

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 53, Número 8, 2025

APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

**Do atendimento
pré-hospitalar
ao hospitalar:
resposta rápida à
pré-eclâmpsia
e suas complicações –
Uma proposta
para o Brasil**

RESIDÊNCIA MÉDICA

**A residência médica em
Ginecologia e Obstetrícia e as
competências comuns para a
prática interprofissional no
cuidado às pessoas em situação
de violência sexual**

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

**Resolução CFM nº 2.437/2025
sobre o atendimento a pessoas
que vivem com HIV/aids:
implicações éticas e práticas
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

DIRETORIA

PRESIDENTE

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Roseli Mieko Yamamoto Nomura (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR FINANCEIRO

Marcelo Luís Steiner (SP)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio (PI)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Maria Auxiliadora Budib (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Olimpio Barbosa de Moraes Filho (PE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flavia Barra do Espirito
Santo Alves Pereira (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Sergio Podgaec (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Alberto Trapani Júnior (SC)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
comercial.gerencia@febrasgo.org.br

Acesse: www.Febrasgo.org.br

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

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



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

Produzida por: **Modo Comunicação**. Editor: Maurício Domingues; Jornalista: 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 Kahlale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral



965

EDITORIAL

Da atenção primária à sala de parto: um chamado à ação

967

IN MEMORIAM

Dr. Rengaswamy Sankaranarayanan

968

ENTREVISTA

Pré-eclâmpsia: antecipar o cuidado para encurtar as demoras que matam

973

ENTREVISTA

Agosto Dourado: aleitamento materno tem fator preventivo especialmente para o câncer de mama

975

ANAGO

Pilares da história: legado em movimento

982

RESIDÊNCIA MÉDICA

A residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e as competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual

990

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Resolução CFM nº 2.437/2025 sobre o atendimento a pessoas que vivem com HIV/aids: implicações éticas e práticas na ginecologia e obstetrícia

995

CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

996

Desafios e recomendações da vacinação na imunossupressão

1004

APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

Do atendimento pré-hospitalar ao hospitalar: resposta rápida à pré-eclâmpsia e suas complicações – Uma proposta para o Brasil

1013

PROTÓCOLOS FEBRASGO

Efeitos do álcool no feto e no recém-nascido

1018

Parada cardiorrespiratória na gestação

1024

Lesões pré-invasivas da vulva, da vagina e do colo uterino

1029

ARTIGOS ORIGINAIS

Prescrição e uso de ácido acetilsalicílico como método profilático para a pré-eclâmpsia

1035

Adolescer seguro: desafios de uma abordagem inclusiva para contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis



EDITORIAL

Da atenção primária à sala de parto: um chamado à ação

A morte materna no pré ou pós-parto é um cenário escuro para os obstetras. E a luz cabe a eles. Muitas delas são evitáveis. Neste volume, a *Femina* foca a antecipação dos cuidados para evitar o pior desfecho da pré-eclâmpsia. Em cinco páginas, a jornalista Letícia detalha as opiniões de cinco ícones no atendimento à saúde da mulher, principalmente da gestante. Vigilância, diagnóstico e ação são medidas hierarquizadas já na atenção primária! A Dra. Cláudia Mello, secretária de Saúde do Rio de Janeiro, destaca ainda a necessária organização do fluxo e a disponibilidade dos insumos em mãos treinadas. As recomendações do texto certamente ajudarão a salvar vidas! A *Femina* segue com homenagem a dois dos maiores educadores da ginecologia e obstetrícia, particularmente da ginecologia endócrina! A maioria de nós recebeu ensinamentos do Prof. Hans Halbe, patrono da cadeira nº 11 da Anago. Hoje, com mais de 90 anos, continua a inspirar os mais jovens por meio de suas publicações! O outro é o Prof. Nilson de Melo, patrono da cadeira de nº 15 da Anago. É nosso contemporâneo brilhante! Ninguém conhece mais anticoncepção e climatério! E é claro que os editores e leitores da *Femina* têm orgulho dos dois.

As Comissões de Tromboembolismo e Hemorragia na mulher e a Perinatalogia são examinadas pela jornalista Letícia em entrevistas com seus presidentes. Combate à desinformação e aos mitos, prioridades e iniciativas são tópicos elegantemente explorados. A residência médica em ginecologia e obstetrícia e as competências necessárias ao cuidado às vítimas de violência sexual, como prática interprofissional, são padronizadas em quase oito páginas pelo Prof. Reginaldo, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Contextualização e metodologia são simplificadas em tabelas, quadros e infográficos. O texto prima pela excelência, e sua leitura é leve e utilíssima. A Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo deixa claras as implicações éticas da infecção pelo HIV na prática da ginecologia e obstetrícia, chamando a atenção para a Resolução nº 2.437/2025 do Conselho Federal de Medicina. O texto é das professoras Lia Damásio e Maria Celeste Wender. Em cinco páginas, elas focam a atenção à assistência às pacientes portadoras em seus aspectos legais, médicos e institucionais.

Os desafios e as recomendações para a vacinação dos indivíduos imunossuprimidos abrem o Caderno Científico deste volume, na forma de “Posição da Febrasgo”. O texto é da Comissão Nacional Especializada em Vacinas e traz cinco pontos-chave e cinco recomendações, com destaque para as necessidades na abordagem a esses pacientes. O texto é magistralmente apresentado com detalhes às particularidades das pacientes! O tema de abertura deste volume acerca da priorização do atendimento de gestantes com pré-eclâmpsia é descrito nesse caderno, em pormenores, no tópico “Aprendendo com o Especialista”. O texto é do Prof. Antonio Braga e seus colaboradores de várias regiões do Brasil. Em nove páginas, os autores fornecem todos os instrumentos necessários para um atendimento primoroso às gestantes com pré-eclâmpsia. Este volume ainda detalha outros três “Protocolos Febrasgo” com temas interessantes recomendados pelos editores. Estudo original de professores de Jundiaí-SP explora e recomenda o uso do ácido acetilsalicílico na profilaxia da pré-eclâmpsia. Outro artigo original, de professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, trata da assistência às adolescentes, com foco na contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Mais um volume rico da *Femina* aos seus leitores. A gratidão é aos autores dos textos belíssimos.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
Editor



Dr. Rengaswamy Sankaranarayanan

☆ 04/12/1952 † 03/08/2025



Com profundo pesar, a Agência Internacional de Pesquisa para o Câncer (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou o falecimento do Dr. Rengaswamy Sankaranarayanan em 3 de agosto de 2025. O Dr. Sankaranarayanan (conhecido carinhosamente como “Sankar”) iniciou sua carreira na Índia, dedicando mais de quatro décadas à saúde pública no combate ao câncer, com enfoque no câncer de colo uterino. No IARC, foi Conselheiro Especial para o Controle do Câncer (2013-2017) e Chefe da Seção de Detecção Precoce e Prevenção (2009-2015). Durante suas gestões, deu atenção especial ao combate ao câncer de colo de útero nos países de média e baixa renda, incluindo inúmeras visitas ao nosso país. Sempre disponível e com um olhar atento, participou de diversos congressos e reuniões no Brasil, deixando um legado extraordinário de liderança no controle do câncer, dedicação inabalável à redução das desigualdades na prevenção do câncer em todo o mundo, além de uma enorme quantidade de dados científicos publicados. Como salientado pela OMS, seus *insights* clínicos, combinados com o “pragmatismo e profundo conhecimento dos desafios da implementação da prevenção do câncer de colo de útero em países de baixa e média renda”, foram decisivos para preencher a lacuna entre as evidências científicas e a prática da saúde pública.

Radioterapeuta de formação, logo no início da carreira percebeu que prevenir o câncer era mais importante do que apenas tratar, especialmente nos países com poucos recursos, situação que conhecia bem devido à sua origem humilde em um país com inúmeras desigualdades sociais. Além dos cargos de gestão, foi autor de mais de 260 publicações científicas e coordenou diversos relatórios técnicos e diretrizes da OMS que transformaram as políticas e práticas globais. Foi o pioneiro de diversas técnicas de tratamento e detecção das lesões do colo do útero com custo reduzido para beneficiar os países com menos recursos, além da intensa divulgação dos benefícios da utilização do teste do HPV para rastreamento do câncer e do benefício da vacinação contra o HPV.

Entre aqueles que tiveram a oportunidade de conviver e trabalhar com ele, suas características mais conhecidas eram o rigor científico e a extrema humildade, orientando com generosidade desde jovens pesquisadores



Prof. Sankar ladeado pelos Drs. Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Gutemberg Rodrigues Pereira Primo, Etelvino Souza Trindade e outros colegas indianos quando de sua visita ao Brasil.



Dr. Sankaranarayanan ladeado pelos Profs. Valentino Magno e Suzana Arenhart Pessini

até grandes autoridades, pois o importante, como dizia, era “estarmos todos juntos contra o câncer”. Recebeu diversos prêmios em reconhecimento aos seus serviços em oncologia global e controle do câncer, incluindo o Prêmio Paul P. Carbone de Oncologia Internacional, o Prêmio Internacional Princesa Lalla Salma, do Marrocos, e o Prêmio Ernst Wertheim, da Áustria. Durante visita ao nosso país, confessou que os prêmios e titulações o deixavam muito honrado, mas que o importante era o seu trabalho, e não as conquistas pessoais.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) presta sua homenagem ao Prof. Sankar e aos seus familiares. Seu legado e sua luta continuarão e seremos sempre gratos por todo seu trabalho e dedicação, que impactaram a vida de milhões de pessoas que se beneficiaram de estratégias eficazes e mais acessíveis no combate ao câncer no mundo todo.

Muito obrigado Prof. Sankar.

Walquíria Quida Salles P. Primo

Membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Ginecologia Oncológica

Marcia Terra Cardial

Membro da CNE em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Valentino Magno

Membro da CNE em Vacina

Pré-eclâmpsia: antecipar o cuidado para encurtar as demoras que matam

Especialistas e gestores defendem o uso pré-hospitalar do sulfato de magnésio como estratégia simples e eficaz para reduzir mortes maternas por **pré-eclâmpsia** no Brasil

Por Letícia Martins

A pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva que se caracteriza por elevação da pressão arterial e comprometimento de um ou mais órgãos do corpo, como rins, coração, pulmões, cérebro, fígado e sistema de coagulação. Apesar de ser uma condição prevenível e de fácil diagnóstico, ela continua figurando entre as mais importantes causas de mortalidade materna e perinatal no mundo, sendo responsável por 10% a 15% das mortes maternas obstétricas diretas de mulheres no parto, pós-parto e puerpério.

No Brasil, o cenário é ainda mais grave: trata-se da principal causa de óbito nesse grupo. O que chama atenção é que muitas dessas mortes não resultam da ausência de recursos de alta complexidade, mas de demoras evitáveis em reconhecer a gravidade, iniciar o tratamento de suas complicações ou garantir o transporte oportuno da gestante até a maternidade. É justamente nesse intervalo crítico, entre a suspeita inicial e a chegada ao hospital, que se perde tempo e, com ele, vidas.

Segundo os especialistas entrevistados nesta matéria, o caminho para mudar essa realidade já está traçado: diagnóstico precoce, uso seguro do sulfato de magnésio e ampliação de protocolos para o ambiente pré-hospitalar. O **Dr. José Carlos Peraçoli**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Hipertensão na Gestação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), explica que o magnésio pode ser decisivo mesmo fora do hospital. “Quando a gestante chega com pré-eclâmpsia e sinais de gravidade a uma unidade pré-hospitalar, a administração do sulfato de magnésio é fundamental e urgente para evitar complicações que podem determinar a morte materna. Essa iniciativa é segura e de extrema importância”, diz o professor titular de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

A segurança da droga, muitas vezes vista com receio, também é reforçada pela prática clínica. “A dose inicial não é tóxica. A toxicidade pode ocorrer se, durante a manutenção do sulfato de magnésio, não houver o controle clínico adequado. Em toda minha carreira, nunca precisei usar seu antídoto, o gluconato de cálcio”, acrescenta o Dr. Peraçoli, trazendo a experiência de quem acompanha casos graves há décadas. Por controle clínico adequado, ele se refere a presença de reflexos, frequência respiratória maior ou igual a 16 irpm (incursões respiratórias por minuto) e diurese maior ou igual a 25 mL/hora.

O **Dr. José Geraldo Lopes Ramos**, presidente da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG) e vice-presidente da CNE em Hipertensão da Febrasgo, destaca que o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações devem ser prioridades. “As pacientes morrem por eclâmpsia e por sangramento, principalmente relacionado à síndrome HELLP. Por isso, prevenir convulsões e hemorragias é essencial para que se morra

“A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na identificação e prevenção da pré-eclâmpsia”,

destaca o Dr. José Carlos Peraçoli.



menos por pré-eclâmpsia”, afirma o professor titular de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ele também reforça que não há razão para temer o protocolo quando bem aplicado. “O sulfato de magnésio, quando bem empregado, é seguro. Temos indicado o uso pré-hospitalar em pacientes com sinais de gravidade de pré-eclâmpsia. A dose inicial não chega a concentrações de risco do magnésio. O maior cuidado está na dose de manutenção, para que não se atinjam níveis tóxicos.”

A mensagem ganha ainda mais força quando se olha para o transporte, momento em que muitas mulheres descompensam. O ginecologista obstetra **Dr. Antonio Braga**, vice-presidente da CNE em Doença Trofoblástica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e coordenador estadual da Área Técnica da Saúde das Mulheres do Rio de Janeiro, é categórico: “A maior parte das mortes por pré-eclâmpsia decorre de demoras evitáveis: em reconhecer a gravidade, em começar o tratamento e em chegar a um leito adequado. Se a gestante com sinais de gravidade recebe a dose de ataque do magnésio já na unidade de origem, mesmo antes do hospital, o risco de eclâmpsia cai imediatamente e o transporte até o hospital de referência torna-se mais seguro”.

Os principais sinais de gravidade são pressão arterial muito elevada (valores acima de 160 mmHg na pressão sistólica ou 110 mmHg na pressão arterial diastólica), sintomas neurológicos (como turvação visual e perda de visão), dor epigástrica e dispneia. Ele ressalta que o relógio terapêutico precisa começar antes do leito obstétrico. “Isso não substitui o nível hospitalar, mas antecipa o cuidado que salva vidas. A estratégia é simples, reproduzível, baseada em evidências e custo-efetiva.”

O Dr. Antonio Braga completa dizendo que a estratégia é compatível com o escopo da Atenção Primária à Saúde (APS) e das portas de urgência: identificar, estabilizar com magnésio, iniciar medidas de suporte e referenciar com prioridade. Assim, a fala de cada especialista converge para um ponto central: não há tempo a perder. A adoção do sulfato de magnésio em ambiente pré-hospitalar, aliada ao treinamento das equipes e ao reconhecimento rápido da gravidade, tem potencial de mudar o cenário da mortalidade materna no Brasil. Em resumo: tratar cedo é salvar vidas.



“O sulfato de magnésio, quando bem empregado, é seguro. Temos indicado o uso pré-hospitalar em pacientes com sinais de gravidade de pré-eclâmpsia”, afirma o Dr. José Geraldo Lopes Ramos.

INICIATIVA VIDA: ENCURTANDO AS DEMORAS QUE MATAM

Se o atraso no diagnóstico e no início do tratamento é o elo mais frágil da cadeia de atenção obstétrica, a **Iniciativa VIDA**, projeto da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), surge como uma resposta organizada para mudar esse cenário. “A Iniciativa VIDA nasceu para garantir que nenhuma gestante precise esperar até chegar a um hospital terciário para receber o tratamento que pode salvá-la. Ela promove a **Vigilância** das gestantes de risco, a **Identificação** precoce dos casos suspeitos, o **Diagnóstico** assertivo das situações graves e, finalmente, a **Ação** imediata com o sulfato de magnésio”, esclarece o ginecologista obstetra **Dr. Henri Augusto Korkes**, presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo – Regional de Sorocaba (Sogesp-Sorocaba), professor da Clínica Obstétrica da PUC-SP, membro da CNE em Hipertensão da Febrasgo e coordenador da Iniciativa VIDA pela RBEHG. Essa lógica já está sendo colocada em prática. Em junho de 2024, Joinville (SC) tornou-se a primeira cidade brasileira a implementar de forma ampla o protocolo do sulfato de magnésio em todos os níveis de atenção. Depois, vieram Sorocaba (SP), Brasília (DF), a Baixada Santista e, mais recentemente, Porto Velho (RO), cuja última capacitação ocorreu em julho de 2025.

Já no dia 15 de agosto (Dia da Gestante), a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, em conjunto com a RBEHG e a CNE em Hipertensão da Febrasgo, publicou a nota técnica que prevê a aplicação do sulfato de magnésio em toda a rede pré-hospitalar, que já está com capacitações em andamento. Veja mais detalhes no artigo publicado no Caderno Científico desta Edição de *Femina*: Do atendimento pré-hospitalar ao hospitalar: resposta rápida à pré-eclâmpsia e suas complicações.



“Não podemos esperar a gestante chegar à maternidade para iniciar o cuidado que salva vidas”, ressalta o Dr. Antonio Braga.

Os municípios já capacitados receberam treinamento e suporte para adaptar fluxos locais, inclusive com a criação do código laranja, que facilita a comunicação entre unidades de saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). “Ao acionar o código laranja, a resposta é imediata: uma ambulância é deslocada já preparada para receber uma gestante em uso de sulfato de magnésio. Essa padronização agiliza a assistência e salva vidas”, resume o Dr. Henri Korkes.

Na visão do Dr. José Geraldo, o impacto da iniciativa é inequívoco: “Muitas pacientes acabam por ter a convulsão eclâmtica durante o transporte entre unidades básicas e maternidades. Com a Iniciativa VIDA, podemos evitar que elas cheguem nos centros terciários em estado neurológico grave e sem possibilidade de reversão”. Ele ressalta ainda que a dimensão continental do Brasil amplia a relevância da proposta: “Mesmo em grandes cidades, a locomoção é difícil e atrasa o início do tratamento. A disseminação do protocolo pré-hospitalar pode ser decisiva para reduzir a mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, que ainda é a principal causa de óbito materno no país”.

O Dr. Peraçoli concorda e reforça que a atenção primária terá papel central: “É na ponta que identificamos e prevenimos a pré-eclâmpsia. Ao adotar a Iniciativa VIDA, a atenção primária poderá agir antes dos desfechos graves, como a crise hipertensiva e a eclâmpsia, que determinam a morte materna”. Para ele, a difusão nacional do projeto é também um compromisso com metas internacionais: “Ao disseminar a Iniciativa VIDA em todo o território, reduziremos as altas taxas de morte materna por pré-eclâmpsia e ajudaremos o Brasil a cumprir a meta da Organização das Nações Unidas (ONU): alcançar, até 2030, uma Razão de Morte Materna inferior a 30”.

O recado é unânime entre os especialistas: antecipar o cuidado é encurtar as demoras que matam. E a Iniciativa VIDA mostra que, com organização, protocolos simples e treinamento de equipes, o país pode transformar um dos capítulos mais tristes da saúde materna em uma história de prevenção e esperança.

O EXEMPLO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Se a Iniciativa VIDA mostrou que é possível agir antes do hospital, o estado do Rio de Janeiro transformou essa lógica em política pública. Em 2024, o governo fluminense deu um passo pioneiro ao publicar uma nota técnica universalizando a suplementação de cálcio no pré-natal, alinhada à OMS e às revisões Cochrane. Pouco depois, avançou ainda mais, tornando-se o primeiro estado brasileiro a normatizar o tratamento precoce da pré-eclâmpsia com sinais de gravidade em unidades pré-hospitalares, incluindo a APS.

Para o Dr. Antonio Braga, a mensagem é simples e contundente: “Não podemos esperar a gestante chegar à maternidade para iniciar o cuidado que salva vidas.

O estado do Rio está organizando fluxos, treinando equipes e padronizando o uso seguro do sulfato de magnésio fora do centro obstétrico. Essa combinação – prevenção com cálcio e tratamento precoce com magnésio – é uma plataforma de alto impacto contra a mortalidade materna que precisa ser difundida. Não podemos continuar aceitando indicadores tão elevados de morte materna no Brasil”.

A política fluminense também foi desenhada para ser prática e reprodutível em diferentes cenários. O Dr. Antonio Braga classifica o desenho como objetivo e explica em cinco pontos como ele irá funcionar:

- 1. Triagem e reconhecimento:** toda unidade mede a pressão arterial corretamente, rastreia sintomas de alarme e identifica sinais de gravidade;
- 2. Início imediato do cuidado:** na presença de sinais de gravidade, deve-se administrar a dose de ataque de sulfato de magnésio conforme protocolo padronizado, monitorar reflexos, frequência respiratória e diurese, e ofertar oxigênio e acesso venoso;
- 3. Organização do fluxo:** acionar regulação prioritária e transporte seguro; comunicar a maternidade de referência com informação-chave (pressão arterial, tempo e dose do magnésio, sinais/sintomas);
- 4. Capacitação e insumos:** toda unidade deve dispor de caixa de emergência (ampolas de sulfato de magnésio, equipo, seringas, esfigmomanômetro calibrado e materiais de via aérea), *checklists* de segurança e treinamento periódico de equipe (incluindo simulação);
- 5. Integração com outras medidas:** quando indicado e conforme protocolo local, controlar a pressão arterial com anti-hipertensivos apropriados e manejar intercorrências enquanto o transporte é providenciado.

O Dr. Antonio Braga ressalta que “tudo isso é padronizável, auditável e compatível com o escopo legal e técnico da rede” e que o impacto esperado é a redução de convulsões, além de se evitar instabilidade durante o transporte e diminuir óbitos por pré-eclâmpsia.

A experiência chamou atenção em nível nacional, tanto pela ousadia quanto pela rapidez dos resultados. A **Dra. Cláudia Mello**, secretária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), afirma: “O diferencial está em encurtar as demoras que tradicionalmente custam vidas. Estruturamos a administração precoce do magnésio em unidades pré-hospitalares, inclusive portas de urgência não obstétricas. Esse desenho é simples, seguro, treinável e altamente reprodutível”.

“Queremos consolidar uma cultura de que ‘tempo é vida’ na saúde da mulher”,
declara a Dra. Cláudia Mello.



Mas inovação, para ela, significa ir além. “Disrupção, aqui, foi mudar fluxos e responsabilidades. Padronizamos protocolos, preparamos *kits* de magnésio e incorporamos indicadores de tempo e monitoramento em nível estadual. Não se trata apenas de normatizar, mas de garantir que a equipe na ponta tenha confiança para agir de imediato.”

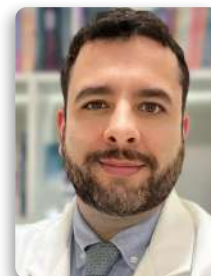
O Estado também assumiu o papel de indutor e articulador das políticas municipais. “Oferecemos protocolos, materiais de apoio, multiplicadores regionais e monitoramento mensal. Alinhamos SAMU e regulação aos novos fluxos e, quando necessário, aportamos cofinanciamento para acelerar a implantação. O objetivo é reduzir a variabilidade entre territórios e assegurar que toda gestante, onde estiver, tenha acesso ao mesmo padrão de cuidado.”

A Dra. Cláudia está convicta de que o compromisso é transformar política pública em resultado. “Queremos consolidar uma cultura de que ‘tempo é vida’ na saúde da mulher. Prevenir com cálcio, tratar cedo com sulfato de magnésio fora do hospital quando necessário, e assegurar acesso oportuno ao nível de maior complexidade. Se deixarmos uma rede mais ágil, equânime e confiável, deixaremos um legado que permanecerá para além de um ciclo de gestão.

De acordo com o Dr. Antonio Braga, a consolidação dessa política pública pede três frentes:

- 1. Governança e monitoramento com indicadores simples e úteis:** tempo até a primeira dose de sulfato de magnésio, proporção de encaminhamentos estabilizados, eventos adversos, óbitos e *near miss*;

“A Iniciativa VIDA nasceu para garantir que nenhuma gestante precise esperar até chegar a um hospital terciário para receber o tratamento que pode salvá-la”,
diz o Dr. Henri Augusto Korkes.



2. **Educação permanente:** com pacotes de treinamento de baixo custo simulando cenários comuns na APS e nas portas de urgência.
3. **Comunicação e equidade:** informar usuárias e famílias, fortalecer os pontos de atenção em territórios mais vulneráveis e garantir insumos de forma contínua.

“Prevenir com cálcio e tratar cedo com sulfato de magnésio fora do hospital encurta as demoras que matam e reposiciona a rede para proteger melhor as gestantes – uma inovação do estado do Rio de Janeiro com potencial de escala nacional. Afinal, o combate à mortalidade materna deve fazer parte de nosso pacto civilizatório para proteger a vida de nossas mulheres e garantir o futuro de nossos brasileirinhos e brasileirinhas”, sintetiza o Dr. Antonio Braga, reverberando a fala da Dra. Cláudia.

Aliás, as falas dos especialistas, a Iniciativa VIDA e o exemplo do Rio de Janeiro convergem para a mesma lição: o tempo é o fator decisivo no enfrentamento da pré-eclâmpsia. Não é a falta de tecnologia de ponta que tira a vida de tantas mulheres brasileiras, mas, sim, as demoras que se acumulam entre o diagnóstico, o início do tratamento e o transporte até o hospital. O sulfato

de magnésio, seguro e custo-efetivo, é a ferramenta que permite ganhar esse tempo – desde que chegue cedo às mãos de quem mais precisa.

“Não podemos mais aceitar mortes maternas por algo previsível e tratável”, reitera o Dr. Antonio Braga. A mensagem é um alerta e também um chamado: ginecologistas, obstetras e equipes multiprofissionais precisam estar preparados para reconhecer, agir e difundir boas práticas. Antecipar o cuidado fora do hospital, como propõe a Iniciativa VIDA e já realiza o estado do Rio de Janeiro, é mais do que uma inovação técnica, é um compromisso ético. Afinal, cada minuto poupado pode significar uma mãe e um bebê salvos.

A Iniciativa VIDA já ultrapassou a fase-piloto e ganha força em todo o país, unindo profissionais, gestores e instituições em torno de um objetivo comum: reduzir a mortalidade materna por síndromes hipertensivas. “Com a entrada do estado do Rio de Janeiro e a sinalização positiva do estado de São Paulo, em pouco tempo a Iniciativa VIDA estará em todos os estados da União, agregando cada vez mais participantes e instrutores, que replicam os conceitos e formam seus próprios times locais, avançando nas estratégias corretas para esse enfrentamento. Venha você também fazer parte desta história e promover a VIDA”, convida o Dr. Henri.



INICIATIVA VIDA
Vigilância - Identificação - Diagnóstico - Ação



SAIBA MAIS SOBRE A RBEHG

A Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez reúne profissionais de diferentes áreas da saúde com um objetivo comum: estudar e pesquisar as síndromes hipertensivas da gravidez. O trabalho da rede abrange toda a linha de cuidado – do período pré-concepção à gestação, passando pelo puerpério e incluindo ainda o acompanhamento em longo prazo das mulheres afetadas. Conheça e faça parte: www.rbehg.com.br



Agosto Dourado: aleitamento materno tem fator preventivo especialmente para o câncer de mama

A meta da OMS é que, até 2025, ao menos 50% dos bebês de até 6 meses sejam amamentados exclusivamente, enquanto o Brasil pretende elevar esse índice para 70% até 2030

Por Sheila Cristina Santos – Empresa Gengibre Comunicação



Segundo dados divulgados pelo governo federal, o índice de amamentação exclusiva no Brasil vem aumentando nos últimos anos. Nos anos 1970, a média de duração do aleitamento materno no Brasil era de apenas dois meses e meio. Hoje, esse tempo aumentou significativamente: **as crianças brasileiras são amamentadas, em média, por 16 meses** – o equivalente

a 1 ano e 4 meses de vida. Apesar do avanço, o desafio ainda é grande. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como meta que, até 2025, pelo menos 50% dos bebês com até 6 meses de idade sejam alimentados exclusivamente com leite materno. No Brasil, **a expectativa do governo é ainda mais ambiciosa: alcançar um índice de 70% até 2030.**

A **Dra. Silvia Regina Piza**, obstetra, assessora da Diretoria Científica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e presidente da Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno da mesma entidade, reforça a tese sobre a importância da amamentação: “A mama completa todo o seu desenvolvimento, iniciado ainda na vida embrionária, durante a gravidez e com o aleitamento materno. Esse processo não apenas prepara a mulher para produzir leite, mas também favorece sua saúde emocional e física, fortalecendo um vínculo afetivo fundamental com o bebê”.

Benefícios à saúde da mulher – Além dos aspectos biológicos, o ato de amamentar exerce papel protetor importante para a mulher. “O aleitamento materno tem fator preventivo especialmente para o câncer de mama, devido às adaptações hormonais e celulares que ocorrem na mama durante esse período. Além disso, a amenorreia (ausência da menstruação) induzida pela amamentação traz benefícios hormonais e metabólicos adicionais à mulher no pós-parto”, destaca a Dra. Silvia.

Outro ponto relevante é o impacto emocional positivo. A amamentação reforça a relação da mãe com o bebê e pode contribuir para a prevenção da depressão pós-parto. “É uma forma de passar afeto, além de alimento. Um alimento que vale ouro”, define a especialista.

Proteção ao bebê – O leite materno é um alimento completo, com anticorpos, nutrientes e componentes imunológicos essenciais para o desenvolvimento saudável da criança. Além de reduzir o risco de infecções, alergias e doenças crônicas, o aleitamento materno impacta positivamente a saúde ao longo de toda a vida do bebê.

O Brasil é referência internacional na criação e gestão de bancos de leite humano, que oferecem leite pasteurizado de qualidade para recém-nascidos cujas mães não podem amamentar. “Essas estruturas salvam vidas e ajudam a manter os benefícios do leite humano mesmo nas situações de contraindicação”, afirma a médica.

CONTRAINDICAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

Apesar de ser altamente recomendado, o aleitamento materno possui algumas contraindicações específicas, geralmente raras, mas que precisam ser avaliadas e acompanhadas ainda durante o pré-natal. Nesses casos, a orientação profissional e o planejamento da alimentação do bebê são fundamentais.

Entre as principais contraindicações absolutas, estão:

- Infecção materna pelos vírus HIV, HTLV-1 e HTLV-2;
- Mulheres em tratamento oncológico, principalmente durante radioterapia e uso de medicamentos como quimioterápicos, imunossupressores e iodo radioativo;

- Lesões de herpes-zóster na aréola, enquanto houver risco de contágio;
- Casos de hepatite B, em que o aleitamento é postergado até a criança receber imunoglobulina e vacina.

“Essas condições precisam ser detectadas com antecedência para que a família esteja preparada”, alerta a médica.

Ela também chama atenção para situações que podem dificultar a amamentação, como as cirurgias estéticas nas mamas. “Mamoplastias de aumento, por exemplo, dependendo da técnica utilizada, podem comprometer ductos e estruturas mamárias essenciais à produção de leite, interferindo negativamente no aleitamento materno”.

Rede de apoio – A presença de familiares, companheiros, profissionais de saúde e empregadores pode ser determinante para o sucesso da amamentação, especialmente em um contexto social que impõe múltiplas jornadas e desafios para as mães. “Amamentar exclusivamente e em livre demanda não é simples, especialmente para mulheres que retornam ao trabalho pouco tempo após o parto. É fundamental que empresas ofereçam condições para que essa mulher continue amamentando, com espaços adequados e flexibilidade de horários. A sociedade precisa acolher e apoiar essa mãe”.

SOBRE A FEBRASGO

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) é uma entidade dedicada à promoção da saúde da mulher em todas as suas fases. Atua no âmbito científico e profissional, congregando e representando ginecologistas e obstetras de todo o Brasil, com foco na educação continuada, na atualização técnica e na disseminação de conteúdo baseado em evidências e diretrizes reconhecidas.

Reconhecida como referência nacional em saúde da mulher, a Febrasgo promove e divulga conhecimentos em ginecologia e obstetrícia, com o objetivo de qualificar a atenção prestada por especialistas em todo o país. Além disso, desempenha papel ativo na defesa da categoria, trabalhando pelo reconhecimento e valorização dos profissionais que atuam na especialidade.

A atuação da Febrasgo se concretiza em diversas frentes, como de iniciativas educacionais, publicações científicas, eventos, certificações e articulações institucionais, que fortalecem a especialidade e aprimoram a qualidade do atendimento na atenção à saúde da mulher.

