management and massive transfusion. *Semin Perinatol*. 2019;43(1):44-50.
5. Pacagnella RC, Borovac-Pinheiro A. Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;61:89-105.
6. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaitė D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;157 Suppl 1:3-50.
7. Le Bas A, Chandrachan E, Addei A, Arulkumaran S. Use of the "obstetric shock index" as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124(3):253-5.
8. Chaudhary M, Maitra N, Sheth T, Vaishnav P. Shock Index in the Prediction of Adverse Maternal Outcome. *J Obstet Gynaecol India*. 2020;70(5):355-9.
9. Nathan HL, Seed PT, Hezelgrave NL, De Greeff A, Lawley E, Anthony J, et al. Shock index thresholds to predict adverse outcomes in maternal hemorrhage and sepsis: A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(9):1178-86.
10. Okada A, Okada Y, Inoue M, Narumiya H, Nakamoto O. Lactate and fibrinogen as good predictors of massive transfusion in postpartum hemorrhage. *Acute Med Surg*. 2019;7(1):e453.
11. Charbit B, Mandelbrot L, Samain E, Baron G, Haddaoui B, Keita H, et al.; PPH Study Group. The decrease of fibrinogen is an early predictor of the severity of postpartum hemorrhage. *J Thromb Haemost*. 2007;5(2):266-73.
12. McNelis J, Marini CP, Jurkiewicz A, Szomstein S, Simms HH, Ritter G, et al. Prolonged lactate clearance is associated with increased mortality in the surgical intensive care unit. *Am J Surg*. 2001;182(5):481-5.
13. Mutschler M, Nienaber U, Brockamp T, Wafaisade A, Fabian T, Paffrath T, et al.; TraumaRegister DGU. Renaissance of base deficit for the initial assessment of trauma patients: a base deficit-based classification for hypovolemic shock developed on data from 16,305 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Crit Care*. 2013;17(2):R42.
14. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília, DF: OPAS; 2018. p. 72.
15. Christy F, Samama CM, Hardy JF. Patient blood management in obstetrics: management of anaemia and haematinic deficiencies in pregnancy and in the post-partum period: NATA consensus statement. *Transfus Med*. 2018 Feb;28(1):22-39.
16. Mehra T, Seifert B, Bravo-Reiter S, Wanner G, Dutkowski P, Holubec T, et al. Implementation of a patient blood management monitoring and feedback program significantly reduces transfusions and costs. *Transfusion*. 2015;55(12):2807-15.
17. Konkle BA, Fogarty AE. Transfusion medicine in obstetrics. *Transfus Med Rev*. 2018;32(4):203-4.
18. Pacheco LD, Saade GR, Costantine MM, Clark SL, Hankins GD. An update on the use of massive transfusion protocols in obstetrics. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(3):340-4.
19. Collins P, Abdul-Kadir R, Thachil J; Subcommittees on Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis and on Disseminated Intravascular Coagulation. Management of coagulopathy associated with postpartum hemorrhage: guidance from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost*. 2016;14(1):205-10.
20. National Blood Authority. Patient blood management guideline for adults with critical bleeding. 2023 [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.blood.gov.au/patient-blood-management-guideline-adults-critical-bleeding>
21. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia donde vamos? 2018 [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/hemorragia-postparto-donde-estamos-y-hacia-donde-vamos/>
22. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2017;389(10084):2105-16. Erratum in: *Lancet*. 2017;389(10084):2104.
23. Wallner B, Schenk B, Hermann M, Paal P, Falk M, Strapazzon G, et al. Hypothermia-associated coagulopathy: a comparison of viscoelastic monitoring, platelet function, and real-time live confocal microscopy at low blood temperatures, an in vitro experimental study. *Front Physiol*. 2020;11:843.
24. Wray JP, Bridwell RE, Schauer SG, Shackelford SA, Bebart VS, Wright FL, et al. The diamond of death: Hypocalcemia in trauma and resuscitation. *Am J Emerg Med*. 2021;41:104-9.

# Doenças hematológicas e gravidez

## HIGHLIGHTS

1. As anemias são as doenças mais comumente associadas à gestação e ao puerpério.
2. A mais comum é a anemia ferropriva, principalmente nos países em desenvolvimento, mas seja qual for o tipo de anemia, quando a hemoglobina está abaixo dos níveis normais, pode haver maior incidência de intercorrências maternas e fetais.
3. Assim, é fundamental corrigir a anemia ferropriva, de preferência, no período pré-concepcional.
4. Quanto aos outros tipos de doenças hematológicas, há que se fazer o diagnóstico correto e orientar a mulher sobre o momento adequado para a gestar.

## ANEMIAS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a anemia na gravidez é definida pela concentração de hemoglobina (Hb) < 11 g/dL nos três trimestres gestacionais.<sup>(1)</sup>

Pode ser classificada em leve (Hb > 10 g/dL, com hematócrito > 30%), moderada (Hb = 7 a 10 g/dL, com hematócrito = 21% a 30%) e grave (Hb < 7 g/dL, com hematócrito < 21%).<sup>(2,3)</sup>

## ANEMIA FERROPRIVA

A anemia ferropriva é a mais prevalente, principalmente em países em desenvolvimento, sendo caracterizada como um problema de saúde pública.<sup>(4,5)</sup> Estabelece-se pela pouca ingestão ou absorção do ferro ou pela perda aumentada de sangue, aguda ou crônica.

Segundo a OMS, no Brasil, entre as mulheres em idade reprodutiva, a prevalência de anemia é de 19,1%.<sup>(6)</sup>

## Quadro clínico

Os sintomas e sinais podem ser inespecíficos e incluem cansaço, fadiga, palidez, déficit de concentração, palpitações, taquicardia e dispneia.

## Quadro laboratorial

As alterações laboratoriais incluem Hb < 11 g/dL, microcitose, hipocromia, ferritina sérica < 15 µg/L, índice de saturação de transferrina < 16%, amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) < 15%, capacidade de ligação do ferro > 400 µg/dL e ferro plasmático < 40 µg/dL.

Na ausência de anemia, o uso da dosagem de ferritina para diagnóstico da deficiência de ferro e indicação de tratamento ainda é controverso, devido à ausência de um ponto de corte preciso, sendo mais citado o valor de 30 µg/L, mas valores de 15 µg/L, 40 µg/L e 50 µg/L também são defendidos por alguns autores.<sup>(7)</sup> A reposição de ferro guiada pela deficiência de ferritina sem anemia tem sido recomendada, especialmente para mulheres com risco de anemia, como múltiparas, história de anemia, gestação múltipla, gravidez na adolescência, intervalo interpartal menor que um ano, dieta vegana ou vegetariana e indivíduos que não desejam transfusão.<sup>(7)</sup>

## Descritores

Anemia; Complicações hematológicas na gravidez; Coagulopatias; Transtornos da coagulação sanguínea

## Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Doenças hematológicas e gravidez. Femina. 2025;53(7):933-40.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 6. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

A tabela 1 sinaliza os valores na anemia ferropriva.<sup>(3,4,8)</sup>

**Tabela 1.** Valores laboratoriais encontrados na anemia ferropriva em gestantes

| Exame                                            | Valor              |
|--------------------------------------------------|--------------------|
| Hemoglobina                                      | < 11 g/dL          |
| Ferritina sérica                                 | < 15 ng/mL         |
| Capacidade total de ligação do ferro             | > 400 µg/dL        |
| Ferro plasmático                                 | < 60 µg/dL         |
| Índice de saturação da transferrina              | < 16%              |
| Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos | > 15%              |
| Volume corpuscular médio                         | Diminuído (<85 fL) |
| Hemoglobina corpuscular média                    | Diminuída (<27 pg) |

Fonte: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Doenças hematológicas e gravidez. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo Febrasgo-Obstetrícia, nº 40/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco). Tabela 1, Valores laboratoriais encontrados na anemia ferropriva em gestantes; p. 5.

COMPLICAÇÕES

As principais complicações maternas são comprometimento dos desempenhos físico e mental, labilidade emocional, prematuridade, pré-eclâmpsia, alterações cardiovasculares, insuficiência placentária crônica, diminuição da função imunológica, alterações da função da tireoide, queda de cabelos, enfraquecimento das unhas e redução na produção de leite. Também apresentam menor tolerabilidade às perdas sanguíneas do parto, conduzindo a maior risco de anemia no pós-parto e hemotransfusão.<sup>(2,4,9)</sup>

Em relação ao comprometimento fetal, o estado anêmico relaciona-se com perdas gestacionais (abortamentos e óbito intrauterino), hipoxemia fetal com comprometimento da vitalidade, rotura prematura das membranas ovulares, quadros infecciosos, restrição de crescimento fetal (RCF) e, muitas vezes, alterações irreversíveis do desenvolvimento neurológico fetal.<sup>(2,7,9-11)</sup>

ASPECTOS TERAPÊUTICOS

Profilaxia

O Ministério da Saúde recomenda suplementação oral diária com 30 a 40 mg de ferro elementar.<sup>(2,8,12)</sup> A OMS advoga suplementação oral de 30 a 60 mg de ferro elementar diário ou, como alternativa para minimizar efeitos adversos, posologia oral semanal de 120 mg.<sup>(11)</sup>

Tratamento

Recomenda-se o uso de sais de ferro (sulfato, gluconato, succinato, fumarato ou ferro quelato), por via oral, na dose diária de 120 a 180 mg de ferro elementar, mantido por três meses após a correção da anemia, para incremento dos estoques de ferro.<sup>(2,4,8,11-15,18)</sup>

A ferroterapia deve contemplar a divisão da dose diária em duas a três ingestas, igualmente espaçadas. Recomenda-se, ainda, associação de suco de frutas cítricas para aumentar a absorção do micronutriente. Desaconselha-se ingestão simultânea de leite, café ou chá, pela possibilidade de reduzir a absorção de ferro.

O ferro elementar corresponde à quantidade de ferro presente em um suplemento que pode ser absorvida. Está disponível nas formas ferroso e férrico. Os sais de ferro ferroso (fumarato ferroso, sulfato ferroso e gluconato ferroso) apresentam melhor absorção. No entanto, os efeitos adversos reportados por essas apresentações (epigastralgia, pirose, náusea, vômito, gosto metálico na boca, manchas nos dentes, dispepsia, desconforto abdominal, diarreia e obstipação intestinal) propulsionaram a busca por compostos capazes de minimizar tal contexto. A ligação de um quelante orgânico aos sais de ferro deu origem aos compostos aminoquelados, os quais apresentam, como principais características, capacidade de resistir à ação de enzimas e proteínas digestivas e redução da exposição direta do ferro às células da mucosa gastrointestinal. Quando comparados aos sais ferrosos, apresentam menos toxicidade e incidência de efeitos colaterais. Apresentam também como vantagem o fato de sua absorção não ser influenciada pela presença de alimentos no estômago.<sup>(10-16)</sup>

A tabela 2 mostra as principais características das formulações de ferro elementar.

**Tabela 2.** Principais características das formulações quanto à biodisponibilidade de ferro elementar

| Formulação              | Dosagem (mg) | Ferro elementar (%) | Quantidade de ferro elementar (mg) |
|-------------------------|--------------|---------------------|------------------------------------|
| Sulfato ferroso         | 200-300      | 20                  | 40-60                              |
| Fumarato ferroso        | 200          | 33                  | 30-60                              |
| Gluconato ferroso       | 300          | 12                  | 36                                 |
| Ferropolimaltose        | 333          | 30                  | 100                                |
| Ferro quelato glicinato | 150-300      | 20                  | 30-100                             |

Fonte: Adaptado de Cançado RD, et al. (2010).<sup>(14)</sup>

Não há evidências de melhores resultados nos desfechos maternos nem/ou perinatais comparando-se a terapia oral com a parenteral. Essa última pode incrementar os parâmetros hematimétricos pré-parto, minimizando a necessidade de transfusão puerperal nos casos de anemia grave. No entanto, a maior indicação da via parenteral se destina a casos em que haja forte intolerância à via oral, podendo ser utilizados o sacarato férrico e a carboximatose férrica.<sup>(2,8,14,15)</sup>

Relatos de reação anafilática com preparados parenterais são escassos, porém recomenda-se a administração em ambientes que disponham de suporte para reações adversas mais graves.<sup>(4)</sup>

O uso é considerado seguro no segundo e terceiro trimestres. Procura-se evitar seu uso no primeiro trimestre.<sup>(4,14)</sup>

## ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

A anemia megaloblástica está relacionada à deficiência de folatos na maioria dos casos, mas a deficiência de vitamina B12 também pode estar associada a essa patologia. Tal deficiência levando ao surgimento de anemia megaloblástica é rara na gravidez.

Na atualidade, é mais diagnosticada em gestantes pós-cirurgia bariátrica e, em menor escala, naquelas em uso crônico de inibidores da bomba de prótons. Nestas, a deficiência de vitamina B12 deve ser monitorada por meio da dosagem sérica trimestral, sendo a reposição recomendada para a manutenção de níveis séricos > 200 pg/mL.<sup>(2,4)</sup>

### Quadro clínico

É inespecífico e inclui fadiga, perda de apetite, náuseas, vômitos e depressão. Úlceras bucais podem ocorrer mais raramente. Manifestações neurológicas (torpor, parestesia e ataxia), irritabilidade, amnésia e demência podem estar presentes.

### Diagnóstico

Em âmbito laboratorial, ocorrem diminuição da Hb (6 a 9 g/dL), macrocitose (volume corpuscular médio [VCM] > 100), índice de segmentação de neutrófilos aumentado, presença de neutrófilos hipersegmentados, leucopenia e plaquetopenia nos casos graves, diminuição dos níveis séricos de ácido fólico (<3 ng/mL) e/ou de vitamina B12 (<150 a 200 pg/mL).<sup>(2,4,9)</sup>

### Aspectos terapêuticos

#### Profilaxia

A deficiência de folato no período periconcepcional predispõe o feto a defeitos do tubo neural, como anencefalia, espinha bífida ou encefalocele. Portanto, a profilaxia pré-concepcional com suplementação de ácido fólico, na dose de 400 µg/dia, deve ser iniciada pelo menos 30 dias antes da concepção. Essa suplementação deve ser continuada nas primeiras 12 semanas gestacionais.<sup>(2,8,19,20)</sup>

#### Tratamento

Na doença propriamente dita, recomenda-se administração diária de ácido fólico (5 mg/dia). Pode-se verificar a eficácia do tratamento pelo aumento dos reticulócitos e plaquetas em 48 a 72 horas. Se, após uma semana de tratamento com ácido fólico, a gestante não apresentar reticulocitose significativa, anemia ferropriva concomitante deverá ser considerada.<sup>(2)</sup>

Na deficiência de vitamina B12, indica-se terapia parenteral intramuscular de 1.000 µg de cianocobalamina,

uma vez por semana, durante quatro semanas, seguida de uma aplicação mensal. A resposta é observada pelo aumento dos reticulócitos circulantes, que deve ocorrer em três a cinco dias. A dosagem sérica aumenta em 30 a 40 dias.<sup>(2,20)</sup>

## ANEMIA APLÁSTICA

A anemia aplástica é causada pela inabilidade da medula óssea em produzir células sanguíneas. A maioria dos casos é idiopática, sendo um evento raro durante a gravidez. A associação com o uso de drogas deve ser afastada.

### Diagnóstico

É um diagnóstico de exclusão. Deve ser pensada diante da presença de dois dos seguintes critérios laboratoriais: Hb < 10, normocítica e normocrômica; plaquetas < 50 mil e neutrófilos < 1.500. Uma medula óssea hipocelular, na ausência de infiltrado anormal ou fibrose medular, é pré-requisito para o diagnóstico.<sup>(4,9,21)</sup> A celularidade da medula e a contagem de plaquetas e neutrófilos são fundamentais para determinar a severidade da doença.<sup>(21)</sup>

### Tratamento

Avaliar a transfusão de hemácias se Hb < 7,0 a 8,0 g/L. A contagem de plaquetas deve preferivelmente ficar acima de 20 mil. Em pacientes que precisam de múltiplas transfusões, o uso de ciclosporina parece seguro e pode ser utilizado como terapia supressiva. Isolamento e uso de antibióticos podem ser indicados para pacientes severamente neutropênicos.<sup>(21,22)</sup>

O transplante de medula óssea é uma manobra terapêutica corretiva, porém controverso durante a gravidez, pois necessita de imunossupressão.<sup>(21)</sup> A via de parto é preferencialmente a vaginal, pois oferece menos riscos de sangramento e infecção.

## HEMOGLOBINOPATIAS DOENÇA FALCIFORME

No Brasil, a anemia falciforme é uma doença hereditária de alta prevalência. Predomina em negros e pardos, mas também ocorre na etnia branca.<sup>(2,4,8)</sup>

A etiologia corresponde a uma mutação em ponto na cadeia beta de globina. Origina-se, assim, no lugar da Hb A, uma Hb mutante denominada “hemoglobina S” (Hb S). Em baixas tensões de oxigênio, essa última polimeriza-se, causando fenômenos vaso-oclusivos e anemia hemolítica crônica.<sup>(4,5,23)</sup>

A denominação “anemia falciforme” é reservada para a forma em homozigose (SS). Em heterozigose, também conhecida como “traço falciforme”, não há manifestação da doença.<sup>(2,4,23)</sup>

A Hb S pode combinar-se com outras alterações hereditárias das Hbs, como alterações na Hb C (SC) e

betatalassemia (Sb). As variantes em associação com a SC e a Sb apresentam os mesmos sintomas da combinação SS.<sup>(2,4)</sup>

### Quadro clínico

É uma patologia que pode acometer múltiplos órgãos e tem importância na gestação pelos efeitos adversos ao binômio materno-fetal.

Caracteriza-se por anemia crônica, com níveis de Hb entre 6 e 9 g/dL. As hemoglobinopatias SC e Sb talassemia podem apresentar valores maiores de Hb.