Com compromisso contínuo com a ética, a excelência, a valorização da especialidade e a responsabilidade social, a Febrasgo se mantém como agente fundamental no avanço da medicina e na promoção do cuidado integral à saúde feminina.



Pilares da história: legado em movimento*

A Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago) foi criada com o propósito de preservar a memória, valorizar os mestres da especialidade e inspirar as novas gerações. Cada cadeira carrega um nome, uma trajetória e um legado, tanto do patrono quanto do titular que hoje dá continuidade à missão de honrar e transformar a Ginecologia e Obstetrícia no Brasil.

Nesta edição, apresentamos dois nomes importantes da Ginecologia e Obstetrícia que receberam, merecidamente, os títulos de patronos e acadêmicos das cadeiras nº 11 e nº 15: Dr. Hans Wolfgang Halbe e Dr. Nilson Roberto de Melo. Eles ajudaram a construir caminhos duradouros na assistência, na docência e no associativismo e ainda hoje mantêm firme o compromisso com a saúde da mulher.

UMA VIDA PELA GINECOLOGIA

A história do alemão Hans Wolfgang Halbe na saúde tem início em 1950, quando iniciou os estudos na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Mas, apesar de ter conseguido a disputada vaga na instituição, esteve perto de perder a oportunidade de se graduar. Devido a questões financeiras, não podia abandonar o trabalho que tinha, como monitor no Colégio São Bento, em São Paulo. A rotina de trabalho acabava atrapalhando-o nos estudos, dificultando sua frequência no *campus* assiduamente, como os outros alunos.

Ciente disso, Dom Teodoro Kok, monge beneditino do mosteiro, resolveu agir. Ele compartilhou a história de Hans com o empresário Sebastião Camargo, da Construtora Camargo Corrêa, e esse deu ao jovem estudante uma bolsa de estudos. “Por intermédio dessa ação, consegui fazer a faculdade”, relembra.

Natural de Berlim, o Dr. Hans Wolfgang Halbe nasceu em 6 de novembro de 1933 e é filho de Flora Marie Luise Halbe e do engenheiro Hans Halbe. Assim que terminou a graduação, em 1958, fez a Residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da FMUSP, mesmo local onde cursou o doutorado (1965) e, posteriormente, iniciou o trabalho como professor livre-docente (1968). Nesse período, além da sala de aula, usava parte do tempo para trabalhar como redator de uma revista de

artigos científicos e também na maternidade do Hospital Beneficência Portuguesa, onde ficou por oito anos.

Somado a essas atividades, o médico trilhou uma jornada no campo associativo, que iniciou, em grande parte, por conta da insistência do Dr. José Weydson de Barros Leal. Foi dele a ideia de Hans concorrer à presidência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), chegando ao posto em 1986. Desse período, o destaque ficou por conta da elaboração do *Tratado de Ginecologia*, que recentemente foi atualizado pela entidade.

Além da Febrasgo, foi presidente do antigo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na Associação Paulista de Medicina (APM) e responsável pela criação do curso de pós-graduação de Ginecologia e Obstetrícia da FMUSP. Atualmente, mantém a clínica particular na zona sul de São Paulo e, academicamente, é professor de pós-graduação na FMUSP, atuando na área de Ginecologia Endócrina, e professor *honoris causa* no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Marília (SP).



O Dr. Hans Wolfgang Halbe é patrono e titular da cadeira nº 11 da Anago.

ESPECIALIDADE SEM FRONTEIRAS

Nascido em Martinópolis, interior paulista, Nilson Roberto de Melo interessou-se pela Medicina, pois os poucos médicos que lá exerciam a profissão, em geral, eram resolutivos na melhora da saúde das pessoas e úteis à sociedade. Entrou na FMUSP, em 1972, graduando-se em 1977. A seguir, fez a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia durante três anos no Hospital das Clínicas da FMUSP e escolheu essa especialidade pelo fato de ela ter várias subespecialidades, que possibilitavam intervenções clínicas, intervenções cirúrgicas de pequeno, médio e grande porte, além de cirurgia laparoscópica, com resultados muito satisfatórios. A seguir, foi preceptor da Disciplina de Ginecologia na mesma instituição, no período de 1981 a 1982.

Em decorrência de ter feito o Curso Normal, para formação de professor primário, e o Curso Científico, o que possibilitaria fazer o Curso de Medicina, interessou-se em fazer a carreira universitária, o que permitiria exercer o ensino, pesquisa e atendimento médico. Tornou-se médico assistente da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da FMUSP, a partir de 18 de dezembro de 1984, onde frequentou várias áreas da especialidade, o que permitiu ter uma visão mais holística da mulher.

Concluiu o doutorado em Obstetrícia e Ginecologia em 1989 e a livre-docência no ano 2000 na mesma instituição. Atualmente, é professor associado e livre-docente em Ginecologia da FMUSP e ocupou vários cargos nessa instituição.

O doutor Nilson também tem uma bem-sucedida trajetória na política associativa. Foi fundador da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Osesp), da qual foi presidente por duas gestões (1977 a 2001). Foi fundador e presidente da *Federación Latino-americana de Climaterio y Menopausa* (Lascam) no período de 1996 a 1998. Foi presidente da Sociedade de Reprodução Humana (SBRH), de 2003 a 2004; presidente da Febrasgo, por duas gestões, entre 2005 e 2011; presidente da *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia* (Flasog), nos anos de 2008 a 2011; e presidente da *Sociedad Iberoamericana*

de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM), de 2019 a 2021.

Foi um dos sócios-fundadores da Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrace), da qual é presidente de 2019 até o presente. Também foi sócio-fundador e atual presidente da *Federación Latina de Endocrinología Ginecológica* (FLEG) e ajudou também na fundação de outras entidades, como é o caso da Sociedade Paulista de Endoscopia em Ginecologia e Obstetrícia (Sopegi) e a Sociedade Brasileira de Ginecologia Oncológica (Sobragon).



O Dr. Nilson Roberto de Melo é patrono e titular da cadeira nº 15 da Anago.

*Textos extraídos do livro *História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil*, publicado pela Anago em 2024, páginas 249 e 260.



FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Sua paciente muito bem informada!

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

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

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

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

Confira alguns temas disponíveis no *site*:

Educação sexual desde cedo: uma conversa pode prevenir abusos e inseguranças

A maioria dos casos de abuso infantil acontece dentro de casa e, muitas vezes, poderia ser evitada com uma conversa simples, feita na hora certa e em linguagem adequada à idade. Mas o tema “educação sexual” na infância ainda é delicado para muitas famílias.

Por isso, o *site* Feito Para Ela abordou o assunto com a CNE em Infância e Adolescência da Febrasgo. O texto orienta como médicos e famílias podem – e devem – contribuir para a construção de uma infância mais protegida e consciente.

Compartilhe essa matéria com os pais e responsáveis que passam pelo seu consultório!



Por que falar sobre câncer de ovário com sua paciente?

Letal, silencioso e ainda pouco conhecido: o câncer de ovário continua sendo um dos maiores desafios da saúde feminina. Embora não seja o tumor ginecológico mais comum, ele lidera o *ranking* de mortalidade na área. Os sinais iniciais costumam ser vagos, o diagnóstico chega tarde e o impacto é devastador.

Com a colaboração da CNE em Ginecologia Oncológica da Febrasgo, o *site* Feito Para Ela explica os riscos, os tipos de tumor e o que ainda precisa avançar em prevenção e diagnóstico precoce.

Indique essa leitura para sua paciente!



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

Vamos levar informação segura e de qualidade às mulheres brasileiras!

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



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR

Comissões da Febrasgo reforçam ciência e prevenção em áreas-chave da saúde feminina

Perinatologia e tromboembolismo avançam com novos protocolos, campanhas educativas e articulações estratégicas para as mulheres

Por Letícia Martins



A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) se consolidou como uma das principais referências no fortalecimento da prática médica baseada em evidências. Entre suas frentes de atuação, duas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) ganham destaque nesta edição de *Femina* pelo impacto direto na saúde da mulher: em Tromboembolismo e Hemorragia na Mulher, sob liderança da Dra. Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros, e em Perinatologia, presidida pelo Dr. Conrado Milani Coutinho.

Ambas compartilham o mesmo propósito: atualizar protocolos, promover campanhas educativas, gerar conteúdo de atualização científica para os médicos e ampliar o diálogo com a sociedade, além de colaborar com a elaboração ou aperfeiçoamento de políticas públicas para prevenir complicações graves e melhorar a qualidade de vida das mulheres e de seus bebês. A seguir, confira a entrevista com os dois presidentes.

GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIADra. Venina Isabel Poço Viana
Leme de BarrosPREVENÇÃO E COMBATE
À DESINFORMAÇÃO

A CNE em Tromboembolismo Venoso e Hemorragia na Mulher tem sido protagonista na atualização científica e na divulgação de informações confiáveis sobre um dos temas mais sensíveis da saúde feminina: o tromboembolismo venoso (TEV), que engloba a embolia pulmonar e a trombose venosa profunda. A médica assistente do Setor de Trombose e Trombofilias na Gravidez do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), **Dra. Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros**, preside a comissão em seu segundo mandato consecutivo.

DA FUNDAÇÃO À CONSOLIDAÇÃO

A trajetória da CNE começou em 2016, quando foi criada pelo Dr. André Malavasi ao lado da própria Dra. Venina. Na época, o Dr. Malavasi assumiu a presidência inaugural. Quatro anos depois, em 2020, a Dra. Venina foi convidada a assumir o cargo e, desde então, tem conduzido a comissão com ênfase no fortalecimento institucional, atualização de protocolos e campanhas de esclarecimento. “É uma honra muito grande presidir uma CNE da Febrasgo. Contamos com amplo apoio da presidência e das diretorias, o que nos permite desenvolver trabalhos altamente relevantes para a vida das mulheres”, destaca.

PRIORIDADES DO NOVO MANDATO

Entre os temas estratégicos definidos para o quadriênio atual, estão: trombofilias, endometriose e risco de pré-eclâmpsia; uso da profilaxia mecânica em gestantes de alto risco; segurança dos medicamentos da classe GLP-1 em relação ao risco de trombose; e trombose na população LGBTQIA+. Em agosto, a presidente da CNE participou de uma reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), representando a defesa profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), sobre exames diagnósticos de trombofilia em gestantes.

INICIATIVAS RECENTES

A atuação da comissão já trouxe resultados concretos nesta gestão, como a atualização de três protocolos clínicos, a elaboração de um fluxograma de diagnóstico

e tratamento da síndrome antifosfolípide, em parceria com a CNE em Pré-natal de Alto Risco, e a publicação, em janeiro de 2024, de um artigo na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO) sobre hormônios e tromboembolismo venoso.

Além disso, um *Febrasgo Statement Position* sobre o uso do ácido tranexâmico e risco de trombose está em vias de publicação. Em agosto de 2025, foi lançado o episódio 15 do *Febrasgo Podcast Papers* com foco em TEV e câncer.

A comissão também tem presença marcante na programação científica das edições do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) e está engajada na organização do Dia Mundial da Trombose (13/10), em parceria com a Sociedade Brasileira de Trombose e Hemostasia (SBTH).

COMUNICAÇÃO E COMBATE AOS MITOS

O tema “trombose profunda” atrai atenção recorrente da imprensa, devido à gravidade de suas complicações, como a embolia pulmonar. Para a Dra. Venina, essa visibilidade é uma oportunidade de ampliar o alcance do trabalho da comissão. “Infelizmente, ainda há profissionais que oferecem protocolos sem respaldo científico para perdas fetais atribuídas a trombofilias. Nosso papel é reforçar o que deve ou não ser feito, sempre baseado em evidências”, afirma.

DESAFIOS E ARTICULAÇÕES ESTRATÉGICAS

O grande foco da CNE permanece na prevenção dos quadros de trombose em gestantes e mulheres fora do ciclo gravídico, com ênfase em estratégias educativas sobre fatores de risco e profilaxia farmacológica e mecânica. No campo das políticas públicas, a comissão já contribuiu para protocolos da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e da farmácia de alto risco sobre enoxaparina e enviou recentemente ao Ministério da Saúde um capítulo para o *Manual da Geração de Alto Risco* sobre profilaxia da doença tromboembólica na gravidez.

COOPERAÇÃO E RECONHECIMENTO

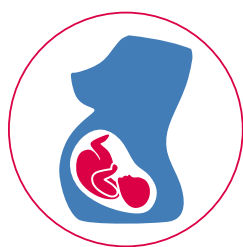
Para a presidente, o avanço só é possível com cooperação. “A atuação conjunta dos membros da CNE tem sido essencial. Estou muito feliz com as oportunidades e desafios que temos enfrentado”, afirma. Ela também destaca o papel da atual presidência da Febrasgo, sob liderança da professora doutora Maria Celeste Osorio Wender. “Muito atuante, dinâmica e com ideias novas, tem nos apoiado de forma decisiva para expandir o alcance do nosso trabalho.”

Conheça os membros da CNE em Tromboembolismo Venoso e Hemorragia na Mulher (Gestão 2024-2027):

https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/Ginecologia/2024/CNE-G-Tromboembolismo_venoso_e_hemorragia_na_mulher-r.pdf



OBSTETRÍCIA



Dr. Conrado Milani Coutinho

COMPROMISSO COM A MEDICINA E O CUIDADO MATERNO-FETAL

A CNE em Perinatologia vive um novo ciclo de fortalecimento institucional e científico. Desde 2024, a comissão é presidida pelo professor **Dr. Conrado Milani Coutinho**, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) e editor associado da RBGO *Gynecology and Obstetrics*.

O Dr. Conrado ingressou na CNE em 2020 e, após quatro anos de atuação, assumiu pela primeira vez a presidência da comissão. O convite foi recebido como um reconhecimento à sua trajetória acadêmica e assistencial, marcada pelo trabalho em gestações de alto risco, medicina fetal e ultrassonografia. “Fundar e coordenar um ambulatório dedicado a perdas gestacionais recorrentes e prematuridade me aproximou de uma rede de profissionais comprometidos com a perinatologia. Presidir esta CNE é a realização do meu propósito de disseminar conhecimento baseado em evidências e propor melhorias nas práticas assistenciais”, declara.

PRIORIDADES DA GESTÃO 2024-2027

A atual gestão iniciou com a integração de novos especialistas e a continuidade de membros experientes. Entre as metas, está a ampliação da divulgação de informações de alta qualidade científica, voltadas não apenas a ginecologistas e obstetras, mas também à comunidade que compõe a Febrasgo. “Queremos que nosso trabalho impacte a prática clínica e contribua para melhores desfechos perinatais”, reforça o presidente.

INICIATIVAS JÁ EM ANDAMENTO

A comissão participou da elaboração da grade científica de duas edições do CBGO, organizou encontros presenciais, produziu um episódio do *Febrasgo Podcast Papers* sobre o uso do pessário cervical na prevenção da prematuridade e atualizou três protocolos clínicos, hoje em

fase final de editoração. Além disso, emitiu pareceres técnicos para a diretoria da Febrasgo e propôs novos formatos de comunicação, como *lives*, matérias para o portal *Feito Para Ela*, vídeos educativos e conteúdo do projeto *Experiência Conecta*.

COMUNICAÇÃO E COMBATE À DESINFORMAÇÃO

A comissão também se destaca como porta-voz em temas sensíveis da perinatologia. O Dr. Conrado já representou a Febrasgo em debates sobre a inclusão da informação de prematuridade nos registros de nascimento, a participação na Força-Tarefa de Triage Auditiva Neonatal Universal e o assessoramento no Comitê de Ultrassonografia da *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología* (FLASOG).

Segundo ele, um dos desafios permanentes é combater mitos e condutas sem respaldo científico que ainda circulam entre profissionais e pacientes. “Nos congressos, temos trabalhado para esclarecer questões como a suplementação nutricional no pré-natal, as controvérsias na prevenção da prematuridade e o impacto das redes sociais nas escolhas das gestantes. Também discutimos práticas não embasadas no manejo de perdas gestacionais recorrentes”, destaca.

ALINHAMENTO COM POLÍTICAS PÚBLICAS E ENTIDADES INTERNACIONAIS

Outro ponto central da gestão é a articulação com sociedades científicas nacionais e internacionais. A CNE tem buscado diálogo com instituições como a *International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* (ISUOG) e a *World Association of Perinatal Medicine* (WAPM), além de colaborações no Brasil, entre elas com a Sociedade Brasileira de Hansenologia. O objetivo é qualificar protocolos, subsidiar políticas públicas e ampliar o alcance da ciência produzida.

“Nosso compromisso é gerar e disponibilizar documentos, atividades e protocolos atualizados, capazes de apoiar políticas públicas e práticas clínicas que garantam segurança e qualidade no cuidado perinatal”, finaliza o Dr. Conrado.



Conheça os membros da CNE em
Perinatologia (Gestão 2024-2027):

<https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/Obstetricia/2024/CNE-O-Perinatologia-r.pdf>



A residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e as competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual

Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Júnior^{1,2,3}



1. Departamento de Tocoginecologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

2. Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

3. Instituto de Ensino e Pesquisa Alberto Santos Dumont, Macaíba, RN, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Júnior
reginaldo@isd.org.br

Como citar:

Freitas Júnior RA. A residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e as competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual. *Femina*. 2025;53(8):982-9.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A violência sexual, para além de ser uma das faces mais cruéis da violência de gênero, enquanto complexo problema social, também constitui grave problema de saúde pública e uma dramática violação dos direitos humanos, exigindo respostas institucionais qualificadas, humanizadas e integradas. No Brasil, a alta prevalência de casos e sua subnotificação reforçam a necessidade de fortalecer os sistemas de atenção, com especial ênfase na formação de profissionais capacitados para lidar com essas situações de forma ética, tecnicamente efetiva, sensível e garantidora do respeito à dignidade humana.

Os dados mais recentes do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025 evidenciam que a violência sexual cresce de forma alarmante no Brasil, especialmente entre mulheres e meninas. Em 2024, foram registrados 82.026 casos de estupro e estupro de vulnerável no país, dos quais 89,8% das vítimas eram do sexo feminino e 61,4% tinham até 13 anos de idade.⁽¹⁾ Esses números não apenas quantificam a dimensão da violência sexual no Brasil, mas também reforçam a urgência da qualificação de profissionais de saúde para o acolhimento e cuidado integral às pessoas em situação de violência sexual, sobretudo no âmbito da atenção ginecológica e obstétrica.

A complexidade desse cenário nacional torna imperativo que a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, a especialidade que tem a saúde da população feminina na centralidade de sua atuação, contemple competências profissionais específicas para o atendimento das pessoas em situação de violência sexual.

A Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) estabelece diretrizes claras quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes esperados dos médicos-residentes ao longo dos três anos de formação.⁽²⁾ Essas competências abrangem desde o domínio de protocolos clínicos e legais até a condução de um atendimento acolhedor e integral, respeitando os princípios da bioética e dos direitos humanos e observando as evidências científicas e as boas práticas para a segurança das pacientes.

A complexidade do cuidado qualificado à pessoa em situação de violência sexual demanda, de forma inequívoca, a articulação e o domínio de competências interprofissionais comuns. A *expertise* médica individual é um ponto de partida, mas a integralidade do cuidado só se concretiza por meio da intersetorialidade, envolvendo saúde, educação, assistência social, segurança pública e justiça. Assim, o desenvolvimento de competências interprofissionais comuns, capazes de assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade desse cuidado, reveste-se de caráter essencial para que a formação médica em Ginecologia e Obstetrícia garanta um cuidado integral, qualificado, coordenado, colaborativo e centrado na pessoa em situação de violência.

Em 2024, em estudo de nossa autoria (Lima e Freitas Júnior),⁽³⁾ destacamos que o desconhecimento do papel das diferentes profissões na rede de cuidado à violência

sexual pode dificultar a execução do cuidado integral. Constatamos que profissionais de saúde frequentemente desconhecem informações básicas sobre rotinas procedimentais legais ou da autoridade policial, o que, sabidamente, compromete a integralidade do cuidado. A noção de rede de atenção constitui uma imagem emergente para a representação do conhecimento, inspirada, em grande parte, nas tecnologias informacionais. Por outro lado, aqueles que não são profissionais da saúde desconhecem o caráter urgente que as medidas profiláticas devem assumir para a segurança das pessoas violentadas. A compreensão do que é específico de cada profissão permite, assim, discernir o que deve ser comum a todas elas e como as práticas individuais podem impactar a efetividade do cuidado, promovendo o aprimoramento da atenção por parte de todos os envolvidos.

O estudo citado teve como objetivo a identificação dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes que devem ser comuns a todas as categorias profissionais que atuam na rede de atendimento às pessoas em situação de violência sexual e resultou na proposição de uma matriz com 15 competências comuns de referência para a prática interprofissional no cuidado destinado às pessoas em situação de violência sexual. Compreender a importância da colaboração intersetorial, atuar com agilidade e prontidão no atendimento e demonstrar disponibilidade para o trabalho em equipe são exemplos fundamentais dessas competências comuns e são cruciais para a prática interprofissional no cuidado destinado às pessoas em situação de violência sexual.⁽³⁾

Assim, o presente artigo tem como objetivo discutir as competências exigidas do médico-residente em Ginecologia e Obstetrícia, conforme a Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo,⁽²⁾ à luz das competências interprofissionais descritas para o atendimento de pessoas em situação de violência sexual. Pretende-se, dessa forma, contribuir para a construção de um modelo formativo que promova o cuidado integral, qualificado, ético e colaborativo, alinhado às necessidades urgentes impostas pelo atual contexto epidemiológico.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo tem natureza qualitativa, de caráter teórico-reflexivo e documental. Adota como principal objeto de análise duas matrizes de competências aplicáveis ao cuidado de pessoas em situação de violência sexual: (1) a Matriz de Competências da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, desenvolvida pela Comissão Nacional Especializada de Residência Médica da Febrasgo e (2) a Matriz de Competências Comuns para a Prática Interprofissional no Cuidado às Pessoas em Situação de Violência Sexual, proposta por Lima e Freitas Júnior⁽³⁾ e publicada na *Revista Brasileira de Educação Médica* (RBEM). A seleção documental priorizou a representatividade e a atualidade das diretrizes de formação e das propostas de prática interprofissional vigentes.

A análise foi orientada pelos seguintes eixos:

1. Identificação das competências específicas atribuídas ao médico-residente em Ginecologia e Obstetrícia para o atendimento de pessoas em situação de violência sexual, conforme descrito na matriz da Febrasgo;
2. Mapeamento das competências comuns interprofissionais descritas no estudo de Lima e Freitas Júnior,⁽³⁾ com foco nos elementos compartilhados entre os diferentes profissionais da rede de atenção e na identificação de potenciais lacunas de articulação;
3. Análise de convergência e complementaridade entre as duas matrizes, com o objetivo de evidenciar pontos de intersecção que fortaleçam a integração do ginecologista e obstetra em equipes multiprofissionais;
4. Contextualização dos dados epidemiológicos da violência sexual no Brasil, com base no Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025,⁽⁴⁾ para justificar a relevância social e a necessidade prática da formação interprofissional no enfrentamento da violência sexual, assim como a urgência da incorporação dessa abordagem temática na formação médica.

A abordagem metodológica visa fomentar a discussão crítica sobre os processos formativos no campo da saúde sexual e reprodutiva, a partir da articulação sinérgica entre competências específicas e interprofissionais, contribuindo para o aprimoramento da prática médica no contexto da violência sexual.

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O cuidado às pessoas em situação de violência sexual demanda atuação articulada entre diferentes profissionais da rede de atenção, requerendo não apenas competências técnicas específicas de cada área, mas também um conjunto de competências interprofissionais comuns.

O processo constitutivo da proposta teve como premissas a participação ativa dos próprios sujeitos que integram a rede de atendimento e, assim, a valorização da sua práxis. Tais premissas legitimam a aplicação prática dessa matriz com características genuínas, por conter elementos atribuídos por aqueles que vivenciam em seus cotidianos profissionais a complexa realidade da temática retratada e, portanto, com propriedades únicas.

A matriz contempla 15 competências comuns de referência para a prática interprofissional no cuidado destinado às pessoas em situação de violência sexual

(Quadro 1). As tabelas 1, 2 e 3 correlacionam, respectivamente, conhecimentos, habilidades e atitudes específicos para o cuidado qualificado às pessoas em situação de violência sexual com cada uma das competências comuns reconhecidas e apresentadas conforme a numeração adotada no quadro 1 (CC).

A matriz também é apresentada na forma de infográfico de disposição radial, no qual as dimensões que formam as competências, quais sejam, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, estão relacionadas à totalidade das 15 competências comuns e foram apresentadas no centro (*core*) da representação gráfica, com distribuição centrífuga daqueles que se relacionam com número decrescente de competências comuns, com os respectivos números das competências comuns abaixo de cada um deles (Figura 1).

A análise de convergência entre as duas matrizes, com o objetivo de evidenciar pontos de intersecção que fortaleçam a formação na residência médica de Ginecologia e Obstetrícia, permite destacar:

1. Acolher com empatia e escuta qualificada

O(A) residente deve ser capaz de oferecer acolhimento humanizado, livre de julgamento, demonstrando empatia e sensibilidade – habilidades destacadas como fundamentais no R2 e R3 da matriz da Febrasgo.

2. Reconhecer sinais e situações de violência

Esta competência é essencial desde o primeiro ano da residência, em que o(a) residente deve aprender a identificar sinais físicos e emocionais que indicam violência, inclusive quando não há relato espontâneo.

3. Respeitar a autonomia e as decisões da pessoa em situação de violência

A Matriz de Competências da Febrasgo enfatiza o respeito à autonomia, especialmente na oferta de profilaxias, contracepção de emergência e, conforme previsto em lei, interrupção da gravidez resultante de estupro. Essa prática exige escuta ativa e respeito às decisões da paciente.

4. Comunicar-se de forma clara, acolhedora e segura

A habilidade de comunicação é uma competência transversal na residência médica e essencial para criar um ambiente de confiança. A capacidade de explicar procedimentos, direitos e encaminhamentos de maneira compreensível, culturalmente competente e adequada ao contexto socio-cultural e de vida da pessoa que recebe o cuidado é destacada nos estágios avançados da residência.

5. Atuar com responsabilidade ética e legal

A atuação médica diante da violência sexual exige conhecimento das normativas legais, como a obrigatoriedade de notificação, o sigilo profissional e o registro adequado em prontuário, conforme previsto na Matriz de Competências da Febrasgo, já desde o R1.

Quadro 1. Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual

Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual (Competências Comuns – CC)	
CC1	Identificar as populações potencialmente mais vulneráveis à violência sexual e promover acesso facilitado aos serviços que integram a rede de cuidado.
CC2	Acolher a pessoa em situação de violência sexual em local adequado, garantindo privacidade e confidencialidade.
CC3	Atuar com senso de urgência para o atendimento das situações de violência sexual.
CC4	Realizar a escuta qualificada da pessoa em situação de violência sexual, adotando o princípio da presunção de veracidade e evitando julgamentos de qualquer natureza.
CC5	Evitar condutas e encaminhamentos desnecessários que possam induzir a revitimização da pessoa em situação de violência sexual.
CC6	Conhecer a rede e o fluxo de encaminhamentos para o cuidado destinado às pessoas em situação de violência sexual.
CC7	Compreender as atribuições de sua categoria profissional e instituição de atuação como integrante da rede de cuidado destinado às pessoas em situação de violência sexual.
CC8	Reconhecer a necessidade de instituir, em tempo hábil, profilaxia pós-exposição (PEP) para infecções sexualmente transmissíveis virais e não virais (HIV, IST e hepatites virais).
CC9	Reconhecer as indicações para se instituir, em tempo hábil, a prescrição de anticoncepção de emergência com vistas à prevenção da gravidez em mulheres em idade fértil.
CC10	Reconhecer o direito à interrupção legal da gestação resultante de estupro e orientar as pessoas em relação a esse direito, evitando emitir julgamentos de qualquer natureza.
CC11	Garantir acesso ao acompanhamento clínico-laboratorial das pessoas expostas.
CC12	Compreender a importância do registro adequado das informações para os procedimentos de vigilância epidemiológica, legais e assistenciais à pessoa em situação de violência sexual.
CC13	Orientar sobre a importância da realização do boletim de ocorrência e das providências policiais e judiciais cabíveis, de acordo com a faixa etária, deixando claro que tais providências não são condicionantes para a obtenção do atendimento no serviço de saúde.
CC14	Utilizar adequadamente os meios e as ferramentas de comunicação interpessoal para evitar ou reduzir riscos e contribuir para a segurança em saúde.
CC15	Manter-se atualizado sobre os protocolos de condutas, as boas práticas e as legislações referentes à atenção às pessoas em situação de violência sexual.

HIV: vírus da imunodeficiência humana; IST: infecção sexualmente transmissível.

Fonte: Adaptado de Lima AS, Freitas Júnior RA (2024).⁽⁹⁾

6. Estabelecer vínculos profissionais baseados na confiança

A criação de vínculo com a paciente é especialmente importante em contextos de trauma. A Matriz de Competências da Febrasgo valoriza a continuidade do cuidado e a escuta atenta, elementos que contribuem para o estabelecimento de vínculos terapêuticos.

7. Trabalhar em equipe multiprofissional de forma colaborativa

O(A) residente deve ser preparado(a) para atuar em conjunto com outros profissionais da saúde, como os da enfermagem, psicologia e serviço social, bem como os profissionais de outras áreas do conhecimento que integram a rede de cuidados à pessoa em situação de violência sexual, como autoridades policiais e judiciais, membros do ministério público e conselhos tutelares. A Matriz de Competências da Febrasgo reconhece essa necessidade, principalmente no R3, ao destacar a articulação com a rede de proteção.

8. Compreender os fluxos e protocolos da rede de atenção

Conhecer os serviços e fluxos de atendimento é essencial para garantir o cuidado integral. Essa competência está presente no Eixo 12 de Atenção à Saúde e Cuidados

nas Urgências em Ginecologia e Obstetrícia, seja no contexto da atuação hospitalar ou ambulatorial. Da mesma forma, todas as competências do Eixo 16, que trata do Profissionalismo em Ginecologia e Obstetrícia, reiteram essa necessidade de compreensão de fluxos e protocolos da rede de atenção às pessoas em situação de violência sexual.

9. Encaminhar adequadamente dentro da rede

O encaminhamento responsável pressupõe conhecimento da rede e das necessidades da pessoa em situação de violência sexual. O(A) residente deve dominar os critérios clínicos, legais e sociais que indicam a necessidade de acionamento de serviços especializados.

10. Registrar adequadamente as informações

A documentação detalhada e ética é parte da prática médica e base para investigações legais. A matriz destaca essa competência já no R1, como elemento essencial do cuidado a vítimas de violência sexual.

11. Promover o cuidado centrado na pessoa

A centralidade da pessoa em situação de violência no processo de cuidado é uma diretriz ética e política. A formação do(a) residente deve reforçar esse princípio em todas as etapas do atendimento, evitando práticas revitimizadoras.

Tabela 1. Correlação entre conhecimentos específicos para o cuidado qualificado às pessoas em situação de violência sexual com competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual

Conhecimentos	Competências Comuns (CC)
Reconhecer que as situações de violência sexual são atendimentos de urgência.	1-5, 6-8, 11, 14, 15
Compreender e diferenciar os conceitos relacionados à temática da violência sexual, como estupro, abuso sexual e exploração sexual.	2, 4, 11-15
Saber que o prazo ideal é de 72 horas pós-exposição para profilaxia das ISTs.	2, 7
Reconhecer que o prazo ideal para instituição de profilaxia pós-exposição para IST é de 72 horas.	1-3, 5-8, 11, 14, 15
Compreender a importância de incentivar a adesão à profilaxia das ISTs.	7, 8, 11, 14, 15
Diferenciar as situações de exposição crônica e aguda para os encaminhamentos pertinentes a cada situação.	1, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 15
Saber que não precisa apresentar o boletim de ocorrência para os atendimentos e procedimentos em situações de violência sexual.	1-15
Saber que é importante realizar a anticoncepção de emergência para mulheres em idade fértil.	1, 3, 9, 10, 11, 14, 15
Saber que não é necessária autorização judicial para a interrupção da gravidez decorrente de estupro.	4, 5, 9, 10, 13, 14, 15
Reconhecer o direito à manutenção da gravidez, se for o caso.	6, 10, 11, 14, 15
Reconhecer o direito de a pessoa ser informada sobre todos os procedimentos realizados durante os atendimentos.	6-15
Saber sobre o funcionamento das delegacias gerais e especializadas para a prestação de queixas, denúncias e realização de investigação.	5, 6, 13-15
Conhecer o fluxo de encaminhamento para as promotorias de justiça.	5, 6, 13-15
Saber que o Conselho Tutelar existe em todas as cidades e trabalha em regime de plantão.	5, 6, 13-15
Saber que os Institutos Técnico-Científicos de Perícia realizam perícia psicológica, exame de corpo de delito e coleta de vestígios para a produção de provas no processo.	5, 6, 13-15
Identificar sinais de outras violações de direitos.	4, 12-15
Reconhecer que a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada, é de preenchimento obrigatório.	7, 12, 14, 15
Entender a importância do trabalho em equipe com profissionais de várias áreas para a rede de cuidado às pessoas em situação de violência.	1-15

ISTs: infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: Adaptada de Lima AS, Freitas Júnior RA (2024).⁽³⁾**Tabela 2.** Correlação entre habilidades específicas para o cuidado qualificado às pessoas em situação de violência sexual com competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual

Habilidades	Competências Comuns
Atender com agilidade e presteza as pessoas em situação de violência sexual.	1-15
Demonstrar habilidade para avaliar informações válidas e lidar com produtos e serviços na área da violência sexual.	2-4, 6, 11-15
Encaminhar em tempo hábil para a profilaxia das ISTs, no caso de exposição aguda.	3, 6, 8, 11, 15
Definir atendimentos e encaminhamentos em equipes multiprofissionais, quando necessário.	6, 7, 11, 14, 15
Demonstrar disponibilidade para ouvir a pessoa em situação de violência.	1-5, 8-14
Encaminhar para o acompanhamento de gravidez resultante de estupro, se for o caso.	6, 9, 10, 11
Comunicar o fato ao Conselho Tutelar quando a pessoa em situação de violência for menor de 14 anos.	1, 4, 6, 12-15
Realizar acolhimento e escuta qualificada, evitando que a pessoa repita o relato várias vezes.	2, 4, 5, 14
Demonstrar a importância da realização da queixa ou denúncia na delegacia para as pessoas acima de 18 anos.	12, 13, 14
Preencher as informações de forma clara e legível para facilitar o registro nos sistemas de vigilância epidemiológica	12, 14
Encaminhar corretamente a pessoa em situação de violência para que seja assegurado o acompanhamento clínico-laboratorial.	3, 5-9, 11, 14, 15
Respeitar o tempo/momento da pessoa em situação de violência, inclusive o direito ao silêncio.	2, 4, 11
Utilizar comunicação acessível, falar de forma que a pessoa entenda o que está sendo explicado durante o acolhimento ou atendimento.	2, 3, 11, 13, 14
Utilizar estratégias de comunicação não verbal para estabelecimento de vínculo, como, por exemplo, não expressar aversão, impaciência durante o relato ou olhar de repreensão ou de julgamento.	2, 4, 14, 15

ISTs: infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: Adaptada de Lima AS, Freitas Júnior RA (2024).⁽³⁾

Tabela 3. Correlação entre atitudes específicas para o cuidado qualificado às pessoas em situação de violência sexual com competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual

Atitudes	Competências Comuns
Acolher sem julgar a pessoa por estereótipos (forma como se veste, se tem tatuagens, locais que frequenta, entre outros).	2, 4, 11, 14
Confiar no relato da pessoa, garantindo que ela será ouvida e acolhida nas suas necessidades.	2, 4, 10
Garantir o sigilo das informações obtidas durante os atendimentos.	2, 4, 10, 12-14
Realizar atendimento humanizado, sempre respeitando a privacidade da pessoa.	2, 4, 10, 11, 13-15
Respeitar as individualidades, pois cada pessoa é única.	2, 4, 10, 11, 13, 14
Ser disponível para a prática do trabalho em equipe.	1-15
Ser empático(a), colocar-se no lugar do outro e ser cordial nas relações interpessoais.	2, 4, 10, 11, 13, 14
Ser sensível e capaz de acolher a diversidade humana.	2, 4, 10, 11, 13, 14
Ser disponível para o constante aprimoramento profissional.	6, 7, 15

Fonte: Adaptada de Lima AS, Freitas Júnior RA (2024).⁽³⁾

12. Reconhecer seus limites e buscar apoio

A autoavaliação profissional e o reconhecimento da necessidade de apoio são competências críticas. A Matriz de Competências da Febrasgo incentiva o trabalho em equipe e a busca de interconsultas, sempre que necessário.

13. Agir com sensibilidade às interseccionalidades

As desigualdades de gênero, raça, idade, deficiência e orientação sexual impactam diretamente a experiência da violência. O residente deve ser capaz de reconhecer essas interseccionalidades e adaptar sua abordagem conforme o contexto da vítima.

14. Valorizar a formação continuada

A atualização constante em relação a diretrizes, protocolos e debates éticos é necessária. A Matriz de Competências da Febrasgo considera a educação continuada um princípio da residência, especialmente em temas sensíveis como a violência sexual.

15. Engajar-se na construção de políticas e práticas de cuidado

Por fim, espera-se que o residente, especialmente no último ano, tenha uma visão ampliada de seu papel como agente transformador dentro das instituições e na sociedade, participando ativamente da construção de práticas mais humanas e integradas.

Um aspecto importante e que merece destaque é que, embora este artigo esteja estruturado com ênfase na violência contra mulheres e meninas, dado que esta apresenta maior incidência e foi devidamente contextualizada com base nos dados epidemiológicos nacionais, é fundamental destacar que a formação em Ginecologia e Obstetrícia deve também contemplar o cuidado a pessoas em situação de violência que se enquadram em outras identidades de gênero. Pessoas transgênero, por exemplo, são igualmente expostas à violência sexual e demandam atendimento especializado, ético e livre de preconceitos. Assim, a formação

médica deve preparar o(a) residente para oferecer um cuidado integral, inclusivo e sensível à diversidade, assegurando a todos e todas o mesmo direito à proteção, à saúde e ao acolhimento qualificado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

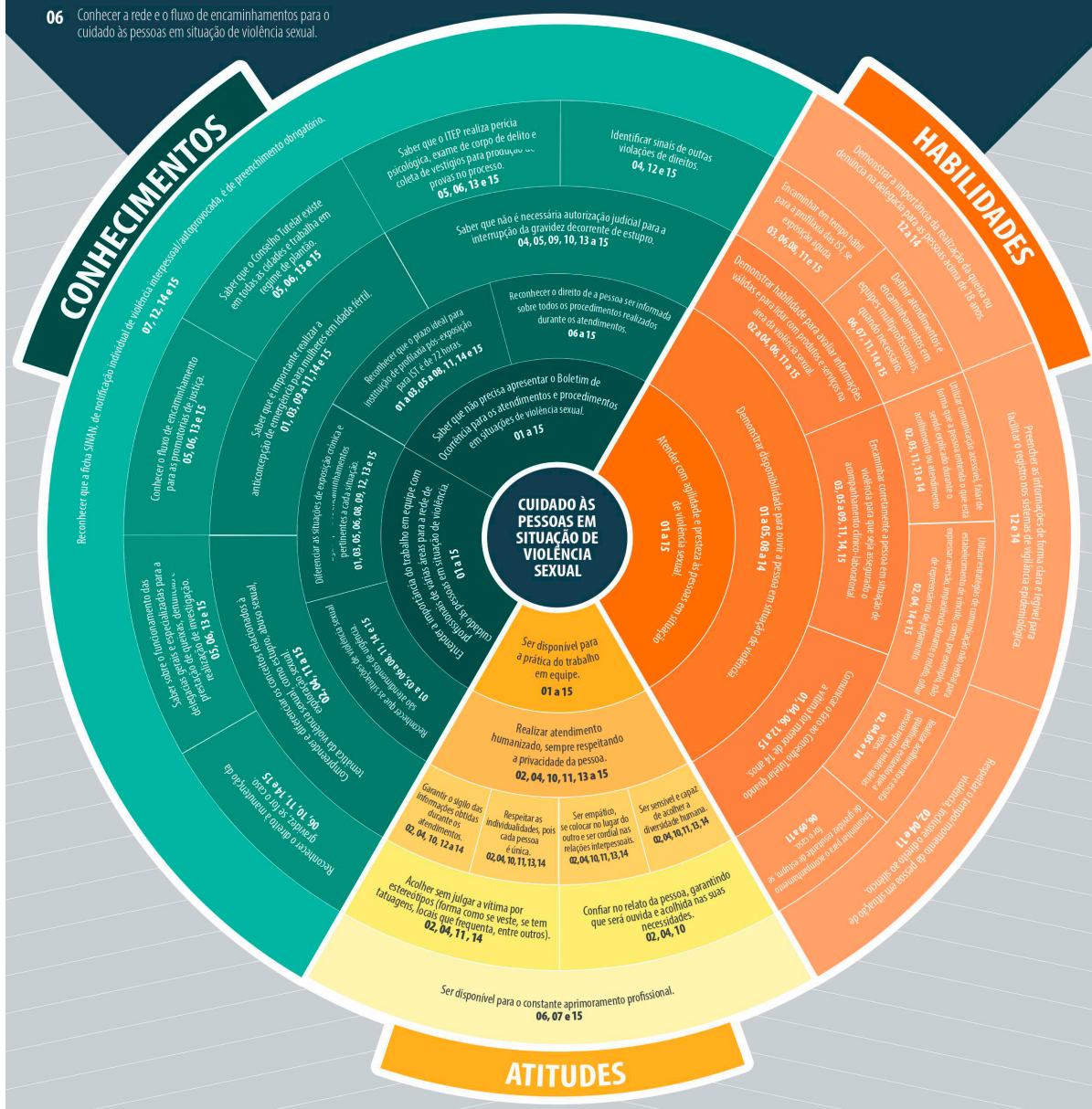
A consolidação das competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual representa um avanço estratégico e urgente para a qualificação da formação médica na residência em Ginecologia e Obstetrícia. Em um cenário nacional marcado pela alta incidência de violência sexual e pela complexidade das respostas necessárias, torna-se imprescindível que o(a) residente desenvolva, desde os primeiros anos de formação, não apenas domínio técnico, mas também habilidades colaborativas, atitudes éticas e sensibilidade humanitária.

O desconhecimento sobre os papéis dos diferentes profissionais da rede, os fluxos assistenciais institucionais e os procedimentos legais compromete diretamente a integralidade e a efetividade do cuidado. Estratégias de formação que promovam o desenvolvimento das competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual não só orientam a educação médica na residência em Ginecologia e Obstetrícia, como também evidenciam que o cuidado qualificado só é possível mediante o reconhecimento mútuo entre os profissionais integrantes da rede de cuidado, o trabalho em equipe e o compromisso com a dignidade da pessoa atendida.

Incorporar essas competências à formação dos ginecologistas e obstetras permite não apenas aprimorar a resposta assistencial imediata, mas também promover uma atuação crítica, ética e socialmente comprometida com a transformação dos contextos de vulnerabilidade. Desse modo, reforça-se que o desenvolvimento de competências interprofissionais comuns deve ser entendido como elemento estruturante e transversal para a formação médica no campo da saúde sexual e reprodutiva.

COMPETÊNCIAS COMUNS PARA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NO CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- | | | | | | |
|-----------|---|-----------|---|-----------|--|
| 01 | Identificar as populações potencialmente mais vulneráveis à violência sexual e a elas promover acesso facilitado aos serviços que integram a rede de cuidado. | 07 | Compreender as atribuições de sua categoria profissional e instituição de atuação, enquanto integrante da rede de cuidado às pessoas em situação de violência sexual. | 12 | Compreender a importância do registro adequado das informações para os procedimentos de Vigilância Epidemiológica, legais e essenciais à pessoa em situação de violência sexual. |
| 02 | Acolher a pessoa em situação de violência sexual em local adequado, garantindo privacidade e confidencialidade. | 08 | Reconhecer a necessidade de se instituir, em tempo hábil, profilaxia pós-exposição (PEP) para infecções sexualmente transmissíveis virais e não virais (HIV, IST e Hepatites virais). | 13 | Orientar sobre a importância da realização do Boletim de Ocorrência e das providências policiais e judiciais cabíveis, de acordo com a faixa etária, deixando claro que tais providências não são condicionantes para a obtenção do atendimento no serviço de saúde. |
| 03 | Atuar com senso de urgência para o atendimento das situações de violência sexual. | 09 | Reconhecer as indicações para se instituir, em tempo hábil, a prescrição de anticoncepção de emergência com vistas à prevenção da gravidez em mulheres de idade fértil. | 14 | Utilizar adequadamente os meios e ferramentas de comunicação interpessoal para evitar ou reduzir riscos e contribuir para a segurança em saúde. |
| 04 | Realizar a escuta qualificada da pessoa em situação de violência sexual, adotando o princípio da presunção de veracidade e evitando julgamentos de qualquer natureza. | 10 | Reconhecer o direito à interrupção legal da gestação resultante de estupro e orientar as pessoas em relação a este direito, evitando emitir julgamentos de qualquer natureza. | 15 | Manter-se atualizado sobre os protocolos de condutas, boas práticas e legislações referentes à atenção às pessoas em situação de violência sexual. |
| 05 | Evitar condutas e encaminhamentos desnecessários que possam induzir a revitimização da pessoa em situação de violência sexual. | 11 | Garantir acesso ao acompanhamento clínico-laboratorial das pessoas expostas. | | |
| 06 | Conhecer a rede e o fluxo de encaminhamentos para o cuidado às pessoas em situação de violência sexual. | | | | |



Fonte: Lima AS, Freitas Júnior RA (2024).⁽³⁾

Figura 1. Infográfico da proposta de matriz de competências comuns para a prática interprofissional no cuidado destinado às pessoas em situação de violência sexual

REFERÊNCIAS

1. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2025 [cited 2025 Aug 30]. Available from: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/279>
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia: versão 2. São Paulo: Febrasgo; 2019.
3. Lima AS, Freitas Júnior RA. Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual. Rev Bras Educ Med. 2024;48(1):e004. doi: 10.1590/1981-5271v48.1-2022-0354

Resolução CFM nº 2.437/2025 sobre o atendimento a pessoas que vivem com HIV/aids: implicações éticas e práticas na ginecologia e obstetrícia

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osório Wender²



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

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

A epidemia de HIV/aids impôs, desde os anos 1980, enormes desafios éticos e clínicos ao sistema de saúde. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) respondeu instituindo normativas específicas para orientar a conduta médica perante pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). A primeira resolução data de 1992 e já afirmava ser imperativo moral e profissional assistir esses pacientes, enfatizando o sigilo e vedando testagens compulsórias. Em 2003, a Resolução CFM nº 1.665 atualizou essas diretrizes à luz de novos conhecimentos, e agora a Resolução CFM nº 2.437/2025 promove nova atualização normativa.⁽¹⁾

Essa evolução reflete mudanças no cenário da epidemia, avanços terapêuticos e o fortalecimento de direitos dos pacientes. Paralelamente, o ordenamento jurídico brasileiro avançou: em 2014, a Lei nº 12.984 criminalizou a discriminação contra as PVHA, incluindo negar ou retardar atendimento de saúde por motivo de sorologia positiva.⁽²⁾

Nesse contexto histórico e legal, a Resolução CFM nº 2.437/2025⁽¹⁾ surge para consolidar princípios éticos e incorporar evidências atuais, orientando a prática dos ginecologistas e obstetras no cuidado humanizado, livre de estigmas e embasado em ciência.

RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL NO ATENDIMENTO ÀS PVHA

A nova resolução reafirma de forma categórica que é dever ético e legal de todo médico prestar atendimento adequado às pessoas que vivem com HIV/aids, sem qualquer discriminação.⁽¹⁾ Isso significa que ginecologistas e obstetras não podem se recusar a atender uma paciente devido ao seu *status* sorológico. A negativa de assistência, além de antiética, configura infração legal sujeita a penalidades profissionais e até criminais (conforme a Lei nº 12.984/14).⁽²⁾

O CFM explicita que não cabem alegações de desconhecimento técnico ou falta de recursos como justificativa para recusar atendimento.^(1,2) Ou seja, cabe ao médico buscar atualização científica e encaminhar adequadamente os casos complexos, mas jamais abandonar a paciente. Desde a formação profissional, espera-se do médico uma postura não discriminatória, alinhada ao princípio da justiça e à dignidade da pessoa humana.

No exercício da ginecologia e obstetrícia, esse compromisso ético-legal é particularmente relevante: envolve desde consultas de rotina, procedimentos cirúrgicos até o acompanhamento pré-natal de gestantes vivendo com HIV.

A Resolução CFM nº 2.437/2025⁽¹⁾ reforça que atender PVHA com respeito e qualidade é parte intrínseca da ética médica, assegurando a essas pacientes equidade no acesso aos cuidados de saúde.

GARANTIAS INSTITUCIONAIS E PAPEL DOS DIRETORES TÉCNICOS

A responsabilidade não recai apenas sobre o profissional individual, mas também sobre as instituições de saúde.

A norma estabelece que hospitais, clínicas e serviços – públicos e privados – devem garantir condições adequadas e dignas para o atendimento às PVHA.⁽¹⁻³⁾ Isso inclui prover equipamentos de proteção, capacitação das equipes e protocolos atualizados de atendimento, de modo que nenhuma PVHA deixe de receber cuidado por deficiência estrutural.

O diretor técnico da instituição tem papel central como garantidor dessas condições e do cumprimento das normas. A resolução aponta que é responsabilidade do diretor técnico assegurar a internação, o tratamento oportuno e a segurança assistencial desses pacientes.^(1,2)

Na prática, isso significa que os gestores devem fomentar um ambiente livre de estigma institucional e intervir prontamente diante de qualquer recusa de atendimento pela equipe. Cabe às direções técnicas implementar rotinas de biossegurança universais – que valem para todos os pacientes – e promover educação continuada para que o corpo clínico esteja preparado para manejar HIV/aids adequadamente.

Assim, as garantias institucionais complementam a responsabilidade individual: o médico deve atender sem discriminar, e a instituição deve prover meios e apoio para que esse atendimento ocorra de forma segura tanto para o paciente quanto para a equipe. Ao consolidar o papel das instituições e seus dirigentes, a Resolução CFM nº 2.437/2025⁽¹⁾ fortalece uma cultura de acolhimento e profissionalismo, na qual nenhuma paciente será preterida por viver com HIV.

SIGILO E CONFIDENCIALIDADE: DIREITO DO PACIENTE E DEVER PROFISSIONAL

O respeito ao sigilo profissional sempre foi um pilar no manejo de pacientes com HIV/aids, e a nova resolução o enfatiza com vigor. Fica vedada a divulgação de qualquer informação de saúde da paciente relacionada ao HIV sem consentimento expresso, mesmo diante de pressões administrativas ou de terceiros.⁽³⁾

O sigilo médico deve ser rigorosamente preservado como direito da paciente e dever ético do médico. As únicas exceções admitem-se nos marcos já previstos pelo Código de Ética Médica: autorização expressa da própria paciente, justa causa ou obrigação legal.⁽⁴⁾ Justa causa, nesse contexto, refere-se a situações em que a quebra de sigilo se justifica para proteger terceiros em risco iminente (por exemplo, informar parceiros sexuais em caso de recusa da paciente em fazê-lo, conforme previsto em normativas anteriores). Determinação legal inclui notificações compulsórias às autoridades de saúde e preenchimento de documentos oficiais (como atestados de óbito).⁽¹⁻³⁾ Fora dessas exceções, o médico deve manter absoluta confidencialidade quanto ao *status* sorológico da paciente, inclusive dentro da própria instituição – divulgando a condição apenas à equipe diretamente envolvida no cuidado e somente o necessário para a boa assistência. O sigilo se estende inclusive após a morte da paciente, resguardando sua memória

e família. Essa proteção da privacidade visa combater o estigma e garantir que PVHA se sintam seguras para buscar cuidados. Na prática obstétrico-ginecológica, isso implica atenção redobrada no manuseio de prontuários, resultados de exames e conversas em ambiente de consultório ou enfermaria. A confidencialidade não é apenas um dever de ofício, mas um elemento fundamental da relação médico-paciente. Ao reforçar esse princípio, a resolução alinha-se às melhores práticas internacionais de direitos humanos e ao compromisso de não causar dano adicional às pacientes por exposição indevida de sua condição.

GESTÃO, PRÉ-NATAL E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Um dos focos centrais da Resolução CFM nº 2.437/2025⁽¹⁾ é o cuidado com gestantes vivendo com HIV e a prevenção da transmissão vertical (ou materno-infantil) do vírus.

A transmissão vertical – que pode ocorrer durante a gestação, no parto ou pela amamentação – é hoje em grande parte evitável com intervenções adequadas.^(1,3-6) A resolução atualiza normas em sintonia com os avanços do pré-natal e da terapia antirretroviral (TARV). É dever do médico propor a testagem de HIV a todas as gestantes sob seus cuidados e registrá-la no prontuário.^(1,5)

O oferecimento do teste deve ocorrer preferencialmente no primeiro trimestre, com repetição no terceiro trimestre, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.⁽³⁾ Caso a gestante recuse o exame, essa decisão deve ser respeitada, porém documentada formalmente.⁽¹⁾

Diante de um diagnóstico positivo de HIV na gestação, medidas imediatas são mandatárias: início da TARV para a gestante durante toda a gestação (independentemente da carga viral ou contagem de CD4) e, se indicada, profilaxia intraparto.⁽¹⁾ Essas medidas, associadas ao manejo obstétrico adequado, podem reduzir o risco de transmissão para menos de 1%-2%⁽³⁾ – um resultado extraordinário se comparado aos 15%-45% de risco sem nenhuma intervenção.

Os avanços na TARV, com esquemas seguros na gestação, permitem hoje que a grande maioria das mulheres vivendo com HIV tenha gestações saudáveis e bebês não infectados.⁽⁶⁾ Após o parto, o recém-nascido deve receber profilaxia com medicamentos antirretrovirais nas primeiras horas de vida e ser acompanhado em serviço especializado.⁽³⁾ Além disso, recomenda-se que a mãe vivendo com HIV não amamente, substituindo o leite materno por fórmula infantil, a fim de eliminar o risco de transmissão pós-natal⁽³⁾ (Estudos mostram que, mesmo com carga viral indetectável, existe um risco residual inferior a 1% de transmissão via amamentação;⁽⁴⁾ por isso, em países como o Brasil, onde há acesso a fórmulas seguras, a orientação é evitar a amamentação). O acompanhamento no puerpério deve garantir manutenção da TARV para a mãe e testagem do bebê em tempo oportuno. Outro aspecto reforçado pela resolução é a

notificação compulsória de casos de infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas.⁽¹⁾ Isso significa que o obstetra, ao diagnosticar ou acompanhar uma grávida soropositiva, deve notificar o caso às autoridades de vigilância epidemiológica. A notificação não viola o sigilo (pois é feita de forma nominal às autoridades em saúde pública, dentro do previsto legalmente) e tem por finalidade acionar a rede de cuidado e medidas de saúde pública, contribuindo para evitar falhas no seguimento dessas mães e crianças. Em suma, a Resolução nº 2.437/2025⁽¹⁾ consolida no âmbito normativo aquilo que as evidências científicas já demonstram: com pré-natal bem conduzido, testagem ampla, TARV para a mãe e o bebê, parto manejado conforme indicação clínica e nutrição segura, é possível virtualmente eliminar a transmissão vertical do HIV.⁽⁵⁾ Esse conjunto de medidas salva vidas e integra o compromisso brasileiro com a meta global de erradicar a aids pediátrica nas próximas gerações.⁽⁷⁾

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS PARA O GINECOLOGISTA E O OBSTETRA

Para o profissional de ginecologia e obstetrícia, as diretrizes da Resolução CFM nº 2.437/2025⁽¹⁾ traduzem-se em diversas ações concretas no dia a dia.

Em primeiro lugar, é imprescindível incorporar uma atitude proativa e acolhedora: toda paciente deve ser atendida sem preconceitos, com pleno respeito à sua autonomia e confidencialidade. O ginecologista/obstetra deve atualizar sua rotina de atendimento para oferecer testes de HIV regularmente no pré-natal, conforme os protocolos vigentes, e também em situações como planejamento reprodutivo, avaliação de infecções sexualmente transmissíveis e abortamento (diante de fatores de risco).

A comunicação do resultado positivo deve ser feita de modo humanizado, seguida do início imediato das medidas de cuidado – encaminhamento para serviço especializado em caso de necessidade, início da TARV e orientações claras à paciente.

Nenhum procedimento obstétrico ou ginecológico eletivo deve ser negado a uma mulher por ela ser PVHA. Isso abrange desde cirurgias ginecológicas até métodos contraceptivos ou tratamentos de infertilidade: viver com HIV não é contraindicação para nenhuma intervenção, desde que estejam asseguradas as condutas de proteção usuais.

O profissional deve adotar as precauções padrão de biossegurança em todos os atendimentos, como uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luvas, óculos, máscara) quando houver risco de contato com fluidos, seguindo as recomendações universais. Tais precauções garantem a segurança da equipe, sem necessidade de medidas adicionais estigmatizantes; afinal, o princípio de precaução padrão presume que qualquer paciente pode ter infecções transmissíveis, de modo que diferenciar uma paciente vivendo com HIV dos demais

em termos de cuidado técnico não se justifica. Em casos de exposição accidental a material biológico (por exemplo, um acidente perfurocortante durante uma sutura), o profissional deve seguir os protocolos de profilaxia pós-exposição (PEP) e, conforme previsto na resolução, a paciente envolvida poderá ser testada para HIV sem consentimento se estiver incapacitada e se o conhecimento de sua sorologia for crítico para decidir a profilaxia do profissional exposto.⁽¹⁾ Essa é uma das poucas situações em que a resolução admite exceção à vedação de testagem compulsória – restringindo-se a cenários de emergência, risco à vida e incapacidade de consentimento.⁽¹⁾

No cotidiano, o obstetra deverá também preencher corretamente os documentos e prontuários: registrar a oferta e resultado/recusa de testes, anotar a terapia antirretroviral prescrita e garantir que informações confidenciais não fiquem expostas indevidamente (por exemplo, evitar carimbos ou alertas visíveis identificando o *status* sorológico nos documentos entregues à paciente). O ginecologista, por sua vez, deve lembrar-se de abordar questões de saúde sexual e reprodutiva das PVHA com naturalidade – oferecer aconselhamento contraceptivo, tratamento de coinfeções (como HPV, hepatites), rastreio de câncer de colo uterino etc., exatamente como faria para qualquer paciente, adaptando condutas apenas quando indicado por *guidelines* específicos.

Em síntese, a resolução exige do especialista uma prática embasada em protocolos e livre de discriminação. Isso fortalece a confiança da paciente no serviço de saúde e contribui para melhores desfechos: adesão ao pré-natal, supressão viral materna, redução de transmissão e melhora da qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV.⁽⁶⁾

Contar com respaldo normativo do CFM também instrui o médico para, se necessário, cobrar das instituições as condições de trabalho devidas – por exemplo, disponibilidade de testes rápidos, medicamentos antirretrovirais e equipamentos de proteção –, sabendo que tais exigências não são favores, mas obrigações institucionais previstas eticamente.^(1,2,6) Assim, o profissional pode exercer a medicina com segurança jurídica e consciência tranquila, focando no que realmente importa: prover cuidado integral e compassivo às suas pacientes.

A Resolução CFM nº 2.437/2025⁽¹⁾ representa um marco normativo progressista no atendimento às PVHA, especialmente relevante para a área de ginecologia e obstetrícia. Dentre os avanços da norma, destaca-se a atualização de linguagem – ao adotar oficialmente o termo “pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA)” em lugar de expressões antiquadas como “portador do vírus da AIDS”, alinha-se à recomendação de trato respeitoso e reduz estigmas.^(1,4)

Essa mudança semântica, embora sutil, tem impacto na dignificação do paciente e reflete a evolução socio-cultural dos últimos anos. Outra inovação importante foi explicitar, de modo abrangente, a vedação de testagem

anti-HIV compulsória, salvo em situações excepcionais muito bem delimitadas.⁽¹⁾

Ainda que o princípio do consentimento já fosse consagrado, havia na prática dúvidas sobre exigências de testes pré-operatórios ou em internações; agora a regra está clara: o teste deve ser voluntário e ofertado como rotina, nunca imposto como condição de atendimento. A resolução também consolida a integração entre ética médica e saúde pública: ao tornar obrigatória a notificação de casos de infecção pelo HIV (inclusive em gestantes e crianças expostas), atualiza a normativa diante da política de vigilância epidemiológica vigente, que desde a última década passou a notificar infecções pelo HIV precocemente, e não apenas casos de aids. Isso conecta o consultório com o sistema de saúde coletivo, permitindo ações de prevenção e cuidado populacional mais efetivas.

Por fim, a norma incorpora os avanços científicos no cuidado perinatal, reforçando que serviços de saúde devem assegurar acesso ao diagnóstico e tratamento de gestantes com HIV, visando eliminar a transmissão vertical.⁽¹⁾ Esse alinhamento com as metas internacionais de eliminação da transmissão materno-infantil até 2030 demonstra visão contemporânea e compromisso com a saúde global.⁽⁴⁾

Apesar dos progressos, persistem desafios clínicos e operacionais. Um deles é garantir a plena implementação dessas diretrizes em todos os contextos do país – especialmente em regiões com menos recursos, onde pode faltar treinamento ou insumos. A resolução estipula que a falta de recursos não exime do dever de atender, mas cabe às autoridades de saúde suprirem condições equânimes.

O manejo de gestantes que recusam terapia ou enfrentam barreiras sociais (como baixa adesão por medo ou estigma) continua sendo complexo; os médicos deverão exercer não apenas o papel clínico, mas também o educativo e de apoio psicossocial, muitas vezes articulando-se com equipes multiprofissionais.

Outro desafio é resguardar o sigilo na era digital: prontuários eletrônicos, sistemas de notificação *online* e troca de informações entre serviços exigem protocolos rigorosos de segurança da informação para que dados sensíveis não vazem. Adicionalmente, embora a criminalização da discriminação exista em lei, nem sempre há denúncia ou punição em casos de recusa de atendimento – portanto, fortalecer a cultura ética é tão crucial quanto as sanções formais. Os profissionais jovens podem não ter vivenciado o auge do medo da aids, mas precisam ser continuamente sensibilizados de que o HIV hoje, com terapia eficaz, é uma condição crônica manejável e que “indetectável = intransmissível” (no contexto sexual) é um conceito respaldado cientificamente, o que ajuda a reduzir medos infundados, e preconceitos.

No cenário obstétrico, novas evidências seguem emergindo – por exemplo, estudos sobre possibilidade de amamentação segura quando a mãe está indetectável

são avaliados em alguns países –, e o ginecologista brasileiro deve acompanhar essas discussões, sempre considerando as diretrizes nacionais que priorizam o risco zero para o bebê.⁽¹⁻⁶⁾

Nesse panorama de implantação e atualização da norma, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo cumpre seu papel com os associados como interlocutora institucional, com informações atualizadas sobre seus deveres e direitos.

A Resolução nº 2.437/2025⁽¹⁾ deve ser entendida não como um fardo burocrático, mas como um aliado na prática clínica. A atualização reforça o ginecologista/obstetra como profissional comprometido com a saúde integral da mulher e do binômio materno/fetal e permite, além da qualidade do cuidado oferecido às pacientes, advogar com os gestores e formuladores de políticas para que os avanços preconizados pelas normas se traduzam em realidade nos consultórios, hospitais, unidades de saúde e maternidades. 