As manifestações clínicas decorrem de fenômenos trombo-oclusivos na microcirculação. São conhecidas como crises de falcização. Provocam algia intensa, que pode ocorrer em várias partes do corpo, necessitando de internação.<sup>(2,4,23)</sup>

São frequentes: acidentes vasculares recorrentes por fenômenos trombóticos; úlceras de membros inferiores; septicemias; síndrome torácica aguda; sequestro esplênico; insuficiência renal; colecistopatia calculosa; retinopatia e graus variados de hipertensão pulmonar.<sup>(2,4,21,24-27)</sup>

### Quadro laboratorial

Anemia hemolítica, aumento de leucócitos e plaquetas, alterações dos eritrócitos, como policromasia, poiquilocitose, anisocitose, corpúsculos de Howell-Jolly e hemácias em alvo formam o quadro laboratorial. A prova de falcização é positiva e, na eletroforese de Hb, podem ser detectadas Hb S e suas associações. O mielograma mostra hiperplasticidade com aumento da série vermelha.<sup>(2,4)</sup>

### Conduta na gestação

As pacientes devem ter uma avaliação global no início do pré-natal. Dados sobre antecedentes clínicos e obstétricos, patologias associadas, frequência de crises e transfusões anteriores devem ser considerados. A suplementação com ferro deve ser evitada em razão dos depósitos de hemossiderina normalmente já existentes. Quelantes de ferro, como deferoxamina, se indicados, podem ser utilizados. A reposição de ácido fólico 4 a 5 mg diária deve ser recomendada.<sup>(2,4,9,28)</sup>

Estas pacientes possuem alto risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, devendo receber profilaxia com ácido acetilsalicílico 150 mg/dia após a 12ª semana de gestação até a 36ª semana.<sup>(4)</sup> É sugerida avaliação ultrassonográfica do crescimento fetal a cada quatro semanas a partir de 28 semanas, bem como a realização de dopplervelocimetria com 32-34 semanas se não existirem complicadores (hipertensão, RCF, crises falcêmicas etc.), quando a vigilância deve ser individualizada.<sup>(28)</sup>

A função miocárdica deve ser avaliada nos três trimestres de gestação e no puerpério. Para pacientes com hipertensão pulmonar e cardiomiopatias classificadas como classe IV pela OMS, deve ser discutida a

interrupção da gestação.<sup>(26)</sup> A avaliação de funções renal e hepática e a mensuração dos depósitos de ferro fazem parte do arsenal laboratorial a ser solicitado. Exame de fundoscopia também é recomendado.<sup>(2,4,23,27)</sup>

O intervalo de consultas no pré-natal deve ser quinzenal no segundo trimestre e semanal no terceiro.<sup>(2)</sup> Esforços para minimizar a ocorrência das crises, evitando fatores desencadeantes, sobretudo os ligados à desidratação e a processos infecciosos, devem ser realizados. Infecções e complicações pulmonares são as mais prevalentes. A vacina para pneumococo é recomendada, assim como a meningocócica, *Influenzae Haemophilus influenzae* tipo B. Bacteriúria assintomática deve ser pesquisada e tratada adequadamente, podendo ser realizada na urocultura bimestral.<sup>(2,4,9,27)</sup>

Deve-se solicitar o painel completo dos anticorpos antieritrocitários nas pacientes politransfundidas, na primeira consulta, e após cada transfusão, pois tais anticorpos podem levar à anemia fetal. O uso de hemácias fenotipadas nas transfusões minimiza os riscos dessa aloimunização.<sup>(23)</sup>

A hidroxureia é opção terapêutica, sobretudo para casos graves (a partir do segundo trimestre) ou, ainda, leves (no terceiro trimestre).<sup>(24,28)</sup>

Placenta prévia e descolamento prematuro de placenta também ocorrem com mais frequência. Alterações histopatológicas da placenta incluem fibrose das vilosidades, infartos e calcificações.<sup>(25)</sup>

O índice de cesárea é maior nesse grupo, pelas intercorrências maternas e/ou comprometimento da vitalidade fetal.<sup>(2,23-25)</sup>

### Parto

De acordo com a evolução materna e a fetal, o tipo de parto será determinado no momento da resolução. Pacientes sem intercorrências materno-fetais devem ter seu parto realizado entre 39s0d-39s6d. Intercorrências como RCF ou pré-eclâmpsia devem ditar o tempo de interrupção.<sup>(28)</sup> O parto via vaginal é preferível, sempre que possível.<sup>(28)</sup> A analgesia durante o trabalho de parto é recomendada. A transfusão profilática é controversa e não tem sido recomendada, pelo alto risco de sensibilização materna e por não haver diferença no resultado perinatal.<sup>(27)</sup> O uso de instrumentos de compressão continua durante a cesariana, além de o uso de anticoagulantes no pós-parto, antes da alta hospitalar, dever ser recomendado.<sup>(28)</sup>

### Crise algica

Normalmente, requer internação e é controlada por hidratação e uso de analgésicos, como morfina. Deve ser investigada a causa desencadeante. Na crise de falcização, a Hb pode cair 1 a 2 g/dL.<sup>(2,4,23,27)</sup> Comumente, a transfusão não é indicada.

São indicações absolutas de transfusões, de acordo com o Ministério da Saúde, as seguintes situações:<sup>(2)</sup>

- Queda do nível basal de Hb superior a 30%;

- Hb < 6 g/dL ou hematócrito < 18%;
- Pré-eclâmpsia com critérios de gravidade;
- Septicemia;
- Insuficiência renal aguda;
- Bacteremia;
- Síndrome torácica aguda;
- Hipoxemia;
- Pré-operatório de cirurgias de médio e grande porte.

Crises de dor de menor intensidade podem ser tratadas com a associação de paracetamol e codeína. Durante a internação, desde que não haja contraindicação, deve ser realizada profilaxia dos fenômenos tromboembólicos, preferentemente, com heparina de baixo peso molecular.<sup>(2,4,27)</sup>

## TALASSEMIA

A Hb normal é formada por dois tipos de globinas: alfa e beta. O cromossomo 16 codifica a globina alfa e o 11, a globina beta. Talassemias alfa e beta são conhecidas como distúrbios geneticamente adquiridos, nos quais ocorrem anemias microcítica e hipocrômica, com níveis séricos de ferro normais ou discretamente diminuídos.

A talassemia beta pode se manifestar sob três formas: maior (forma grave da doença, também conhecida como “anemia de Cooley”), intermediária (espectro variado de manifestações clínicas) ou menor (traço talassêmico beta).

O traço talassêmico beta não necessita de tratamento, por não ocorrer manifestação clínica nem/ou laboratorial da doença. Trata-se apenas de portador assintomático.

Na talassemia beta maior, o padrão de Hbs é variável, caracterizando-se pelo aumento da Hb F, com concentrações que variam de 60% a 90%. As taxas de Hb A2 podem estar normais ou elevadas.<sup>(2,23,27)</sup>

A talassemia alfa pode se manifestar de quatro formas: portador silencioso, traço alfatalassêmico, doença da Hb H e hidropisia fetal (que é incompatível com a vida).

A produção da globina alfa depende de quatro genes alfa funcionantes, que estão no cromossomo 16, sendo dois genes em cada cromossomo. Talassemias alfa são classificadas na dependência do número de genes alfa-mutados. O portador assintomático (um gene mutado) e traço alfa (dois genes mutados) apresenta hemograma normal ou minimamente alterado, respectivamente. Nos casos de traço talassêmico alfa, Hb A2 encontra-se maior que 3,5%. Quando os quatro genes estão alterados, a doença é incompatível com a vida: trata-se da hidropisia fetal. A forma com três genes mutados tem manifestação clínica exuberante, sendo conhecida como doença da Hb H ou talassemia alfa maior. A Hb H é mais instável e de menor duração que a Hb normal. Nesses casos, a anemia é moderada a grave e requer tratamento.<sup>(2,23)</sup>

## Quadro clínico

As manifestações clínicas são variáveis. Nas formas graves, são observadas desde o início da vida. Sintomas como palidez cutânea, fadiga, escleras amareladas, hepatoesplenomegalia progressiva e alterações ósseas generalizadas são achados frequentes. Ocorre intensa hiperplasia eritroide na medula óssea em resposta ao processo hemolítico (especialmente no baço) e à intensa eritropoiese ineficaz. Deformidades dos ossos da bacia podem ser encontradas.

O tratamento das formas graves é basicamente realizado por meio de transfusões de sangue (concentrado de hemácias) a cada 20 dias em média, por toda a vida. Essa terapia controla a anemia grave e, geralmente, tem início na infância. O excesso de transfusões causa acúmulo de ferro no organismo, em especial em órgãos como coração, fígado e glândulas endócrinas. Complicações graves podem ocorrer, como insuficiência cardíaca, arritmias, fibrose hepática e hipogonadismo hipogonadotrófico.<sup>(2,29-31)</sup>

O organismo não dispõe de mecanismo intrínseco capaz de eliminar o excesso de ferro. Portanto, torna-se necessário o uso de medicamentos chamados quelantes de ferro. A desferroxamina, o primeiro quelante de ferro disponível no mercado, surgiu na década de 1970 e encontra-se disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua administração é por via subcutânea, por meio de dispositivo específico. Cada aplicação tem duração de 12 a 24 horas contínuas, cinco vezes por semana. O ferro será eliminado pela urina, a qual se torna escurecida. Sua composição molecular não ultrapassa a barreira placentária, sendo o fármaco de escolha para a quelação em gestantes com talassemia maior.<sup>(21,30,31)</sup>

## Diagnóstico

Suspeita-se desse diagnóstico na anemia hipocrômica e microcítica com ferritina sérica normal ou elevada, principalmente em gestantes com antecedentes familiares de anemia. O traço alfatalassêmico apresenta Hb A2 em concentração maior que 3,5% na eletroforese de Hb.

Nas formas graves da doença, a eletroforese de Hb identifica, respectivamente, a Hb F na talassemia beta maior e a Hb H para talassemia alfa maior.<sup>(2,27)</sup>

## Conduta

Deve-se realizar suplementação com ácido fólico 1 mg/dia. A transfusão de sangue é recomendada para as formas graves, por vezes iniciadas nos primeiros meses de vida. A terapia quelante é fundamental para evitar efeitos colaterais do depósito de hemossiderina em órgãos vitais.

As pacientes podem desenvolver deformidades ósseas em razão da eritropoiese exacerbada da medula óssea, podendo evoluir até para osteoporose. A incidência maior de cesáreas nesse grupo de gestantes pode ser explicada em razão da desproporção cefalopélvica. Deformidades nos ossos da bacia justificam tal contexto.<sup>(2,24)</sup>

O aconselhamento genético deve ser realizado, e a suplementação com ferro deve ser indicada apenas se houver deficiência.<sup>(2,4,23,25,26)</sup>

## DISTÚRBIOS DA COAGULAÇÃO

Muitas complicações obstétricas são secundárias a problemas no momento do parto com hemorragia decorrente de problemas na coagulação materna, bem como por eventos trombóticos.

## DOENÇA DE VON WILLEBRAND

É uma doença hemorrágica resultante do defeito quantitativo e/ou qualitativo do fator de von Willebrand (FVW).<sup>(32)</sup> Existem diferentes tipos dessa doença: o tipo 1 (70% a 80% dos casos), com deficiência quantitativa do FVW normal; o tipo 2 (20%) é uma alteração qualitativa do FVW; e o tipo 3, mais severo e raro (3-5:1 milhão), é caracterizado pela ausência do FVW.<sup>(33,34)</sup>

A associação com abortamento é incerta.<sup>(34)</sup> Complicações durante a gravidez e o puerpério de portadoras de doença de von Willebrand (DVW) incluem cuidados na opção de analgesia no parto, na via de parto e quanto ao maior risco de hemorragia pós-parto. As gestantes devem ser aconselhadas a evitar o uso de aspirina.<sup>(34)</sup>

### Quadro clínico

Pode ser assintomático, mas pode haver relato de hemorragia menor, como epistaxe e hemorragia gengival, além de ocorrência de sangramento pós-cirúrgico prolongado. O sintoma mais comum entre as mulheres é menorragia ou hemorragia menstrual grave.

### Tratamento

Atualmente, as principais modalidades de tratamento no manejo são desmopressina (Ddvp®) ou produtos de substituição, como concentrados contendo FVW e fator VIII (FVIII). O antifibrinolítico pode ser usado como adjuvante.<sup>(34)</sup>

### Conduta na gravidez

Nos tipos 1 e 2, o aumento no FVW e FVIII pode diminuir a necessidade de tratamento no parto ou no pós-parto.<sup>(33)</sup> No tipo 1, a desmopressina parece ser segura e eficaz, mesmo no primeiro trimestre, sendo a opção de escolha durante procedimentos fetais invasivos diagnósticos.<sup>(35)</sup> No tipo 2, o FVW é disfuncional, podendo haver declínio das plaquetas durante a gravidez, sendo importante analisar cada subtipo para determinar a melhor abordagem. No tipo 3, é necessária a reposição sistemática dos fatores (FVIII ou FVW recombinante) durante o trabalho de parto e no parto.<sup>(34)</sup>

### Conduta no parto

A DVW não é razão para preferência por cesariana. Se os níveis de atividade do FVIII e FVW são normais, o parto

vaginal é uma opção segura.<sup>(35)</sup> Os níveis de plaquetas em mulheres com DVW tipo 2B devem ser monitorados. Pacientes com DVW tipo 2B e 3 não devem fazer uso de desmopressina. Uma vez que a DVW pode ser geneticamente herdada, a criança também pode ser afetada. Assim, o uso de vácuo ou fórceps rotacional deve ser evitado.<sup>(35)</sup>

Alternativamente, a infusão de FVW (40 a 60 UI/kg) pode ser administrada na fase avançada do parto e, posteriormente, repetida diariamente, por ao menos três dias. Manter o uso de ácido tranexâmico oral por uma a duas semanas pode ser uma estratégia para reduzir a chance de hemorragia tardia, após depuração do FVW.<sup>(35)</sup>

## Trombocitopenias

A trombocipenia na gravidez é definida por uma contagem de plaquetas < 150 mil, podendo ser resultante de efeito dilucional, redução da produção ou aumento da perda. A causa mais comum durante a gravidez é a trombocitopenia gestacional (TG), que representa 80% dos casos.<sup>(35-37)</sup> No quadro 1 estão listadas as principais causas de trombocitopenia na gestação.

**Quadro 1.** Causas de trombocitopenia na gravidez

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hipertensão na gravidez (pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)                                                                                                                                                                                                          |
| Trombocitopenia imune primária                                                                                                                                                                                                                                   |
| Trombocitopenia imune secundária (síndrome antifosfolípido; lúpus eritematoso sistêmico; infecções, como HIV, hepatite C, citomegalovírus, <i>Helicobacter pylori</i> ; induzida por fármacos, como heparina, antimicrobianos, anticonvulsivantes e analgésicos) |
| Trombocitopenia associada a condições sistêmicas (coagulação intravascular disseminada, trombocitopenia trombótica, síndrome hemolítico-urêmica, sequestração esplênica, desordens da medula óssea, deficiências nutricionais)                                   |
| Trombocitopenia congênita                                                                                                                                                                                                                                        |

Fonte: American College of Obstetricians and Gynecologists (2019).<sup>(37)</sup>

As manifestações mais comuns de trombocitopenia são petéquias, equimoses, epistaxe e sangramento.

## TROMBOCITOPENIA GESTACIONAL

A TG afeta 5% a 11% das gestantes.<sup>(36,37)</sup> Em geral, caracteriza-se por trombocitopenia materna leve, com valores entre 100 e 149 mil/mm<sup>3</sup> em mulheres assintomáticas, sem história de sangramento prévio à gestação. Comumente, ocorre no segundo ou terceiro trimestre gestacional. Contagem de plaquetas < 100 mil/mm<sup>3</sup> é mais sugestiva de púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) e < 50 mil/mm<sup>3</sup> é quase certa desse diagnóstico diferencial.<sup>(36,37)</sup> Tais mulheres não apresentam risco de hemorragia no parto, sendo a via de parto de critério obstétrico. A TG deve ser considerada diagnóstico de exclusão, e passado de TG em gestação anterior aumenta a chance de recorrência.<sup>(37)</sup>

A incidência de trombocitopenia fetal/neonatal é baixa nos casos de TG, não sendo necessária a contagem de plaquetas nos recém-nascidos.<sup>(36-38)</sup>

Se o diagnóstico for realizado anteparto, sugere-se a contagem de plaquetas semanalmente, a partir de 34 semanas de gestação. A contagem de plaquetas, geralmente, retorna ao normal em um a dois meses após parto.<sup>(37)</sup>

## PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

A PTI ocorre em uma em 1.000 a 10 mil gravidezes.<sup>(37)</sup> Em adultos, ocorre de modo gradativo e costuma evoluir durante anos, com períodos de melhora e piora. Não há teste de laboratório para distinguir PTI da TG, sendo também considerada um diagnóstico de exclusão. A PTI apresenta mais comumente plaquetopenia abaixo de 100 mil do que a TG.<sup>(36,37)</sup> Cerca de 50% podem apresentar diminuição progressiva das plaquetas ao longo da gestação, e mais de 90% dos sangramentos, quando ocorrem, são leves a moderados e de origem cutaneomucosas.<sup>(37)</sup>

Grávidas com PTI devem ser instruídas a evitar agentes anti-inflamatórios não esteroidais e salicilatos.<sup>(37)</sup>

A contagem de plaquetas deve ser medida com mais frequência a partir da 32ª a 34ª semana. No parto, há risco aumentado de hemorragia se a contagem for < 20 a 30 mil/mm<sup>3</sup> para parto vaginal ou abaixo de 50 mil/mm<sup>3</sup> para cesariana.<sup>(36,37)</sup>

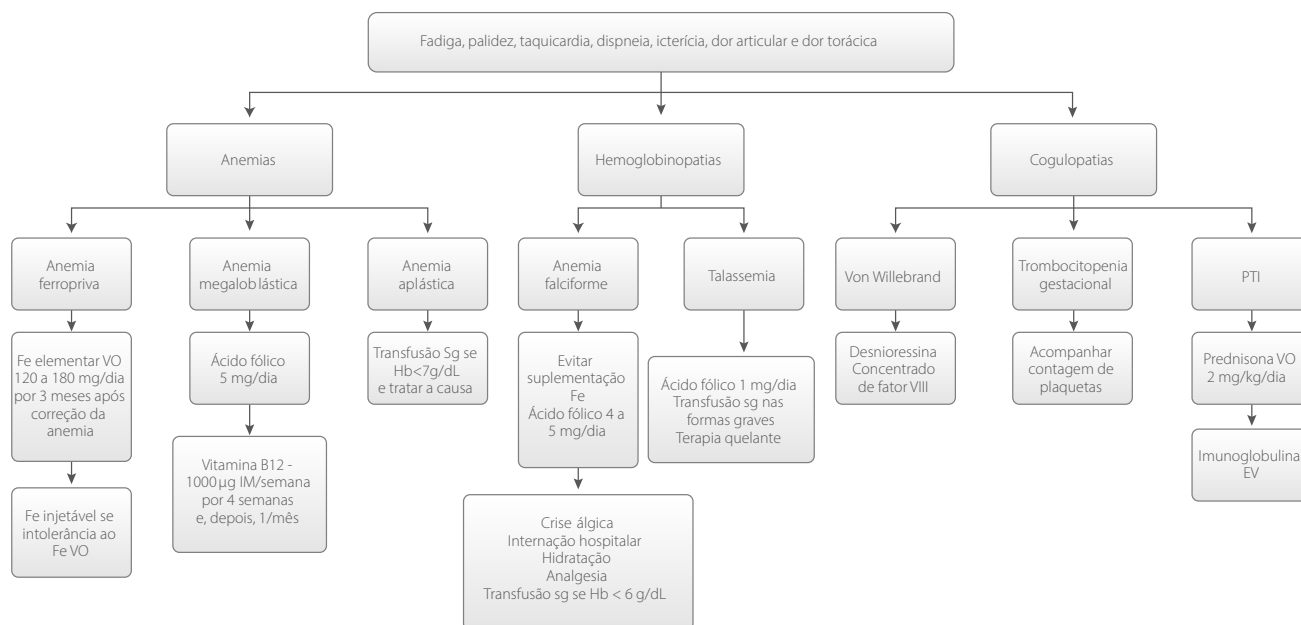
## TRATAMENTO

A terapia deve ser recomendada diante de sinais de sangramento, plaquetas abaixo de 30 mil/mm<sup>3</sup> ou para aumentar as plaquetas até um nível considerado seguro para a realização de procedimentos (70 mil/mm<sup>3</sup> para epidural; 50 mil/mm<sup>3</sup> para cesariana).<sup>(37)</sup> A terapia inicial é com corticoide oral (prednisona 0,5 a 2 mg/kg/dia), e a resposta é variável, habitualmente sendo observada entre 4 e 14 dias e o pico de resposta com uma a quatro semanas. A dose deve ser mantida por ao menos 21 dias e, então, reduzida à menor dose capaz de evitar os sinais da doença. Imunoglobulina G endovenosa pode ser usada na dose inicial de 1 g/kg/dia, por um dia.<sup>(37)</sup> Ocorre resposta habitualmente de um a três dias, com pico entre dois a sete dias.<sup>(37)</sup>

A esplenectomia deve ser evitada na gravidez, mas pode, excepcionalmente, estar indicada no segundo trimestre, quando a PTI é refratária ao tratamento de primeira linha.<sup>(37)</sup> Pacientes esplenectomizadas devem ser imunizadas contra penumococos, *Haemophilus influenzae* e meningococos.<sup>(36,37)</sup>

A transfusão de plaquetas deve ser usada apenas como medida temporária para sanar hemorragia ou realização de procedimento com urgência e associada à corticoterapia.<sup>(37)</sup>

## FLUXOGRAMA DE CONDUTA



PTI: púrpura trombocitopênica idiopática; Fe: ferro; VO: via oral; Hb: hemoglobina; EV: via endovenosa.

## RECOMENDAÇÕES FINAIS

É importante valorizar sintomas de fadiga, taquicardia, dispnéia e palidez para diagnóstico das doenças hematológicas, uma vez que se confundem com modificações gravídicas.

A doença mais comum é a anemia ferropriva, sendo importante revertê-la no período pré-concepcional e durante o pré-natal, para evitar maior risco no parto

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva: WHO; 2011 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-MNM-111>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 Jun 22]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf)
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
4. Nomura RM, Igai AM. Anemias. In: Zugaib M, Bittar RE (eds.). Protocolos assistenciais da clínica obstétrica da FMUSP. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 145-59.
5. Milman N. Iron prophylaxis in pregnancy – general or individual and in which dose? *Ann Hematol.* 2006;85(12):821-8.
6. World Health Organization (WHO). Anaemia in women and children: WHO global anaemia estimates, 2021 Edition. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jun 22]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia\\_in\\_women\\_and\\_children](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children)
7. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Gilling J; BSH Committee. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol.* 2020;188(6):819-30.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2024 Jun 22]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008;112(1):201-7.
10. Hanson MA, Bardsley A, De-Régil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131 Suppl 4:S213-53.
11. World Health Organization (WHO). Guideline: daily iron and folic acid supplementation during pregnancy. Geneva: WHO; 2012 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501996>
12. Anemia in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2):e55-e64.
13. Guideline: Intermittent Iron and Folic Acid Supplementation in Non-Anaemic Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. Cançado RD, Lobo C, Friedrich JR. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via oral. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32 Suppl 2:114-20.
15. Neogi SB, Devasenapathy N, Singh R, Bhushan H, Shah D, Divakar H, et al. Safety and effectiveness of intravenous iron sucrose versus standard oral iron therapy in pregnant women with moderate-to-severe anaemia in India: a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled trial. *Lancet Glob Health.* 2019;7(12):e1706-16.
16. Milman N. Prepartum anaemia: prevention and treatment. *Ann Hematol.* 2008;87(12):949-59.
17. Ohgami RS, Campagna DR, Greer EL, Antiochos B, McDonald A, Chen J, et al. Identification of a ferrireductase required for efficient transferrin-dependent iron uptake in erythroid cells. *Nat Genet.* 2005;37(11):1264-9.
18. Cantor AG, Bougatsos C, Dana T, Blazina I, McDonagh M. Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015;162(8):566-76.
19. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 187: Neural Tube Defects. *Obstet Gynecol.* 2017;130(6):e279-90.
20. El Beitune P, Jiménez MF, Salcedo MM, Ayub AC, Cavalli RC, Duarte G. Nutrição durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 14/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal).
21. Shin JE, Lee Y, Kim SJ, Shin JC. Association of severe thrombocytopenia and poor prognosis in pregnancies with aplastic anemia. *PLoS One.* 2014;9(7):e103066.
22. Kulasekararaj A, Cavenagh J, Dokal I, Foukaneli T, Gandhi S, Garg M, et al. Committee. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia: A British Society for Haematology Guideline. *Br J Haematol.* 2024;204(3):784-804.
23. Sorrentino F, Maffei L, Caprari P, Cassetta R, Dell'Anna D, Materazzi S, et al. Pregnancy in thalassemia and sickle cell disease: the experience of an Italian thalassemia center. *Front Mol Biosci.* 2020;7:16.
24. Kuo K, Caughey AB. Contemporary outcomes of sickle cell disease in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(4):505.e1-5.
25. Montironi R, Cupaiolo R, Kadji C, Badr DA, Deleers M, Charles V, et al. Management of sickle cell disease during pregnancy: experience in a third-level hospital and future recommendations. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020;6:1-9.
26. Malinowski AK, Dziegielewska C, Keating S, Parks T, Kingdom J, Shehata N, et al. Placental histopathology in sickle cell disease: A descriptive and hypothesis-generating study. *Placenta.* 2020;95:9-17.
27. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Committee on Obstetrics. ACOG Practice Bulletin N. 78: hemoglobinopathies in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(1):229-37.
28. Galanello R, Origa R. Beta-thalassemia. *Orphanet J Rare Dis.* 2010;5(1):11.
29. Society for Maternal-Fetal Medicine; Sinkey RG, Ogunbile FJ, Kanter J, Bean C, Greenberg M; Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #68: Sickle cell disease in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(2):B17-B40.
30. Veríssimo MP, Loggetto SR, Fabron Júnior A, Baldanzi GR, Hamerschlag N, Fernandes JL, et al. Brazilian Thalassemia Association protocol for iron chelation therapy in patients under regular transfusion. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2013;35(6):428-34.
31. Assis RA, Kay FU, Rosenberg LA, Parma AH, Nomura CH, Loggetto SR, et al. Iron overload in Brazilian thalassemic patients. *einstein (Sao Paulo).* 2011;9(2):165-72.
32. Nomura RM, Igai AM, Zugaib M. [Delivery complications and perinatal results in pregnant women with von Willebrand disease]. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2008 ;54(5):442-6. Portuguese.
33. Lipe BC, Dumas MA, Ornstein DL. Von Willebrand disease in pregnancy. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2011;25(2):335-58.
34. Peyvandi F, Bidlingmaier C, Garagiola I. Management of pregnancy and delivery in women with inherited bleeding disorders. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2011;16(6):311-7.
35. Castaman G, James PD. Pregnancy and delivery in women with von Willebrand disease. *Eur J Haematol.* 2019;103(2):73-9.
36. Montenegro CA, Pritsivelis C, Rezende-Filho J. Trombocitopenia na gravidez. *Femina.* 2018;46(3):190-6.
37. American College of Obstetrician and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. Practice bulletin No. 207: Trombocitopenia in pregnancy. *Obstet and Gynecol.* 2019; 133(3):e181-93.

# Drogas ilícitas durante a gravidez

## HIGHLIGHTS

1. O uso de drogas ilícitas é um problema de saúde pública mundial.
2. O consumo de drogas ilícitas por mulheres, inclusive grávidas, vem aumentando.
3. É preciso investigar o uso de drogas em todas as grávidas, porém não temos uma ferramenta eficaz de triagem e investigação. Isso constitui um grande desafio para o obstetra.
4. A assistência pré-natal de alto risco e multiprofissional se faz necessária nesse grupo de mulheres gestantes e usuárias de drogas ilícitas.
5. Gestantes que usam drogas têm risco elevado para doenças como HIV, hepatites, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose.
6. Diversas complicações para o feto e o recém-nascido já foram descritas, como prematuridade, malformações congênitas, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, diminuição do encéfalo e perímetro cefálico e associação com a síndrome de abstinência do recém-nascido e síndrome de morte súbita no berço.
7. A maconha é a substância psicoativa mais usada na gravidez. O uso de maconha foi associado a um risco maior de morbimortalidade neonatal, além de problemas no desenvolvimento neurológico, hiperatividade e alterações na função cognitiva.
8. Os efeitos da cocaína na gestação são controversos; alterações no comportamento, raciocínio e crescimento do feto já foram descritas.
9. Na gravidez, o uso de anfetaminas parece aumentar o risco de prematuridade e restrição de crescimento intrauterino.
10. Opiáceos estão associados a aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro, restrição de crescimento fetal, principalmente quando associado ao uso concomitante de outras drogas.

## Descritores

Drogas ilícitas; Gravidez; Cannabis; Cocaína

## Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Drogas ilícitas durante a gravidez. Femina. 2025;53(7):941-4.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Pré-natal e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 13. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

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

## CID-10:

- F 14: Transtornos devido ao uso de cocaína.
- F 19: Transtorno devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas.
- P04.4: Feto e recém-nascido afetados pelo uso de drogas que causam dependência pela mãe.
- Q868: Outras síndromes com malformações congênitas devidas a causas exógenas conhecidas.
- T40.0: Intoxicação por ópio.
- Z715: Aconselhamento e supervisão para abuso de drogas.

## INTRODUÇÃO

O uso das drogas ilícitas (DIs) é um problema global e complexo.<sup>(1)</sup> Muitas drogas causam dependência, síndrome de abstinência, *overdose*, intoxicações e morte. Cada vez mais jovens consomem drogas mais potentes, de

forma simultâneas (poliuso), aumentando os riscos de danos, intoxicações e mortes. A prevalência é maior entre homens que entre mulheres, porém é cada vez maior o número de mulheres e grávidas que consomem DI.<sup>(2-4)</sup> Como o consumo de drogas psicoativas vem aumentando entre as mulheres, faz-se necessária uma abordagem interprofissional e intersetorial (saúde, segurança pública, sistemas jurídico, educacional e de assistência social) no cuidado delas. Nessa direção, a assistência pré-natal tem papel fundamental. Durante o pré-natal, são grandes os desafios para a abordagem das gestantes usuárias de DI, seja por falta de ferramentas de triagem adequadas ou barreiras à revelação do uso dessas substâncias pela mulher.<sup>(5-7)</sup> É preciso investigar o uso de drogas em todas as grávidas. A suposição baseada somente na história de risco ou em resultados obstétricos adversos nas gestações prévias pode não ser suficiente para o diagnóstico do uso de drogas. Ferramentas valiosas são os interrogatórios específicos para rastreamento, como o 4Ps, *NIDA Quick Screen* e *CRAFFT*. Recomenda-se a estratégia *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT), ou seja, pesquisar, com rápida intervenção e encaminhamento para tratamento, seria a abordagem ideal.<sup>(8)</sup> Deve-se ter atenção para comportamentos de risco, como uso de tabaco e álcool, descuido pessoal e baixa adesão ao pré-natal.<sup>(8)</sup> Em relação ao feto e ao recém-nascido, há riscos de complicações, como prematuridade, malformações congênitas, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, diminuição do encéfalo e perímetro cefálico e associação com a síndrome de abstinência do recém-nascido e síndrome de morte súbita.<sup>(5,6)</sup> Em geral, gestantes em drogadição têm taxas mais elevadas de doenças infecciosas, como HIV, hepatite, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose.<sup>(5)</sup> Gestantes usuárias de drogas devem fazer pré-natal de alto risco com entrada facilitada e consultas ajustadas conforme sua necessidade. A equipe deve ser multiprofissional e ofertar tratamento, medicamentos, suporte psicossocial, reinserção social e planejamento familiar.<sup>(3)</sup>

## CÂNABIS

A maconha (cânabis, haxixe ou *marijuana*) é a substância psicoativa mais usada na gravidez, estimada em 3% a 16% no Estados Unidos e em 1% a 2% no Brasil.<sup>(9-12)</sup> Seu consumo é crescente na população mundial, e a prevalência na gravidez varia de acordo com característica demográficas e socioeconômicas. Sua propriedade psicoativa é dada pelo delta-9-tetra-hidrocanabinol ( $\Delta^9$ -THC), substância lipossolúvel que atravessa com facilidade a barreira placentária e é encontrada no leite materno.<sup>(13)</sup> Um número crescente de países está legalizando seu uso para fins medicinais ou recreativos, o que sugere que seu uso por mulheres grávidas tende a aumentar.<sup>(2,12,13)</sup> Alguns dados disponíveis não indicam aumento nas anomalias congênitas, mas há a limitação do pequeno

número de indivíduos estudados e possível fator de confusão representado pela menor ingestão de ácido fólico suplementar entre as usuárias.<sup>(12,13)</sup> Em contraste com os resultados obstétricos, neonatais e pediátricos, os dados sugerem que o uso de maconha durante a gravidez aumenta a ansiedade, o nervosismo e a depressão e impacta negativamente os resultados fetais/neonatais.<sup>(14)</sup> Em uma análise secundária de controles dos nascidos vivos no conjunto de dados *Stillbirth Collaborative Research Network*, após ajuste para tabaco, raça e outras DI, o uso de maconha foi associado a risco três vezes maior de morbidade neonatal ou morte.<sup>(15-17)</sup> Seu uso perinatal também foi associado a resultados neurocomportamentais prejudiciais em crianças expostas.<sup>(13,18)</sup> Há evidências de que a maconha pode causar problemas no desenvolvimento neurológico, resultando em hiperatividade, função cognitiva deficiente e alterações nos receptores dopaminérgicos.<sup>(19)</sup>

## COCAÍNA

A cocaína é o principal alcaloide extraído da folha de *Erythroxylum coca*, nativa da América do Sul e com evidências de uso desde cerca de 5000 a.C. É droga de abuso, ilegal no mundo todo. O cloridrato de cocaína é a forma mais usada nas vias intranasal, oral e endovenosa. Na forma pura, é a única que pode ser fumada e, para obtê-la, o cloridrato de cocaína é misturado a água, bicarbonato de sódio e hidróxido de amônia. Essa pasta base de cocaína (PBC) é separada da água por um solvente volátil como éter, formando material sólido chamado *crack*, cujos efeitos são intensos, rápidos e breves. Em laboratórios clandestinos, a PBC e o *crack* são obtidos com misturas mais baratas, como ácido sulfúrico, querosene ou gasolina, aumentando sua toxicidade.<sup>(1,20)</sup> A cocaína foi primeiramente usada como anestésico local, ação que se deve ao bloqueio dos canais de sódio. Tem também ação vasoconstritora periférica ao bloquear os receptores alfa 1 e 2 e beta-adrenérgicos, impedindo a recaptação pré-sináptica de neurônios que contêm serotonina e catecolaminas (dopamina, norepinefrina e epinefrina). As propriedades eufóricas da cocaína se devem à inibição da recaptação da serotonina no sistema nervoso central, enquanto o vício tem sido associado a efeitos na recaptação da dopamina (Quadro 1).<sup>(21,22)</sup>

Alguns estudos constataram que crianças com exposição pré-natal a cocaína apresentam comportamento desregulado, alterações no crescimento e raciocínio abstrato, enquanto outros não encontraram evidências convincentes de que a exposição pré-natal à cocaína esteja associada a resultados adversos que não podem ser atribuídos à idade gestacional no parto, a outras comorbidades psiquiátricas, bem como outras exposições pré-natais (tabaco, maconha ou álcool) ou à qualidade do ambiente pós-natal.<sup>(9,23)</sup>

Quadro 1. Principais alterações clínicas associadas ao uso de cocaína/crack

|                        |                                                                                                                                   |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cardíacas e vasculares | Angina, infarto agudo do miocárdio, arritmias, hipertensão arterial, miocardite, ruptura de aneurisma de aorta                    |
| Neurológicas           | Cefaleias, convulsões, acidente vascular cerebral, infarto cerebral e atrofia cerebral                                            |
| Pulmonares             | Crise de asma, bronquiolite obliterante, edema pulmonar, pneumotórax e pneumomediastino                                           |
| Otorrinológicas        | Alteração de olfato, perfuração do septo nasal, rinite crônica, erosão do esmalte do dente, sinusite osteolítica, úlcera gengival |
| Psiquiátricas          | Euforia, ansiedade, delírio, depressão, paranoia, psicose, suicídio                                                               |
| Gastrointestinais      | Colite isquêmica, isquemia intestinal, perfuração gastroduodenal                                                                  |
| Renais                 | Insuficiência renal aguda por rabdomiólise                                                                                        |
| Outras                 | Hipertemia, neuropatia óptica, morte súbita                                                                                       |