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.437/2025, de 17 de julho de 2025. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento de pessoas que vivem com HIV/aids. Brasília (DF): CFM; 2025 [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2437>
2. Prado RM. O crime de discriminação aos portadores de HIV e doentes de Aids e a lei 12.984/14. Migalhas. 10 Jun 2014 [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://www.migalhas.com.br/depeso/202386/o-crime-de-discriminacao-aos-portadores-de-hiv-e-doentes-de-aids-e-a-lei-12-984-14>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Aug 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf
4. Centers for Disease Control and Prevention. HIV and Breastfeeding: at a glance. Atlanta: CDC; 2025 [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/illnesses-conditions/hiv.html>
5. World Health Organization. Mother-to-child transmission of HIV. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv-prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>
6. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. HIV e gestação: pré-natal e terapia antirretroviral. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2022 [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/hiv-e-gestacao-pre-natal-e-terapia-antirretroviral/>
7. In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022 [cited 2025 Aug 18]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf

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

996 Desafios e recomendações da vacinação na imunossupressão

Caroline Alves de Oliveira Martins,
Isabella Ballalai, Juarez Cunha, Susana Aidé

APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

1004 Do atendimento pré-hospitalar ao hospitalar: resposta rápida à pré-eclâmpsia e suas complicações – Uma proposta para o Brasil

Antonio Braga, José Geraldo Lopes Ramos, José Carlos Peraçoli, Leandro Gustavo de Oliveira, Maria Laura Costa do Nascimento, Sérgio Hofmeister Martins-Costa, Francisco Lázaro Pereira de Sousa, Guilherme Ramires de Jesús, Edson Vieira da Cunha Filho, Nelson Sass, Ricardo Carvalho Cavalli, Maria Rita de Souza Mesquita, Mario Dias Corrêa Junior, Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araújo, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Carlos Henrique Esteves Freire, Edilberto Alves Pereira da Rocha Filho, Sara Toassa Solha, Ivan Fernandes Filho, Renato José Bauer, José Paulo Guida, Agnaldo Lopes da Silva-Filho, Maria Celeste Osório Wender, Giorgio Tondello, Cláudia Mello, Henri Augusto Korkes

PROTOCOLOS FEBRASGO

1013 Efeitos do álcool no feto e no recém-nascido

Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal

1018 Parada cardiorrespiratória na gestação

Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas

1024 Lesões pré-invasivas da vulva, da vagina e do colo uterino

Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica

ARTIGOS ORIGINAIS

1029 Prescrição e uso de ácido acetilsalicílico como método profilático para a pré-eclâmpsia

Júlia de Oliveira Nadaletto,
Ricardo Porto Tedesco,
Maria Helena de Sousa

1035 Adolescer seguro: desafios de uma abordagem inclusiva para contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis

Cristiano Salles Rodrigues, Uliana Pontes

Desafios e recomendações da vacinação na imunossupressão

Número 7 – 2025

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

PONTOS-CHAVE

- Abordar os tipos de imunodeficiência e a maior suscetibilidade para apresentar infecções com gravidade do que na população geral, bem como a resposta menos eficiente a estímulos vacinais.
- Informar sobre os impactos negativos das infecções na saúde das pessoas imunodeficientes e suas complicações.
- Trazer o conhecimento dos estudos sobre a eficácia e a segurança das vacinas na população de imunossuprimidos.
- Esclarecer sobre quais vacinas devem ser indicadas, qual o melhor momento para aplicá-las e quando se deve revacinar.
- Atualizar os ginecologistas e obstetras sobre o calendário vacinal para essa população e sobre a posição da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) quanto às vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações, inclusive pelos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIES) e pelos serviços de vacinação privados.

RECOMENDAÇÕES

- A Febrasgo entende o impacto negativo das infecções na saúde das pessoas imunocomprometidas e suas complicações.
- A Febrasgo acompanha as evidências publicadas sobre as diversas vacinas e tem o papel de trazer o conhecimento das evidências dos estudos sobre eficácia e segurança das vacinas na população imunocomprometida.
- A Febrasgo acredita que a melhor maneira de conter o grande volume de desinformação e de *fake news* sobre vacinas é oferecer aos ginecologistas e obstetras uma constante atualização com as melhores evidências científicas disponíveis.
- A Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Febrasgo entende que, para diminuir mortes, hospitalizações e impactos negativos nas famílias e nos sistemas de saúde, é necessário aproveitar cada oportunidade para informar e atualizar os profissionais de saúde sobre os benefícios e riscos das vacinas, e das doenças imunopreveníveis, para que eles possam fazer as escolhas e as necessárias recomendações para seus pacientes imunossuprimidos.
- A Febrasgo acredita que, com as corretas informações, pode ser possível diminuir a hesitação vacinal e reduzir a morbidade e a mortalidade por patógenos imunopreveníveis, especialmente na população imunossuprimida.

CONTEXTO CLÍNICO

As inovações no campo dos fármacos têm ampliado as opções terapêuticas e aumentado a expectativa de vida de pacientes com doenças associadas a diferentes graus

de imunodeficiência. Esses avanços incluem tratamentos como radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, terapia-alvo, imunobiológicos e outras medicações empregadas em condições oncológicas, reumatológicas, dermatolôgi-

cas e anti-inflamatórias.^(1,2) Consequentemente, houve um aumento significativo na demanda por imunizações além do calendário vacinal básico. Este artigo discute as estratégias adotadas no Brasil para a vacinação de indivíduos imunocomprometidos, por doença ou tratamento, destacando os recursos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIES),⁽³⁾ e os calendários vacinais elaborados por instituições nacionais. A Sociedade Brasileira de Imunizações (SbIm) elabora e atualiza constantemente calendários específicos para a vacinação de pacientes especiais.⁽⁴⁾ E a Febrasgo produziu na sua série de orientações e recomendações, por meio da Comissão Nacional Especializada em Vacinas, o Programa Vacinal para Mulheres, com um capítulo destinado à vacinação de mulheres imunocomprometidas.⁽⁵⁾ Como todo protocolo, os manuais acima citados sofrem atualizações constantes, contemplando novos conhecimentos de imunobiológicos incorporados tanto nos calendários básicos como também naqueles de pacientes especiais.⁽⁶⁾

QUAL A DEFINIÇÃO DE IMUNODEFICIÊNCIA?

Pessoas imunocomprometidas são, neste artigo, aquelas que se distinguem da população geral por incapacidade de resposta a inúmeros estímulos antigênicos ou infecciosos, o que as torna mais suscetíveis a apresentar infecções das mais variadas naturezas, geralmente com maior gravidade que na população geral, bem como a responder de forma menos eficiente a estímulos vacinais.^(3,7,8)

QUAIS SÃO AS VARIÁVEIS ENCONTRADAS NA IMUNIZAÇÃO DE PESSOAS IMUNOCOMPROMETIDAS?

Há algumas variáveis na imunização de pessoas imunocomprometidas, como: resposta do hospedeiro ao imunógeno, diferentes graus de imunocomprometimento e se ele é permanente ou temporário, além de risco na aplicação de vacinas virais atenuadas nesse grupo. Estudos de imunogenicidade e eficácia, nesse grupo, para vacinas, são escassos, tanto para resposta qualitativa (produção de anticorpos funcionais) como para resposta quantitativa (nível de anticorpos produzidos).^(3,6,8) Essa lacuna científica evidencia a necessidade de pesquisas mais robustas e específicas para o desenvolvimento de protocolos vacinais seguros e eficazes para essas populações.

QUAIS SÃO AS EVIDÊNCIAS SOBRE O BENEFÍCIO DAS VACINAS NOS IMUNOCOMPROMETIDOS? E QUANTO À SEGURANÇA, O QUE TEMOS DE DADOS NA LITERATURA?

A utilização de vacinas inativadas em pessoas imunocomprometidas, em geral, não oferece risco adicional de efeitos adversos. Mas, em geral, existem poucas

publicações e estudos quantificando o benefício delas. Já as vacinas de vírus vivo atenuado, o vírus vacinal, mesmo que muito “enfraquecido”, podem causar eventos adversos relacionados à replicação viral aumentada. A sua indicação dependerá da situação epidemiológica, quando o risco da doença natural e suas complicações claramente excederem os riscos das complicações vacinais para aquele tipo de imunodepressão.^(6,8,9) Portanto, é fundamental o encaminhamento do paciente para o CRIE ou serviço privado, com laudo que apresente o diagnóstico, medicações em uso ou tratamentos vigentes e/ou planejados, para nortear adequadamente o profissional de saúde do CRIE, da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou do serviço privado responsável pela vacinação.^(6,10)

QUAL O MELHOR MOMENTO PARA A INDICAÇÃO DAS VACINAS?

A atualização da vacinação com vacinas inativadas deve ser realizada preferencialmente até duas semanas antes do início da terapia imunossupressora e, diante da utilização de vacina atenuada, quatro semanas antes. Na impossibilidade do uso da vacina inativada antes do início da terapia imunossupressora, não há contraindicação do seu uso durante o tratamento, entretanto os benefícios ficam afetados e, em alguns casos, a vacina deverá ser repetida após o período de imunossupressão. O período após a suspensão da droga imunossupressora é variável, dependendo da condição clínica e do tipo de tratamento aplicado.^(8,11)

A imunogenicidade e a eficácia da vacina hepatite B em pacientes imunodeprimidos são menores que nos indivíduos saudáveis. Por esse motivo, são recomendadas quatro doses de vacina hepatite B com o dobro da dose habitual, assim como a avaliação da resposta vacinal.^(3,4) Vacinas mais recentemente licenciadas, como a herpes-zóster, que incluem potente adjuvante em sua formulação foram capazes de gerar respostas imunológicas e eficácias semelhantes às do grupo não imunodeprimido para a maioria das situações.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

COMO SÃO CLASSIFICADAS AS IMUNODEFICIÊNCIAS?

São classificadas em primárias ou secundárias. As primárias são relacionadas com imunodeficiências congênitas tanto da imunidade inata como da adquirida, compreendendo uma ampla variedade de condições clínicas. As secundárias são causadas pela própria doença de base (infecções, malignidades, doenças autoimunes, entre outras) e seus tratamentos com fármacos que causam graus variados de imunocomprometimento.⁽⁶⁾ A imunodeficiência secundária é a mais frequente.^(2,3)

VACINAÇÃO PARA OS ERROS INATOS DA IMUNIDADE

As doenças relacionadas com os erros inatos da imunidade variam de acordo com as alterações específicas. Elas podem ser divididas em: deficiência da imunidade humoral (células B), deficiência da imunidade celular (células T), deficiência combinada da imunidade humoral (células B) e da imunidade celular (células T), deficiência do complemento e deficiência da função fagocítica.

O tipo e a gravidade da imunodeficiência orientam a indicação dos imunobiológicos: as vacinas atenuadas não devem ser indicadas nas imunodeficiências graves, já as inativadas devem ser indicadas mesmo que não induzam respostas imunológicas semelhantes às de pessoas imunocompetentes, pois ainda podem beneficiar os indivíduos.⁽⁶⁾

De forma geral, vacinas de agentes vivos atenuados não devem ser administradas em pessoas com deficiências da imunidade celular. Vacinas de agentes vivos atenuados e inativadas podem ser recomendadas em pacientes com deficiências isoladas de imunoglobulinas. Os pacientes com deficiência de complemento devem receber as vacinas que protegem contra germes capsulados, pois as infecções por tais germes, (*Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus Influenzae*) são de alto risco para esses pacientes. Pacientes com deficiência de fagocitose não devem receber vacinas bacterianas vivas, como a BCG (Bacilo de Calmette e Guérin), mas podem receber todas as demais vacinas.⁽³⁾

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a pneumocócica conjugada 20 ou 15 (VPC 20 ou VPC15) e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vacina polissacarídica (VPP23); quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com a VPP23, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica conjugada ACWY, meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [*high dose* – HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, a partir dos 18 anos, papilomavírus humano (HPV), vírus sincicial respiratório (VSR), de 60 anos em diante.^(3,4) Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (GSK) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas, dos 18 anos aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20, meningocócica B, herpes-zóster, influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

Outras vacinas recomendadas: Dupla bacteriana do tipo adulto (dT) ou, preferencialmente, tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa).^(3,4)

Contraindicações: Vacinas atenuadas – BCG, febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola),

tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), varicela e dengue – podem estar recomendadas de acordo com a avaliação individual do paciente, com restrições:

- Em vigência de deficiências combinadas da imunidade celular e humoral: todas são contraindicadas;
- Em vigência de deficiências de imunidade humoral grave ou deficiências da fagocitose (doença granulomatosa crônica): é contraindicada a BCG;
- Em vigência de deficiência de IgA e de subclasses de imunoglobulinas ou deficiências do complemento: as vacinas atenuadas não estão contraindicadas.^(3,4)

VACINAÇÃO NO USO DE FÁRMACOS IMUNOSSUPRESSORES

Corticoide

Considera-se alto grau de imunossupressão com doses diárias de corticoide > 20 mg por 14 dias ou mais, o que contraindica o uso de vacinas atenuadas nesse período. O intervalo entre a suspensão do corticoide com dose imunossupressora e a administração de vacinas atenuadas é de um mês (Tabela 1). Na vigência de tratamentos com corticoides em esquema terapêuticos não considerados imunossupressores, como em doses fisiológicas, de uso tópico de baixa potência em áreas localizadas da pele, inalatório, na conjuntiva e injeções intra-articulares, não é contraindicado o uso de vacinas atenuadas.⁽⁶⁾

Imunossupressores biológicos

Os biológicos são produtos à base de anticorpos monoclonais, proteínas de fusão celular, anti-interleucinas e bloqueadores de coestimulação de linfócito T, que inativam ou bloqueiam alvos específicos como células, citosinas ou outros mediadores imunes. São indicados no tratamento de condições imunomediadas, tais como: artrite reumatoide, doença inflamatória intestinal, entre outras. Sua ação pode durar semanas a meses após a descontinuação. O grau de imunodepressão varia de acordo com a droga, a dose e a duração do tratamento. São em geral usados em conjunto com outros imunossupressores como metotrexato e corticosteroides.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a VPC20 ou VPC15 e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vacina pneumocócica polissacarídica (VPP23); quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com VPP23, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica conjugada C ou ACWY (sempre que possível), meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [*high dose* –

– HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, a partir dos 18 anos, HPV e VSR, de 60 anos em diante.^(3,4)

Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (GSK) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas, dos 18 anos aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20; meningocócica ACWY (disponível em algumas condições) e meningocócica B; herpes-zóster; influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

Outras vacinas recomendadas: Dupla bacteriana do tipo adulto (dT) ou, preferencialmente, tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa).^(3,4)

Contraindicações: Vacinas de vírus vivos atenuados – BCG, febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), varicela e dengue.^(3,4)

Por segurança, as vacinas de vírus vivos atenuados devem ser administradas 14 a 30 dias antes da introdução e somente após três a seis meses do término da terapia imunodepressora. Podem ser administradas três meses após quimioterapia, mas pelo menos seis meses após terapêutica com anticorpos anticélulas B (rituximabe) (Tabela 1).

As recomendações para a vacinação de bebês filhos de mães que usaram imunossupressores durante a gestação devem ser ponderadas pelo médico assistente. Para adequada determinação de dose imunossupressora, devem ser consideradas a dose

administrada por quilo de peso da gestante durante todo o período de uso, além do período da gestação em que foi usada.⁽⁴⁾

Imunossupressores não biológicos

Vários medicamentos, a depender da dose utilizada, podem funcionar como imunossupressores, como: metotrexato, ciclosporina, tacrolimo, micofenolato de mofetila, azatioprina, leflunomida e 6-mercaptopurina. O manual do CRIE recomenda intervalo de três meses após a suspensão desses fármacos para o uso de vacinas atenuadas.^(6,16) A tabela 1 apresenta as drogas que podem causar imunocomprometimento e o intervalo entre a descontinuidade do tratamento e a aplicação de vacinas atenuadas, retirada do Calendário de Pacientes Especiais da SBIm.⁽⁴⁾

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a VPC20 ou VPC15 e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vacina polissacarídica (VPP23); quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com VPP23, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica conjugada C ou ACWY (sempre que possível), meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [*high dose* – HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, a partir dos 18 anos, HPV e VSR, de 60 anos em diante.^(3,4)

Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (GSK) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas,

Tabela 1. Drogas que podem causar imunocomprometimento e o intervalo entre a descontinuidade do tratamento e a aplicação de vacinas atenuadas

Drogas	Dose imunossupressora	Intervalo para vacinação
Corticoides (prednisona ou equivalente)	≥2 mg/kg/dia ou ≥20 mg/dia por mais de duas semanas	Um mês
Metotrexato	≥0,4 mg/kg/semana; ≥20 mg/dia	Um a três meses
Leflunomida	0,25-0,5 mg/kg/dia; ≥20 mg/dia	Quando os níveis séricos estiverem abaixo de 0,02 mg/L
Sulfasalazina e hidroxiquina	–	Nenhum
Micofenolato de mofetila	3 g/dia	Três meses
Azatioprina	1-3 mg/kg/dia	Três meses
Ciclofosfamida	0,5-2,0 mg/kg/dia	Três meses
Ciclosporina	>2,5 mg/kg/dia	Três meses
Tacrolimo	0,1 a 0,2 mg/kg/dia	Três meses
6-mercaptopurina	1,5 mg/kg/dia	Três meses
Biológicos: anticitocinas e inibidores da coestimulação do linfócito T	–	Três meses, mínimo de cinco meias-vidas, ou o que for menor
Biológicos depletors de linfócitos B	–	Seis meses
Sintéticos alvo-específicos: inibidores da JAK (tofacitinibe)	–	Duas semanas

Observações: 1. Vacinar preferencialmente antes da imunossupressão. Vacinas inativadas devem ser administradas pelo menos 14 dias antes do início da terapia imunossupressora e as vivas atenuadas, idealmente, quatro semanas antes. Na impossibilidade de aguardar, manter intervalo mínimo de duas semanas. 2. Bebês de mulheres que utilizam biológicos durante a gestação: vacinas vivas atenuadas podem ser aplicadas após 6 a 8 meses de idade.

Fonte: Adaptada de Sociedade Brasileira de Imunizações (2025).⁽⁴⁾

dos 18 anos aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20; meningocócica ACWY e meningocócica B; herpes-zóster; influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

Outras vacinas recomendadas: Dupla bacteriana do tipo adulto (dT) ou, preferencialmente, tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa).^(3,4)

Contraindicações: Vacinas de vírus vivos atenuados – BCG, febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), varicela e dengue.

Vacinação em pessoas vivendo com HIV/AIDS

Os estudos sobre segurança e eficácia das vacinas em pessoas vivendo com HIV/AIDS atualmente existentes ainda não permitem estabelecer condutas livres de controvérsias. Fica também claro que, diante de infecção pelo HIV, há grande heterogeneidade de situações, desde imunocompetência no início da infecção até grave imunodeficiência, com a progressão da doença.^(3,18)

Pessoas que vivem com HIV/AIDS podem receber todas as vacinas preconizadas nos calendários o mais precocemente possível, antes de apresentarem sinais clínicos ou imunodeficiência grave.⁽⁶⁾ À medida que aumenta a imunodepressão, também aumenta o risco da aplicação de vacinas de agentes vivos atenuados, bem como a possibilidade de resposta imunológica insuficiente ou inadequada.⁽¹⁸⁾

No caso de imunodeficiência grave, deve-se adiar a administração de vacinas até que um grau satisfatório de reconstrução imune seja obtido com o uso de terapia antirretroviral, com o objetivo de melhorar a resposta vacinal e reduzir o risco de complicações pós-vacinais. A administração de vacinas vivas atenuadas em pacientes imunodeprimidos deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave.^(3,18) Abaixo, segue o quadro 1 com os níveis de imunocomprometimento.⁽⁴⁾

Quadro 1. Níveis de imunocomprometimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS de acordo com a contagem de linfócitos T CD4+ (LTCD4+)

Níveis de imunocomprometimento a partir de 13 anos de idade	
Alteração imunológica	Contagem de LT CD4+ em células por mm ³
Pequena ou ausente (1)	≥350
Moderada (2)	Entre 200 e 350
Grave (3)	<200

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Imunizações (2025).⁽⁴⁾

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a VPC20 ou VPC15 e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vaci-

na polissacarídica (VPP23); quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com VPP23 meningocócica conjugada ACWY, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [high dose – HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, HPV e VSR, de 60 anos em diante.^(3,4)

Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (Gsk) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas, dos 18 anos aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20, meningocócica B; herpes-zóster; influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

Outras recomendações: Dupla bacteriana do tipo adulto (dT) ou, preferencialmente, tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa).^(3,4)

Vacinas a depender dos níveis de CD4: Vacinas de vírus vivo atenuado: tríplice viral, varicela, febre amarela, dengue. A decisão da indicação da febre amarela dependerá dos níveis de CD4 e do risco da região.^(3,4)

Vacinação em pessoas com doença oncológica em atividade

Como em outras situações de imunossupressão, a vacinação deve ser indicada antes do início do tratamento. As vacinas de vírus vivos atenuados devem ser administradas 14 a 30 dias antes da introdução e somente após três a seis meses do término da terapia imunodepressora. No período de tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, não é recomendado o uso de vacinas atenuadas. As vacinas inativadas podem ser aplicadas durante o tratamento, no entanto deverão ser repetidas após o seu término, pois não há como assegurar uma boa resposta imunológica.^(3,6,19-21)

O prazo para receber vacinas atenuadas e inativadas é de três meses após o término da terapia imunossupressora, sendo de seis meses para quem utilizou anticorpos anticélulas B, como rituximabe.^(6,21)

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a VPC20 ou VPC15 e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vacina VPP23; quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com VPP23, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica conjugada C ou ACWY (sempre que possível), meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [high dose – HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, a partir de 18 anos, HPV e VSR, de 60 anos em diante.^(3,4)

Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (Gsk) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas, dos 18 anos aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20; meningocócica ACWY e meningocócica B; herpes-zóster; influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

Outras vacinas recomendadas: Dupla bacteriana do tipo adulto (dT) ou, preferencialmente, tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa).^(3,4)

Contraindicações: Vacinas de vírus vivos atenuados – BCG, febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), varicela e dengue.^(3,4)

Vacinas em pessoas transplantadas de órgãos sólidos

Os candidatos a receberem transplantes de órgãos sólidos devem ter seus esquemas vacinais avaliados e atualizados. A justificativa é a atividade imunodepressora da doença de base (por exemplo, insuficiência renal crônica, neoplasias) e a terapia imunodepressora após o transplante.^(3,17)

A vacinação do doador deve ser considerada para que ele não constitua fonte de transmissão de doenças imunopreveníveis para o receptor. Sua vacinação deve ser orientada com antecedência suficiente para que os esquemas vacinais sejam realizados e possa ocorrer resposta imune efetiva antes do transplante, justificando, em algumas circunstâncias, o encurtamento do esquema vacinal, que deverá ser completado, se possível, até 14 dias antes do transplante.^(3,17,20)

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a VPC20 ou VPC15 e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vacina polissacarídica (VPP23); quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com VPP23, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica conjugada ACWY, meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [high dose – HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, a partir de 18 anos, HPV, dupla bacteriana do tipo adulto (dT) ou tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) e VSR, de 60 anos em diante.^(3,4)

Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (Gsk) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas, dos 18 anos aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20; meningocócica B; herpes-zóster, influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

Vacinas especialmente recomendadas no pré-transplante (no caso de paciente imunocompetente): Febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e dengue.^(3,4) Essas vacinas de vírus vivo atenuado devem ser administradas até quatro semanas antes do transplante.

Vacinas em pessoas transplantadas de células-tronco hematopoieticas

Todas as vacinas administradas antes do transplante de células-tronco hematopoieticas deverão ser repetidas.

Nas pessoas transplantadas, existem vários fatores que alteram a resposta imunológica: a imunidade do doador, o tipo e o tempo após o transplante, além do tratamento imunossupressor associado.

São dois tipos de transplantes: o alogênico (doador externo) e o autólogo (o doador é o próprio indivíduo). No primeiro, há imunocomprometimento por fatores como quimioterapia, protocolos de supressão de células T e doença do enxerto contra o hospedeiro, que deprimem ainda mais o paciente. No segundo, há quimioterapia com ou sem radioterapia, entretanto não há terapia imunossupressora posterior à infusão de células.

Nos primeiros 30 dias após o transplante, ocorre neutropenia com possibilidades de infecções bacterianas e fúngicas, portanto a imunização não é recomendada. Entre 30 e 100 dias após o transplante, ocorrem infecções por citomegalovírus, varicela-zóster, pneumococo e *Haemophilus influenzae* tipo b, aumentando o risco na presença de doença do enxerto contra o hospedeiro. Após 100 dias, considerado período tardio pós-transplante, os riscos são semelhantes aos do período anterior. A recuperação da imunidade é paulatina e considera-se a imunocompetência restabelecida em torno de dois anos após o transplante, na ausência de doença do enxerto contra o hospedeiro e terapia imunossupressora.⁽²²⁾

A vacinação dos doadores nos transplantes alogênicos deve ser completada até 14 dias antes do transplante, para vacinas inativadas, e 30 dias antes, para vacinas vivas. A finalidade é de que haja tempo suficiente para transferência de imunidade para o receptor, até que ele tenha o seu sistema imune reconstituído, sendo essa de curta duração.^(3,6,17,22)

Não há consenso para a vacinação, no que se diz respeito ao início e ao número de doses aplicadas, de pacientes transplantados de medula, por escassez de estudos de imunogenicidade e eficácia das vacinas. De forma geral, diversos serviços iniciam a vacinação de três a seis meses pós-transplante.^(4,6,23)

Vacinas especialmente recomendadas: Sempre que possível, deve-se utilizar a VPC20 ou VPC15 e, na impossibilidade, a VPC13, com ou sem uso sequencial da vacina polissacarídica (VPP23); quando usada a VPC20, não há indicação de esquema sequencial com VPP23, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningocócica conjugada ACWY, meningocócica B, hepatites A e B, influenza (preferencialmente a vacina de altas concentrações [high dose – HD], em pessoas de 60 anos em diante), COVID-19, herpes-zóster, HPV, dupla bacteriana do tipo

adulto (dT) ou tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) e VSR, de 60 anos em diante.^(3,4)

Há duas vacinas do VSR disponíveis: Arexvy® (GSK) e Abrysvo® (Pfizer). A Abrysvo® é licenciada pela Anvisa para pessoas com certas condições médicas crônicas, dos 18 aos 59 anos de idade. Essa também é a única licenciada para gestantes.

Não disponíveis nos CRIEs: VPC15 e VPC20; meningocócica B; herpes-zóster, influenza HD, HPV9 e VSR.^(3,4)

As vacinas vivas atenuadas – febre amarela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e dengue – podem ser recomendadas 12-24 meses após o transplante, entretanto, em vigência de imunossupressão grave, elas estão contraindicadas. No caso de paciente moderadamente imunocomprometido, devem-se avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão para a recomendação dessas vacinas.^(3,4)

QUAL A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO DOS CONTACTANTES E QUAIS CUIDADOS DEVEMOS TER COM VACINAÇÃO?

A vacinação dos contactantes é importante e especialmente recomendada para a proteção do paciente em relação à exposição desnecessária a situações de risco, principalmente quando ele ainda não está liberado para a imunização ativa ou mesmo tendo sido vacinado, pois não há segurança quanto à adequação da resposta imunológica. Algumas delas estão disponíveis nos CRIEs para essa situação e para outras relacionadas com imunodepressão.^(3,4,6)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacinação das pessoas que estão imunossuprimidas ou se tornarão, além dos seus contactantes, oferece proteção contra várias infecções, aumentando a chance de sucesso no tratamento da doença de base. A implementação cada vez maior de vacinas para diversos agentes infecciosos é uma das medidas importantes de saúde pública, ainda mais relevante para a população imunocomprometida. A oferta de muitos imunobiológicos pelo CRIE possibilita o acesso a toda a população, porém é importante salientar que várias vacinas recomendadas pela Febrasgo e outras Sociedades, como a SBIm, somente estão disponibilizadas na rede privada.

REFERÊNCIAS

- Doherty M, Schmidt-Ott R, Santos JJ, Stanberry LR, Hofstetter AM, Rosenthal SL, et al. Vaccination of special populations: protecting the vulnerable. *Vaccine*. 2016;34(52):6681-90. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.11.015
- Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P, Davies EG, Avery R, Tomblyn M, et al. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis*. 2014;58(3):309-18. doi: 10.1093/cid/cit816
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 6a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Dec 14]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao/view>
- Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de Vacinação Pacientes Especiais. 2025 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://sbim.org.br/images/ex7tipaodu.pdf>
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Programa vacinal para mulheres. 2ª ed. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Série Orientações Recomendações Febrasgo; nº 1/Comissão Nacional Especializada de Vacinas).
- Ballalai I. Manual prático de imunizações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.
- Centers for Disease Control and Prevention. Revised Surveillance Case Definition for HIV infection--United States, 2014. *MMWR Recomm Rep*. 2014;63(RR-03):1-10.
- Goyal A, Goyal K, Merola JF. Screening and vaccinations in patients requiring systemic immunosuppression: an update for dermatologists. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(3):179-95. doi: 10.1007/s40257-015-0124-x
- Berkowitz EM, Moyle G, Stellbrink HJ, Schürmann D, Kegg S, Stoll M, et al. Safety and immunogenicity of an adjuvanted herpes zoster subunit candidate vaccine in HIV-infected adults: a phase 1/2a randomized, placebo-controlled study. *J Infect Dis*. 2015;211(8):1279-87. doi: 10.1093/infdis/jiu606
- Bastidas A, de la Serna J, El Idrissi M, Oostvogels L, Quittet P, López-Jiménez J, et al. Effect of recombinant zoster vaccine on incidence of herpes zoster after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2019;322(2):123-33. doi: 10.1001/jama.2019.11467
- Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2011 [cited 2024 Dec 15];60(2):1-64. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6002.pdf>
- Dagnew AF, Ilhan O, Lee WS, Woszczyk D, Kwak JY, Bowcock S, et al. Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults with haematological malignancies: a phase 3, randomised, clinical trial and post-hoc efficacy analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(9):988-1000. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30163-X
- Vink P, Ramon Torrell JM, Sanchez Fructuoso A, Kim SJ, Kim SI, Zaltzman J, et al. Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in chronically immunosuppressed adults following renal transplant: a phase 3, randomized clinical trial. *Clin Infect Dis*. 2020;70(2):181-90. doi: 10.1093/cid/ciz177
- Vink P, Delgado Mingorance I, Maximiano Alonso C, Rubio-Viqueira B, Jung KH, Rodriguez Moreno JF, et al. Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in patients with solid tumors, vaccinated before or during chemotherapy: a randomized trial. *Cancer*. 2019;125(8):1301-12. doi: 10.1002/cncr.31909
- Rahier JF, Moutschen M, Van Gompel A, Van Ranst M, Louis E, Segaut S, et al. Vaccinations in patients with immune-mediated inflammatory diseases. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49(10):1815-27. doi: 10.1093/rheumatology/keq183
- Pileggi GS, Mota LM, Kakehasi AM, Souza AW, Rocha A, Melo AK, et al. Brazilian recommendations on the safety and effectiveness of the yellow fever vaccination in patients with chronic immune-mediated inflammatory diseases. *Adv Rheumatol*. 2019;59:17. doi: 10.1186/s42358-019-0056-x

17. Lopez A, Mariette X, Bachelez H, Belot A, Bonnotte B, Hachulla E, et al. Vaccination recommendations for the adult immunosuppressed patient: a systematic review and comprehensive field synopsis. *J Autoimmun.* 2017;80:10-27. doi: 10.1016/j.jaut.2017.03.011
18. Sutcliffe CG, Moss WJ. Vaccination of human immunodeficiency virus infected persons. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit P, editors. *Vaccines*. 7th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2018. p. 1370-82.
19. Lopes MH. Vacinação do paciente oncológico: intervalos ideais e necessidade de revacinação. In: Kfourir RA, Levi GC, organizadores. *Controvérsias em imunizações 2020*. São Paulo: Segmento Farma Editores; 2021. p. 103-12.
20. Croce E, Hatz C, Jonker E, Visser LG, Jaeger VK, Bühler S. Safety of live vaccinations on immunosuppressive therapy in patients with immune-mediated inflammatory diseases, solid organ transplantation or after bone-marrow transplantation: a systematic review of randomized trials, observational studies and case reports. *Vaccine.* 2017;35(9):1216-26. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.01.048
21. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Recomendações para imunização ativa e passiva de doentes com neoplasias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/vacinacao_neoplasias.pdf/view
22. Harris AE, Styczynski J, Bodge M, Mohty M, Savani BN, Ljungman P. Pretransplant vaccinations in allogeneic stem cell transplantation donors and recipients: an often-missed opportunity for immunoprotection? *Bone Marrow Transplant.* 2015;50(7):899-903. doi: 10.1038/bmt.2015.49
23. Martínez-Gómez X, Curran A, Campins M, Alemany L, Rodrigo-Pendás JA, Borruel N, et al. Multidisciplinary, evidence-based consensus guidelines for human papillomavirus (HPV) vaccination in high-risk populations, Spain, 2016. *Euro Surveill.* 2019;24(7):1700857. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.7.1700857

Como citar:

Martins CA, Ballalai I, Cunha J, Aidé S. Desafios e recomendações da vacinação na imunossupressão. *Femina.* 2025;53(8):996-1003.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Challenges and recommendations of vaccination in immunosuppression", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2025;47:e-FPS7.

Caroline Alves de Oliveira Martins

Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Isabella Ballalai

Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm).

Juarez Cunha

Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm).

Susana Aidé

Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

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

Presidente

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

Vice-presidente

Nilma Antas Neves

Secretária

Cecília Maria Roteli Martins

Membros

Maria Carolina Pessoa Valença
 André Luís Ferreira Santos
 Fabiola Zoppas Fridman
 Giuliane Jesus Lajos
 Isabella de Assis Martins Ballalai
 Juarez Cunha
 Júlio Cesar Teixeira
 Marcia Marly Winck Yamamoto de Medeiros
 Renato de Ávila Kfourir
 Valentino Antônio Magno
 Caroline Alves de Oliveira Martins
 Mônica Levi
 Newton Sérgio de Carvalho

Do atendimento pré-hospitalar ao hospitalar: resposta rápida à pré-eclâmpsia e suas complicações – Uma proposta para o Brasil

From prehospital to hospital care: rapid response to preeclampsia and its complications – A proposal for Brazil

Descritores

Pré-eclâmpsia; Hipertensão na gestação; Sulfato de magnésio; Mortalidade materna; Políticas públicas em saúde

Keywords

Preeclampsia; Hypertension in pregnancy; Magnesium sulphate; Maternal mortality; Public health policy

Submetido:

24/08/2025

Aceito:

27/08/2025

Conflitos de interesse

Nada a declarar.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi apoiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (AB: E-26/201.166/2022). A agência financiadora não teve papel direto na geração dos dados ou do manuscrito.

Autor correspondente:

Antonio Braga
bragamed@yahoo.com.br

Como citar:

Braga A, Ramos JG, Peraçoli JC, Oliveira LG, Nascimento ML, Martins-Costa SH, et al. Do atendimento pré-hospitalar ao hospitalar: resposta rápida à pré-eclâmpsia e suas complicações – Uma proposta para o Brasil. Femina 2025;53(8):1004-12.

Antonio Braga^{1,2,3,4}, José Geraldo Lopes Ramos^{5,6,7}, José Carlos Peraçoli^{6,7,8}, Leandro Gustavo de Oliveira^{6,7,8}, Maria Laura Costa do Nascimento^{6,7,9}, Sérgio Hofmeister Martins-Costa^{5,6,7}, Francisco Lázaro Pereira de Sousa^{6,7,10}, Guilherme Ramires de Jesus^{6,7,11}, Edson Vieira da Cunha Filho^{6,7,12}, Nelson Sass^{6,7,13}, Ricardo Carvalho Cavalli^{6,7,14}, Maria Rita de Souza Mesquita^{6,7,15}, Mario Dias Corrêa Junior^{6,7,15,16}, Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araújo^{6,7,17}, Alberto Carlos Moreno Zaconeta^{6,7,18}, Carlos Henrique Esteves Freire^{6,7,19}, Edilberto Alves Pereira da Rocha Filho^{6,7,20}, Sara Toassa Solha^{6,7,21}, Ivan Fernandes Filho^{6,7,21}, Renato José Bauer^{6,7,21}, José Paulo Guida^{6,7,9}, Agnaldo Lopes da Silva-Filho^{6,7,9,22}, Maria Celeste Osório Wender^{15,16}, Giorgio Tondello^{5,23}, Cláudia Mello²⁴, Henri Augusto Korkes^{6,7,21,25}

1. Coordenação Estadual da Saúde das Mulheres, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
4. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.
5. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
6. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez.
7. Comissão Nacional Especializada de Hipertensão na Gestação, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.
8. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil.
9. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
10. Departamento de Tocoginecologia, Centro Universitário Lusíada, Santos, SP, Brasil.
11. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
12. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil.
13. Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
14. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
15. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
16. Diretoria Científica da Febrasgo.
17. Maternidade Januário Cicco, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
18. Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
19. Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.
20. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
21. Departamento de Reprodução Humana e da Infância, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
22. Maternidade Darcy Vargas, SC, Brasil.
23. Presidência da Febrasgo.
24. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
25. Presidência da Sogesp, Sorocaba, SP, Brasil.

RESUMO

A pré-eclâmpsia na gestação permanece como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo, sendo responsável por elevada proporção de óbitos evitáveis. Estima-se que mais de 90% dessas mortes ocorram em países de baixa e média renda e que a maioria delas poderia ser prevenida com intervenções oportunas e simples. No Brasil, a hipertensão responde pela maior parte das mortes obstétricas diretas, atingindo de forma desproporcional mulheres pretas e pardas. Nesse cenário, o tratamento imediato da pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou da eclâmpsia com sulfato de magnésio e anti-hipertensivos constitui a medida mais eficaz para evitar mortes maternas. Para estabelecer o início precoce do tratamento da pré-eclâmpsia com sinais de gravidade em todas as portas de entrada do sistema de saúde, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro publicou uma nota técnica que instituiu a Iniciativa VIDA – Código Laranja como política pública pioneira nessa área, a partir do Protocolo Assistencial de Pré-eclâmpsia da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez, apoiado pela Comissão Nacional Especializada da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Essa estratégia se alinha aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para redução da mortalidade materna. Este artigo revisita a fundamentação histórica e científica do uso do sulfato de magnésio, descreve as diretrizes atuais do tratamento da pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e apresenta a estratégia do estado do Rio de Janeiro como modelo de inovação em saúde pública na abordagem precoce dessa grave intercorrência obstétrica, a fim de fomentar sua potencial expansão nacional.

ABSTRACT

Preeclampsia remains one of the leading causes of maternal mortality in Brazil and worldwide, accounting for a high proportion of preventable deaths. It is estimated that more than 90% of these deaths occur in low- and middle-income countries, and that most could be prevented through timely and simple interventions. In Brazil, hypertension accounts for most direct obstetric deaths, disproportionately affecting Black and mixed-race women. In this context, the immediate treatment of severe preeclampsia or eclampsia with magnesium sulfate and antihypertensives represents the most effective measure to prevent maternal deaths. To ensure early initiation of treatment for severe preeclampsia at all entry points of the health system, the Rio de Janeiro State Health Department published a technical note establishing the VIDA Initiative - Orange Code as a pioneering public health policy, based on the Clinical Protocol for Preeclampsia of the Brazilian Network for Studies on Hypertension in Pregnancy, supported by the Specialized National Commission of the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations. This strategy is aligned with the Sustainable Development Goals for maternal mortality reduction. This article revisits the historical and scientific foundations of magnesium sulfate use, describes current guidelines for the treatment of severe preeclampsia, and presents the Rio de Janeiro strategy as a model of public health innovation in the early management of this serious obstetric complication, with the aim of fostering its potential nationwide implementation.

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia continua sendo responsável pela grande maioria dos óbitos maternos no mundo.⁽¹⁾ Mais de 90% das mortes por pré-eclâmpsia ocorrem em países de baixa e média renda e a quase totalidade delas é evitável.⁽¹⁾

A mortalidade materna por pré-eclâmpsia não se distribui de forma homogênea na população brasileira. Dados de 2023 mostram que 69% das mortes maternas por hipertensão como causa obstétrica direta ocorreram em mulheres negras, das quais 58,5% eram mulheres pardas e 10,57% mulheres pretas.⁽²⁾ Outras análises mostram que, para além do recorte racial, a morte materna por pré-eclâmpsia atinge outras vulnerabilidades, vitimando mais incidentalmente populações indígenas, adolescentes e mulheres com baixa escolaridade, expressando um padrão de iniquidade em saúde que reflete racismo estrutural, barreiras de acesso aos serviços e desigualdade na qualidade da assistência recebida. Esses determinantes sociais potencializam o risco clínico da pré-eclâmpsia, ampliando as chances de evolução desfavorável mesmo em condições preveníveis.

Análise de série temporal (2006-2018) no estado do Rio de Janeiro identificou as síndromes hipertensivas como principal causa direta de morte materna,

respondendo por 16,3% dos óbitos no período (grupo 2 – hipertensão). No total, foram 358 óbitos por causas hipertensivas (razão de morte materna = 12,4/100.000 nascidos vivos) nesse período. As mortes evitáveis por causas obstétricas diretas corresponderam a 77,7% do total, evidenciando espaço para melhoria da linha de cuidado às emergências obstétricas no estado do Rio de Janeiro.⁽³⁾

Fatores que contribuem para a alta mortalidade por pré-eclâmpsia no Brasil são a falta de identificação de grupos de risco, dificuldade na realização de prevenção adequada e assistência precária aos casos com maior gravidade.⁽⁴⁻⁶⁾

Intervenções recomendadas e que podem resultar em redução dos riscos de desenvolver pré-eclâmpsia e/ou seus piores desfechos são: atividade física regular, suplementação de cálcio em populações com baixa ingestão e uso de ácido acetilsalicílico em gestantes com alto risco para esse desfecho.^(4,7-9) Em território nacional, o uso rotineiro do cálcio para gestantes está consolidado desde 2025 por portaria publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil,⁽¹⁰⁾ após iniciativa pioneira capitaneada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).⁽¹¹⁾ Mas é preciso avançar nas estratégias para prevenção da morte materna por pré-eclâmpsia.

É de suma importância que os profissionais de saúde (atenção primária, unidades pré-hospitalares, hospitais gerais sem maternidade, equipes de transporte seguro, bem como aqueles que atuam na medicina suplementar), devotados ao acompanhamento pré-natal ou que possam atender gestantes, parturientes ou puérperas na porta de entrada, estejam atentos às indicações para início oportuno das medidas de prevenção dos desfechos mais graves da pré-eclâmpsia nesses grupos populacionais, baseado, especialmente, em marcadores clínicos e/ou laboratoriais.^(4-6,12,13) O início imediato, precoce e oportuno do tratamento desses casos pode reduzir a morte materna por pré-eclâmpsia entre gestantes, puérperas e parturientes.

INTERVENÇÃO PRECOCE CAPAZ DE SALVAR VIDAS MATERNAS EM PACIENTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا E SINAIS DE GRAVIDADE

A intervenção mais importante para redução de morte materna, em casos de desenvolvimento de pré-eclâmpsia em suas formas graves, é a utilização imediata do sulfato de magnésio (MgSO₄).^(4-6,12-15) O uso do MgSO₄ no manejo da eclâmpsia remonta a 1906, quando foi descrito como tratamento de gestantes com convulsões.^(16,17) Pritchard, em 1955,⁽¹⁶⁾ estabeleceu a combinação de doses intravenosa e intramuscular, enquanto Zuspan e Ward, em 1964,⁽¹⁷⁾ consolidaram o uso da infusão contínua de MgSO₄ via intravenosa.

Há exatos 30 anos, foi publicado um importante ensaio clínico, *Collaborative Eclampsia Trial* (1995), que salientou a importância do uso do MgSO₄ na redução da mortalidade materna em casos de eclâmpsia.⁽¹⁸⁾ Em 2002, o *Magpie Trial* confirmou que o MgSO₄ reduz pela metade o risco de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia.⁽¹⁹⁾ Em síntese, esses estudos comprovaram que o MgSO₄ é o único medicamento que deve ser utilizado em pacientes com quadro de eclâmpsia manifesta^(15,20) ou pré-eclâmpsia com sinais de gravidade.^(21,22)

Revisão recente da Cochrane aponta não haver diferença de eficácia entre os diversos esquemas conhecidos para infusão de MgSO₄.⁽²¹⁾ Essa mesma revisão da Cochrane aponta que a utilização das doses iniciais do MgSO₄ (conhecida como “dose de ataque”) em pacientes com indicação, apresenta efeito protetor provavelmente semelhante ao esquema completo de dose inicial e manutenção.⁽²¹⁾ Para a proteção materna efetiva, a infusão do MgSO₄ deve ser iniciada imediatamente após a constatação de sua necessidade (indicação clínica e/ou laboratorial).^(4,8,13,21)

As indicações para o uso do MgSO₄ são amplas, incluindo quadros de eclâmpsia manifesta, iminência de eclâmpsia (sintomatologia visual como escotomas ou epigastria ou cefaleia), crise hipertensiva (pressão arterial sistólica [PAS] ≥ 160 ou pressão arterial diastólica [PAD] ≥ 110 mmHg), deterioração clínica ou laboratorial de pacientes com pré-eclâmpsia, como enzimas hepáticas elevadas (AST ou ALT > 70 UI/L ou mais que o

dobro do limite superior do normal), trombocitopenia (contagem de plaquetas < 100.000/mm³) ou injúria renal aguda (creatinina sérica > 1,1 mg/dL ou o dobro do valor basal na ausência de outra doença renal).^(4,8,13,21)

Em ambiente pré-hospitalar, representam situações mais frequentes para a indicação do MgSO₄ em gestantes acima de 20 semanas: a crise hipertensiva (mesmo em pacientes assintomáticas) e gestantes com sintomas sugestivos de iminência de eclâmpsia.^(4,8,13,21)

Os esquemas mais difundidos para infusão do MgSO₄ são o de Pritchard⁽¹⁶⁾ e o de Zuspan e Ward⁽¹⁷⁾ (Quadro 1).

Quadro 1. Esquemas mais conhecidos para utilização do sulfato de magnésio intra-hospitalar

Esquema do MgSO ₄	Dose inicial	Dose de manutenção
Zuspan (IV exclusivo)	4 g - IV (bolus) ^a administrados lentamente	1 g por hora - IV ^b em bomba de infusão contínua (BIC) (diluição em SF a 0,9%)
Pritchard (IV/IM)	4 g - IV (bólus) ^a administrados lentamente + 10 g - IM (profunda) 5 g em cada nádega	5 g a cada 4 horas - IM ^c (aplicação IM profunda)

Fonte: Adaptado de Korkes et al. (2025).⁽⁴⁾

IV: intravenoso; IM: intramuscular; SF: soro fisiológico.

^a Preparação da dose inicial (IV) nos dois esquemas: MgSO₄ a 50% (1 ampola contém 10 mL com 5 g de MgSO₄). Diluir 8 mL de MgSO₄ a 50% (4 g) em 12 mL de água destilada ou soro fisiológico. A concentração final terá 4 g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15 a 20 minutos).

Outra possibilidade seria diluir 8 mL em 92 mL de soro fisiológico a 0,9%. Infundir em BIC a 300 mL/h. Assim, o volume total será infundido em torno de 20 minutos.

^b Preparação da dose de manutenção no esquema de Zuspan: diluir 1 ampola de MgSO₄ a 50% (10 mL) em 490 mL de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1 g/100 mL. Infundir a solução IV na velocidade de 100 mL/h.

^c Alguns serviços preconizam a dose de manutenção de 2 g/h IV em BIC.

^d Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard: utilizar 10 mL da ampola de MgSO₄ a 50% (solução com 5 g de MgSO₄). Outras apresentações não devem ser utilizadas para esse esquema pelo volume excessivo

^e Uma estratégia que poderá ser adotada para reduzir os riscos de necrose muscular na administração intramuscular na dose inicial no esquema de Pritchard (10 g de MgSO₄ a 50% - 20 mL) é a realização em quatro grupamentos musculares distintos, sendo 2,5 g em cada (equivalente em volume a 5 mL em cada músculo).

Treinamentos e capacitações em nível nacional para utilização do MgSO₄ tiveram início em 2024, nas cidades de Joinville-SC e Sorocaba-SP, e foram idealizados e organizados pela Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), juntamente com membros da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação da Febrasgo (CNE-Febrasgo). As capacitações fazem parte da INICIATIVA VIDA (**V**igilância, **I**dentificação, **D**iagnóstico e **A**ção), para detecção dos casos graves e pronta ação.

Em situações de crise hipertensiva (PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 110 mmHg), medicações anti-hipertensivas de ação rápida são indicadas. Em nosso meio, recomenda-se a utilização de nifedipino por via oral ou hidralazina por via intravenosa (Quadro 2).⁽⁴⁾

Quadro 2. Agentes recomendados para tratamento da crise hipertensiva

Agente	Dose inicial	Repetir, se necessário	Dose máxima
Nifedipino Comprimido de 10 mg	10 mg – VO	10 mg – VO a cada 20 a 30 min	30 mg
Hidralazina* Ampola de 20 mg/mL	5 mg – IV	5 mg – IV a cada 20 min	30 mg
Nitroprussiato de sódio** Ampola de 50 mg/2 mL		0,5 a 10 µg/kg/min Infusão intravenosa contínua	#

Fonte: Adaptado de Korkes *et al.* (2025).⁽⁴⁾

IV: intravenoso; VO: via oral; min: minuto.

Nitroprussiato de sódio só deve ser feito em ambiente hospitalar.

* A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, pois assim se obtém a concentração de 1 mg/mL.

** A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 de soro glicosado de 5%, pois assim teremos a concentração de 200 µg/mL.

A utilização de medicações anti-hipertensivas de ação rápida (nifedipino ou hidralazina) visam a reduzir os níveis pressóricos para valores abaixo de PAS 160 ou PAD 110 mmHg, não sendo indicada a normalização da pressão nesse primeiro momento, devido aos riscos de quedas bruscas na PA.⁽⁴⁾

Se houver indicação de ambos (MgSO₄ e anti-hipertensivo), o MgSO₄ sempre deverá ser realizado antes. Nesses casos, deve-se reavaliar a necessidade do anti-hipertensivo de ação imediata após 15 minutos do MgSO₄, pois em muitos casos ocorre queda da pressão.⁽⁴⁾

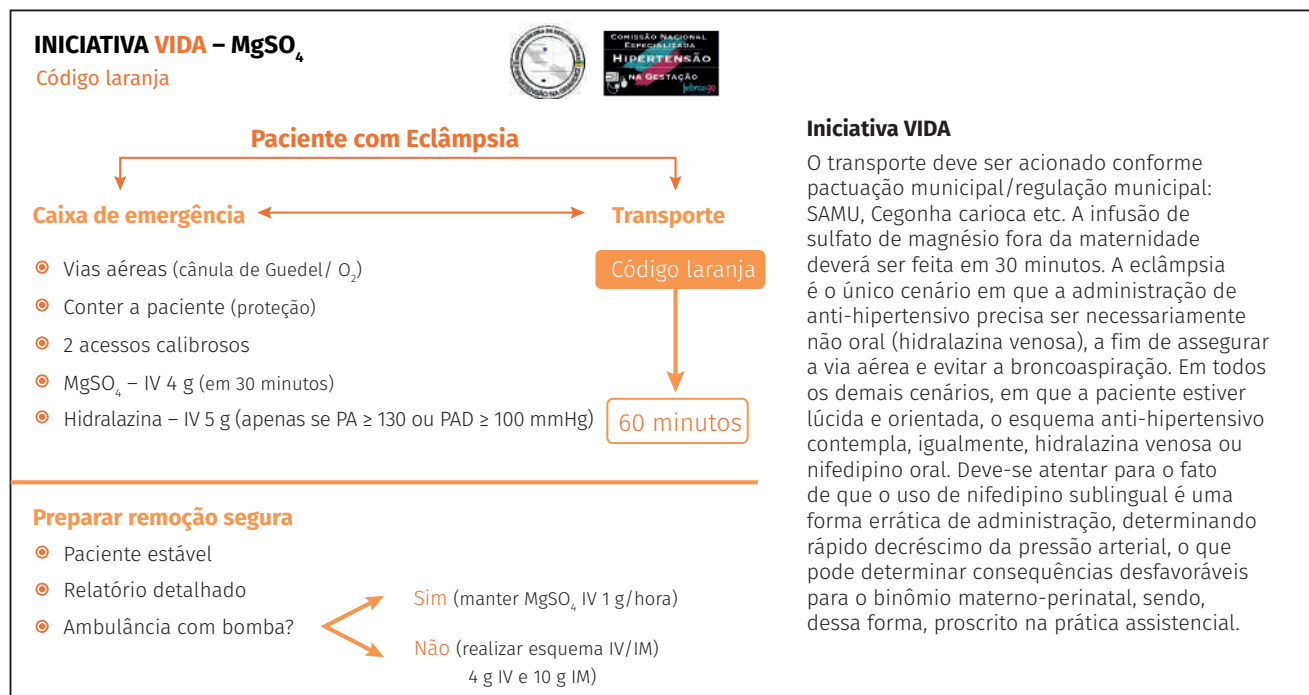
Durante o atendimento a casos de pré-eclâmpsia em ambiente pré-hospitalar, é imprescindível que ocorra comunicação imediata com equipes de transporte seguro (conforme pactuação municipal/regulação municipal: SAMU, Cegonha carioca etc.). Dessa forma, a chegada da equipe ocorrerá em tempo adequado para o transporte

e instalação de doses de manutenção do MgSO₄, se necessário.

CÓDIGO LARANJA é a nomenclatura designada pela RBEHG em suas capacitações (Iniciativa VIDA), ora adotado pela SES/RJ, para representar o atendimento a gestantes em situações ameaçadoras à vida por pré-eclâmpsia, ao solicitar o transporte seguro. Ao ser acionado o **CÓDIGO LARANJA**, para pacientes em ambiente pré-hospitalar, as equipes de transporte seguro se deslocam para uma assistência rápida para gestante grave com indicação de uso de MgSO₄.

RECOMENDAÇÕES OPERACIONAIS

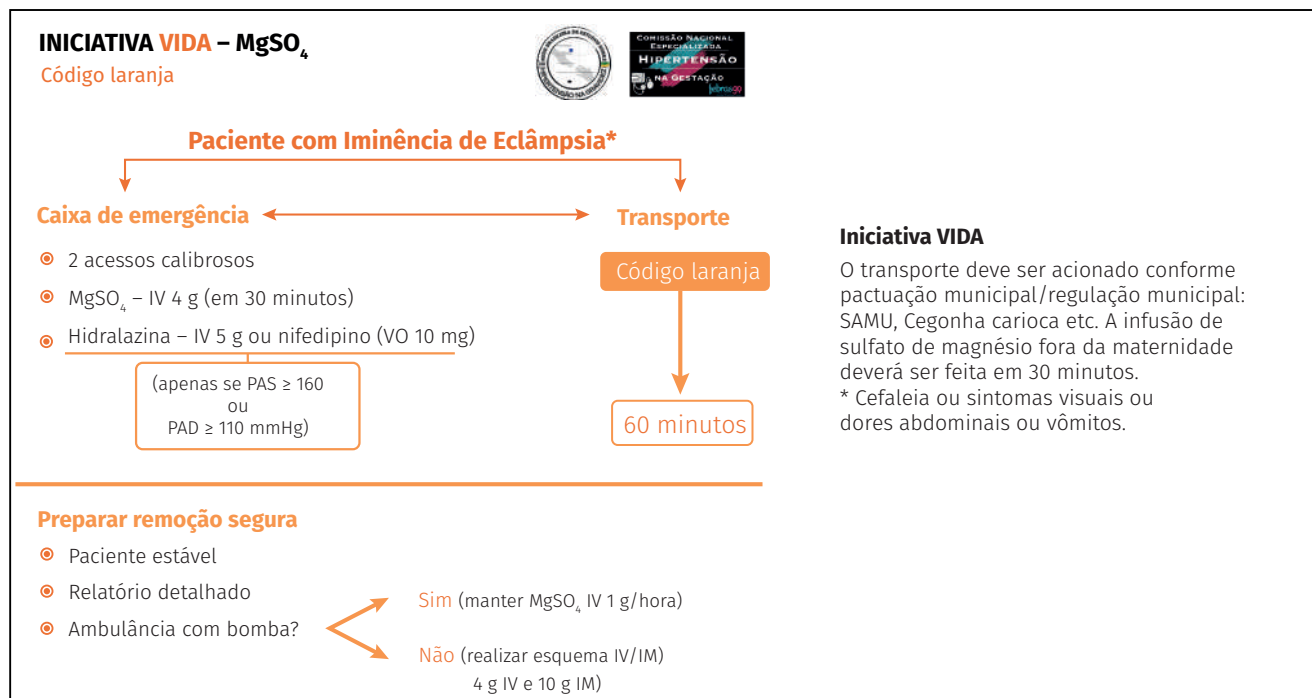
Os quadros 3, 4 e 5 ilustram cenários de atendimentos pré-hospitalares para gestantes em situações ameaçadoras à vida por pré-eclâmpsia.

Quadro 3. Sugestão de atendimento inicial para gestante com eclâmpsia manifesta

Fonte: Adaptado de Korkes *et al.* (2025).⁽⁴⁾

IV: intravenoso; IM: intramuscular; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica.

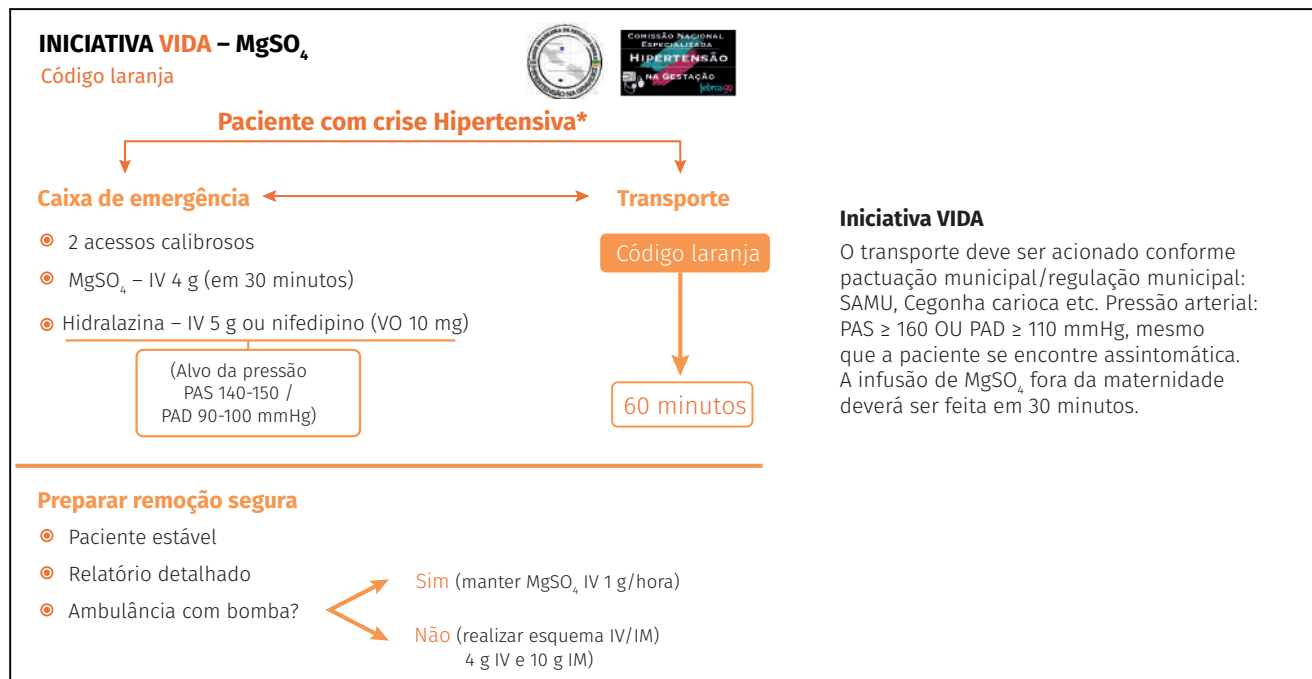
Quadro 4. Sugestão de atendimento inicial para gestante com iminência de eclâmpsia



Fonte: Adaptado de Korkes et al. (2025).⁽⁴⁾

IV: intravenoso; IM: intramuscular; VO: via oral; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica

Quadro 5. Sugestão de atendimento inicial para gestante com crise hipertensiva



Fonte: Adaptado de Korkes et al. (2025).⁽⁴⁾

IV: intravenoso; IM: intramuscular; VO: via oral; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica

LINHA DE CUIDADO

Durante o atendimento às gestantes em situações ameaçadoras à vida por pré-eclâmpsia, as medidas iniciais de assistência são imprescindíveis e compreendem a rápida identificação do caso, com o acionamento concomitante da caixa de emergência hipertensiva e

comunicação ao sistema de transporte (SAMU ou pactuação correspondente).

É imprescindível que as equipes de transporte estejam alinhadas com a linha de cuidado **CÓDIGO LARANJA**, que identifica gestantes em situações graves e em uso de MgSO₄ nas unidades pré-hospitalares. Nesse contexto

é essencial a documentação de todas as ações realizadas e possíveis intercorrências durante a assistência, bem como o detalhamento sobre a hora de início do MgSO_4 , dose utilizada e uso de hipotensores ou outras medicações (Quadro 6).

CAIXAS DE EMERGÊNCIA

A caixa de emergência para assistência às gestantes ou puérperas em situações ameaçadoras a vida por pré-eclâmpsia, é denominada “Caixa de Emergência Código Laranja”.⁽²³⁾ Ela foi concebida para facilitar o manejo dos casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e não

retardar o imediato tratamento das pacientes. Seu conteúdo deverá seguir as recomendações locais e conter os insumos necessários para o pronto atendimento das emergências hipertensivas e situações ameaçadoras à vida, como a eclâmpsia, a iminência de eclâmpsia e a crise hipertensiva.

As caixas de emergência sugeridas para utilização em ambiente pré-hospitalar foram adaptadas a partir de experiências de outros cenários.⁽²³⁾ As caixas devem ser montadas pela equipe de enfermagem responsável por cada unidade, que deverá ter o controle sobre sua localização, bem como sobre a checagem periódica de seus insumos (Quadro 7).

Quadro 6. Sugestão de planilha para linha de cuidado assistencial na unidade inicial e transporte

PARTE 1 – UNIDADE DE ENTRADA (UBS/UPA/Hospital sem Maternidade)	
Nome: _____	
Idade: _____	Idade Gestacional: _____
UBS/UPA/Hospital sem maternidade – ORIGEM: Data: _____ (hora: ____:____) Acionamento do TRANSPORTE (hora: ____:____)	
Sulfato de Magnésio Iniciado na Unidade? ____SIM ____NÃO Dose de ataque (hora: ____:____) Dose utilizada: ____4 g IV ____4 g IV + 10 g IM Indicação do Sulfato de Magnésio: ____Iminência de Eclâmpsia ____Crise Hipertensiva ____Eclâmpsia ____outra _____ PA de entrada: ____X____mmHg (hora: ____:____) PA de controle: ____X____mmHg (hora: ____:____) Reportar algum efeito adverso, sintomatologia, intercorrências: _____	
Anti-hipertensivos para Crise Hipertensiva Realizado na Unidade? ____SIM ____NÃO ____Hidralazina IV (dose ____mg) ____Nifedipino VO (dose ____mg) PA: Inicial: ____X____mmHg (hora: ____:____) Última: ____X____mmHg (hora: ____:____) Reportar algum efeito adverso, sintomatologia, intercorrências: _____	
PARTE 2 – TRANSPORTE	
Acionamento do TRANSPORTE (hora: ____:____) Profissional responsável: _____	
Chegada na Unidade (hora: ____:____) Profissional responsável pelo 1º atendimento na Unidade: _____	
Destino: _____	Chegada no Destino (hora: ____:____) Tempo de Transporte: _____
Sulfato de Magnésio Realizado durante o transporte? ____SIM ____NÃO ____Dose de ataque ____Dose de manutenção (Horário e doses: _____) Reportar algum efeito adverso, sintomatologia, intercorrências: _____	
Anti-hipertensivos para Crise Hipertensiva Realizado no transporte? ____SIM ____NÃO ____Hidralazina IV (dose ____mg) ____Nifedipino VO (dose ____mg) Pressão Arterial durante o transporte: Mínima: ____X____mmHg Máxima: ____X____mmHg Reportar algum efeito adverso, sintomatologia, intercorrências: _____	

Quadro 7. Sugestão de insumos para caixa de emergência

Item	Quantidade
Checklist de materiais	1
Folder para sequência de atendimento	1
Abocath 20	2
Abocath 18	2
Abocath 16	2
Torneirinha de 3 vias	2
Seringa de 20 mL	4
Seringa de 10 mL	8
Seringa de 5 mL	4
Agulha de aspiração	10
Agulha 25 x 8	10
Soro fisiológico a 0,9% (ampola de 10 mL)	10
Água destilada (ampola 10 mL)	10
Almotolia de álcool	1
Soro fisiológico a 0,9% (500 mL)	1
Soro fisiológico a 0,9% (100 mL)	1
Equipo simples	1
Equipo de bomba de infusão	1
Hidralazina (ampola 20 mg/mL)	2
Nifedipino 10 mg (comprimido)	6
Sulfato de magnésio (ampola 50% – 10 mL)	6
Gluconato de cálcio (ampola 10% – 10 mL)	2
Luvas de procedimento (10 pares)	10
Máscara com reservatório e umidificador	1
Cânula de Guedel (tamanhos 2 e 3)	2

*Autorizada a reprodução por: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. Procedimento Operacional da Enfermagem Geral (PO-TE ENF: 011): Técnica de Checagem dos Kits de Urgência Obstétrica. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade/Módulo Gestão de Documentos; 2021.