Fonte: Garcia (2014).<sup>(23)</sup>

DROGAS SINTÉTICAS: ANFETAMINAS, METANFETAMINAS E ECSTASY

Drogas sintéticas são uma classe de psicotrópicos produzidos em laboratório e, embora muitas sejam de uso médico, algumas têm suas funções desviadas para uso recreativo e abusivo, na busca de prazer, sensação de alegria, euforia, energia, estado de alerta e hiperatividade. Essas drogas derivam da anfetamina e incluem o *ecstasy* (3,4-metilenodioximetanfetamina; MDMA), a metanfetamina, o ácido hidroxibutírico, o metilfenidrato e até a cetamina. A anfetamina e a metanfetamina são usadas para redução de peso, e o *ectasy* é usado em *raves* e casas noturnas.<sup>(2,24)</sup> São drogas cujo efeito tem longa duração (8 a 12 horas), são de baixo custo e têm grande variabilidade de apresentação. Essa versatilidade favorece a comercialização clandestina e a distribuição. Na gravidez, o uso de anfetaminas parece aumentar o risco de prematuridade e restrição de crescimento intrauterino.<sup>(25)</sup>

OPIÁCEOS

O ópio é uma substância natural retirada da planta *Papaver somniferum* e atua sobre os mesmos receptores dos opióceos endógenos (endorfinas, dinorfinas e encefalinas). No organismo, provoca euforia, desinibição, apaziguamento interno, analgesia e sonolência. Pode alterar o estado mental, com risco de depressão respiratória, hipotensão, diminuição da motilidade intestinal, náuseas e vômitos. A tríade clínica clássica da intoxicação por opiáceo se constitui de coma, miose e depressão respiratória. São opiáceos: morfina, codeína, fentanila, meperidina, metadona e heroína. Na gravidez, o uso dessas substâncias aumentou drasticamente nos últimos anos, em concomitância com o aumento do consumo global. Os opiáceos, como a heroína, raramente causam anomalias congênitas, mas foi demonstrada maior incidência de aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro, restrição de crescimento fetal, entre outros, em usuárias, principalmente quando associado

ao uso concomitante com outras drogas. No entanto, é difícil estabelecer até que ponto esses problemas são devidos aos opióides, à abstinência deles ou a outros medicamentos usados, ou se são problemas nutricionais, clínicos, psicológicos e socioeconômicos coexistentes.<sup>(26-29)</sup>

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre o uso de DIIs no pré-natal. Gestantes usuárias de drogas devem fazer pré-natal com equipe multiprofissional, em ambulatórios específicos, visando a redução de danos, tratamento, monitoramento, planejamento familiar e reabilitação psicossocial e socioeducacional ou profissional. A gestante deve estar ciente dos possíveis efeitos deletérios das drogas psicoativas para ela e durante o período periconcepcional, o pós-parto e na vida futura da criança.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro H. Breve histórico do uso de drogas. In: Seibel SD. Dependência de drogas. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 11-26.
2. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. Acta Paul Enferm. 2013;26(5):467-71.
3. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MA. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. Esc Anna Nery. 2014;18(3):428-34.
4. Fertig A, Schneider JF, Oliveira GC, Olschowsky A, Camatta MW, Pinho LB. Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias de vida. Esc Anna Nery. 2017;20(2):310-6.
5. Fejes MA, Ferigato SH, Marcolino TQ. Saúde e cotidiano de mulheres em uso abusivo de álcool e outras drogas. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2016;27(3):254-62.
6. United Nations. Office on Drugs and Crime. World drug report 2020. 2020 [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index2020.html>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [citado 2024 Jun. 24]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>

8. Smid MC, Metz TD, Gordon AJ. Stimulant Use in Pregnancy: An Under-recognized Epidemic Among Pregnant Women. *Clin Obstet Gynecol.* 2019;62(1):168-84.
9. ACOG Committee Opinion No. 473: substance abuse reporting and pregnancy: the role of the obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol.* 2011;117(1):200-1.
10. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (Uniad). Atlas da violência 2019. Uniad; 2019 [citado 2024 Jun 24]. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/noticias/politicas-publicas/atlas-da-violencia-2019>
11. Tacon FS, Amaral WV, Tacon KC. Drogas ilícitas e gravidez: Influencia na morfologia fetal. *Femina.* 2018;46(1):11-8.
12. World Health Organization (WHO). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2014 [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK200701/>
13. Chang G, Rosenthal E. Substance use during pregnancy: screening and prenatal care. In: UpToDate Sept 2024.
14. Committee Opinion No. 722: Marijuana Use During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e205-9.
15. Conner SN, Bedell V, Lipsey K, Macones GA, Cahill AG, Tuuli MG. Maternal marijuana use and adverse neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2016;128(4):713-23.
16. Jarlenski M, Koma JW, Zank J, Bodnar LM, Bogen DL, Chang JC. Trends in perception of risk of regular marijuana use among US pregnant and nonpregnant reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(6):705-7.
17. Corsi DJ, Walsh L, Weiss D, Hsu H, El-Chaar D, Hawken S, et al. Association between self-reported prenatal cannabis use and maternal, perinatal, and neonatal outcomes. *JAMA.* 2019;322(2):145-52.
18. Young-Wolff KC, Sarovar V, Tucker LY, Goler NC, Alexeeff SE, Ridout KK, et al. Association of Depression, Anxiety, and Trauma with Cannabis Use During Pregnancy. *JAMA Netw Open.* 2020;3(2):e1921333.
19. Corsi DJ, Donelle J, Sucha E, Hawken S, Hsu H, El-Chaar D, et al. Maternal cannabis use in pregnancy and child neurodevelopmental outcomes. *Nat Med.* 2020;26(10):1536-40.
20. Plessinger MA, Woods JR Jr. Cocaine in pregnancy. Recent data on maternal and fetal risks. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998;25(1):99-118.
21. Siebel SD. Cocaína e crack. In: Siebel SD. Dependência de droga. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010.
22. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine. [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://nida.nih.gov/research-topics/cocaine>
23. Garcia FD. Alterações clínicas características do uso de crack. Manual de abordagem de dependência química. Belo Horizonte: Utopika; 2014.
24. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: Centro brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid)/ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); 2010 [citado 2024 Jun. 24]. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotrópicas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-Médio-das-Redes-Pública-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf>
25. Kalaitzopoulos DR, Chatzistergiou K, Amylidi AL, Kokkinidis DG, Goulis DG. Effect of methamphetamine hydrochloride on pregnancy outcome: a systematic review and meta-analysis. *J Addict Med.* 2018;12(3):220-6.
26. Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Prev Med.* 2015;80:23-31.
27. Ecker J, Abuhamad A, Hill W, Bailit J, Bateman BT, Berghella V, et al. Substance use disorders in pregnancy: clinical, ethical, and research imperatives of the opioid epidemic: a report of a joint workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, and American Society of Addiction Medicine. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(1):B5-B28.
28. Committee Opinion No. 711: opioid use and opioid use disorder in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2017;130(2):e81-e94.
29. Towers CV, Katz E, Weitz B, Visconti K. Use of naltrexone in treating opioid use disorder in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(1):83.e1-83.e8.

# Adolescência e gestação precoce: análise epidemiológica e de infecções sexualmente transmissíveis na Serra Catarinense

*Adolescence and early pregnancy: epidemiological analysis and sexually transmitted infections in the Serra Catarinense*

Raísa Pinto Cardoso<sup>1</sup>, Tânia Maria Sbeghen de Oliveira<sup>2</sup>, Thiago Pereira Goulart<sup>1</sup>, Tânia Maria Sbeghen de Oliveira<sup>2</sup>

## Descritores

Gravidez na adolescência; Escolaridade; Sífilis; Epidemiologia; Saúde do adolescente

## Keywords

Adolescent pregnancy; Education; Syphilis; Epidemiology; Adolescent health

## Submetido:

27 de janeiro de 2025

## Aceito:

13 de maio de 2025

1. Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil.
2. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

## Autor correspondente:

Raísa Pinto Cardoso  
raisacardoso1910@gmail.com

## Como citar:

Cardoso RP, Oliveira TM, Goulart TP, Oliveira TM. Adolescência e gestação precoce: análise epidemiológica e de infecções sexualmente transmissíveis na Serra Catarinense. Femina. 2025;53(7):945-51.

## RESUMO

**Objetivo:** Estudar o perfil epidemiológico pesquisado das gestantes adolescentes nos anos de 2019 e 2020 de um serviço de obstetrícia e sua relação com a atenção primária, para subsidiar o cuidado integral da saúde reprodutiva feminina, trabalhando com base no planejamento de vida, contracepção, educação sexual e permanência em instituições educativas. **Métodos:** Os dados foram extraídos do banco de informações do prontuário eletrônico do Hospital Tereza Ramos, localizado na cidade de Lages, Santa Catarina, sendo selecionados 76 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos: ser residente da cidade de Lages e ter idade entre 10 e 15 anos entre os anos de 2019 e 2020. Para a análise dos dados, recorreu-se à análise estatística univariada, permitindo a realização de inferências precisas em relação a cada aspecto isolado, juntamente com regressão logística e a análise de variância (ANOVA). **Resultados:** Sugerem-se indícios de menor nível escolar associado a um aumento na incidência de gravidezes precoces, refletindo uma possível relação entre o acesso à educação e a prevenção da gravidez na adolescência. Além disso, dados recentes apontam que o município de Lages-SC apresenta uma taxa de gestações na adolescência significativamente superior à média esperada para a região. **Conclusão:** Conclui-se que além do alto índice de gestações na adolescência, houve também uma correlação significativa com o baixo nível de escolaridade das pacientes analisadas no presente estudo.

## ABSTRACT

**Objective:** To study the epidemiological profile of pregnant adolescents in the years 2019 and 2020 from an obstetrics service and its relationship with primary care, in order to support comprehensive reproductive health care, focusing on life planning, contraception, sexual education, and school retention. **Methods:** Data were extracted from the electronic medical record database of the Tereza Ramos Hospital, located in the city of Lages, Santa Catarina. A total of 76 records were selected based on the inclusion criteria: being a resident of the city of Lages and being aged between 10 and 15 years during 2019 and 2020. For data analysis, univariate statistical analysis

was used to make precise inferences about each isolated aspect, along with logistic regression and analysis of variance (ANOVA). **Results:** The findings suggest a lower level of education associated with an increase in early pregnancies, reflecting a potential relationship between access to education and adolescent pregnancy prevention. Additionally, recent data indicate that the municipality of Lages-SC has a significantly higher rate of adolescent pregnancies than the average expected for the region. **Conclusion:** It is concluded that, in addition to the high rate of adolescent pregnancies, there was also a significant correlation with the low educational level of the patients analyzed in this study.

## INTRODUÇÃO

A adolescência, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período de 10 a 19 anos, marca a transição da infância para a vida adulta. Essa fase é caracterizada por intensas transformações físicas e psicológicas, que geram conflitos internos relacionados à formação da identidade e às mudanças de humor e comportamento. O indivíduo começa a explorar seu corpo e a vivenciar emoções novas, o que frequentemente intensifica a busca por prazer. Assim, a sexualidade assume novas dimensões durante essa etapa. No entanto, o início precoce da atividade sexual pode trazer consequências significativas para o futuro, como gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).<sup>(1)</sup>

O relatório da OMS divulgado em 2018 revelou que o Brasil registrou 59 nascimentos de bebês de mães adolescentes para cada mil meninas de 15 a 19 anos, com base em dados de 2016 avaliados pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).<sup>(2)</sup> Esse índice coloca o Brasil acima da média global, estimada em 41,3 nascimentos a cada mil adolescentes.

Dados sobre partos entre meninas de 10 a 14 anos estão se tornando cada vez mais acessíveis e reveladores. Em 2023, a taxa global de natalidade para essa faixa etária foi estimada em 1,5 por 1.000 mulheres. Contudo, essa taxa varia significativamente conforme a região: na África Subsaariana, a taxa é de 4,4 por 1.000 mulheres, enquanto na América Latina e no Caribe, a taxa é de 2,3 por 1.000 mulheres.<sup>(3)</sup>

De acordo com a OMS, a gestação na adolescência está associada a um aumento significativo na prevalência de complicações tanto para a mãe quanto para o feto e o recém-nascido. Para o recém-nascido, os riscos incluem anomalias graves, problemas congênitos e traumatismos durante o parto, como asfixia e paralisia cerebral. Para a mãe adolescente, há um risco elevado de mortalidade materna. Além disso, a gestação precoce pode agravar problemas socioeconômicos já existentes, como baixa renda, escolaridade deficitária, desigualdade de gênero e situações de violência.<sup>(4)</sup>

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) criados pela OMS incluem a prevenção da gravidez e da

maternidade na adolescência, bem como do casamento infantil, a partir dos indicadores “Taxa de natalidade na adolescência (de 10 a 14 anos; de 15 a 19 anos) por 1.000 mulheres nessa faixa etária” e “Proporção de mulheres de 20 a 24 anos casadas antes dos 18 anos”.<sup>(3)</sup>

Considerando as taxas de gravidez na adolescência como indicadores cruciais da qualidade da saúde pública, a presente pesquisa visa atingir vários objetivos estratégicos. Primeiramente, busca-se compreender os fatores que contribuem para a persistência dos elevados índices de gravidez na adolescência, com ênfase especial na correlação com a evasão escolar. Em segundo lugar, pretende-se analisar a incidência de partos realizados de adolescentes no Hospital Tereza Ramos, bem como investigar as taxas de sífilis gestacional associadas a esses partos. Por fim, o estudo almeja promover a autonomia das adolescentes em relação ao planejamento familiar e ao desenvolvimento de um projeto de vida sustentável, aliando a educação sexual e curricular de qualidade na cidade de Lages.

## MÉTODOS

O presente estudo foi conduzido por meio de uma pesquisa de caráter exploratório, com uma abordagem quantitativa voltada para a coleta e análise de dados. Os dados foram extraídos do banco de informações do prontuário eletrônico do Hospital Tereza Ramos, localizado na cidade de Lages, Santa Catarina. No total, foram atendidas 4.233 mulheres que tiveram seus partos realizados nesse hospital entre os anos de 2019 e 2020. Para esta pesquisa, foram selecionados 76 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos: ser residente da cidade de Lages e ter idade entre 10 e 15 anos. Na análise dos prontuários informados, foram registrados os dados de idade, bairro de residência, nível de escolaridade, idade gestacional, peso ao nascer, número de consultas de pré-natal, intercorrências durante o parto e sorologias das gestantes. Para o presente trabalho, foram examinadas especificamente as variáveis de escolaridade, idade e resultados positivos para sorologias.

Com vistas ao segmento das proposições específicas como objetivos da presente pesquisa, optou-se pelo tratamento estatístico dos dados de modo a considerar a possibilidade de que o tabelamento dos dados coletados pudesse evidenciar linhas gerais de interpretação da realidade de gestações na adolescência.

Para a análise dos dados, recorreu-se à análise estatística univariada, permitindo a realização de inferências precisas em relação a cada aspecto isolado, correlacionado com dados encontrados em bibliografias previamente existentes, pelas plataformas SciELO, PubMed e Google Acadêmico.

Essa abordagem não apenas facilita a compreensão detalhada de cada variável, mas também estabelece uma base matemática coerente para examinar possíveis

associações, contribuindo de maneira significativa para o alcance dos objetivos propostos. Complementarmente, foram empregados métodos avançados, como a regressão logística e a análise de variância (ANOVA), que reforçam a solidez das conclusões obtidas.

Todas as atividades da pesquisa foram desenvolvidas considerando os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12, garantindo a privacidade acerca da identidade das participantes. A pesquisa não apresentou riscos diretos, pois não teve contato direto com as pacientes. Se houve situações que constituem prejuízo, serão supervisionadas pelo ambulatório de hepatologia da UNIPLAC. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, tendo como nº CAAE 50491021.00000.5368.

## RESULTADO

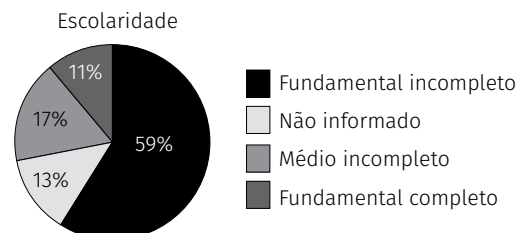
Diante dos dados obtidos na pesquisa avaliando a variável “idade das parturientes admitidas”, observou-se um tamanho amostral de 76 com análise quantitativa com valor mínimo de idade de 12 anos, valor máximo de 15 anos, com amplitude total de 3 anos e valor de mediana em 15 anos (Tabela 1). O valor da média, em anos, foi de 14,64. Para o tamanho amostral definido e os valores de distribuição, o desvio-padrão, também em anos, foi de 0,69. De tal forma, o baixo valor de desvio aponta para uma caracterização bastante convergente para o valor de média.

**Tabela 1.** Idade das pacientes

| Idade | Quantidade (%) |
|-------|----------------|
| 12    | 1 (1)          |
| 13    | 4 (5)          |
| 14    | 16 (21)        |
| 15    | 55 (72)        |

Já a análise do perfil de escolaridade das parturientes revelou forte tendência de concentrar os valores amostrais para o ensino fundamental incompleto. Assim, a figura 1 e a tabela 2 evidenciam a distribuição marcante quanto à escolaridade incompleta em relação ao ensino básico.

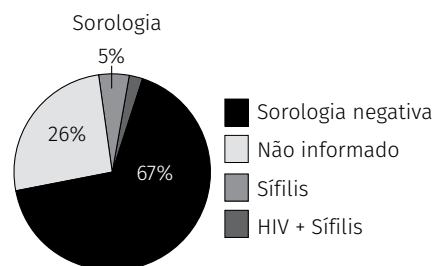
A disponibilidade de registros referentes à realização de sorologias foi observada em 56 dos 76 prontuários analisados, representando uma amostra de 73,68%. Entre os dados obtidos, a positividade para o teste de VDRL foi identificada em cinco casos, correspondendo a 6,57% da amostra, sendo quatro desses casos ocorridos em 2020 e um, em 2019. Em contrapartida, o teste para HIV apresentou resultado reagente em apenas um caso, o que representa 1,31% da amostra avaliada. Assim, o total de adolescentes com sorologias positivas foi determinado em 7,8%. Dois dos casos de VDRL positivo aconteceram em meninas entre 10 e 14 anos (Figura 2 e Tabela 3).