A caixa deve ser lacrada com lacre numerado e anotado em controle. Preferencialmente no dia 1 de cada mês, deve-se abrir os kits, rompendo o lacre, retirar o material, realizar a limpeza e reavaliar todo o material (os materiais ou medicamentos a vencer devem ser trocados imediatamente).⁽²³⁾ Depois, lacrar novamente e anotar o número dos novos lacres e o nome do confe-rente e COREN (carimbo) em impresso próprio. Em caso de utilização da caixa, realizar toda a inspeção e limpeza e deixar a caixa pronta para novo uso.⁽²³⁾

Seu interior deverá conter *folder* com o detalhamento das doses e formas de aplicação, facilitando sua utilização em momentos de urgência (Quadro 8).

RECOMENDAÇÕES

Todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de população obstétrica (gestante, parturiente, puérpera) devem ser treinados para identificar e agir prontamente diante de situações ameaçadoras à vida que necessitem da utilização de $MgSO_4$ em cenário pré-hospitalar (atenção primária à saúde, UPA/CER), serviços de transporte seguro e/ou ambiente hospitalar (serviços com ou sem maternidade).

O $MgSO_4$, bem como todos os insumos necessários para sua pronta utilização em caso de necessidade, deve estar disponível em local de fácil acesso nas unidades de saúde em atenção primária e secundária, bem como nas unidades de transporte de pacientes (SAMU ou pac-tuações correspondentes).

A utilização de caixas de emergência é recomenda-da para essa finalidade, devendo elas ser organizadas e supervisionadas pela coordenação de enfermagem em cada cenário de atendimento.

Em casos de crise hipertensiva (PAS acima de 160 mmHg ou PAD acima de 110 mmHg), após a utilização do $MgSO_4$, deverá ser considerado o uso de medicações hipotensoras de ação rápida (hidralazina ou nifedipino).

Os fluxos assistenciais devem envolver as equipes lo-cais, transporte e hospitais de destino (terciários), sen-do realizados em consonância com a linha de cuidado acordada previamente.

DISCUSSÃO

A experiência do estado do Rio de Janeiro em adotar o $MgSO_4$ em unidades de atenção primária à saúde e serviços de urgência/emergência pré-hospitalar repre-senta inovação em política pública de saúde materna no Brasil. Ao antecipar o início do tratamento para as portas de entrada do sistema, rompe-se com a lógica de atraso, que historicamente tem ceifado vidas maternas. Trata-se de uma medida custo-efetiva, tecnicamente sô-lida e eticamente imperativa no cenário da assistência obstétrica no Brasil.

A adoção nacional dessa estratégia é recomendável, em especial no momento de reestruturação da linha de cuidado materno-infantil, no bojo da implementação da Rede Alyne, que está atualizando a Rede Cegonha, visando a garantir atenção integral e reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 30/100.000 nascidos vivos até 2030, conforme os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.⁽²⁴⁾

CONCLUSÃO

O enfrentamento da pré-eclâmpsia no contexto da ges-tação/parto/puerpério exige ação imediata, descen-tralizada e coordenada. Reconhecer a urgência, agir sem demora e assegurar a continuidade do cuidado são compromissos inadiáveis com a vida das mulheres brasileiras.

Quadro 8. Folder de passo a passo para assistências em casos de eclâmpsia, iminência de eclâmpsia e crise hipertensiva**PASSO A PASSO PARA UTILIZAÇÃO DO $MgSO_4$ EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR**

Gestantes acima de 20 semanas com indicação do $MgSO_4$:

- Iminência de eclâmpsia – hipertensão com: cefaleia ou alterações visuais ou dores abdominais
- Crise hipertensiva (PAS $\geq$ 160 mmHg ou PAD $\geq$ 110 mmHg) mesmo que assintomática
- Crise convulsiva ou rebaixamento de nível de consciência (eclâmpsia/sineclâmpsia)

1. Solicitar a caixa de emergência e chamar ajuda (TRANSPORTE), ativando o “**CÓDIGO LARANJA**”.

2. Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo (DLE); realizar dois acessos calibrosos.

Em caso de eclâmpsia: cânula de Guedel/proteção da paciente/evitar aspiração/oxigênio 8-10 L/min em máscara facial.

3. Realizar $MgSO_4$ o mais rápido possível. **NÃO USAR DIAZEPAM!**

$MgSO_4$	DOSE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO
ZUSPAM Intravenoso ($MgSO_4$ 10%/50%)	4 g IV (30 min) 40 mL de $MgSO_4$ 10% (4 g) em 100 mL de SF 0,9% OU 8 mL de $MgSO_4$ 50% (4 g) em 12 mL de SF 0,9%	1 g/hora IV (BIC) 50 mL de $MgSO_4$ 10% (5 g) em 450 mL de SF 0,9% 100 mL/h OU 10 mL de $MgSO_4$ 50% (5 g) em 490 mL de SF 0,9% a 100 mL/h
PRITCHARD Intravenoso e Intramuscular ($MgSO_4$ a 50%)	4 g IV (30 min) + 10g IM 4 g IV: 8 mL de $MgSO_4$ 50% (4 g) em 12 mL de SF 0,9% 10 g IM: 2,5 g (5 mL) em cada grupamento muscular	5 g a cada 4 horas IM 2,5 g (5 mL) em cada grupamento muscular

*ANTÍDOTO: GLUCONATO DE CÁLCIO 1g (10 mL) IV LENTAMENTE (10 minutos)

*EM CASO DE RECONVULSÃO – APLICAR MAIS 2 g DE $MgSO_4$ IV EM 20 MIN

4. Após a utilização do $MgSO_4$, se houver crise hipertensiva persistente (PAS $\geq$ 160 mmHg ou PAD $\geq$ 110 mmHg), medicar:

Nifedipino 10 mg VO a cada 20 min (máx 30 mg) ou

Hidralazina 5 mg IV a cada 20 min (máx 30 mg) – 1 ampola (20 mg) em 19 mL de AD (5 mL = 5 mg)

***Alvo da pressão após uso de anti-hipertensivos (PAS: 140-150 mmHg) (PAD: 90-100 mmHg)**

5. Preparar remoção: guia preenchida com quadro clínico (FC, FR, PA), diagnósticos, medicações utilizadas, doses, vias de administração, horários, evolução da paciente (FC, FR, PA) e horário da saída.



Fonte: Adaptado de Korkes et al. (2025).⁽⁴⁾

Iniciativa VIDA.

SF: soro fisiológico; IV: intravenoso; IM: intramuscular; BIC: bomba de infusão contínua; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória.

O treinamento multimodal e multiprofissional é fundamental para garantir a implementação da estratégia VIDA para o início precoce do tratamento dos casos de emergência hipertensiva em população obstétrica, pré-eclâmpsia com sinal de gravidade e/ou eclâmpsia, mesmo ainda fora da maternidade.

O acompanhamento da adesão a essa estratégia é etapa importante para trabalhar cenários de resistência pontual e retrainar as equipes. Ao receber os pedidos de transferência, a regulação pode fornecer à área técnica da saúde das mulheres o monitoramento da qualidade do cuidado ofertado no momento da transferência do cuidado da unidade de atenção primária/pré-hospitalar/hospital sem maternidade, permitindo o seguimento preciso desses casos.

O Código Laranja é um exemplo pioneiro que deve servir de modelo para outras unidades federativas e para a consolidação de uma política nacional de enfrentamento à mortalidade materna no contexto da pré-eclâmpsia em nosso país.

O enfrentamento da mortalidade materna precisa ser feito com a união da sociedade civil organizada/sociedades profissionais, da academia/universidade e dos gestores públicos. Somente irmanados na construção, implementação e monitoramento de estratégias inovadoras, iremos avançar no combate à chaga social da mortalidade materna que destroça nossas famílias, mata nossas mulheres e deixa órfãos os filhos do nosso Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Cresswell JA, Alexander M, Chong MY, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025;13(4):e626-34. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00560-6
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Paineis de Monitoramento da Mortalidade Materna. 2024 [cited 2025 Jan 19]. Available from: <https://svs.ais.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>
3. Mendonça IM, Silva JB, Conceição JF, Fonseca SC, Boschi-Pinto C. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00195821. doi: 10.1590/0102-311X00195821
4. Korkes HA, Ramos JG, De Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, et al. Pré-eclâmpsia. Protocolo Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez - RBEHG. 2025 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2025/04/Protocolo-RBEHG-2025-PDF-2.pdf>
5. Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JG, et al. Pré-eclâmpsia - Protocolo 03. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). 2023 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf>
6. Korkes HA, Cavalli RC, Oliveira LG, Ramos JG, Martins Costa SH, Sousa FL, et al. How can we reduce maternal mortality due to preeclampsia? The 4P rule. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46:e-rbgo43. doi: 10.61622/rbgo/2024rbgo43
7. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*. 2022;27:148-69. doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.008
8. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-60. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891
9. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):CD001059. doi: 10.1002/14651858.CD001059.pub5
10. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta No. 251/2024- COEMM/ CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS. 2025 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf>
11. Braga A, Marinho PS, Nakamura-Pereira M, Peraçoli JC, Mello C. Prediction and secondary prevention of preeclampsia from the perspective of public health management - the initiative of the State of Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46:e-rbgoed3. doi: 10.61622/rbgo/2024EDT03
12. Peraçoli JC, De Sousa FL, Korkes HA, Mesquita MR, Cavalli RC, Borges VT. Atualização em pré-eclâmpsia: predição e prevenção. *Recomendações SOGESP*. 2022 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.sogesp.com.br/associe-se/beneficios-do-associado/recomendacoes-sogesp/>
13. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *Pré-eclâmpsia*. 3ª ed. São Paulo: Febrasgo; 2025. (Protocolo Febrasgo-Obstetrícia, nº 101/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).
14. De Oliveira LG, Diniz AL, Prado CA, Cunha Filho EV, Souza FL, Korkes HA, et al. Pre-eclampsia: universal screening or universal prevention for low and middle-income settings? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(1):61-5. doi: 10.1055/s-0040-1713803
15. De Oliveira L, Korkes H, Rizzo M, Sialyls MM, Cordioli E. Magnesium sulfate in preeclampsia: broad indications, not only in neurological symptoms. *Pregnancy Hypertens*. 2024;36:101126. doi: 10.1016/j.preghy.2024.101126
16. Pritchard JA. The use of the magnesium ion in the management of eclamptogenic toxemias. *Surg Gynecol Obstet*. 1955;100(2):131-40.
17. Zuspan FP, Ward MC. Treatment of eclampsia. *South Med J*. 1964;57:954-9. doi: 10.1097/00007611-196408000-00019
18. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet*. 1995;345(8963):1455-63.
19. Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9321):1877-90. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08778-0
20. Shields LE, Wiesner S, Klein C, Pelletreau B, Hedriana HL. Early standardized treatment of critical blood pressure elevations is associated with a reduction in eclampsia and severe maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):415.e1-e5. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.008
21. Diaz V, Long Q, Oladapo OT. Alternative magnesium sulphate regimens for women with pre-eclampsia and eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;10(10):CD007388. doi: 10.1002/14651858.CD007388.pub3
22. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Prevenção da eclâmpsia: o uso do sulfato de magnésio. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2023 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/prevencao-da-eclampsia-o-uso-do-sulfato-de-magnesio/>
23. Nota Técnica CIB: Deliberação CIB 60, de 27 de junho de 2022. Orientações para montagem das caixas de emergências obstétricas, nas instituições com atendimento a mulheres gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de São Paulo. 2022 [cited 2025 May 25]. Available from: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/2022/mortalidade-materna-e-infantil/notas-tecnicas-deliberacoes/nota_tecnica_cib_orientacoes_montagem_de_caixas_de_emergencias_obstetricas_2.pdf
24. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné. *Diário Oficial da União*. 13 set 2024;Seq. 1:90.

Efeitos do álcool no feto e no recém-nascido

HIGHLIGHTS

1. A síndrome alcoólica fetal apresenta diversas manifestações, desde malformações congênitas faciais, neurológicas, cardíacas, renais, até alterações comportamentais.
2. O espectro de alterações fetais devidas ao álcool é amplo e não representa diagnóstico clínico, mas um grupo de diagnósticos. A forma mais grave é representada pela síndrome alcoólica fetal.
3. Os efeitos do álcool são permanentes.
4. Nenhuma quantidade de álcool é considerada segura durante a gestação.
5. Não há trimestre seguro para ingestão de qualquer forma de álcool pela gestante.
6. Todas as mulheres devem ser investigadas sobre o uso de álcool a cada visita pré-natal.
7. A exposição ao álcool durante a gestação aumenta o risco para prematuridade, neomortalidade e mortalidade infantil; índices de Apgar menores que 7 no 5º minuto de vida; necessidade de cuidados especiais na unidade neonatal e permanência hospitalar.
8. A identificação, o diagnóstico e as medidas terapêuticas precoces podem melhorar os resultados nos casos afetados.
9. O tratamento de suporte deve ser realizado por equipes multidisciplinares e iniciado o mais precocemente possível, a fim de se obterem os melhores resultados.
10. A abstinência ao álcool pode, geralmente, manifestar-se nos primeiros 2 dias de vida do recém-nascido, embora manifestações mais tardias possam ocorrer, devido ao metabolismo neonatal ser mais lento que o dos adultos.

CID10: P043 – Feto e recém-nascido afetados pelo uso de álcool pela mãe.

CID 10: Z71.4 – Aconselhamento e supervisão para abuso de álcool.

CID 10: Q860 – Síndrome fetal alcoólica (dismórfico).

Descritores

Síndrome alcoólica fetal; Alcoolismo; Feto; Complicações na gravidez; Recém-nascido; Transtornos do espectro alcoólico fetal

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Efeitos do álcool no feto e no recém-nascido. Femina. 2025;53(8):1013-7.

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

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

INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um importante problema de saúde pública, o qual acarreta altos custos à sociedade.

A síndrome alcoólica fetal (SAF) designa um complexo de sinais apresentados pelo recém-nascido consequente à exposição ao álcool durante a gravidez e/ou durante o período pré-concepcional. Associa-se a alterações epigenéticas e défices de crescimento (baixo peso ao nascer);⁽¹⁾ dismorfismos faciais, que conferem ao recém-nascido uma fâcies típica (fissuras palpebrais pequenas, filtro nasal ausente, borda vermelha do lábio superior fina) e comprometimento do sistema nervoso central. Atualmente, é considerada a maior causa de déficit intelectual prevenível no mundo.^(2,3)

O álcool ingerido pela gestante pode levar a diferentes graus de comprometimento fetal, que constitui o “espectro de alterações fetais devidas ao álcool”, ou, pela sigla em inglês, FASD, de *fetal alcohol spectrum disorders*, e engloba várias entidades: a SAF (sua forma mais grave), a SAF parcial, os distúrbios do neurodesenvolvimento e os defeitos congênitos ligados ao álcool.

A prevalência global do uso de álcool durante a gravidez foi estimada por Popova *et al.*⁽⁵⁾ em 9,8% e, para o Brasil, em 15,2%.⁽¹⁾ Estima-se que 1 em cada

13 gestantes que consumiram álcool tenham tido um filho com FASD. Mais de 1.700 crianças com FASD nascem todos os dias (630 mil todos os anos) no mundo todo.⁽⁴⁾ O conjunto de fatores genéticos da mulher e do próprio feto, ao lado de outros, como idade materna, dieta e ambiente socioeconômico, desempenha papel importante nas FASD, explicando, possivelmente, as variações encontradas. Os efeitos do álcool são permanentes. Em crianças e adolescentes, surgem algumas dificuldades, como alterações comportamentais; transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; dificuldades na escolaridade (matemática e linguagem); problemas com a lei; drogadição e transtornos psiquiátricos.^(2,5) A vida média do indivíduo afetado é de 34 anos.^(3,6)

ETIOLOGIA

Até o momento não foi estabelecida uma dose segura do consumo de álcool na gestação.^(3,7) O álcool tem o potencial de causar efeitos deletérios em todos os estágios da gestação. Os efeitos teratogênicos podem variar dependendo da quantidade, da frequência e da idade gestacional em que o álcool foi consumido. O risco de acometimento fetal é 12 vezes maior se a ingestão de bebidas alcoólicas se der durante o primeiro trimestre de gestação. Caso o consumo ocorra durante o primeiro e segundo trimestres, o risco se eleva a 61 vezes, e, durante toda a gestação, o risco passa a ser 65 vezes maior.^(8,9)

Assim, o grau de acometimento da criança depende:

- Do período da gestação em que a mulher se encontra:
 - ▶ Até a oitava semana (período embrionário): malformações estruturais graves.
 - ▶ Entre a 9ª e a 40ª semana: abortos e alterações do sistema nervoso central.^(2,3,9,10)
- Da forma como a bebida foi ingerida. A ingestão de quatro drinques padrão durante duas horas (*binge drinking*) é a forma mais perigosa para o feto.^(2,9)

FISIOPATOLOGIA

O álcool atravessa a placenta muito rapidamente. Em 1 a 2 horas, os níveis sanguíneos fetais são semelhantes aos maternos.^(2,3)

As alterações encontradas são diminuição da transferência placentária de aminoácidos essenciais e hipóxia fetal crônica por vasoconstrição dos vasos placentários e umbilicais, além de acúmulo de etil-ésteres de ácidos graxos nos vários tecidos fetais, secundário à imaturidade das enzimas hepáticas. A tradução clínica é o baixo peso ao nascer.

Os principais mecanismos para explicar os efeitos teratogênicos do álcool sobre o embrião em desenvolvimento também incluem:^(2,11,12)

- Aumento do estresse oxidativo pela formação de radicais livres.

- Distúrbio no metabolismo da glicose, das proteínas, dos lipídios e no DNA.
- Acidemia.
- Neurogênese diminuída e aumento da apoptose celular, em particular de células da crista neural. A tradução clínica se dá por microcefalia e alterações cognitivas e comportamentais.
- Sistema cardiovascular: várias alterações, inclusive eliminação das células do coxim endocárdico. A tradução clínica se dá por falta de separação das câmaras cardíacas.
- Aspectos genéticos, como carga genética do indivíduo com efeito direto sobre o metabolismo do álcool, interferindo em sua concentração sanguínea e, portanto, com efeitos tóxicos.^(2,12)

Vários modelos experimentais e uma série de abordagens de desenvolvimento e bioquímicas estabeleceram uma forte ligação entre FASD e redução da sinalização do ácido retinoico (AR). A sinalização de AR está envolvida na regulação de várias decisões de desenvolvimento, incluindo a padronização do eixo anterior-posterior, começando na gastrulação; a diferenciação de tipos específicos de células nos órgãos em desenvolvimento e a homeostase do tecido adulto. Por ser um sinal regulador tão importante durante o desenvolvimento embrionário, mutações ou perturbações ambientais que afetam o nível, o tempo ou a localização do sinal de AR podem induzir malformações de desenvolvimento múltiplas e graves (Figuras 1 e 2).

A exposição pré-natal ao álcool aumenta o risco de prematuridade, neomortalidade, índices de Apgar <7 no 5º minuto de vida, maiores cuidados especiais na unidade neonatal e maior permanência hospitalar em relação às crianças de mães não usuárias de álcool.⁽¹⁴⁾ O risco de mortalidade infantil também aumenta.⁽¹⁵⁾



Fonte: Adaptado de Fainsod et al.⁽¹³⁾
SNC: sistema nervoso central.

Figura 1. Resumo das principais malformações de desenvolvimento associadas à síndrome alcoólica fetal



Fonte: Adaptado de Fainsod et al.⁽¹³⁾

Figura 2. Principais anomalias comportamentais e deficiências mentais (anormalidades neurológicas) induzidas por etanol no espectro de alterações fetais devidas ao álcool

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de FASD não é fácil, requer equipe multidisciplinar e tem início com a história materna, investigando sobre a ingestão de bebida alcoólica, que pode ser obtida da gestante por meio de questões diretas sobre esse hábito ou utilizando-se questionários validados, como, por exemplo, o T-ACE (acrônimo obtido das palavras inglesas: *Tolerance, Annoyed, Cut down* e *Eye-opener*), um questionário aplicável em um a dois minutos de conversação, padronizado para a rotina e prática dos serviços de ginecologia e obstetrícia e que viabiliza a detecção de gestantes que possuem consumo alcoólico de risco em serviços obstétricos e ginecológicos (Quadro 1).

A presença de informações maternas sobre seu consumo de bebida alcoólica não é obrigatória para o diagnóstico de SAF.^(2,3)

Quadro 1. Estrutura e pontuação do *Tolerance, Annoyment, Cut Down and Eye-Opener*

T. Qual é a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou "mais alegre"? (avaliar conforme o número de doses padrão)*
Não bebo: 0 ponto
Até 2 doses: 1 ponto
3 ou mais doses: 2 pontos
A. Alguém a tem incomodado por criticar o seu modo de beber?
Não: 0 ponto
Sim: 1 ponto
C. Você tem percebido que deve diminuir o consumo de bebida?
Não: 0 ponto
Sim: 1 ponto
E. (<i>eye opener</i> , abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã, para se manter bem ou se livrar do mal-estar do dia seguinte (ressaca)?
Não: 0 ponto
Sim: 1 ponto

Fonte: Segre et al.⁽²⁾ e Fabbri et al.⁽¹⁶⁾

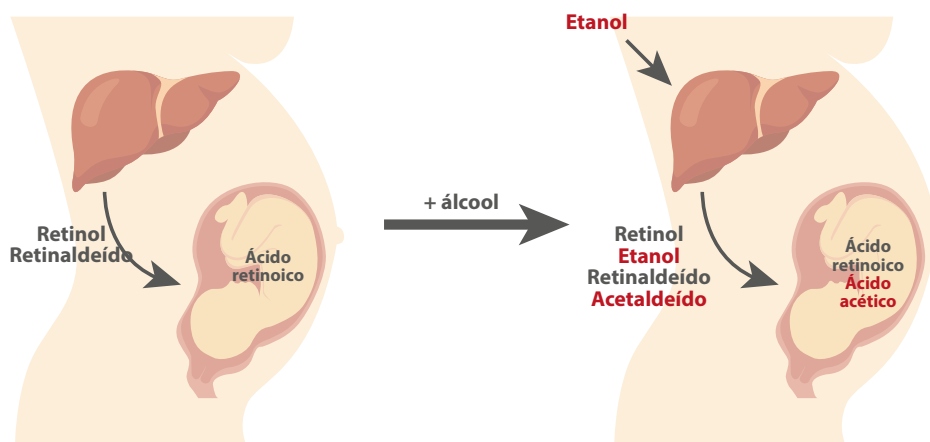
* O consumo ocasional de 28 g ou mais de álcool absoluto corresponde ao padrão norte-americano de dois drinques padrão, conforme o *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*.

Zero ponto: risco ausente; 2 pontos ou mais: alta suspeição para consumo alcoólico de risco durante a gestação. A depender da confiabilidade das informações maternas, poderão ocorrer falhas.

Dados clínicos do recém-nascido

Dismorfias faciais, déficit de crescimento e alterações neurológicas, no caso de SAF completa.

A entidade não é facilmente reconhecível, exigindo treinamento das equipes de saúde. Em crianças maiores, torna-se ainda mais difícil, pois as características faciais vão esmaecendo.



Fonte: Adaptado de Fainsod et al.⁽¹³⁾

Figura 3. Diagrama que descreve o fluxo de substratos do ácido retinoico e metabólitos de depuração de etanol da mãe para o feto antes (esquerda) e após (direita) a ingestão de álcool

Marcadores da exposição ao álcool

A presença de etil-ésteres de ácidos graxos (produtos do metabolismo não oxidativo do álcool) no cabelo, no cordão umbilical e no mecônio de recém-nascidos pode identificar exposição ao álcool ocorrida a partir da 20ª semana de idade gestacional.^(2,4,17,18)

Essa pesquisa não está disponível nacionalmente.

Síndrome de abstinência neonatal ao álcool

Após o parto, o recém-nascido pode apresentar manifestações clínicas da abstinência ao álcool. Geralmente se manifestam nos primeiros 2 dias de vida, embora a manifestação possa ser mais tardia, pois o metabolismo neonatal é mais lento que o dos adultos.⁽¹⁹⁾ Os sintomas são inespecíficos e incluem irritabilidade, hiperexcitabilidade, hipersensibilidade, hipotonia, tremores, excessiva tensão muscular com opistótono, alteração do padrão do sono, estado de alerta frequente, sudorese, taquipneia e apneia, recusa alimentar e dificuldade de vínculo.

Crianças maiores, adolescentes e adultos

O diagnóstico será baseado nas alterações da cognição e comportamentais, uma vez que esses pacientes poderão apresentar, na idade escolar, problemas de aprendizado, transtorno de atenção e hiperatividade e, mais tardiamente, alcoolismo, drogadição, problemas com a lei e transtornos psiquiátricos. Informações maternas também devem ser pesquisadas.^(2,3)

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

As consequências da exposição pré-natal ao álcool são para toda a vida, e não há tratamento curativo disponível.^(3,20)

Tratamento de suporte

Deve ser realizado por equipes multidisciplinares e iniciado o mais precocemente possível, a fim de se obterem os melhores resultados.^(3,20) Visa tratar problemas comportamentais e dificuldades educacionais; educar os pais e encaminhar os pacientes a terapias habilitantes.^(2,21)

Tratamento medicamentoso

Apenas sintomático, sem normas específicas. Dependerá da análise de cada caso.

Intervenções dietéticas

Há controvérsias. Ainda se encontram em nível experimental. O pressuposto seria a possibilidade de reduzir os efeitos lesivos do álcool se a gestante adotasse uma dieta antioxidante. Ácido fólico e selênio têm sido estudados.^(2,22)

Prevenção

É a única intervenção capaz de evitar os efeitos da exposição pré-natal ao álcool. Implica conhecimento do problema pelas equipes de saúde e divulgação para a população geral. A exposição ao álcool na vida intrauterina, mesmo em quantidades inferiores a um drinque diário, pode estar associada a alterações comportamentais nas crianças.^(2,23)

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) reconhece não existir quantidade segura para o consumo de álcool durante a gestação e recomenda abstinência completa de álcool nesse período.⁽²⁾

A abstinência total de álcool para mulheres que desejem engravidar é uma estratégia difícil de ser alcançada. Aproximadamente 50% das gestações não são planejadas; 40% não são detectadas antes da quinta semana.⁽²⁴⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O álcool é um teratôgeno com efeitos devastadores para o embrião, o feto e o recém-nascido.

Há uma enorme gama de resultados secundários a esses efeitos, desde a forma mais grave, a SAF, até formas não detectáveis ao nascimento, mas que serão evidentes em fase mais tardia, na vida do indivíduo afetado, com comprometimento cognitivo e comportamental.

As consequências da exposição pré-natal ao álcool representam grave problema de saúde pública.

Para todas as mulheres, as recomendações são, se engravidar, não beba; se beber, não engravide. Tolerância zero para álcool e gravidez.

REFERÊNCIAS

1. Kruithof P, Ban S. A brief overview of fetal alcohol syndrome for health professionals. *Br J Nurs*. 2021;30(15):890-3.
2. Segre CA, Costa HP, Grinfeld H, Börder LM, Freitas M, Mesquita MA. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2012.
3. Bertrand J, Floyd RL, Weber MK. Fetal alcohol syndrome: guidelines for referral and diagnosis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention/National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect; 2004.
4. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017;171(10):948-56.
5. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(3):e290-9.
6. Thanh NX, Jonsson E. Life expectancy of people with fetal alcohol syndrome. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2016;23(1):e53-9.
7. Denny L, Coles S, Blitz R. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders. *Am Fam Physician*. 2017;96(8):515-22.
8. May PA, Gossage JP. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem. *Alcohol Res Health*. 2011;34(1):15-26.
9. May PA, Blankenship J, Marais AS, Gossage JP, Kalberg WO, Joubert B, et al. Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. *Drug Alcohol Depend*. 2013;133(2):502-12.

10. Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):364-79.
11. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(2):73-80.
12. Nakhoul MR, Seif KE, Haddad N, Haddad GE. Fetal alcohol exposure: the common toll. *J Alcohol Drug Depend*. 2017;5(1):257.
13. Fainsod A, Bendelac-Kapon L, Shabtai Y. Fetal alcohol spectrum disorder: embryogenesis under reduced retinoic acid signaling conditions. In: Asson-Batres M, Rochette-Egly C, editors. *The biochemistry of retinoid signaling III*. Springer; 2020. vol.95, p.197-225.
14. Astley SJ. Profile of the first 1,400 patients receiving diagnostic evaluations for fetal alcohol spectrum disorder at the Washington state fetal alcohol syndrome diagnostic & prevention network. *Can J Clin Pharmacol*. 2010;17(1):e132-e64.
15. Strandberg-Larsen KG, Andersen A, Andersen P, Olsen J. Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality. *Epidemiology*. 2009;20(6):884-91.
16. Fabbri CE, Furtado EF, Laprega MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. *Rev Saude Publica*. 2007;41(6):979-84.
17. Moore C, Jones J, Lewis D, Buchi K. Prevalence of fatty acid ethyl esters in meconium specimens. *Clin Chem*. 2003;49(1):133-6.
18. Burd L, Hofer R. Biomarkers for detection of prenatal alcohol exposure: a critical review of fatty acid ethyl esters in meconium. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2008;82(7):487-93.
19. Jones MW, Bass WT. Fetal alcohol syndrome. *Neonatal Nets* 2003;22(3):63-70.
20. Mesquita MA. The effects of alcohol in newborns. *Einstein (Sao Paulo)*. 2010;8(3):368-75.
21. Denny L, Coles S, Blitz R. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders. *Am Fam Physician*. 2017;96(8):515-22.
22. Murillo OM, Bueno NF, Taravillo MM, Sánchez CO. The role of folic acid and selenium against oxidative ethanol damage in early life programming: a review. *Biochem Cell Biol*. 2018;96(2):178-88.
23. Flak AL, Su S, Bertrand J, Denny CH, Kesmodel US, Cogswell ME. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(1):214-26.
24. Halliday J. Asking question about alcohol in pregnancy (AQUA): pregnancy alcohol exposure measured in a longitudinal cohort study in Australia. 5th International Conference on Fetal Alcohol Syndrome. 2013. Vancouver, BC, Canada.

Parada cardiorrespiratória na gestação

HIGHLIGHTS

1. As causas reversíveis de parada cardiorrespiratória na gestante são resumidas no mnemônico dos 5H e dos 5T: hipóxia, hipovolemia, hidrogênio (referente a acidose), hipo/hipercalcemia, hipotermia; e toxinas, tamponamento (cardíaco), tensão (pneumotórax), trombose (pulmonar), trombose (coronariana).
2. O reconhecimento imediato e o atendimento por equipe multidisciplinar treinada são fundamentais para o prognóstico da ressuscitação (grau B).
3. A reanimação cardiopulmonar deve ser iniciada sem demora, seguindo o protocolo de reanimação de adultos (grau C).
4. Quando o útero estiver acima da cicatriz umbilical, deve ser deslocado manualmente (grau C).
5. A desfibrilação para ritmos chocáveis e o uso de drogas (epinefrina, amiodarona e outras) devem seguir o protocolo de reanimação de adultos (grau C).
6. Estabelecer via aérea definitiva (intubação ou máscara laríngea) o mais rapidamente possível (grau B).
7. Vitalidade fetal não deve ser checada durante a reanimação materna (grau D).
8. Realizar cesárea *perimortem* se não houver retorno da circulação espontânea em 4 minutos (grau C).
9. Na cesárea *perimortem*, retira-se o feto, o cordão é clampeado, e o útero é preenchido com compressas. A retirada da placenta, a sutura da parede uterina e o fechamento dos planos anatômicos só são realizados após o retorno da circulação espontânea (grau D).
10. Na reanimação bem-sucedida, com retorno do ritmo cardíaco, manter o decúbito lateral esquerdo (mesmo após cesariana). Cuidados intensivos e especializados são necessários (grau D).

Descritores

Parada cardíaca; Emergências;
Reanimação cardiopulmonar

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Parada cardiorrespiratória na gestação. Femina. 2025;53(8):1018-23.

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

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

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a interrupção da atividade mecânica do coração confirmada pela ausência de sinais de circulação. A ressuscitação cardiopulmonar realizada adequadamente é um fator importante para o retorno da atividade cardíaca e a sobrevida dos acometidos. Durante a gestação, é um evento raro – aproximadamente 1:12 mil hospitalizações para parto nos Estados Unidos e no Canadá. Pela raridade do evento e pelo estresse inerente à situação, treinamentos específicos com simulações envolvendo a equipe multidisciplinar e a padronização de condutas são importantes.⁽¹⁻⁶⁾

ETIOLOGIA

É importante conhecer as possíveis causas de PCR em gestantes para prevenção, preparo da equipe e tratamento imediato para restabelecimento. Não há dados brasileiros sobre causas de PCR em gestantes. As principais causas de morte materna no Brasil seguem sendo complicações dos quadros

hipertensivos, hemorragias e infecções.⁽⁷⁾ A *American Heart Association* (AHA) propõe um mnemônico para causas possíveis de PCR em gestantes (não segue ordem de prevalência) (Quadro 1).^(1,6,8)

Quadro 1. Causas mais comuns de parada cardiorrespiratória em gestantes

Letra	Causa	Etiologia
A	Anestesia (complicações anestésicas)	Bloqueio alto Hipotensão Via aérea obstruída Depressão respiratória Toxicidade de anestésicos locais
	Acidentes (traumas)	Traumas Suicídio
B	Hemorragias (<i>bleeding</i>)	Coagulopatia Atonia uterina Placenta acreta Descolamento prematuro de placenta Placenta prévia Retenção placentária Rotura uterina Cirurgias Reação transfusional
C	Cardiovascular	Infarto do miocárdio Dissecção aórtica Cardiomiopatia Arritmias Doenças valvares Cardiopatias congênitas
D	Fármacos (<i>drugs</i>)	Ocitocina Sulfato de magnésio Erro de dosagem de fármacos Uso de drogas ilícitas Opioides Insulina Anafilaxia
E	Embolias	Embolia por líquido amniótico Embolia pulmonar Acidente vascular cerebral
F	Febre	Infecções Sepses
G	Geral	5H: hipóxia, hipovolemia, íon hidrogênio (acidose), hipo ou hipercalcemia, hipotermia 5T: toxinas, tamponamento cardíaco, tensão (pneumotórax hipertensivo), trombose coronariana (infarto), trombose pulmonar
H	Hipertensão	Pré-eclâmpsia Eclâmpsia Síndrome HELLP

Fonte: Jeejeebhoy *et al.*⁽⁶⁾

HELLP: hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas.

DIAGNÓSTICO

O rápido reconhecimento da PCR é o primeiro passo para que a reanimação seja eficaz. Ao encontrar uma pessoa desacordada, em caso de ambiente extra-hospitalar, o

socorrista deve garantir que o local esteja seguro para a vítima e para si mesmo.⁽⁹⁾

Inicialmente, deve-se verificar a capacidade de resposta do paciente. Para isso, o atendente deve questionar o paciente (“Você está bem?”) e tocá-lo ou apertar seu ombro. Se não houver resposta, a respiração e o pulso central (preferencialmente o carotídeo) deverão ser verificados simultaneamente. Não se deve utilizar mais de dez segundos nessa avaliação. Se houver dúvida, o paciente deve ser considerado apneico ou com respiração agônica e sem pulso.^(10,11)

MANEJO

Ação imediata é fundamental, já que a condução inicial modifica o prognóstico e aumenta as chances de sobrevivência da gestante e do feto. A prioridade deve ser sempre a reanimação materna, e todos os protocolos de reanimação e eletrocardioversão para obstetrícia seguem as mesmas recomendações dos aplicados em pacientes não grávidas.

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

A reanimação cardiopulmonar (RCP) deve ser iniciada imediatamente para indivíduos não responsivos sem respiração espontânea.

Considerar que a equipe deve contar com um profissional que realize o deslocamento manual uterino (em gestações com útero acima da cicatriz umbilical), cronometrando o tempo de parada e ficando responsável pelo início da realização da cesárea *perimortem* após 4 minutos sem sucesso (Regra dos 4 minutos) (Figura 1).^(6,8)



RCP: reanimação cardiopulmonar.

Figura 1. Reanimação cardiopulmonar com deslocamento manual uterino simultâneo

ATENDIMENTO INICIAL (PREFERENCIALMENTE, UM PROFISSIONAL ASSUME O COMANDO DAS MANOBRAS, SEM PARTICIPAR DELAS)

Intervenções iniciais:

- O atendimento deve sempre ser integral e padronizado.
- Chamar a ajuda de equipe multidisciplinar – preferencialmente equipe de resposta

rápida treinada para atendimento à parada cardíaca materna, composta de profissionais de emergência, obstetrícia, anestesiologia e neonatologia. Em locais sem serviços obstétricos e neonatais, planos de contingência específicos para gestantes devem ser desenvolvidos. O equipamento especializado deve ser prontamente levado ao local.^(11,12)

- Documentar a hora de início da parada cardíaca.
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal (recomenda-se o uso de uma tábua para massagem, que deve ser colocada sob o tórax da paciente), com a cabeça em ligeiro declive (Trendelenburg), com membros inferiores elevados (para facilitar o retorno venoso) e, se o útero estiver acima da cicatriz umbilical, um membro da equipe de reanimação deverá iniciar o desvio manual do útero grávido para a esquerda, com a técnica de uma mão ou duas mãos (Figura 2).^(11,13)



Figura 2. Lateralização uterina esquerda

COMPRESSÕES TORÁCICAS

A manutenção da circulação mediante compressões torácicas externas eficazes é um dos fatores mais importantes para o retorno à circulação espontânea e a recuperação das pacientes.

Compressões torácicas eficazes devem:

- Ter frequência de 100 a 120 compressões/minuto.
- Comprimir o tórax a uma profundidade de 5 a 6 cm.
- Permitir o retorno total do tórax após cada contração. Cuidado: evitar se apoiar continuamente sobre o tórax da paciente.
- Prosseguir ininterruptamente (exceto para desfibrilação) e checar os pulsos, quando indicado.
- Trocar de socorrista para compressões a cada 2 minutos ou cinco ciclos de 30:2 (compressões torácicas:ventilações).

VENTILAÇÃO

O manejo das vias aéreas é crítico em gestantes. Manter a permeabilidade das vias aéreas é fundamental

enquanto se prepara o material para intubação orotraqueal. Tal ação é obtida com leve extensão da cabeça e auxílio de uma via aérea provisória (cânula de Guedel). Devem-se antecipar vias aéreas de acesso difícil (chamar atendente com experiência). A ventilação Ambu®-máscara com oxigênio a 100% é a estratégia mais rápida para se iniciar ventilação (principalmente para assistentes com pouca experiência com vias aéreas). Entretanto, na gestação, devido às modificações gravídicas, essa modalidade de ventilação não costuma ser eficiente e deve-se realizar a intubação orotraqueal mais precoce. Tentativas de intubação prolongada devem ser evitadas. Recomenda-se não mais que duas tentativas de laringoscopia. A máscara laríngea e o tubo laríngeo são alternativas eficientes e podem ser utilizados, inclusive por profissionais não médicos. Se as tentativas de estabelecimento de vias aéreas e ventilação com máscara não forem possíveis, as diretrizes para estabelecer via aérea invasiva de emergência deverão ser seguidas.^(6,14) A pressão cricoide não é recomendada de rotina. Para ventilação, recomenda-se oxigênio a 100% com tempo de inspiração de cerca de 1 segundo. Antes da intubação, mantêm-se ritmo de 30 compressões torácicas para duas ventilações e, após a intubação, as ventilações são ininterruptas a uma frequência de 8 a 10 rpm, evitando hiperventilação.^(6,11,12)

DEFIBRILAÇÃO

A desfibrilação é também prioridade e deve ser feita o mais precocemente possível em ritmos chocáveis (taquicardia ventricular sem pulso ou fibrilação ventricular). Iniciar imediatamente a RCP com massagem cardíaca e ventilação Ambu®-máscara, até que o desfibrilador esteja pronto e, nesse momento, checar o ritmo e proceder à desfibrilação, se necessário.^(12,14) O mesmo protocolo de desfibrilação atualmente recomendado deve ser utilizado em pacientes grávidas. A parada para a desfibrilação deve ser mínima. Recomenda-se choque único, com desfibrilador bifásico, com 120 a 200 joules, seguido imediatamente de novo ciclo de RCP.

Mais de 70% das PCRs na gestação são por assistolia ou atividade elétrica sem pulso (AESP), ritmos não chocáveis e cuja resolução ocorre após RCP de alta qualidade de associada à correção de causas reversíveis.⁽¹²⁾

MEDICAÇÃO

Concomitantemente com as demais medidas, a equipe deve estabelecer acesso venoso, em veia de grosso calibre, acima do diafragma. Também deve verificar e reverter hipovolemia com fluidos, se necessário.

Administrar os fármacos e as doses conforme a necessidade, sem postergar nenhum passo em razão da gestação. Para ritmos não chocáveis, administrar 1 mg de epinefrina, o mais rapidamente possível (intravenosa ou intraóssea). Para ritmos chocáveis (fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso) que não respondem

à desfibrilação, administrar 1 mg de epinefrina. A droga deve ser administrada a cada 3 a 5 minutos. Uma regra facilitadora é fazê-la a cada 4 minutos, no momento da troca dos ressuscitadores responsáveis pela compressão torácica e pela ventilação no fim do segundo ciclo de RCP (cada ciclo de 30:2 ou 2 minutos). Se não houver retorno do ritmo, administrar amiodarona em infusão rápida de 300 mg intravenosa. Pode ser repetida na dose de 150 mg, após 3 a 5 minutos. Alternativamente à amiodarona nos ritmos chocáveis, pode-se utilizar lidocaína (1 a 1,5 mg/kg inicial e 0,5 a 0,75 mg/kg em doses subsequentes). Todas as medicações intravenosas devem ser administradas em bólus seguido imediatamente de 20 mL de solução salina a 0,9% e elevação do membro.^(11,12,14)

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS PARA PACIENTE COM ÚTERO EVIDENTEMENTE GRÁVIDO (ACIMA DA CICATRIZ UMBILICAL)

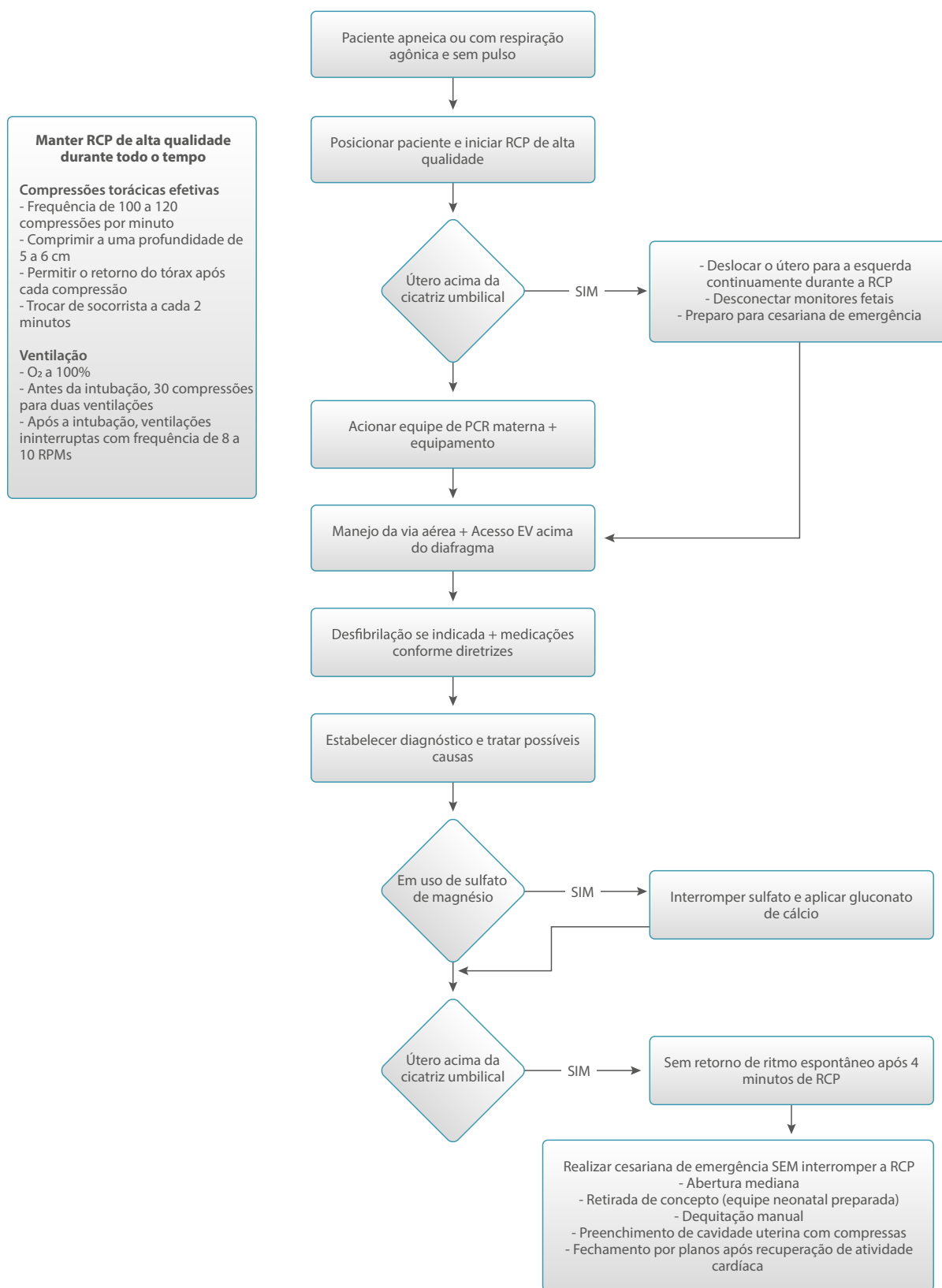
Tais intervenções incluem:

- Descomprimir a cava, afastando, manualmente, o útero para a esquerda (técnica de uma ou duas mãos).
- Retirar aparelhos de monitorização fetal (a avaliação fetal não deve ser realizada, a vitalidade fetal não modificará a conduta e essa avaliação pode prejudicar manobras de reanimação).
- Preparar equipes obstétrica e neonatal para cesariana de emergência. Se não houver especialista disponível, a cirurgia deve ser realizada pelo médico ressuscitador.
- Se não houver retorno da circulação espontânea em 4 minutos de reanimação, realizar cesariana (tempo ideal: menos de 5 minutos após o início da ressuscitação).^(11,14,15)

CESÁREA PERIMORTEM

Durante a PCR, se a mulher grávida (com AFU acima do umbigo) não conseguiu retorno ao ritmo sinusal com medidas de reanimação habituais, é aconselhável preparar para cesárea enquanto a reanimação continua. A recomendação é baseada na possibilidade de a compressão aortocava causada pelo útero gravídico tornar as medidas de ressuscitação ineficazes. Após 4 minutos sem resposta, inicia-se o procedimento. Não transportar para outros locais, não esperar por equipamentos cirúrgicos nem gastar tempo com procedimentos antissépticos; apenas um bisturi é necessário. Ao longo da cirurgia, o útero deve ser desviado à esquerda, e a RCP deve prosseguir ininterruptamente. O procedimento é simplificado com incisão mediana infraumbilical, abertura da parede abdominal a bisturi e por divulsão bidigital e incisão uterina corporal 5 a 7 cm, partindo do fundo. São realizados clameamento do cordão, preenchimento uterino com compressas e retirada da placenta. A sutura da parede uterina e o fechamento dos planos anatômicos só serão realizados após o retorno da circulação espontânea. Administrar ocitocina intravenosa. Notificar equipe de reanimação neonatal. A cesárea faz parte das medidas da RCP em gestantes, para melhorar a hemodinâmica materna e aumentar as chances de sobrevivência materna. Ela promove aumento da volemia intravascular, por mecanismo de autotransfusão após o esvaziamento uterino, e propicia compressões torácicas e ventilação mais efetivas, devido a descida do fundo uterino após extração fetal. A sobrevivência fetal pode ser considerada um ganho secundário de medida salvadora materna. Os dados da literatura revelam ausência de déficit neurológico dos neonatos em mais de 90% dos casos quando a cesárea *perimortem* é realizada dentro de 5 minutos.⁽¹⁶⁾

FLUXOGRAMA DE CONDUTA



RCP: reanimação cardiopulmonar; PCR: parada cardiorrespiratória; EV: endovenoso.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Nas mulheres que reassumem o ritmo cardíaco, e as compressões não são mais necessárias, manter decúbito lateral esquerdo, para minimizar compressão aortocava (mesmo após cesariana). Cuidados intensivos e especializados são necessários após a recuperação da atividade cardíaca. As taxas de sobrevivência após parada cardíaca na gestação são baixas, com taxas de mortalidade descritas entre 30% e 80% e taxas de mortalidade perinatal de 60%.⁽¹⁰⁾ A reanimação é mantida até se obter resposta ou se determinar o insucesso. Na presença de inconsciência profunda e ausência de movimentos musculares, reflexos e respiração espontânea e observando-se pupilas fixas e dilatadas, provavelmente haja um prognóstico reservado com morte encefálica. O quadro 2 sumariza as diferenças da reanimação cardiopulmonar na gestação em relação ao adulto.

Quadro 2. Diferenças da reanimação cardiopulmonar na gestante em comparação ao adulto

Diferenças da Reanimação Cardiopulmonar na Gestante em comparação ao Adulto
Suporte Básico de Vida (CABD primário)
- Deslocamento manual uterino para esquerda (técnica de uma ou duas mãos) - Compressão torácica mais alta
Suporte Avançado de Vida (CABD secundário)
- Intubação precoce (modificações respiratórias grávidas dificultando ventilação e oxigenação) - Tubo de 0,5 mm a 1 cm de menor calibre do que calculado (edema de vias aéreas) - Utilizar máscara laríngea ou tubo laríngeo na ausência de laringoscopista experiente - Pensar em causas reversíveis ligadas a obstetrícia (5H-5T, incluindo eclâmpsia e embolia amniótica) - Realizar cesárea <i>perimortem</i> ou histerotomia de resgate (regra dos 4 minutos, após 24 semanas ou útero acima da cicatriz umbilical)

5H: hipóxia, hipovolemia, íon hidrogênio (acidose), hipo ou hipercalcemia e hipotermia; 5T: toxinas, tamponamento cardíaco, tensão (pneumotórax hipertensivo), trombose coronariana (infarto) e trombose pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD, Swor RA, Terry M, Bobrow BJ, et al. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl 2):S414-35.

2. Botelho RM, Campanharo CR, Lopes MC, Okuno MF, Góis AF, Batista RE. The use of a metronome during cardiopulmonary resuscitation in the emergency room of a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24.

3. Balki M, Liu S, León JA, Baghirzada L. Epidemiology of cardiac arrest during hospitalization for delivery in Canada. *Anesth Analg*. 2017;124(3):890-7.

4. Mhyre JM, Tsen LC, Einav S, Kuklina EV, Leffert LR, Bateman BT. Cardiac arrest during hospitalization for delivery in the United States, 1998-2011. *Anesthesiology*. 2014;120(4):810-8.

5. Catling-Paull C, McDonnell N, Moores A, Homer CS. Maternal mortality in Australia: Learning from maternal cardiac arrest. *Nurs Health Sci*. 2011;13(1):10-5.

6. Lavonas EJ, Magid DJ, Aziz K, Berg KM, Cheng A, Hoover AV, et al. Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. American Heart Association; 2020 [citado 2024 Ago 2]. V. 1. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf

7. Carvalho R, Marcos P, Amélia R, Pessoa L, Gláucia DA, Queiroz VD, et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução. *Rev Bras Ginecol E Obstet*. 2018;40(9):501-6.

8. Jeejeebhoy F, Windrim R. Management of cardiac arrest in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(4):607-18.

9. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al. Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S685-705.

10. Zelop CM. Cardiopulmonary arrest in pregnancy. In: Hepner DL, Bargghella V, Walls RM, editors. *UpToDate*. Waltham: UpToDate; 2017.

11. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, Carvalho B, Joglar J, Mhyre JM, et al. Cardiac Arrest in Pregnancy. *Circulation*. 2015;132(18):1747-73.

12. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, Cheng A, Aziz K, Berg KM, et al. Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_2):S337-57.

13. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, et al. Part 7: Adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2015;132(18):S444-64.

14. Nolan JP, Maconochie I, Soar J, Olasveengen TM, Greif R, Wyckoff MH, et al. Executive Summary: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_1):S2-27.

15. Vanden Hoek TL, Morrison LJ, Shuster M, Donnino M, Sinz E, Lavonas EJ, et al. Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations. *Circulation*. 2010;122(18_suppl_3):S829-61.

16. Katz V, Balderston K, DeFreest M. Perimortem cesarean delivery: Were our assumptions correct? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(6):1916-20.

Lesões pré-invasivas da vulva, da vagina e do colo uterino

HIGHLIGHTS

1. As lesões vulvares associadas ao papilomavírus humano são a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau da vulva, abrangendo condiloma plano viral ou efeito do papilomavírus humano e a lesão intraepitelial escamosa de alto grau.
2. A lesão vulvar, independente do papilomavírus humano e precursora do câncer de vulva é a neoplasia intraepitelial do tipo diferenciada que ocorre em paciente mais idosa, com história de prurido vulvar por muitos anos, ou seja, o fenômeno da inflamação crônica (líquen escleroso e, raramente, o líquen plano).
3. O tratamento da lesão intraepitelial escamosa de alto grau vulvar deve ser individualizado e depende da idade da paciente e das características clínicas das lesões. O tratamento da neoplasia intraepitelial do tipo diferenciada é a excisão cirúrgica com margens livres.
4. O tratamento da lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vagina depende da idade da paciente, da quantidade e da localização das lesões.
5. A Organização Mundial da Saúde propôs a estratégia de metas 90-70-90 a serem cumpridas até 2030 para a eliminação do câncer do colo do útero. Os números significam: 90% das meninas até a idade de 15 anos estarem vacinadas contra o papilomavírus humano, 70% das mulheres serem rastreadas com um teste de alto desempenho aos 35 anos e novamente aos 45 anos, e 90% das mulheres identificadas com neoplasia do colo do útero receberem tratamento, seja da lesão pré-cancerosa, seja do câncer invasivo.

Descritores

Papilomavírus humano; Neoplasia intraepitelial vulvar; Neoplasia intraepitelial cervical; Neoplasia intraepitelial vaginal

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Lesões pré-invasivas da vulva, da vagina e do colo uterino. Femina. 2025;53(8):1024-8.

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.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR

A incidência da neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) quase duplicou nas últimas duas décadas, passando de 1,2 a 2,1/100 mil mulheres-ano, e quase triplicou no grupo de pacientes com idade inferior a 35 anos.⁽¹⁻⁴⁾

O impacto da terminologia de lesões intraepiteliais vulvares tem sido significativo ao longo dos anos. Em 2012, foi introduzida a terminologia *lower anogenital squamous terminology* (LAST) para unificar a nomenclatura das lesões escamosas intraepiteliais associadas ao papilomavírus humano (HPV) no trato anogenital inferior. No entanto, a versão aceita pela *International Society for the Vulvovaginal Disease* (ISSVD), para diagnósticos histopatológicos, contém o seguinte: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG) da vulva abrangendo condiloma plano viral ou efeito do HPV; lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LIEAG) que foi denominada “NIV tipo usual” na terminologia ISSVD de 2004; e a NIV do tipo diferenciada (NIVd), HPV-independente.⁽⁵⁻⁷⁾

Diagnóstico

O sintoma mais frequente da NIV é o prurido vulvar de grau variado, em cerca de 60% a 70% das pacientes; 20% são assintomáticas.⁽⁴⁾ A NIV HPV-induzida é

multicêntrica, com envolvimento cervical e perianal em aproximadamente 50% dos casos. De 60% a 80% das pacientes são tabagistas, e os HPV's mais encontrados são os tipos 16, 18, 31 e 33. Anteriormente, era denominada de NIV condilomatosa ou basaloide, que mudou para NIV usual, e, atualmente, a NIV I é referida como LIEBG, e NIV II e NIV III passaram a ser referidas como LIEAG.^(2,4) A NIV não induzida pelo HPV é a NIVd que ocorre em pacientes acima de 55 anos e, na maioria das vezes, sem relação com o HPV. Corresponde a 10% dos casos de NIV, e apenas 25% das pacientes são tabagistas. Em geral, está associada a líquen escleroso e, menos frequentemente, com o líquen plano. Manifesta-se como lesão única, ou seja, unifocal. É responsável por 80% dos casos de câncer invasivo de vulva em pacientes mais idosas não tratadas. Para o diagnóstico, são necessários anamnese, exame físico geral e exame ginecológico: colo do útero, vagina e genitália externa. A aparência clínica da lesão vulvar é variável. Pode ser unifocal ou multifocal; de coloração branca, cinza, vermelha ou marrom; com superfície lisa, áspera ou micropapilar; com grau variável de acetobranqueamento e alteração vascular. Pode ser realizada vulvosopia utilizando lupas dermatológicas ou colposcópio com lentes de menor aumento, que ajuda a escolher os locais a serem biopsiados, porém, geralmente, as lesões são exuberantes, não necessitando de magnificação. As lesões não apresentam as mesmas imagens colposcópicas do colo uterino. O diagnóstico definitivo é obtido por meio do estudo histopatológico de biópsia, e as lesões podem ser única ou múltiplas.^(2,4)

Tratamento

A lesão LIEBG não requer tratamento, é considerada HPV na classificação atual, porque não está estabelecido seu risco oncológico, deve ser acompanhada e, no caso de dúvida quanto à sua evolução, está indicado um novo estudo histopatológico.^(2,3) O tratamento da NIV II ou III (LIEAG) deve ser individualizado e depende da idade da paciente e das características clínicas das lesões. Recomenda-se imiquimode a 5% para LIEAG em pacientes jovens. A posologia é aplicação local três vezes por semana, por até 16 semanas. A exérese da lesão está indicada nos casos de doença unifocal; vulvectomia superficial em pacientes jovens com doença multifocal; vulvectomia simples para pacientes idosas, com lesões extensas, cuja finalidade é descartar doença invasiva oculta, ressaltando a importância das margens cirúrgicas de 1 cm. A ablação a *laser* não se encontra disponível na maioria dos serviços, porém apresenta bons resultados. A NIVd, na maioria dos casos, não é clinicamente evidente. O manejo depende em grande parte do monitoramento cuidadoso com biópsia de qualquer lesão suspeita em pacientes com líquen escleroso ou plano. O tratamento da NIVd é excisional, com peça cirúrgica para realização do estudo histopatológico e avaliação adequada das margens cirúrgicas.^(2,4,8-10)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE VAGINA

A neoplasia intraepitelial de vagina (NIVA) representa 1% de todas as neoplasias intraepiteliais do trato genital inferior, e 0,1% a 0,2% de todos os cânceres. Sua incidência corresponde a cem vezes menos que a incidência de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Frequentemente, está associada à infecção por HPV 16 e 18. A idade do grupo afetado é 10 anos mais elevada que NIC, com média de idade de 51 anos.^(2,4,11) Os fatores de risco são antecedente de NIC, radioterapia (RT) para tratamento de câncer do colo do útero, histerectomia por NIC ou câncer e mulheres imunocomprometidas. Enfim, antecedente de neoplasia cervical e tabagismo são os fatores mais importantes para o desenvolvimento de LIEAG de vagina (NIVA II e III).⁽⁴⁾

Diagnóstico

A maioria das pacientes é assintomática. Comumente, a lesão se localiza no terço superior da vagina, em 54% a 92% das vezes e, na sequência de frequência, 32% no terço inferior e 14% no terço médio; em 50% dos casos, a doença é multifocal.⁽⁴⁾ O diagnóstico é feito com base em uma colpocitologia anormal. Já a colposcopia identifica as áreas de eleição para a realização da biópsia.^(2,4,12) As lesões da vagina são colposcopicamente similares às encontradas no colo uterino.

Tratamento

A lesão intraepitelial de baixo grau de vagina (NIVA I e o HPV) não é tratada, porque não é considerada de risco oncológico e, em geral, regride espontaneamente. No entanto, deve ser controlada e, nos casos de dúvidas quanto à evolução da lesão, deve-se realizar outra biópsia.⁽¹⁾ O tratamento para LIEAG de vagina (NIVA II e III) depende da idade da paciente, da quantidade e da localização das lesões. Considerando o potencial evolutivo da NIVA II e III para câncer de vagina, a abordagem por técnica excisional é a mais indicada.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

A NIC escamosa é uma denominação que abrange as lesões precursoras do câncer escamoso, as quais são classificadas, desde Richart (1967), em graus I, II e III. Concernente à nomenclatura, o sistema de Bethesda, para citologia, definido em 1988, nomeia e classifica essas lesões em “de baixo grau”, substituindo NIC I, e “de alto grau”, substituindo NIC II e NIC III. Achados histológicos de LIEBG são NIC I e HPV e os de LIEAG são NIC II ou NIC III.⁽¹³⁻¹⁵⁾ As lesões glandulares não são estratificadas, porque se trata de um epitélio colunar monocamada. O adenocarcinoma *in situ* (AIS) está associado a qualquer NIC em 50% dos casos.^(2,4)

Neoplasia intraepitelial cervical e prevenção do câncer do colo do útero

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a estratégia de metas 90-70-90, a serem cumpridas até 2030

para a eliminação do câncer do colo do útero. Os números significam: 90% das meninas até a idade de 15 anos estarem vacinadas contra o papilomavírus humano (HPV), 70% das mulheres serem rastreadas com um teste de alto desempenho aos 35 anos e novamente aos 45 anos, e 90% das mulheres identificadas com neoplasia do colo do útero receberem tratamento, seja da lesão pré-cancerosa, seja do câncer invasivo. Em modelo matemático, a taxa de incidência diminuirá 42% até 2045 e 97% até 2120, evitando 74 milhões de casos novos do câncer do colo do útero; e o número de mortes evitáveis será de 300 mil até 2030, mais de 14 milhões até 2070 e mais de 62 milhões até 2120.^(16,17)

Métodos de diagnóstico Colpocitologia oncológica

Teste efetivo para detectar lesões pré-invasivas de alto grau ou câncer, sendo menos efetivo para lesões de baixo grau.^(18,19)

Testes de biologia molecular

Os testes comerciais existentes incluem captura híbrida e reação em cadeia da polimerase (PCR). O objetivo é identificar mulheres portadoras de HPV oncogênico, pois apresentam risco de desenvolvimento das lesões de alto grau ou câncer. São pouco utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁽¹⁸⁾ A estratégia da OMS 90-70-90, ao falar de teste de alto desempenho, refere-se aos testes de biologia molecular, para a identificação do HPV de alto risco.^(16,17)

Colposcopia

Seleciona o local mais adequado para a biópsia, na presença de citologia com alterações pré-malignas ou malignas, e avalia a extensão e a gravidade da lesão. Pode ser usada para seguimento após tratamento e acompanhamento de lesões durante a gestação.^(2,13,18)

Biópsia

O laudo anatomopatológico é essencial para o diagnóstico e a definição do tratamento mais adequado. A biópsia pode ser realizada com aparelho de cirurgia de alta frequência, pinças de Gaylor-Medina ou Baliu. Atualmente, conforme as novas diretrizes da *American Society for Colposcopy & Cervical Pathology* (ASCCP), as recomendações são baseadas em riscos de câncer do colo do útero, não em resultados. O teste DNA-HPV é a base para estimar o risco e refere-se ao uso de teste de HPV primário sozinho ou teste de HPV em conjunto com citologia cervical (coteste). As indicações de colposcopia, de tratamento ou de seguimento estão baseadas no risco de a paciente ter NIC III+ determinado por uma combinação de resultados atuais e história pregressa (incluindo história desconhecida). Os mesmos resultados de testes atuais podem produzir diferentes

recomendações no manejo, dependendo do histórico dos resultados de testes anteriores. A proposta é fornecer intervenção mais apropriada a mulheres que apresentam alto risco de câncer do colo do útero.⁽¹⁹⁻²¹⁾

Tratamento

Fazem parte da conduta das lesões pré-malignas do colo do útero estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer, se paciente com colpocitologia alterada:⁽²²⁾

- Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau: repetir o exame colpocitopatológico em 6 meses, na unidade de Atenção Primária. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal na unidade de Atenção Primária. Se uma das citologias subsequentes no período de 1 ano for positiva, realizar colposcopia. Se colposcopia sem lesões, repetir citologia em 6 meses. Se colposcopia com lesão, realizar biópsia e recomendação específica.
- LIEAG: colposcopia: satisfatória, com alterações maiores sugestivas de lesão de alto grau, restritas ao colo do útero, lesão totalmente visualizada e não se estendendo além do primeiro centímetro do canal. A conduta recomendada é exérese da zona de transformação (EZT). Se colposcopia satisfatória sugerindo lesão menos grave ou câncer, fazer biópsia. Se paciente gestante, colposcopia e biópsia são indicadas em caso de suspeita de invasão.
- AIS: colposcopia e avaliação endometrial em pacientes acima de 35 anos e, abaixo dessa idade, se sangramento uterino anormal, anovulação crônica ou obesidade. Se alteração colposcópica, fazer biópsia. Se câncer, encaminhar à unidade terciária. Se negativo para invasão, fazer conização.