**Figura 1.** Apresentação de valores percentuais distribuídos de escolaridade das parturientes

**Tabela 2.** Apresentação de valores quantitativos da escolaridade das parturientes

| Escolaridade           | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Fundamental incompleto | 59%        |
| Não informado          | 13%        |
| Médio incompleto       | 17%        |
| Fundamental completo   | 11%        |



**Figura 2.** Apresentação de valores percentuais das sorologias nas parturientes

**Tabela 3.** Apresentação de valores quantitativos das sorologias positivas nas parturientes

| Sorologias         | Quantidade (%) |
|--------------------|----------------|
| VDRL               | 4 (5)          |
| HIV                | 1 (0)          |
| HIV + VDRL         | 1 (1)          |
| Sorologia negativa | 51 (67)        |
| Não informado      | 20 (26)        |

## DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, constatou-se que, no período analisado, 21 gestantes adolescentes tinham entre 10 e 14 anos, sendo a mais jovem com apenas 12 anos. Comparando esses dados com municípios de população semelhante à de Lages, conforme o Censo de 2022, observa-se que Brusque registrou onze casos, enquanto Jaraguá do Sul contabilizou cinco casos no período de 2019 a 2020, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).<sup>(5)</sup> Esses números indicam uma maior incidência de gravidez entre meninas de 10 a 14 anos em Lages.

É relevante observar que essa tendência persistiu nos anos subsequentes, incluindo 2021 e 2022. A manutenção desses índices ao longo do tempo evidencia um padrão preocupante, que indica a necessidade de atenção contínua e intervenções específicas para abordar as causas subjacentes dessa alta prevalência de gravidez entre meninas de 10 a 14 anos em Lages.

Ao examinar os dados do Sinasc, é possível traçar uma comparação reveladora entre Joinville, o município mais populoso do estado, com 616.317 habitantes, e Lages, com 164.981 habitantes. Em 2019, Joinville registrou 14 nascimentos de mães com idades entre 10 e 14 anos, enquanto Lages teve quatro nascimentos nessa faixa etária. No grupo de mães com idades entre 15 e 19 anos, Joinville contabilizou 646 nascimentos, em contraste com os 310 nascimentos em Lages. Essa análise ganha ainda mais relevância ao se observar os dados de 2020. Neste ano, Joinville apresentou um aumento para 18 nascimentos de mães entre 10 e 14 anos, enquanto Lages registrou 14 nascimentos, mostrando um crescimento expressivo em relação ao ano anterior. No grupo de mães entre 15 e 19 anos, Joinville teve 572 nascimentos, enquanto Lages apresentou 254.

Considerando que Lages tem uma população 3,7 vezes menor que Joinville, seria esperado que as taxas de nascimentos seguissem essa proporção. No entanto, o que se observa é um desvio significativo, especialmente em 2020, na faixa etária de 10 a 14 anos. Se a proporção fosse mantida, Lages deveria ter registrado cerca de cinco nascimentos nessa faixa etária, ou seja, 2,9 vezes menos do que o número real de 14 nascimentos.

O relatório da OMS divulgado em 2018 revelou que o Brasil registrou 59 nascimentos de bebês de mães adolescentes para cada mil meninas de 15 a 19 anos, com base em dados de 2016 avaliados pelo UNFPA.<sup>(2)</sup> Esse índice coloca o Brasil acima da média da América Latina e Caribe, que é de 51,4, e muito acima da média global, estimada em 41,3 nascimentos a cada mil adolescentes.

Apesar de uma tendência global de redução das taxas de gravidez na adolescência ao longo dos anos, as mudanças têm sido desiguais entre diferentes regiões do mundo. O declínio mais acentuado foi observado no Sul da Ásia, enquanto as regiões da América Latina e Caribe (LAC) e da África Subsaariana (SSA) experimentaram uma desaceleração mais lenta na redução dessas taxas.<sup>(3)</sup> Além disso, há variações significativas não apenas entre países, mas também dentro deles, como é o caso do Brasil.

No Brasil, a gravidez na adolescência tende a ser mais prevalente entre populações com menor nível de escolaridade e *status* socioeconômico mais baixo. Esses grupos, que já enfrentam múltiplas vulnerabilidades, têm experimentado um progresso mais lento na redução de primeiros partos na adolescência, exacerbando as desigualdades sociais.<sup>(3)</sup>

Ao examinar a prevalência da gravidez na adolescência por região em 2021, observa-se que o Norte do

Brasil apresenta a maior taxa, com 19,9%, seguido pelo Nordeste, com 15,6%, enquanto a região Sul possui a menor taxa, com 9,7%.<sup>(6)</sup>

Dentro da região Sul, Santa Catarina apresentou, em 2019, uma taxa de nascimentos entre adolescentes de 10,3% do total, e em 2020, essa taxa se reduziu para 9,57%, ambos os índices inferiores à média nacional de 14%.<sup>(6)</sup>

Entretanto, na avaliação em Lages-SC, os dados revelam uma situação preocupante. Em 2019, a taxa de nascimentos por adolescentes no município foi de 13,7%, e em 2020, embora tenha havido uma redução para 11,7%, ambos os valores permanecem acima da média estadual. Esse cenário em Lages é indicativo de uma taxa de gravidez na adolescência que, apesar de acompanhar a tendência de queda, ainda se mantém elevada em comparação com o restante do estado, principalmente na faixa de gestação precoce na adolescência (abaixo de 15 anos). Em 2019, foram quatro situações de gestações abaixo de 15 anos, em confronto com as 14 situações registradas em 2020 na pesquisa.<sup>(7)</sup>

Apesar de um movimento de redução nos últimos anos, as taxas de maternidade na adolescência ainda são elevadas no Brasil, mesmo se comparado a outros países da América do Sul. Se no Brasil essa proporção está em 14%, como mencionado anteriormente, em países como Peru e Costa Rica registraram-se 11%, enquanto Argentina e Uruguai tiveram taxas de 10% e Chile de 5%, segundo dados do escritório do UNFPA para América Latina e Caribe, colhidos de dados oficiais desses países. Outras nações da região que registraram altas taxas de maternidade na adolescência em 2020 são Paraguai (15%), Equador (18%) e Colômbia (18%).<sup>(8)</sup>

## Escolaridade

Segundo um levantamento promovido pela UNFPA Brasil, cerca de 380 mil partos realizados em 2020 foram de mães com até 19 anos de idade, equivalente a 14% de todos os nascimentos no Brasil. Comparativamente com 2019 e 2018, nota-se uma diminuição, mesmo que discreta, nos números de gestação na adolescência no Brasil, sendo estes respectivamente 14,7% e 15,5%.<sup>(8)</sup>

Uma pesquisa realizada pelo EducaCenso de 2019 que contemplou cerca de metade das escolas públicas e privadas do país, constatou que cerca de 20% das adolescentes que engravidaram deixaram de estudar.<sup>(9)</sup>

Da mesma forma, um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), publicado em 2018, demonstrou os fatores de risco associado a maior tendência de gravidez na adolescência, sendo essas meninas com menor escolaridade, menor renda, menor acesso a serviços públicos e em situação de maior vulnerabilidade social.<sup>(3,9)</sup> Notoriamente se sabe da existência da correlação entre gravidez na adolescência e baixa escolaridade, sendo ambos causa e consequência.

Nesta análise, verificou-se a persistência dessa tendência alarmante, evidenciada pelo fato de que 59% das adolescentes avaliadas não concluíram sequer o ensino fundamental. Além disso, destaca-se a ausência quase total de meninas com ensino médio completo, indicando que, mesmo aquelas que conseguem avançar nos estudos, em algum momento acabam interrompendo sua educação formal.

Essa interrupção educacional impacta profundamente a vida dessas adolescentes. Ao abandonar a escola, essas adolescentes se veem em uma situação de menor qualificação para o mercado de trabalho, o que as coloca em uma posição vulnerável, perpetuando um círculo vicioso de pobreza. Essa realidade não só compromete as oportunidades econômicas desses jovens, mas também reforça as desigualdades de gênero, ao limitar suas possibilidades de independência financeira e desenvolvimento pessoal. A combinação desses fatores contribui para a manutenção de um quadro de exclusão social, onde a falta de educação e a gravidez precoce se retroalimentam, dificultando ainda mais a quebra desse ciclo intergeracional de vulnerabilidade.<sup>(4)</sup>

Além disso, ao realizar uma avaliação mais abrangente, observa-se que a correlação entre nível educacional e gravidez na adolescência transcende fronteiras e contextos, refletindo uma tendência global. Esse fenômeno é exemplificado por um estudo multicêntrico transversal concluído em 2019 no Japão por Hasegawa J, que destaca como a gravidez na adolescência está fortemente associada a fatores de risco socialmente derivados. Dentre esses fatores, destacam-se a monoparentalidade, a dependência de assistência social e o baixo nível educacional materno, todos eles contribuindo para a vulnerabilidade das adolescentes. Ademais, o estudo japonês sublinha as graves consequências a longo prazo dessa correlação, apontando para um aumento significativo do risco de abuso infantil, negligência e problemas psicológicos como o suicídio e o suicídio duplo entre essas jovens mães e suas famílias.<sup>(10)</sup>

## Sorologias

A sífilis é uma IST provocada pelo *Treponema pallidum*. Suas principais formas de transmissão são a via sexual e a transmissão vertical durante a gestação. O risco de infecção fetal pode variar de 30% a 100%, dependendo do estágio da doença na gestante e do trimestre da gestação.<sup>(11)</sup>

A sífilis congênita ocorre como consequência da sífilis gestacional não tratada ou tratada inadequadamente, ambas com notificação compulsória.<sup>(12)</sup> Segundo a OMS, a sífilis congênita é um dos desfechos mais graves da gestação. Aproximadamente 40% dos casos resultam em perdas fetais ou perinatais, e cerca de 50% dos recém-nascidos podem sofrer sequelas da infecção materna.<sup>(12,13)</sup> Essas sequelas podem incluir surdez, cegueira, problemas ósseos e neurológicos, prejudicando significativamente o desenvolvimento neuromotor da criança.<sup>(14)</sup>

Em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto ao longo de 10 anos de análise, foram encontrados nove casos de sífilis gestacional detectados e notificados no Sinan, entre adolescentes com 10 a 14 anos, deixando uma média de 0,9 caso por ano.<sup>(15)</sup> Ademais, a análise levantada pela cidade de Curitiba-PR demonstrou que, ao longo de uma década (2007 a 2016), 16 casos de sífilis gestacional pertenciam a adolescentes de 10 a 14 anos. Consequentemente, a média estipulada por ano seria de 1,77 caso ao ano.<sup>(16)</sup> Em nossa pesquisa, observamos resultados que corroboram as investigações anteriores realizadas em cidades dos estados do Paraná e São Paulo. Encontramos dois casos positivos de sífilis gestacional entre adolescentes de 10 a 14 anos durante o período de 2019 a 2020, o que resulta em uma média de um caso por ano.

Em contraste, nosso estudo revelou uma discrepância significativa em comparação com os dados coletados do município de Belém entre 2018 e 2022. Durante esse período de cinco anos, foram registrados 18 casos de sífilis em gestantes adolescentes em Belém, resultando em uma média anual de 3,6 casos. Esse índice é, no mínimo, três vezes maior do que o observado em Lages-SC. Esses dados destacam uma variação considerável na prevalência da sífilis gestacional em diferentes regiões do Brasil.<sup>(17)</sup>

É fundamental ressaltar que a OMS estabelece que os níveis aceitáveis de sífilis gestacional não devem exceder 50 casos por mil nascidos vivos (NVs), sem diferenciação por faixa etária. Esse parâmetro é utilizado para avaliar a eficácia das práticas de manejo e controle da infecção em gestantes. Portanto, números inferiores ao valor recomendado indicam que as práticas de manejo e tratamento de gestantes adolescentes estão sendo adequadas e eficazes.<sup>(18)</sup> No entanto, considerando essa recomendação da OMS, a situação em Lages apresenta um desafio significativo. Em 2020, a taxa de sífilis gestacional registrada na cidade foi de 85 casos a cada 1.000 NVs, excedendo em mais de 50% o limite considerado aceitável pela OMS. Esse dado evidencia a necessidade urgente de fortalecer as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional na região.

Em 2018 no Brasil, foram notificados 59.022 casos de sífilis gestacional, e 1,3% do total era de adolescentes precoces na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo esse número um total de 767 meninas com VDRL positivo na gestação.<sup>(19)</sup>

Em 2022, foram observadas 12 unidades federativas com taxas de detecção de gestantes com infecção pelo HIV (casos por 1.000 NVs) superiores à taxa nacional, sendo uma delas Santa Catarina com 5,1 a cada 1000 NVs. Porto Alegre foi a capital com a maior taxa de detecção, com 17,0 casos/1.000 NVs, cinco vezes a taxa nacional (3,1 casos/1.000 NVs). Contudo, o dado mais alarmante emergiu de nossa pesquisa em Lages-SC, onde a taxa de detecção de HIV em gestantes atingiu 21 casos por 1.000 NVs, evidenciando uma situação de saúde pública

significativamente mais grave e que demanda atenção imediata.<sup>(20)</sup>

Em nossa pesquisa, constatamos que 26% das gestantes analisadas que atendiam aos critérios pré-estabelecidos não possuíam registro no prontuário eletrônico sobre a realização dos testes de VDRL e HIV no acompanhamento pré-natal. Essa lacuna levanta uma questão importante: essas pacientes não receberam um pré-natal adequado ou houve falha na transcrição dessas informações para o sistema do hospital?

Surge, portanto, o questionamento sobre a política de realização do aborto legal na cidade de Lages, considerando que a interrupção da gestação é permitida por lei apenas em três situações específicas, conforme o Código Penal<sup>(21)</sup> e decisões do Supremo Tribunal Federal (STF):<sup>(22)</sup> estupro, risco de vida para a gestante e anencefalia fetal. Além disso, no Brasil, o estupro de vulnerável está previsto no Artigo 217-A do Código Penal,<sup>(21)</sup> que determina: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”. Dessa forma, todas as adolescentes gestantes com menos de 14 anos se enquadram legalmente como vítimas de estupro de vulnerável, garantindo-lhes, por direito, o acesso ao aborto legal. No entanto, nenhuma das gestantes avaliadas teve esse direito assegurado. Observa-se, ainda, que em Lages não há políticas implementadas que garantam o acesso à informação e à realização do aborto legal para essas meninas que desejarem interromper a gestação. Além disso, inexistente um fluxograma pré-estabelecido para lidar com casos de estupro de vulnerável que resultam em gravidez. Diante dessa realidade, ressalta-se a urgência de políticas públicas que assegurem o suporte adequado e o pleno exercício dos direitos dessas pacientes.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que houve correlação significativa entre a gravidez na adolescência e o baixo nível de escolaridade das pacientes adolescentes que realizaram seus partos em um hospital de referência na cidade de Lages, SC. Essa constatação evidencia, de forma alarmante, as deficiências tanto no sistema de saúde quanto no suporte comunitário às jovens, que enfrentam múltiplas vulnerabilidades. Os números absolutos de gestações na adolescência no município de Lages-SC revelam lacunas graves nas políticas preventivas e educacionais, sinalizando a necessidade urgente de uma resposta integrada.

Por fim, para enfrentar de forma eficaz a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, é imprescindível a implementação de novas estratégias que abranjam desde a oferta de educação sexual de qualidade, planejamento familiar acessível e incentivo à permanência escolar, até o fortalecimento de projetos de vida, suporte estrutural por parte da comunidade e a criação de ambientes de apoio. Tais ações não apenas

contribuíram para a melhoria da qualidade de vida dessas adolescentes, mas também estariam em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, garantindo um desenvolvimento mais justo e inclusivo.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Young people's health - a challenge for society. Report of a WHO Study Group on young people and "Health for All by the Year 2000". World Health Organ Tech Rep Ser. 1986;731:1-117.
2. Assis TS, Martinelli KG, Gama SG, Santos Neto ET. Gravidez na adolescência no Brasil: fatores associados à idade materna. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2021;21(4):1055-64. doi: 10.1590/1806-93042021000400006
3. World Health Organization. Adolescent pregnancy. 2024 [cited 2025 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. 2023 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>
5. Ministério da Saúde. Datasus. Nascidos vivos por idade em municípios de Santa Catarina. 2019-2022 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>
6. Maciel L, França M. Alta taxa de gravidez na adolescência no Brasil: o desafio de quebrar o ciclo de pobreza intergeracional. Nexo Jornal. 26 set. 2023 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://pp.nexojornal.com.br/opinia0/2023/09/26/alta-taxa-de-gravidez-na-adolescencia-no-brasil-o-desafio-de-quebrar-o-ciclo-de-pobreza-intergeracional>
7. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento de nascidos vivos. 2024 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>
8. UNFPA. Apesar da redução, Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência, apontam especialistas. 2022 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/news/brasil-ainda-apresenta-dados-elevados-de-gravidez-e-maternidade-na-adolescencia>
9. Ministério da Saúde. Falta de acesso à serviços de saúde e desinformação são fatores de risco para a gravidez não intencional na adolescência 2023 [cited 2024 Oct 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/falta-de-acesso-a-servicos-de-saude-e-desinformacao-sao-fatores-de-risco-para-a-gravidez-nao-intencional-na-adolescencia>
10. Ogawa K, Matsushima S, Urayama KY, Kikuchi N, Nakamura N, Tanigaki S, et al. Association between adolescent pregnancy and adverse birth outcomes, a multicenter cross sectional Japanese study. Sci Rep. 2019;9(1):2365. doi: 10.1038/s41598-019-38999-5
11. Lasagabaster MA, Guerra LO. Syphilis. Enferm Infect Microbiol Clin. 2019;37(6):398-404. doi: 10.1016/j.eimc.2018.12.009
12. Silva D, Pereira KJ, Lages CM, Albuquerque AC, Santos VF, Pereira LC. Perfil epidemiológico de casos de sífilis em gestantes em uma maternidade pública. Cult Cuid. 2019;23(54):396-406.
13. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. Sci Méd. 2007;17(4):205-11.
14. Albuquerque GM, Chaves EM, Sampaio LR, Dias KC, Patrocínio MC, Vasconcelos SM. Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. Pediatr Mod. 2014;50(6):254-8.
15. Caldana N, Dias CC, Wiss CR, Cruz MC, Castro VL. Sífilis na gestação da adolescente em Ribeirão Preto: um panorama da última década. Braz J Health Res. 2021;4(1):926-34. doi: 10.34119/bjhrv4n1-081

16. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. *Rev Saúde Pública Paraná*. 2018;1(1):47-58. doi: 10.32811/2595-4482.2018v1n1.39
17. Martins EN, Rodrigues AC, Andrade MA, Silva TL, Lima ML, Teixeira LC, et al. Gravidez na adolescência: análise dos desafios e impactos na saúde pública. *Res Soc Dev*. 2024;13(7):e2513746068. doi: 10.33448/rsd-v13i7.46068
18. Waltz MB, Máximo TV, Marinho GL, Rodrigues A. Sífilis gestacional segundo a idade das mães: ocorrências no município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2018. *J Manag Prim Health Care*. 2021;13:e03. doi: 10.14295/jmphc.v13i1108
19. Nogueira EC, Souto BO, Oliveira BH, Matos BA, Silva CP, Brito EM, et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: uma análise comparativa entre Minas Gerais e Brasil. *Res Soc Dev*. 2022;11(1):e18711124584. doi: 10.33448/rsd-v11i1.24584
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2023. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Sep 21]. Número especial. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>
21. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. *Diário Oficial da União*. 31 dez 1940. Seç. 1:23911.
22. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54. 2012 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=136389880&ext=.pdf>

# Qual é o impacto da endometriose na sexualidade e no relacionamento amoroso: uma revisão sistemática

*What is the impact of endometriosis on sexuality and couple relationship: a systematic review*

Beatriz Maria Monteiro Sousa<sup>1</sup>, Laura Avellar Chaves Pontes<sup>1</sup>, Letícia Fernandes Cunha<sup>1</sup>, João Oscar de Almeida Falcão Júnior<sup>2</sup>

## Descritores

Endometriose; Função sexual; Relação interpessoal

## Keywords

Endometriosis; Sexual function; Interpersonal relations

## Submetido:

21 de janeiro de 2025

## Aceito:

3 de abril de 2025

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

## Autor correspondente:

Beatriz Maria Monteiro Sousa  
beatrizmmonteiro25@gmail.com

## Como citar:

Sousa BM, Pontes LA, Cunha LF, Falcão Júnior JO. Qual é o impacto da endometriose na sexualidade e no relacionamento amoroso: uma revisão sistemática. Femina. 2025;53(7):952-8.

## RESUMO

**Objetivo:** Compilar e analisar estudos existentes sobre como a disfunção sexual associada à endometriose influencia a intimidade e a qualidade dos relacionamentos. Os objetivos incluem identificar os principais fatores que afetam a sexualidade e o relacionamento, destacando lacunas no manejo clínico e no suporte aos casais impactados pela endometriose. **Métodos:** Esta revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Foram selecionados artigos na língua inglesa utilizando a combinação dos descritores “endometriosis” e “sexuality”, dos quais foram analisados os títulos e resumos para posterior leitura na íntegra e seleção baseada nos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Verificou-se nos estudos analisados que os parceiros masculinos e femininos parecem ter perspectivas divergentes sobre a satisfação sexual em geral e a frequência desejada de contatos sexuais. O efeito da endometriose na vida sexual é significativo, sendo a dispareunia um dos principais sintomas da doença. **Conclusão:** A endometriose tem impacto profundo e multifacetado na sexualidade e nos relacionamentos amorosos. É fundamental que profissionais de saúde abordem esses aspectos em seus atendimentos, promovendo um espaço para discussões sobre sexualidade e relacionamento.

## ABSTRACT

**Objective:** Compile and analyze existing studies on how sexual dysfunction associated with endometriosis influences intimacy and relationship quality. The objectives include identifying the main factors affecting sexuality and relationships, highlighting gaps in clinical management and support for couples impacted by endometriosis. **Methods:** This systematic review was conducted following the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) guidelines. Articles in English were selected using the combination of the descriptors “endometriosis” and “sexuality,” and titles and abstracts were analyzed for subsequent full reading and selection based on inclusion and exclusion criteria. **Results:** The analyzed studies indicated that male and female partners seem to have divergent perspectives on overall sexual satisfaction and the desired frequency of sexual contact. The effect of endometriosis on sexual life is significant, with dyspareunia being one of the primary symptoms of the disease. **Conclusion:** Endometriosis has a profound and multifaceted impact on sexuality and romantic relationships. It is essential for healthcare professionals to address these aspects in their care, promoting a space for discussions about sexuality and relationships.

## INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica definida pela presença de implantes endometriais (glândula e/ou estroma) fora do útero, com predomínio, mas não exclusivo, na pelve feminina. Consiste em uma condição inflamatória crônica, estrogênio-dependente, que acomete principalmente mulheres em idade fértil.<sup>(1)</sup>

O espectro clínico dessa doença é amplo, e os sintomas podem variar de mínimos a severamente debilitantes. No entanto, mulheres com endometriose apresentam frequentemente, durante seus anos reprodutivos, dor pélvica (incluindo dismenorreia e dispareunia), infertilidade ou massa ovariana.<sup>(2)</sup>

Embora a endometriose seja amplamente estudada pelos seus sintomas físicos, como dor e dispareunia, este artigo destaca de forma inédita o impacto conjunto sobre sexualidade, saúde emocional e a perspectiva dos parceiros, temas que ainda carecem de maior exploração científica. Todos esses sinais impactam a vida social e profissional das mulheres, bem como seus relacionamentos e vida íntima.<sup>(3)</sup>

Dessa forma, a endometriose também impacta o parceiro da paciente. Estudos qualitativos indicaram altos índices de depressão e ansiedade entre esses parceiros, além de sentimentos de impotência, frustração, preocupação e raiva. Os parceiros de mulheres com endometriose relataram que a vida sexual, a intimidade e o relacionamento do casal foram prejudicados pela condição, o que pode gerar sérios problemas na relação conjugal. Esses problemas podem se intensificar quando há pouca comunicação sobre sexualidade, presença de disfunção sexual e evitação das relações íntimas. A endometriose também pode comprometer o relacionamento do casal, afetando o apoio social que os parceiros masculinos oferecem às mulheres, o que pode impactar negativamente a união do casal. Contudo, ainda há escassez de estudos que reconheçam o impacto da endometriose sobre os parceiros masculinos, o que também limita o suporte social oferecido a eles.<sup>(3-6)</sup>

## MÉTODOS

Os dados foram coletados a partir de uma revisão sistemática da literatura, realizada no período de outubro a novembro de 2024. As bases de dados utilizadas foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Como descritores, foram utilizados os termos em inglês: “*endometriosis*” AND “*sexual function*” AND “*relationship*”. A pesquisa foi limitada a estudos publicados nos últimos cinco anos, em inglês, disponíveis na íntegra, que apresentassem informações pertinentes para a resposta da pergunta norteadora.

Os critérios de inclusão determinaram que apenas artigos originais publicados em inglês nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra, e que abordassem o impacto

da endometriose na função sexual e na relação do casal seriam incluídos. Foram excluídos dissertações, revisões de literatura, artigos duplicados, não originais, ou aqueles que não respondiam à pergunta norteadora ou não estavam disponíveis na íntegra. Essa exclusão seguiu critérios de qualidade para minimizar vieses. Contudo, reconhece-se que a limitação aos estudos em inglês pode reduzir a representatividade global dos resultados. O processo de seleção seguiu uma análise criteriosa para garantir a relevância e a qualidade dos estudos.

Os dados foram extraídos de forma sistemática a partir dos artigos selecionados. Esse processo envolveu a leitura completa dos textos para identificar informações relacionadas à pergunta norteadora, bem como aos objetivos do estudo. As informações extraídas incluíram detalhes sobre a população, contexto, interesse, desfechos e intervenções, conforme a estratégia PICO.

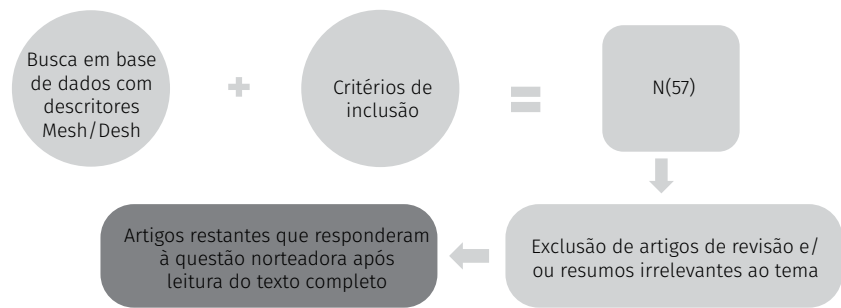
A síntese dos dados foi realizada qualitativamente, com foco em uma análise descritiva e narrativa dos resultados. Esse processo foi estruturado em três etapas principais: extração dos dados relevantes, análise temática dos conteúdos e integração dos achados em uma síntese narrativa. Os estudos analisados destacaram o impacto significativo da endometriose na sexualidade das mulheres e nas dinâmicas de seus relacionamentos íntimos, oferecendo uma visão abrangente sobre as implicações dessa condição na qualidade de vida dos casais. Para analisar e sintetizar os dados dos estudos incluídos, será realizada uma síntese qualitativa, com o objetivo de interpretar e integrar as evidências de maneira descritiva e narrativa. A síntese qualitativa será desenvolvida em três etapas principais: extração de dados, análise temática e síntese narrativa dos resultados.

## RESULTADOS

O levantamento de dados foi realizado por meio de uma leitura exploratória, eliminando-se os artigos que não continham todos os descritores selecionados. Não foi realizada metanálise devido à heterogeneidade dos estudos, o que limita a generalização dos resultados. Dessa forma, após a aplicação dos critérios de inclusão, um total de 57 artigos científicos foram identificados nas bases de dados MEDLINE, SciELO e BVS. Desses, excluíram-se artigos de revisão e metanálise. Também foi feita uma breve leitura dos resumos de cada artigo, excluindo-se aqueles que não eram relevantes ao tema proposto, permanecendo 18 artigos. Posteriormente, foram avaliados os textos completos, e apenas 11 artigos responderam à questão norteadora e definiram a amostra principal da presente revisão, como observado na figura 1. Os resultados podem ser vistos na tabela 1.

## DISCUSSÃO

A disfunção sexual é um dos aspectos mais impactantes da endometriose na vida das mulheres, refletindo diretamente na insatisfação conjugal. Entre os sintomas



**Figura 1.** Representação esquemática da escolha de artigos

**Quadro 1.** Síntese dos artigos resumidos

| Autor e ano de publicação                          | Tipo de estudo       | Objetivos                                                                                                                                                        | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rao <i>et al.</i> (2023) <sup>(5)</sup>            | Estudo transversal   | Avaliar a prevalência de disfunção sexual e desarmonia conjugal em pacientes com endometriose, incluindo diagnóstico e tratamento.                               | A maioria das participantes (n96) relatou satisfação conjugal ruim a muito grave, com pontuação MV FSFI acima de 5. Disfunção sexual e insatisfações conjugais são comuns e interligadas em mulheres com endometriose.                                                                                                               |
| El Hadad <i>et al.</i> (2024) <sup>(6)</sup>       | Estudo caso-controle | Avaliar a parceria no contexto da endometriose e seus sintomas, considerando as perspectivas de ambos os indivíduos envolvidos.                                  | Mulheres com endometriose relataram mais pensamentos de separação ligados à satisfação sexual (34,9%/28,3%) e mais conflitos de parceria que mulheres sem endometriose.                                                                                                                                                              |
| Van Eickels <i>et al.</i> (2024) <sup>(3)</sup>    | Estudo transversal   | Determinar a associação de diferentes preditores de parceria e satisfação sexual e efeitos diádicos em casais com endometriose e infertilidade.                  | A depressão afetou negativamente a satisfação com a parceria em homens e a satisfação sexual em mulheres. O apoio social teve efeito positivo na satisfação com a parceria entre as mulheres.                                                                                                                                        |
| Privitera <i>et al.</i> (2023) <sup>(4)</sup>      | Estudo transversal   | Medir o sofrimento sexual, a evitação do sexo e o impacto negativo percebido dos sintomas da endometriose na vida sexual das mulheres e examinar essas relações. | 80,3% das participantes relataram impacto negativo da endometriose na vida sexual, e 67,5% evitaram relações sexuais por causa dela.                                                                                                                                                                                                 |
| Helfenstein <i>et al.</i> (2023) <sup>(7)</sup>    | Estudo transversal   | Avaliar perspectivas divergentes de homens e mulheres sobre aspectos da sexualidade no contexto da endometriose.                                                 | Casais lidando com endometriose têm percepções diferentes sobre sua sexualidade, com tendência a superestimar a satisfação do parceiro. Homens subestimam a frequência com que suas parceiras mantêm relações sexuais apesar do desconforto. Isso reforça a necessidade de aconselhamento sexual que inclua ambos no suporte médico. |
| Schick <i>et al.</i> (2022) <sup>(8)</sup>         | Estudo transversal   | Explorar as inter-relações em casais com endometriose em questões de sofrimento psicológico, satisfação sexual e de parceria e apoio social.                     | Altas pontuações de depressão, ansiedade e estresse em mulheres correlacionaram-se com maior impacto da dor por endometriose em homens, enquanto estresse e depressão elevados em homens estiveram associados a maior impacto em mulheres.                                                                                           |
| Sullivan-Myers <i>et al.</i> (2023) <sup>(9)</sup> | Estudo transversal   | Investigar a relação entre imagem corporal (positiva e negativa), sofrimento sexual e o papel da autocompaixão.                                                  | Mais de 80% relataram sofrimento sexual significativo e alta perturbação da imagem corporal. Distúrbio da imagem teve efeito moderado no sofrimento sexual, enquanto a autocompaixão teve efeito inverso mais fraco, sem efeito moderador evidente.                                                                                  |

| Autor e ano de publicação                     | Tipo de estudo       | Objetivos                                                                                                                                                     | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kfoury <i>et al.</i> (2023) <sup>(10)</sup>   | Estudo caso controle | Avaliar o estado emocional e o aspecto relacional íntimo da vida em mulheres libanesas que vivem com endometriose.                                            | Mulheres sem endometriose tiveram pontuação de satisfação sexual significativamente maior em comparação com aquelas com endometriose. Maior satisfação do casal e responsividade do parceiro foram associadas a maior satisfação sexual, enquanto maior depressão e a presença de endometriose foram associadas a menor satisfação sexual. |
| Facchin <i>et al.</i> (2021) <sup>(11)</sup>  | Estudo transversal   | Explorar as associações entre relacionamentos íntimos, saúde psicológica e variáveis relacionadas à endometriose, como dor pélvica e infertilidade.           | A satisfação relacional e o enfrentamento diádico estão ligados à saúde psicológica. O maior impacto da endometriose em relacionamentos íntimos correlacionou-se com dor pélvica mais intensa, especialmente dispareunia.                                                                                                                  |
| Pereira <i>et al.</i> (2021) <sup>(12)</sup>  | Estudo transversal   | Examinar o efeito indireto da frequência da atividade sexual e da presença de infertilidade na relação entre variáveis clínicas e satisfação conjugal/sexual. | Há um efeito direto entre a percepção da gravidade dos sintomas, satisfação conjugal e morbidade psicológica das mulheres. A satisfação sexual teve efeito direto na satisfação conjugal das mulheres e de seus parceiros, prevendo menos morbidade psicológica em ambos.                                                                  |
| Maiorana <i>et al.</i> (2023) <sup>(13)</sup> | Estudo observacional | Avaliar a relação entre variáveis psicológicas e duração da endometriose não tratada em uma amostra de mulheres com endometriose.                             | Foi encontrada uma correlação entre endometriose não tratada e pior qualidade de vida no domínio da saúde.                                                                                                                                                                                                                                 |

mais relatados, a dispareunia, dor durante a relação sexual, se destaca como o principal fator limitante na vida íntima das pacientes. Estudos, como o de Privitera *et al.* (2023),<sup>(4)</sup> mostram que mais de 80% das mulheres acreditavam que os sintomas de endometriose afetavam negativamente sua vida sexual, enquanto 67,5% relataram evitar relações sexuais por conta da dor. Essa condição não apenas reduz a frequência dos encontros íntimos, mas também cria barreiras psicológicas, como medo do desconforto e frustração, o que dificulta a intimidade.<sup>(4)</sup>

Juntamente a isso, o impacto na vida conjugal é igualmente significativo. Mulheres com endometriose frequentemente enfrentam insatisfação nos relacionamentos, como descrito por Rao *et al.* (2023),<sup>(5)</sup> que encontraram que a maioria das participantes relatou problemas conjugais graves. A dor crônica e a evitação do sexo frequentemente resultam em um descompasso de expectativas entre os parceiros, aumentando os conflitos e a distância emocional. Embora a dispareunia esteja fortemente relacionada à qualidade da parceria no contexto da endometriose, outros fatores e sintomas influenciam essa associação. Segundo o estudo de El Hadad *et al.* (2024),<sup>(6)</sup> a fadiga, sintoma prevalente na endometriose, foi associada à menor qualidade da parceria entre casais e à dificuldade em lidar com demonstrações de afeto.<sup>(5,6)</sup>

Outro motivo para os diferentes níveis de satisfação pode ser questões relacionadas à fertilidade, o que é

conhecido por estar associado à redução da satisfação no relacionamento e sexual, além de maior prevalência de disfunção sexual.<sup>(7)</sup>

A endometriose causa dificuldades emocionais e sexuais não apenas nas mulheres afetadas, mas também nos seus parceiros, que frequentemente relatam sentimentos de rejeição, frustração e impotência diante da situação, como aponta Schick *et al.* (2022).<sup>(8)</sup> Esses sentimentos de estresse e ansiedade acabam sendo compartilhados, criando um ciclo de insatisfação no relacionamento. El Hadad *et al.* (2024)<sup>(6)</sup> mostraram que, em 29% dos casos em que os homens cogitaram terminar o relacionamento, a endometriose foi considerada a principal causa. Muitos parceiros se sentiram angustiados ao ver suas companheiras enfrentando a dor, demonstraram preocupação com a saúde delas e sentiram-se impotentes, sem, no entanto, diminuir a capacidade delas de lidar com a situação.<sup>(6)</sup>

Em se tratando de saúde mental, a endometriose impacta profundamente a saúde psicológica das mulheres, criando uma relação intrínseca entre o sofrimento emocional e os desafios enfrentados na sexualidade e nos relacionamentos conjugais. Essa relação é multifacetada, envolvendo aspectos como depressão, ansiedade, estresse e autoestima, que muitas vezes são agravados pelos sintomas crônicos da doença.<sup>(3)</sup>

Mulheres com endometriose frequentemente enfrentam elevados níveis de depressão e ansiedade,

sentimentos que podem ser exacerbados pela cronicidade da dor e pela percepção de perda de controle sobre suas próprias vidas. Estudos como o de Sullivan-Myers *et al.* (2023)<sup>(9)</sup> evidenciam que mais de 80% das mulheres pesquisadas apresentaram sofrimento sexual clinicamente significativo, associado também a altos níveis de perturbação da imagem corporal.<sup>(9)</sup>

Dessa forma, essa interferência na feminilidade e no desejo sexual com a distorção da autoimagem contribui para a diminuição da autoestima e para o aumento da vulnerabilidade emocional.<sup>(3)</sup>

Outro aspecto importante é a influência da percepção social sobre a saúde psicológica das mulheres com endometriose. A falta de compreensão ou apoio social muitas vezes reforça sentimentos de isolamento e inadequação. Estudos como o de Van Eickels *et al.* (2024)<sup>(3)</sup> mostram que o apoio social tem um efeito positivo significativo na satisfação conjugal e pode atuar como um fator protetor contra a deterioração da saúde emocional. A ausência desse suporte, por outro lado, pode agravar os sentimentos de vulnerabilidade e estresse.<sup>(3)</sup>

Os fatores psicológicos têm papel central nessa dinâmica. Muitas mulheres desenvolvem uma autoimagem negativa em decorrência da endometriose, seja pela dor constante, pela infertilidade ou por outros sintomas associados. Essa percepção prejudicada de si mesma, frequentemente associada a baixa autoestima, intensifica o sofrimento sexual, como observado no estudo de Sullivan-Myers *et al.* (2023).<sup>(9)</sup> Além disso, essas dificuldades emocionais e sexuais não afetam apenas as pacientes, mas também seus parceiros, que frequentemente relataram sentimentos de rejeição, frustração e impotência diante da situação, como evidenciado por Schick *et al.* (2022),<sup>(8)</sup> em estudo que destacou o impacto emocional mútuo entre os membros do casal. Assim, o estresse e a ansiedade tornam-se sentimentos recíprocos, criando um ciclo de insatisfação conjugal.<sup>(8,9)</sup>

As perspectivas dos parceiros de mulheres com endometriose são frequentemente negligenciadas em estudos sobre os impactos da doença, mas são cruciais para compreender o alcance dos efeitos dessa condição nos relacionamentos e no bem-estar emocional do casal. A endometriose afeta não apenas as mulheres diagnosticadas, mas também seus parceiros, que vivenciam de perto o estresse emocional, as dificuldades de comunicação e os sentimentos de impotência diante dos desafios impostos pela doença.<sup>(8)</sup>

Conforme evidenciado por Schick *et al.* (2022),<sup>(8)</sup> parceiros de mulheres com endometriose constantemente relatam altos níveis de estresse, ansiedade e até mesmo sintomas de depressão. Esses sentimentos podem estar associados à incapacidade de aliviar o sofrimento da parceira, ao impacto da dor crônica na vida íntima do casal e à percepção de perda de conexão emocional. Além disso, a dor e os sintomas da endometriose alteram as dinâmicas diárias, como a capacidade de compartilhar atividades conjuntas, o que intensifica sentimentos de frustração e distanciamento.<sup>(8)</sup>

Um dos desafios mais significativos enfrentados pelos parceiros é lidar com a diminuição da frequência ou qualidade das interações sexuais. Estudos, como o de Rao *et al.* (2023),<sup>(5)</sup> mostram que o impacto na vida sexual cria um descompasso de expectativas entre os parceiros. Enquanto a mulher pode evitar relações sexuais devido à dor ou desconforto, o parceiro pode interpretar essa evasão como rejeição, e isso pode gerar frustração e possíveis conflitos.<sup>(5)</sup>

Em mulheres com endometriose e em mulheres do grupo controle, um relacionamento de longo prazo foi associado a uma melhor qualidade geral de parceria, bem como a pontuações mais altas em “ternura”, “união” e “comunicação”, enquanto os homens apresentaram resultados opostos. Consequentemente, as mudanças associadas à duração de uma parceria (inclusive ao lidar com a endometriose) parecem ser experimentadas de maneira diferente por homens e mulheres.<sup>(6)</sup>

Além disso, a falta de comunicação aberta sobre os impactos da endometriose é uma barreira adicional. Muitos casais evitam discutir a influência da doença em sua vida íntima por vergonha, medo de magoar o outro ou desconhecimento sobre como abordar o tema. De acordo com estudos de Kfoury *et al.* (2023)<sup>(10)</sup> e Facchin *et al.* (2021),<sup>(11)</sup> mulheres que perceberam seus parceiros como mais informados sobre a endometriose e interessados em suas condições de saúde e que relataram que seus parceiros costumavam acompanhá-las às consultas apresentaram maior satisfação relacional assim como melhor enfrentamento diádico.

Outro fator importante é o impacto da endometriose na autoimagem do parceiro e na percepção de seu papel no relacionamento. Sentimentos de impotência, preocupação com o bem-estar da parceira e a frustração de não poder aliviar seu sofrimento podem levar à erosão da autoconfiança. Em alguns casos, conforme observado por Pereira *et al.* (2021),<sup>(12)</sup> o desgaste emocional pode ser tão significativo que os pensamentos de separação se tornam recorrentes, especialmente em casos de insatisfação sexual prolongada.

Nesse mesmo contexto, as variáveis socioculturais e os diferentes contextos nos quais as mulheres com endometriose vivem desempenham um papel significativo no impacto da doença sobre a sexualidade e os relacionamentos amorosos. As percepções culturais sobre gênero, sexualidade e o papel da mulher na sociedade influenciam diretamente a forma como as pacientes enfrentam os desafios impostos pela endometriose, bem como a dinâmica de apoio nos relacionamentos.<sup>(10)</sup>

Normas culturais influenciam a percepção da sexualidade. Em culturas nas quais o sexo é tabu ou ligado à reprodução, como em partes do Oriente Médio e Ásia, o estigma da infertilidade e da endometriose se intensifica. O estudo de Kfoury *et al.* (2023)<sup>(10)</sup> mostrou que mulheres libanesas com endometriose têm menor satisfação sexual e conjugal, especialmente em contextos que valorizam a fertilidade como parte da identidade

feminina. Já em sociedades mais abertas, apesar de maior suporte social, os padrões de beleza e papéis sexuais ainda prejudicam a autoimagem e contribuem para o aumento do sofrimento psicológico.<sup>(9)</sup>

Outro ponto importante é o impacto das diferenças no acesso a recursos de saúde e educação. Em países em desenvolvimento ou em comunidades mais isoladas, a falta de informações sobre a endometriose e o limitado acesso a tratamentos especializados podem levar ao diagnóstico tardio e ao agravamento dos sintomas físicos e psicológicos. Esses fatores não apenas dificultam o manejo da doença, mas também perpetuam o estigma e o isolamento das mulheres. Em contraste, países com sistemas de saúde mais acessíveis oferecem um contexto mais favorável para o diagnóstico precoce e o tratamento integrado, incluindo suporte psicológico e terapias para casais.<sup>(10)</sup>

As disparidades regionais também influenciam a forma como a dor e os sintomas da endometriose são percebidos e tratados. Em culturas nas quais a dor é normalizada como parte do ciclo menstrual feminino, mulheres podem demorar mais para buscar ajuda médica, enfrentando anos de sofrimento antes de serem diagnosticadas. Essa normalização cultural da dor menstrual foi apontada por estudos como um dos principais fatores para o diagnóstico tardio da endometriose, exacerbando seus impactos na sexualidade e nos relacionamentos.<sup>(10)</sup>

Além disso, as expectativas sociais sobre o papel das mulheres como esposas e mães podem influenciar significativamente a forma como elas e seus parceiros percebem e enfrentam os desafios da endometriose. Em contextos em que o desempenho sexual e a reprodução são vistos como pilares da identidade feminina, a doença pode ser vivida com maior sentimento de culpa e inadequação, o que afeta profundamente a saúde psicológica e os relacionamentos.<sup>(10)</sup>

A importância de estratégias de enfrentamento e intervenções clínicas no manejo da endometriose está relacionada não apenas ao alívio dos sintomas físicos, mas também ao impacto emocional e relacional da doença. A complexidade dos desafios enfrentados por mulheres com endometriose exige abordagens integradas que contemplem aspectos físicos, psicológicos e sociais, promovendo uma melhor qualidade de vida e restaurando a intimidade e a conexão nos relacionamentos.<sup>(11-13)</sup>

Intervenções clínicas têm um papel fundamental no manejo dos sintomas físicos da endometriose, como a dor crônica e a dispareunia, que são os principais fatores que comprometem a vida sexual e conjugal das pacientes. Abordagens farmacológicas, como o uso de terapias hormonais, e tratamentos cirúrgicos para remoção de implantes endometrióticos são comuns. No entanto, para muitas mulheres, esses tratamentos, embora essenciais, não são suficientes para lidar com os impactos emocionais e sociais da doença. Estudos como

o de Maiorana *et al.* (2023)<sup>(13)</sup> destacam a importância de monitorar não apenas os sintomas físicos, mas também os fatores psicológicos associados, como depressão e ansiedade, que agravam o sofrimento sexual e conjugal.

Do ponto de vista psicológico, intervenções terapêuticas são indispensáveis. A terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, tem se mostrado eficaz em ajudar mulheres a lidarem com a dor crônica e a melhorarem sua autoimagem, reduzindo o sofrimento psicológico e sexual. O estudo de Sullivan-Myers *et al.* (2023)<sup>(9)</sup> sugere que intervenções que promovem a autocompaixão e a aceitação corporal podem desempenhar um papel importante na diminuição do impacto emocional da endometriose. Além disso, o envolvimento de fisioterapeutas especializados em saúde pélvica pode ajudar a aliviar a dor durante as relações sexuais, aumentando o conforto e a confiança das pacientes.<sup>(9)</sup>

Juntamente a isso, a comunicação aberta e a inclusão dos parceiros no processo de tratamento também são essenciais para melhorar a dinâmica conjugal. Terapias de casal podem ajudar a abordar conflitos relacionados à sexualidade e promover um ambiente de apoio mútuo. Segundo Van Eickels *et al.* (2024),<sup>(3)</sup> casais que adotam estratégias de enfrentamento compartilhadas relatam maior satisfação conjugal, e isso destaca a importância de intervenções que não se concentrem apenas na paciente, mas também em seu parceiro.

Além disso, programas de educação e conscientização desempenham papel crucial no enfrentamento da endometriose. Ao fornecer informações claras sobre a doença, seus sintomas e opções de tratamento com uma abordagem multidisciplinar, é possível reduzir o estigma e facilitar um diagnóstico mais precoce. A criação de redes de suporte, como grupos de apoio para mulheres e seus parceiros, também pode oferecer um espaço seguro para compartilhar experiências e aprender estratégias de enfrentamento.<sup>(3)</sup>

Terapias como a cognitivo-comportamental, aliadas à inclusão dos parceiros e à criação de redes de apoio, são essenciais para mitigar os impactos emocionais e restaurar a qualidade de vida e a intimidade nos relacionamentos. Além disso, são necessários mais estudos para compreender todas as variáveis que afetam as pacientes com esse diagnóstico. Assim, a atenção plena às necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres com endometriose é essencial para promover seu bem-estar e fortalecer os laços conjugais.<sup>(14,15)</sup>

## CONCLUSÃO

A endometriose apresenta um impacto significativo e multifacetado na vida das mulheres, afetando não apenas sua saúde física, mas também sua saúde emocional, sexualidade e relacionamentos. Os desafios incluem a disfunção sexual, muitas vezes agravada pela dispareunia, que contribui para a insatisfação conjugal e intensifica barreiras emocionais e de comunicação.

Esses fatores são amplificados por questões psicológicas, como ansiedade, depressão e baixa autoestima, que estão intrinsicamente ligadas aos sintomas da doença e ao estigma associado. Além disso, os parceiros também sofrem com os efeitos indiretos da endometriose, enfrentando sentimentos de impotência, frustração e distanciamento emocional, enquanto variáveis socioculturais e contextos culturais moldam tanto a experiência da doença quanto a resposta das redes de apoio. As limitações no acesso a cuidados de saúde e as normas culturais que normalizam a dor menstrual ou priorizam a fertilidade como parte central da identidade feminina intensificam o sofrimento das pacientes em muitos contextos. Dada essa complexidade, o enfrentamento da endometriose requer uma abordagem integrada e multidisciplinar, que inclua suporte psicológico e estratégias específicas para os parceiros, visando restaurar a qualidade de vida e a intimidade conjugal. Tratamentos clínicos devem ser acompanhados por intervenções terapêuticas que abordem a saúde mental, promovam a comunicação entre parceiros e incluam estratégias de suporte social.

## REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Endometriose. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo-Ginecologia; nº 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
2. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nature Rev Endocrinol*. 2013;10(5):261-75. doi: 10.1038/nrendo.2013.255
3. Van Eickels D, Schick M, Germeyer A, Rösner S, Strowitzki T, Wischmann T, et al. Predictors of partnership and sexual satisfaction and dyadic effects in couples affected by endometriosis and infertility. *Arch Gynecol Obstet*. 2024;310(5):2647-55. doi: 10.1007/s00404-024-07516-z
4. Privitera G, O'Brien K, Misajon R, Lin CY. Endometriosis symptomatology, dyspareunia, and sexual distress are related to avoidance of sex and negative impacts on the sex lives of women with endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3362. doi: 10.3390/ijerph20043362
5. Rao SR, Sy-Cherng LW, Hafizz AM, Mamat Yusof MN, Shafiee MN. Sexual functioning and marital satisfaction among endometriosis patients in Malaysia: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2023;14:1224995. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1224995
6. El Hadad S, Schwartz AS, Gassner C, Haeberlin F, von Orelli S, Imesch P, et al. Partnership and relationship happiness in endometriosis related chronic pelvic pain: a multicenter case-control study. *Front Psychol*. 2024;15:1382067. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1382067
7. Helfenstein F, Schwartz AS, Imesch P, Rauchfuss M, Wölfler MM, Haeberlin F, et al. Comparison of male and female perspective in couples involved in sexual relationships and facing endometriosis. *Sex Med*. 2023;11(2):qfad013. doi: 10.1093/sexmed/qfad013
8. Schick M, Germeyer A, Böttcher B, Hecht S, Geiser M, Rösner S, et al. Partners matter: the psychosocial well-being of couples when dealing with endometriosis. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;20(1):86. doi: 10.1186/s12955-022-01991-1
9. Sullivan-Myers C, Sherman KA, Beath AP, Cooper MJ, Duckworth TJ. Body image, self compassion, and sexual distress in individuals living with endometriosis. *J Psychosom Res*. 2023;167:111197. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111197
10. Kfoury M, Barakat H, Hallit S, Saliba S. Association between endometriosis and sexual satisfaction among a sample of Lebanese women. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):164. doi: 10.1186/s12905-023-02323-1
11. Facchin F, Buggio L, Vercellini P, Frassinetti A, Beltrami S, Saita E. Quality of intimate relationships, dyadic coping, and psychological health in women with endometriosis: results from an online survey. *J Psychosom Res*. 2021;146:110502. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110502
12. Pereira MG, Ribeiro I, Ferreira H, Osório F, Nogueira-Silva C, Almeida AC. Psychological morbidity in endometriosis: a couple's study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10598. doi: 10.3390/ijerph182010598
13. Maiorana A, Alfano P, Mercurio A, Marcantonio S, Minneci G, Incandela D, et al. Quality of life and clinical factors in women with endometriosis, the role of dienogest vs EE/dienogest over time: a single-center study. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(5):1503-12. doi: 10.1007/s00404-023-06942-9
14. Lukas I, Kohl-Schwartz A, Geraedts K, Rauchfuss M, Wölfler MM, Häberlin F, et al. Satisfaction with medical support in women with endometriosis. *PLoS One*. 2018;13(11):e0208023. doi: 10.1371/journal.pone.0208023
15. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG*. 2010;118(3):285-91. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02744.x

# Gravidez ectópica cornual: relato de caso

## Cornual ectopic pregnancy: case report

Lucas Casagrande Passoni Lopes<sup>1</sup>, Gabriela Sabbatine Reis<sup>1</sup>, Ticciana Ruiz Baisch<sup>1</sup>, Isabela Martins Augusto<sup>1</sup>, Alice Quinhoeiro de Menezes Blasca<sup>1</sup>, Mariane Nunes de Nadai<sup>1</sup>, Ênio Luis Damaso<sup>1</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar um caso de gravidez ectópica cornual abordando as dificuldades em seu diagnóstico e necessidade de tratamento adequado, buscando melhores desfechos para o quadro. **Métodos:** Este relato de caso foi escrito seguindo as diretrizes do *Consensus-based Clinical Case Reporting*, com base em dados obtidos dos registros médicos de uma paciente. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, e a paciente concordou com a elaboração deste relato de caso mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Foi apresentado um caso de gravidez ectópica cornual, destacando-se a história clínica relatada pela paciente e a conduta tomada pela equipe médica, que foi capaz de proporcionar um melhor prognóstico e evolução do caso em questão. **Conclusão:** Este caso ilustra que os sintomas relatados pelas pacientes com gravidez ectópica cornual tendem a ser vagos e inespecíficos, portanto os exames complementares permitem um diagnóstico precoce, com proposta de conduta oportuna, gerando um melhor prognóstico e minimizando os riscos da paciente.

### ABSTRACT

**Objective:** To report a case of cornual ectopic pregnancy, addressing the difficulties in its diagnosis and the need for appropriate treatment in order to achieve better outcomes. **Methods:** This case report was written following the *Consensus-based Clinical Case Reporting* guidelines, based on data obtained from the medical records of a patient. The present study was submitted to and approved by the Ethics Committee of the Bauru School of Dentistry, University of São Paulo, and the patient agreed to the preparation of this case report by signing the informed consent form. **Results:** A case of cornual ectopic pregnancy is presented, highlighting the clinical history reported by the patient and the management adopted by the medical team, which was able to provide a better prognosis and case evolution. **Conclusion:** This case illustrates that the symptoms reported by patients with cornual ectopic pregnancy tend to be vague and nonspecific. Therefore, complementary tests allow for early diagnosis and timely management, resulting in a better prognosis and minimizing patient risks.

## INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) é definida como a implantação e o desenvolvimento do blastocisto fora da cavidade uterina. Estima-se que essa condição tenha incidência crescente, ocorrendo em até 2% de todas as gestações, pois alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento também estão aumentando em sua prevalência.<sup>(1-3)</sup> A GE é uma das principais causas de urgência obstétrica no primeiro trimestre de gravidez, uma vez que a sua ruptura é a principal causa de morte materna nesse período da gravidez, com uma taxa de mortalidade em torno de 9%-14% dos casos, o que representa 5%-10% de todas as mortes relacionadas com a gravidez.<sup>(1-3)</sup>

### Descritores

Gravidez ectópica; Gravidez cornual; Relato de caso; Laparotomia

### Keywords

Ectopic pregnancy; Cornual pregnancy; Case report; Laparotomy

### Submetido:

14 de abril de 2025

### Aceito:

13 de maio de 2025

1. Faculdade de Medicina de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Lucas Casagrande Passoni Lopes  
lucaspassoni@usp.br

### Como citar:

Lopes LC, Reis GS, Baisch TR, Augusto IM, Blasca AQ, Nadai MN, et al. Gravidez ectópica cornual: relato de caso. *Femina*. 2025;57(3):959-63.

A gravidez ectópica cornual (GEC) é um subtipo raro de GE caracterizada pela implantação do blastocisto no segmento intersticial da tuba uterina, ou seja, uma seção da tuba ricamente vascularizada que atravessa o tecido muscular uterino.<sup>(2-5)</sup> Embora a GEC corresponda apenas a 2%-4% de todas as GEs, está associada a significativa morbimortalidade materna, pois pode provocar ruptura uterina e posterior hemorragia incontrolável, com taxa de mortalidade que chega a 2,5% dos casos; uma vez diagnosticada e tratada, tendem a ser complexas e difíceis.<sup>(2-5)</sup>

Este relato de caso descreve uma GEC direita integrada, diagnosticada por ultrassonografia no primeiro trimestre e tratada com ressecção cornual por laparotomia.

## MÉTODOS

Este relato de caso foi elaborado após a obtenção da autorização da participante da pesquisa por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este relato foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo e aprovado sob número de protocolo 77649624.3.0000.5417.

Este relato foi escrito seguindo as diretrizes do *Consensus-based Clinical Case Reporting (CARE)*.<sup>(6)</sup>

## RESULTADOS

Mulher de 24 anos, com 10 semanas e 4 dias de amenorreia, foi internada no pronto-socorro aberto de uma maternidade localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil, com queixa de sangramento vaginal leve.

O único relato de anamnese importante da paciente foi a ocorrência de aborto espontâneo com oito semanas de gestação sem necessidade de curetagem, episódio ocorrido oito meses antes da data da consulta. Ela negou quaisquer comorbidades ou outro evento marcante em seu passado médico. O histórico médico de sua família não era digno de nota.

A paciente foi avaliada por meio de exame digital vaginal, no qual foi identificado colo uterino fechado, e por meio do exame especular, que permitiu a visualização de discreta quantidade de sangue na região cervical. Foi levantada a hipótese de ameaça de aborto, com alta da paciente, que foi orientada a manter repouso físico, abster-se de atividade sexual, observar e retornar ao serviço em caso de sinais de alarme e realizar ultrassonografia de acompanhamento.

Após 13 dias, a paciente retornou à mesma instituição para realização de exame ultrassonográfico. Nesse momento, encontrava-se assintomática, sem queixas, sem alterações no exame abdominal e ginecológico, e o tempo de amenorreia foi estimado em 12 semanas e 3 dias. Durante a ultrassonografia, foram identificados um útero de 60,3 cm<sup>3</sup> e um ovário direito de 11,3 cm<sup>3</sup>. O ovário esquerdo não foi visualizado, mas, em sua localização, foi identificada imagem compatível com saco

gestacional, localizado na região cornual direita, com diâmetro médio de 23,8 mm, e contendo em seu interior um embrião. Observou-se que o embrião apresentava batimentos cardíacos fetais e seu comprimento cabeça-nádega era de 19,8 mm, o que é compatível com 8 semanas e 4 dias de gestação (Figuras 1 e 2).



**Figura 1.** Imagem anecoica em região cornual direita compatível com saco gestacional

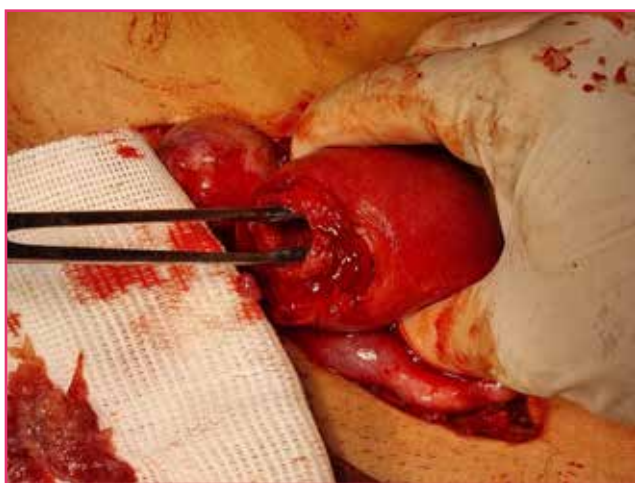


**Figura 2.** Embrião dentro do saco gestacional

Dado o estado da paciente, foram solicitados exames laboratoriais que demonstraram medidas hematimétricas em níveis normais, sem sinais de anemia e sem alterações no coagulograma. O exame da fração beta do hormônio gonadotrofina coriônica ( $\beta$ -hCG) foi de 503.589 mUI/mL. Portanto, foi feita a hipótese diagnóstica de GEC, sendo escolhida abordagem cirúrgica para o tratamento do caso. Assim, no mesmo dia, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora com ressecção do corno direito do útero (Figuras 3, 4 e 5). O procedimento transcorreu sem intercorrências, com boa evolução da paciente, e, devido à estabilidade hemodinâmica e à ausência de complicações, a paciente recebeu alta hospitalar 36 horas após a cirurgia.



**Figura 3.** Útero e trompas da paciente com região cornual direita edemaciada e hiperêmica



**Figura 4.** Região cornual explorada na cirurgia



**Figura 5.** Embrião após remoção cirúrgica

## DISCUSSÃO

Embora existam na literatura alguns casos como o descrito neste relato, ou seja, diagnóstico ultrassonográfico e tratamento cirúrgico de GEC integrado, essa condição ainda é rara e é deixada de lado pelos profissionais na prática clínica diária.<sup>(1-4)</sup>

A ausência de avaliação ultrassonográfica no primeiro contato com a paciente, mesmo em uma gestação de 10 semanas e 4 dias, pode ser justificada pela apresentação clínica inicial compatível com ameaça de aborto e pela estabilidade clínica.<sup>(5,6)</sup> Diante da ausência de dor intensa, sangramento ativo volumoso ou sinais de instabilidade, optou-se por conduta expectante, com agendamento do ultrassom para duas semanas após, conforme prática comum em contextos com alta demanda e limitação de recursos.<sup>(5)</sup> Contudo, o caso evidencia a importância de considerar diagnósticos diferenciais graves, como GEC, mesmo em pacientes aparentemente estáveis, reforçando a necessidade de protocolos de triagem mais sensíveis para casos atípicos.<sup>(6)</sup>

O principal local de ocorrência da GE são as tubas uterinas, responsáveis por cerca de 90% de todos os casos, seguida pela região intersticial, que inclui os casos de GEC, que respondem por cerca de 2% a 4% da GE.<sup>(2-5)</sup> A maior incidência de GE nessas localidades decorre do fato de que a fecundação tende a ocorrer na porção distal das tubas uterinas, sendo o processo de mobilização ocorrido pela ação dos cílios locais e da contratilidade tubária.<sup>(5-7)</sup> Portanto, uma vasta miríade de condições, como doença inflamatória pélvica prévia, cirurgia pélvica prévia, anomalias uterinas, uso de técnicas de reprodução assistida, salpingectomia ipsilateral prévia e outros fatores de risco, nenhum dos quais apresentados na paciente mencionada, pode fornecer alterações nesse fino processo e provoca implantação embrionária ectópica, ou seja, fora do endométrio.<sup>(1-3,5,7)</sup>

As manifestações clínicas da GE podem contar com sintomas inespecíficos, como dor no baixo ventre e sangramento vaginal, que podem estar associados a outras causas obstétricas, como abortos espontâneos, por exemplo.<sup>(4,5,8)</sup> Além disso, também podem ocorrer sintomas semelhantes a outras condições não obstétricas, como dor na fossa ilíaca direita simulando apendicite, por exemplo.<sup>(4,5,8)</sup> Pensando na GEC, nota-se que seu diagnóstico tende a ser ainda mais difícil, pois seu desenvolvimento ocorre em região com bom suporte muscular e vascular, o que resulta em ampla distensibilidade e, portanto, causa menos dor, de modo que a mulher tende a demorar mais para procurar ajuda médica.<sup>(5,8)</sup> Mesmo assim, como a GEC ocorre muito próximo ao útero, tende a ser muito difícil diferenciá-la de gestações uterinas excêntricas, tornando seu diagnóstico ainda mais demorado.<sup>(5,7-9)</sup>

Com essa dificuldade diagnóstica semelhante, muitas complicações podem surgir nos casos de GEC.<sup>(7)</sup> Entre eles, podem ocorrer casos de ruptura uterina, uma vez que as GECs tendem a atingir idades gestacionais mais elevadas, com maior crescimento fetal, pois o local em que se desenvolvem é capaz de proporcionar maior distensão.<sup>(5,7,8)</sup> Aliás, em GECs que atingem mais de 12 semanas de gestação, a ruptura uterina ocorre em quase 1/3 dos casos, sendo cerca de 40% de todas as histerectomias resultantes de ruptura uterina causada por GEC.<sup>(5,7-9)</sup>

Outra possível complicação é o choque hemorrágico, visto que o local de desenvolvimento da GEC é altamente vascularizado.<sup>(4,5,7-9)</sup> Portanto, à medida que a gravidez avança, aumentam as chances de ruptura do próprio útero, como mencionado anteriormente, além de outros vasos locais, ocorrendo a gênese de quadros hemorrágicos em até 25% das pacientes com GEC.<sup>(7-9)</sup>

Dado o amplo espectro de manifestações clínicas e a necessidade de avaliação precoce para evitar possíveis complicações, os exames de imagem têm ganhado cada vez mais força para o diagnóstico da GEC.<sup>(5,10,11)</sup> Entre eles, destaque especial é dado à ultrassonografia, que permite a identificação rápida e de baixo custo dos casos de GEC, além de auxiliar na definição do seu manejo.<sup>(10,11)</sup> Na verdade, a visualização do saco gestacional é o primeiro passo para identificar qualquer gravidez.<sup>(10,11)</sup> Nesse sentido, o “sinal do saco duplo”, ou seja, a presença de dois anéis concêntricos, em que um deles representa a decídua endometrial pós-implantação embrionária e o outro, o córion que circunda o embrião, deve-se pensar que a implantação do blastocisto ocorreu na cavidade uterina, sugerindo uma possível gravidez intrauterina excêntrica nos casos de GE.<sup>(10,11)</sup> Ao mesmo tempo, quando se observa um “sinal de linha intersticial”, que é uma linha ecogênica no limite do saco gestacional e da cavidade endometrial, bem como uma câmara gestacional circundada por miométrio, o diagnóstico mais provável a ser tratado é GEC.<sup>(10,11)</sup> Assim, é possível diagnosticar a GE e propor diferenciação entre seus subtipos, além de conhecer o tamanho fetal e sua provável idade gestacional, o que permite tomar certas medidas.<sup>(10,11)</sup>

A gestão da GE ocorre em formas conservadoras ou cirúrgicas.<sup>(7,9,12)</sup> O tratamento conservador consiste no uso de metotrexato, localmente no sítio ectópico ou sistemicamente como uma única injeção intramuscular, se a paciente estiver hemodinamicamente estável, o valor de  $\beta$ -hCG for menor que 5.000 mUI/mL, a idade gestacional for menor que seis semanas, a atividade cardíaca estiver ausente no saco gestacional, a massa anexial for menor que 4 cm e a quantidade de hemoperitônio for menor que 100 mL.<sup>(7,9)</sup> Entre os principais benefícios dessa abordagem, estão a preservação da fertilidade, a menor taxa de complicações cirúrgicas, a redução do tempo de internação hospitalar, a recuperação mais rápida e o menor custo associado ao tratamento.<sup>(7,9)</sup>

Como a paciente do caso não se enquadrava nessas solicitações, optou-se por uma opção de tratamento intervencionista. As opções para esta abordagem incluem laparotomia (como neste caso), ressecção cornual laparoscópica ou cornuostomia.<sup>(7,9)</sup> Para um tratamento personalizado e adequado de acordo com as necessidades e desejos da paciente, bem como considerando os recursos médicos locais, o que tem sido regra na tomada de decisão pela equipe médica é a escolha da via aberta para o manejo dos casos de GEC.<sup>(9,12)</sup> Quando bem realizada, como foi o caso desta paciente, essa abordagem minimiza o risco de eventos adversos, tanto da

GEC quanto do procedimento em si, permitindo que a paciente mantenha sua fertilidade e tenha um melhor prognóstico para sua condição primária.<sup>(9,12)</sup> No entanto, os riscos potenciais associados à cirurgia incluem sangramento intraoperatório significativo, lesões a estruturas adjacentes, infecção, formação de aderências pélvicas e impacto negativo sobre a fertilidade futura, além da necessidade de tempo prolongado de recuperação.<sup>(7,9)</sup>

Na abordagem cirúrgica da GEC, tanto a laparotomia quanto a laparoscopia são opções viáveis, e a escolha da via deve considerar a estabilidade hemodinâmica da paciente, os recursos disponíveis e a experiência da equipe.<sup>(8)</sup> A laparoscopia, quando factível, apresenta vantagens como menor tempo de internação, menor perda sanguínea, recuperação pós-operatória mais rápida e menor formação de aderências.<sup>(9)</sup> Contudo, em casos de instabilidade clínica, ruptura uterina iminente ou indisponibilidade de equipe treinada, a laparotomia ainda é a via mais segura, proporcionando melhor acesso e controle do sangramento.<sup>(10,11)</sup> Ainda que mais invasiva, essa via permite intervenção rápida em contextos emergenciais, com bons resultados quando bem conduzida.<sup>(12)</sup>

Um ponto forte deste relato foi a apresentação completa do caso, desde o primeiro contato com a paciente, em que foi feito um possível caso de ameaça de aborto, a realização do seu correto diagnóstico e o manejo adequado para o quadro apresentado. Além disso, este caso trouxe consigo as imagens ultrassonográficas e os valores de  $\beta$ -hCG que embasaram a conduta tomada, que serve de espelho para orientar o leitor e conscientizar sobre condições semelhantes. Este relato também conseguiu apresentar imagens do processo intraoperatório, tornando mais viável a compreensão do local específico em que ocorre a GEC, auxiliando, assim, na sua compreensão.

Este relato demonstra que os casos de GEC podem aparecer com sintomas inespecíficos e vagos, que podem inicialmente levar a outros diagnósticos. Nesse sentido, o acompanhamento adequado da paciente, com a solicitação de exames complementares precisos, como a ultrassonografia solicitada e os níveis quantitativos seriados de  $\beta$ -hCG, sua correta interpretação e a capacidade técnica do profissional para realizar e manejar esse tipo de condição, permite uma abordagem rápida e segura que minimize os riscos da paciente e lhe garanta melhores perspectivas para sua evolução. Por isso, relatos como o aqui promovido são importantes, alertando a comunidade científica para casos semelhantes e ajudando a gerir condições semelhantes.

## CONCLUSÃO

Em geral, a gravidez ectópica cornual é um dos tipos mais perigosos de gravidez ectópica, com alta mortalidade materna. A disponibilidade de ultrassonografia de alta resolução e níveis quantitativos seriados de  $\beta$ -hCG com alto índice de suspeição é essencial para o diagnóstico, que é confirmado por laparoscopia ou laparotomia e tratado por ressecção em cunha cornual.

## REFERÊNCIAS

1. Chong KY, de Waard L, Oza M, van Wely M, Jurkovic D, Memtsa M, et al. Ectopic pregnancy. *Nat Rev Dis Primers*. 2024;10(1):94. doi: 10.1038/s41572-024-00579-x
2. Zhang S, Liu J, Yang L, Li H, Tang J, Hong L. Global burden and trends of ectopic pregnancy: an observational trend study from 1990 to 2019. *PLoS One*. 2023;18(10):e0292917. doi: 10.1371/journal.pone.0291316
3. Tavares BV, Delfino LS, Ignarro IS, Baccaro LF. Changing paradigms in the initial treatment of ectopic pregnancy at a university hospital in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45(4):192-200. doi: 10.1055/s-0043-1768999
4. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, Coiado OC. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Womens Health (Lond)*. 2023;19:17455057231160349. doi: 10.1177/17455057231160349
5. Gaetani M, Di Gennaro D, Vimercati A, Vitagliano A, Dellino M, Malvasi A, et al. Cornual pregnancy. *Gynecol Minim Invas Ther*. 2023;12(3):130-4. doi: 10.4103/gmit.gmit\_10\_23
6. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Glob Adv Health Med*. 2013;2(5):38-43. doi: 10.7453/gahmj.2013.008
7. Al-Ibrahim N. Intact left cornual ectopic pregnancy: a case report. *Oman Med J*. 2013;28(4):e053. doi: 10.5001/omj.2013.87
8. Sharma C, Patel H. Ruptured cornual ectopic pregnancy: a rare and challenging obstetric emergency. *Cureus*. 2023;15(10):e47842. doi: 10.7759/cureus.47842
9. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: tubal ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):e91-e103. doi: 10.1097/AOG.0000000000002560
10. Hoang BT, Whitaker DW. Ruptured left cornual ectopic pregnancy: a case report. *Cureus*. 2023;15(7):e41449. doi: 10.7759/cureus.41449
11. Biffi A, Damiani GR, Pellegri AM, Quartucci A, Di Gennaro D, Boca GD. Cornual pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2022;29(3):327-8. doi: 10.1016/j.jmig.2021.11.004
12. Toumi D, Medemagh M, Zouari I, Ghaddab I, Chaouch MA, Faleh R. Cornual pregnancy as a rare entity of ectopic pregnancy: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2024;116:109364. doi: 10.1016/j.ijscr.2024.109364

# 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 Obstetrícia

## 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](http://feitoparaela.com.br)

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