A conduta em pacientes com alterações, de acordo com achados histopatológicos, é a seguinte:

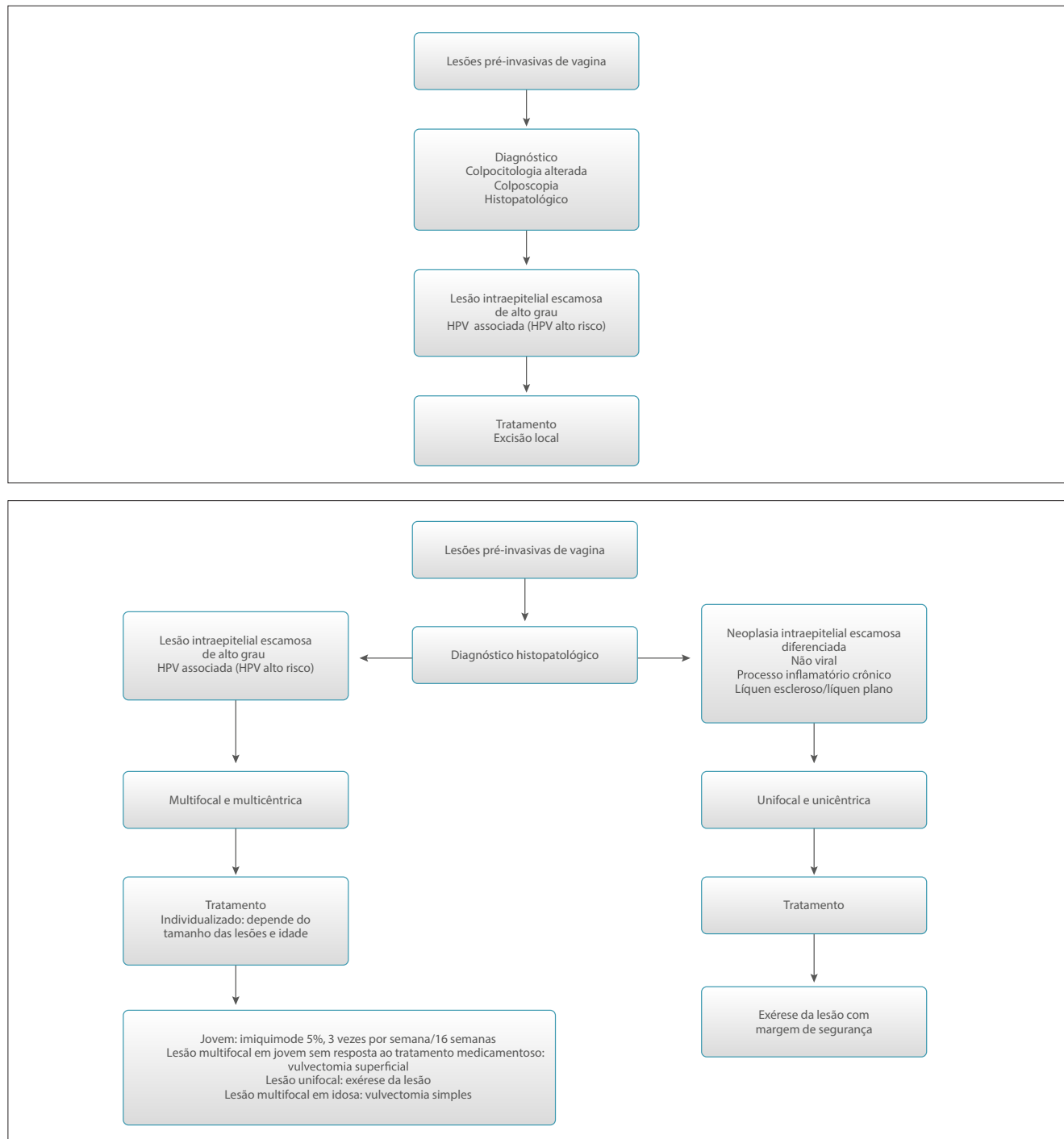
- NIC I em biópsia: conduta expectante, pois são altos os índices de regressão no intervalo de 2 anos. Manter controles citológico e colposcópico semestralmente, realizando nova biópsia, caso apresente alterações maiores. Após 2 anos, a manutenção do seguimento ou tratamento é aceitável.
- NIC II e NIC III em biópsia: é indicada a realização de EZT, no caso de colposcopia satisfatória, ou conização, no caso de colposcopia insatisfatória. Caso o diagnóstico seja de doença invasiva, a paciente deve ser encaminhada à unidade de alta complexidade. Alguns casos de NIC II, principalmente em adolescentes e adultas jovens, podem regredir, sem risco de progressão para carcinoma

invasor, o que torna aceitável conduta expectante, ou seja, a paciente deverá ser seguida com citologia semestral por até 2 anos. Após esse período, na persistência da lesão, ela poderá ser mantida em seguimento ou tratada de forma excisional ou destrutiva.

- AIS no espécime de conização: é indicada histerectomia simples, exceto em pacientes com prole incompleta. Na eventualidade de margens

comprometidas na conização e com prole completa, um novo cone deverá ser realizado, sempre que possível, para excluir doença invasiva. No diagnóstico de câncer, a mulher deve ser encaminhada à unidade terciária. No seguimento após tratamento por conização, uma nova citologia deve ser obtida em 6 meses e, após 2 anos com exames semestrais normais, a paciente deve retornar ao rastreio trienal.

FLUXOGRAMA DE CONDUTA



HPV: papilomavírus humano.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

A LIEBG representa aproximadamente de 1% a 2% do total do esfregaço. A LIEBG (NIC I) reflete os efeitos citológicos e patológicos benignos da infecção por HPV. Na maioria dos casos, a LIEBG regride espontaneamente, contudo, em 15% a 30% das vezes, haverá uma lesão de alto grau. Referente à LIEAG, toda paciente com essa alteração necessita da realização de colposcopia, pois há mais de 80% de probabilidade de que esse alto grau, de fato, exista. Pacientes com LIEAG continuam com risco significativo de NIC, mesmo que colposcopia ou biópsia não mostrem NIC II nem NIC III, e tratamentos ablativos são inadequados, porque o câncer não foi descartado. Atualmente, as condutas avaliam, com cuidado, o futuro reprodutivo das pacientes sem prole definida e com diagnóstico de NIC.

REFERÊNCIAS

1. Nugent EK, Brooks RA, Barr CD, Case AS, Mutch DG, Massad LS. Clinical and pathologic features of vulvar intraepithelial neoplasia in premenopausal and postmenopausal women. *J Low Genit Tract Dis.* 2011;15(1):15-9.
2. Berek JS, Hacker NF. *Gynecologic oncology*. 6th ed. Philadelphia: Walters Kluwer; 2015.
3. Akerman G, Dussour C, Haddad B, Paniel BJ, Rouzier R. [Epidemiology of vulvar intra-epithelial neoplasias]. *Gynécôl Obstét Fertil.* 2007;35(12):1251-6. French.
4. Disaia PP, Creasman WT. *Clinical gynecology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.
5. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Scurry J, et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med.* 2005;50(11):807-10.
6. Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK, Preti M, Bohl TG, et al.; ISSVD Terminology Committee. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions. *Obstet Gynecol.* 2016;127(2):264-8.
7. Srodon M, Stoler MH, Baber GB, Kurman RJ. The distribution of low and high-risk HPV types in vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia (VIN and VaIN). *Am J Surg Pathol.* 2006;30(12):1513-8.
8. van Seters M, van Beurden M, ten Kate FJ, Beckmann I, Ewing PC, Eijkemans MJ, et al. Treatment of vulvar intraepithelial neoplasia with topical imiquimod. *N Engl J Med.* 2008;358(14):1465-73.
9. Lawrie TA, Nordin A, Chakrabarti M, Bryant A, Kaushik S, Pepas L. Medical and surgical interventions for the treatment of usual-type vulvar intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(1):CD011837.
10. Hurt CN, Jones S, Madden TA, Fiander A, Nordin AJ, Naik R, et al. Recurrence of vulvar intraepithelial neoplasia following treatment with cidofovir or imiquimod: results from a multicentre, randomised, phase II trial (RT3VIN). *BJOG.* 2018;125(9):1171-7.
11. Murta EF, Neves Júnior MA, Sempionato LR, Costa MC, Maluf PJ. Vaginal intraepithelial neoplasia: clinical-therapeutic analysis of 33 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;272(4):261-4.
12. Preti M, Boldorini R, Gallio N, Cavagnetto C, Borella F, Pisapia E, et al. Human papillomavirus genotyping in high-grade vaginal intraepithelial neoplasia: A multicentric Italian study. *J Med Virol.* 2024;96(2):e29474.
13. Apgar SB, Brotzman GL, Spitzer M. *Colposcopia. Princípios e prática*. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
14. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA.* 2002;287(16):2114-9.
15. Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol.* 1993;12(2):186-92.
16. World Health Organization (WHO). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. Geneva: WHO; 2020.
17. Primo WQ. National Cancer Institute and the 2023-2025 Estimate – Cancer Incidence in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;45(1):1-2.
18. Primo WQ, Valença JE. *Doenças do trato genital inferior*. São Paulo: Elsevier; 2016.
19. Primo WQ, Fernandes EC, Silva Filho AL. *Ginecologia oncológica. Diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Manole; 2022.
20. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31.
21. Demarco M, Egemen D, Raine-Bennett TR, Cheung LC, Befano B, Poitras NE, et al. A Study of Partial Human Papillomavirus Genotyping in Support of the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):144-7.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Inca; 2011 [citado 2024 Ago 2]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>

Prescrição e uso de ácido acetilsalicílico como método profilático para a pré-eclâmpsia

Prescription and use of acetylsalicylic acid as a prophylactic method for preeclampsia

Júlia de Oliveira Nadaletto¹, Ricardo Porto Tedesco², Maria Helena de Sousa¹

Descritores

Pré-eclâmpsia; Ácido acetilsalicílico; Profilaxia; Assistência pré-natal; Fatores de risco

Keywords

Pre-eclampsia; Acetylsalicylic acid; Prophylaxis; Prenatal Care; Risk Factors

Submetido:

20/02/2025

Aceito:

01/07/2025

1. Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

2. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Júlia de Oliveira Nadaletto
junadaletto@uol.com.br

Como citar:

Nadaletto JO, Tedesco RP, Sousa MH. Prescrição e uso de ácido acetilsalicílico como método profilático para a pré-eclâmpsia. Femina. 2025;53(8):1029-34.

RESUMO

Objetivo: Analisar se pacientes com o diagnóstico de pré-eclâmpsia e com fatores de risco associados foram orientadas sobre o uso de ácido acetilsalicílico e se aderiram ao tratamento corretamente. **Métodos:** Estudo observacional descritivo, de corte transversal. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas com pacientes portadoras de pré-eclâmpsia no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, durante o período de agosto de 2022 a junho de 2023, e preenchimento de questionário desenvolvido para o estudo. A quantificação e a análise dos dados foram realizadas por meio de planilha no Excel[®]. A análise dos dados foi do tipo descritiva simples, apresentando-se frequência absoluta e porcentagem para variáveis qualitativas, e média e desvio-padrão para variáveis quantitativas.

Resultados: Um total de 100 pacientes foi incluído no estudo. Verificou-se que 49% das mulheres com fatores de risco associado, portanto com indicação para fazer uso da ácido acetilsalicílico como método profilático, foram orientadas. Dessas, 98% aderiram ao tratamento. Na amostra estudada, os fatores de alto risco mais prevalentes foram: hipertensão arterial crônica (24%) e história prévia de pré-eclâmpsia (23%). O fator de médio risco mais prevalente foi a obesidade (50%), seguido de fatores de história pessoal (43%) e nuliparidade (39%). **Conclusão:** Ainda não faz parte da rotina de muitos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal orientar pacientes com fatores de risco para a pré-eclâmpsia a fazerem uso da ácido acetilsalicílico em baixas doses como método profilático. O reconhecimento dos principais fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia auxilia na capacitação desses profissionais e na assistência a gestantes e puérperas.

ABSTRACT

Objective: To analyse patients diagnosed with preeclampsia and associated risk factors who were advised to use acetylsalicylic acid and whether they adhered to treatment correctly. **Methods:** Descriptive, cross-sectional observational study. Data collection was carried out through interviews with patients with preeclampsia at University Hospital of Faculdade de Medicina de Jundiaí, during the period from August 2022 to June 2023, and filling out the questionnaire developed for the study. Data quantification and analysis was carried out using worksheet Excel[®]. Data analysis was simple descriptive, presenting absolute frequency and percentage for qualitative variables, and mean and standard deviation for quantitative variables. **Results:** A total of 100 patients were included in the study. It was found that 49% of women with associated risk factors, and therefore indicated to use acetylsalicylic acid as a prophylactic method, were advised. Of these, 98% adhered to the treatment. In the studied sample,

*the most prevalent high-risk factors were: chronic arterial hypertension (24%) and previous history of pre-eclampsia (23%). The most prevalent medium risk factors were obesity (50%), followed by personal history factors (43%) and nulliparity (39%). **Conclusion:** It is not yet part of the routine of many health professionals in prenatal consultations to advise patients about the risk factors for pre-eclampsia and to use low-dose acetylsalicylic acid as a prophylactic method. Recognizing the main risk factors related to pre-eclampsia helps to train these professionals and provide assistance to pregnant and postpartum women.*

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é uma doença multifatorial e multissistêmica que se desenvolve após 20 semanas de gestação. É caracterizada pela presença de hipertensão (pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg) associada à proteinúria e/ou por disfunção de órgãos-alvo.⁽¹⁻³⁾ Pode ser classificada em precoce ou tardia, de acordo com o momento do diagnóstico (menos ou mais de 34 semanas).⁽⁴⁾ Por se tratar de uma importante causa de morte e complicações maternas e perinatais, que não apresenta uma etiologia plenamente estabelecida e ocorre em cerca de 2% a 8% das gravidezes, é fundamental que sejam identificados os fatores de risco e, fazendo-se necessário, que se inicie oportunamente o tratamento profilático.^(1,3,4)

Diante dessa condição, foi verificado que o ácido acetilsalicílico – medicamento mais prescrito no mundo – possibilitou o desenvolvimento de uma nova era na medicina materno-fetal, uma vez que apresentou papel relevante na prevenção do desenvolvimento e de complicações decorrentes da PE em gestantes de alto risco.^(1,5-7) De acordo com um importante estudo sobre esse assunto, o estudo ASPRE,⁽⁶⁾ o tratamento com AAS em baixas doses uma vez por dia, à noite, em mulheres com alto risco de PE, resultou em menor incidência da doença, quando comparado ao grupo de mulheres que não fizeram o uso do medicamento. É válido salientar que, apesar de esse estudo ter utilizado a dose diária de 150 mg de ácido acetilsalicílico, ainda existem dúvidas sobre a dose ideal, havendo indicação para que se situe entre 80 e 150 mg.⁽⁴⁾

Assim, há recomendação para a ingestão do AAS com início entre a 12ª e a 16ª semana de gestação e suspensão na 36ª semana ou 5 a 10 dias antes do parto programado, quando se pretende interromper precocemente a gravidez.^(3,5) Essas recomendações são para mulheres com determinados fatores de risco, os quais podem ser subdivididos em alto e médio risco. O AAS deve ser recomendado caso a paciente apresente pelo menos um fator de alto risco ou pelo menos dois fatores de médio risco.^(6,8) Os de alto risco são: história prévia de PE, hipertensão crônica, gestação múltipla, diabetes do tipo 1 ou 2, doença autoimune como lúpus eritematoso sistêmico (LES)

ou síndrome antifosfolípide (SAAF) e doença renal. Já os de risco médio são: obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), idade ≥ 35 anos, nuliparidade, história familiar de PE (avó, mãe, irmã), cor preta, fatores de história pessoal (intervalo de gravidezes < 12 meses ou > 72 meses, gravidez anterior com baixo peso ao nascer ou recém-nascido pequeno para a idade gestacional – PIG) e concepção *in vitro*.^(8,9)

Em vista da evidência de que a maioria das mortes e complicações poderia ser evitada se as gestantes recebessem cuidados eficazes em tempo hábil, é notória a importância da assistência pré-natal (PN). No entanto, em nosso país, muitas vezes a atenção PN encontra um cenário desafiador, devido à inadequada qualificação de alguns profissionais da saúde para impulsionar ações com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, no caso, no que diz respeito à PE e suas complicações.^(3,10) De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, a triagem no primeiro trimestre de gestação para PE inclui: características maternas, pressão arterial, Doppler da artéria uterina e níveis de fator de crescimento da placenta (PIGF) e da proteína A associada a gravidez (PAPP-A).⁽⁹⁾ Dentro da nossa realidade, o rastreamento realizado pela história clínica é absolutamente viável, porém nem sempre é realizado de maneira correta.

O AAS iniciado antes das 16 semanas de gestação pode acarretar sintomas gastrointestinais em cerca de 10% das pacientes, porém não há evidências de aumento de sangramento materno e nem de descolamento prematuro da placenta.⁽¹¹⁾ Sabe-se que o AAS, em doses baixas, administrado uma vez ao dia, inibe a ciclooxigenase (COX), reduzindo a síntese de tromboxano e, conseqüentemente, a agregação plaquetária, sem interferir, no entanto, com a produção de prostaciclina.^(5,12) Dessa forma, há redução da vasoconstrição e da hipercoagulabilidade placentária, além de diminuir o estresse oxidativo da placenta.^(4,13) Tanto o tromboxano como a prostaciclina têm produção circadiana com pico no período noturno, por isso é recomendada a ingestão do comprimido à noite.⁽⁴⁾

Em relação às complicações decorrentes da PE, podem ocorrer: eclâmpsia, deslocamento prematuro de placenta, síndrome HELLP, edema agudo de pulmão, síndrome do desconforto respiratório e lesão renal aguda, sendo a hemorragia intracraniana a causa mais comum de morte materna com PE.^(1,3) Além disso, o período pós-parto permanece extremamente crítico, havendo, de maneira geral, piora transitória no quadro clínico, devido ao consumo de plaquetas e fatores da coagulação, nas primeiras 24 horas. Os sintomas podem permanecer até seis semanas pós-parto e é imprescindível que as pacientes sejam acompanhadas no puerpério também.⁽¹⁴⁾

Nessa perspectiva, o objetivo principal do presente estudo foi avaliar a prevalência de mulheres que receberam orientação para o uso profilático do AAS em baixa dose durante a gestação, entre aquelas internadas com o diagnóstico de PE e que apresentavam fatores de risco durante o PN. Os objetivos secundários foram:

1. Identificar a prevalência dos fatores de risco associados à PE entre as gestantes internadas com esse diagnóstico;
2. Avaliar a porcentagem de mulheres que, após orientação para o uso profilático do AAS em baixa dose, efetivamente o fizeram;
3. Investigar, entre as mulheres que receberam a orientação para o uso profilático do AAS em baixa dose e que não o fizeram, quais as razões que levaram ao não uso.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, de caráter transversal, abordagem quantitativa e enfoque descritivo. O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, cidade do interior do estado de São Paulo.

Para obtenção do tamanho da amostra, foi realizado previamente um estudo-piloto com 84 participantes e prevalência estimada de orientação sobre uso de AAS para pacientes com diagnóstico de PE, com resultado de 38,1%. Somado a isso, fixou-se o nível de significância em 5% ($\alpha = 0,05$) e uma diferença absoluta aceitável de 9,5 pontos percentuais, resultando em 100 participantes.

As pacientes colaboradoras deveriam ser gestantes ou puérperas atendidas no Hospital Universitário com o diagnóstico de PE e que apresentavam fatores de risco (ao menos um nas participantes de alto risco e ao menos dois nas de médio risco), sem contraindicação para o uso de AAS e em adequadas condições físicas e psicológicas. Primeiramente, deveriam concordar em participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no período de agosto de 2022 a junho de 2023, por meio de entrevista direta com as pacientes e preenchimento de um questionário desenvolvido para o estudo.

Foi realizada entrevista com 113 participantes, sendo excluídas 13 que não apresentavam os fatores de risco necessários para que fossem orientadas a fazer uso profilático de AAS, resultando em 100 participantes.

Os dados coletados foram organizados e armazenados em uma planilha de Excel® para posterior análise. As participantes foram codificadas numericamente, e apenas os pesquisadores tiveram acesso aos dados individuais. Para o procedimento de controle de qualidade, foram feitas verificações de consistência simples e lógica. A análise dos dados foi do tipo descritiva simples, apresentando-se frequência absoluta e porcentagem para variáveis qualitativas, bem como média e desvio-padrão (DP) para variáveis quantitativas.

As pacientes, ao optarem por participar da pesquisa, estiveram sujeitas a riscos mínimos, podendo ter ocorrido somente algum tipo de constrangimento em decorrência do caráter pessoal das perguntas, que foi minimizado pelo anonimato. Os dados foram de acesso exclusivo dos pesquisadores e a identidade das participantes foi preservada, e seus nomes e dados não

foram revelados para indivíduos externos em nenhum momento da pesquisa. Esta pesquisa pode trazer benefícios indiretos à participante, contribuindo com a melhora da prevenção de futuras gestantes com alto risco para o desenvolvimento da PE.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí (protocolo CAAE nº 56025422.0.0000.5412) e pelo Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí. As participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos e às implicações de sua participação, e os pesquisadores estiveram disponíveis para eventuais esclarecimentos. Vale ressaltar que foi permitida a desistência da participante em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo ao tratamento recebido.

RESULTADOS

Verificou-se que apenas 49% das mulheres com indicação para fazer uso do AAS como método profilático foram orientadas durante o PN (Figura 1). Das pacientes orientadas, 98% aderiram ao tratamento. Os 2% das pacientes que não aderiram relataram esquecimento e ausência de sintomas (Figura 2).

Orientação para uso de ácido acetilsalicílico [%]

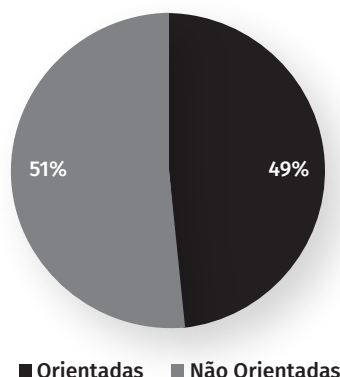


Figura 1. Distribuição das participantes em relação à orientação ao uso de ácido acetilsalicílico

Adesão ao uso de ácido acetilsalicílico [%]

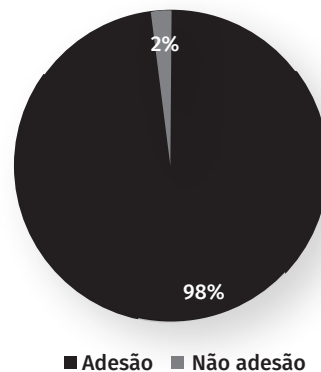


Figura 2. Distribuição das participantes orientadas em relação à adesão ao uso de ácido acetilsalicílico

Em relação à caracterização das pacientes incluídas no estudo, a faixa etária das mulheres variou entre 15 (mínima) e 45 anos (máxima). Observaram-se 15-19 anos (7%), 20-24 anos (15%), 25-29 anos (24%), 30-34 anos (25%) e ≥ 35 anos (29%), considerando média de 31 anos (DP = 6,6 anos) (Figura 3). Em relação à idade gestacional, observaram-se < 29 semanas (14%), 30-34 semanas (35%), ≥ 35 semanas (51%), considerando média de 35 semanas (DP = 4 semanas). Das 100 pacientes consideradas no presente estudo, 26% eram puérperas. Sobre o número de gestações das participantes, encontraram-se primigesta (32%), secundigesta (14%), tercigesta (23%) e quadrigesta ou mais gestações (31%). A média foi de três gestações (DP = 1,8) [dados não apresentados em tabela]. Os resultados obtidos quanto à idade gestacional de interrupção do uso de AAS foram compatíveis com a idade gestacional em que a paciente estava no momento de sua internação hospitalar.

Em relação aos fatores de risco, hipertensão crônica (24%) e história prévia de PE (23%) foram os fatores de alto risco mais prevalentes, em comparação com gestação múltipla (8%), diabetes (8%) e doença renal (2%). Em relação ao médio risco, a obesidade foi o fator mais prevalente (50%), seguido de fatores de história pessoal

(43%), nuliparidade (39%), cor preta (35%), idade ≥ 35 anos (29%) e história familiar de PE (23%). Ademais, não foram apresentados os seguintes fatores de risco: doença autoimune (fator de alto risco) e concepção *in vitro* (fator de médio risco) (Figura 4).

Em relação ao uso do medicamento, entre as pacientes que aderiram ao tratamento, todas afirmaram ter usado AAS na dose de 100 mg (1 comprimido) e 63% fizeram uso noturno do medicamento. Em relação à idade gestacional de início da profilaxia com AAS, verificaram-se ≤ 16 semanas de gestação (74%), 17-19 semanas (11%) e ≥ 20 semanas (15%). Em relação ao término do uso profilático do medicamento: ≤ 36 semanas (95%) e > 36 semanas (5%) (Figura 5).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que mais da metade das mulheres com fatores de risco para desenvolver a PE não foram orientadas sobre a prevenção com AAS em baixa dose durante o PN. Acerca desses dados é importante analisar os motivos da reduzida recomendação, visto que a terapia com AAS em baixas doses é a única para a qual há evidências comprovadas, por meio de ensaios

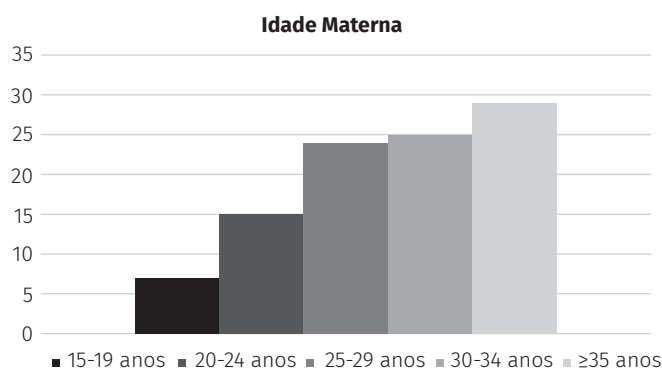
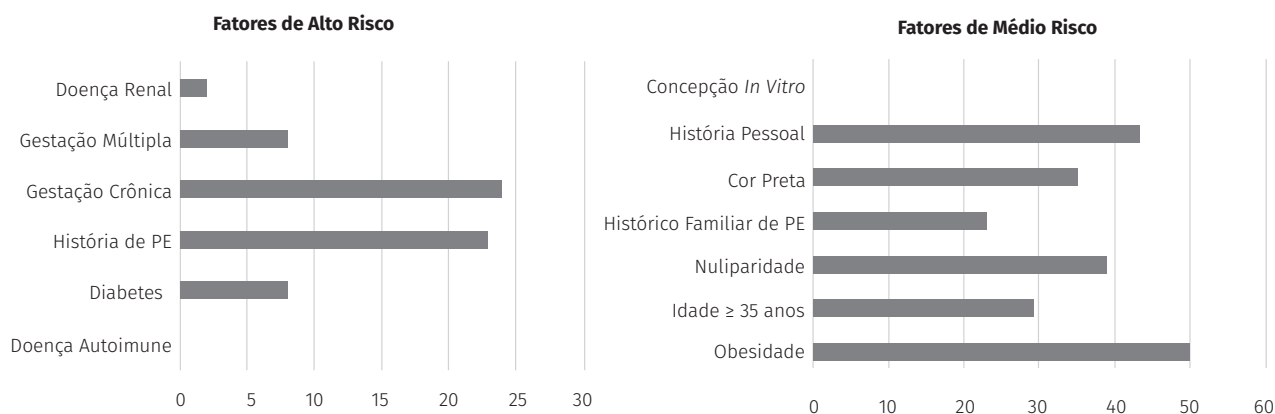


Figura 3. Distribuição da idade materna das participantes



PE: pré-eclâmpsia

Figura 4. Fatores de alto e médio risco para a pré-eclâmpsia

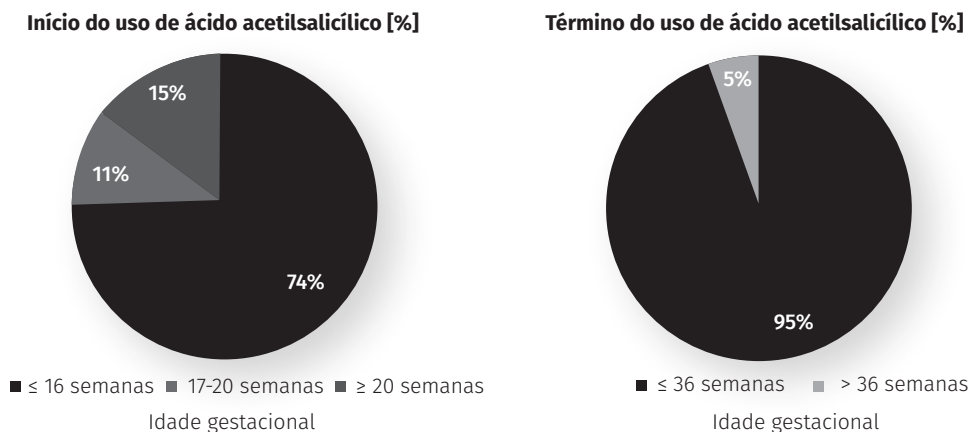


Figura 5. Distribuição das pacientes em relação à idade gestacional de início e término do uso de ácido acetilsalicílico

randomizados, de benefício na redução do risco de PE, pois diminui a incidência da PE pré-termo em cerca de 62% e a morbimortalidade em aproximadamente 10% a 20% (quando tomada por pacientes com risco médio a alto da doença), tendo impacto significativo na saúde materna e neonatal.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ Uma metanálise de 2021 da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) relatou que com a profilaxia houve menor risco de PE (risco relativo [RR]: 0,85, intervalo de confiança [IC] de 95%: 0,75-0,95) e mortalidade perinatal (RR: 0,79, IC de 95%: 0,66-0,96).⁽¹⁶⁾

Em um estudo publicado por August e Sibai,⁽¹⁸⁾ história pregressa de PE, hipertensão preexistente, diabetes pré-gestacional, gestação multifetal, doença renal crônica e doenças autoimunes (SAAF, LES) apresentaram os maiores riscos relativos. Já em uma metanálise de estudos de coorte, a maior taxa de PE ocorreu em pacientes com SAAF (taxa agrupada de 17,3%, RR agrupado: 2,8) e o maior RR de PE ocorreu em pacientes com história pregressa da doença (taxa agrupada de 12%, RR agrupado: 8,4).⁽¹⁷⁾ Ao comparar esses dados com os resultados obtidos no presente estudo, observa-se que, ainda que prevalente em outras regiões, na população analisada as doenças autoimunes não apareceram como fator de risco. Isso pode ter ocorrido devido a condições de baixa incidência e ao fato de o tamanho amostral não ter sido suficiente para identificá-las. Ademais, pode-se analisar que parte dos fatores de risco mais prevalentes é modificável por mudança de estilo de vida.

Em relação à profilaxia considerada correta de ser aderida pelas pacientes, nenhum ensaio comparou diretamente o início precoce e tardio da terapia com AAS para prevenção da PE.⁽¹⁶⁾ Em uma metanálise de 2019, os dados sugeriram um ligeiro benefício em iniciar AAS antes, e não depois, das 20 semanas de gestação (RR 0,85 e 0,90 em < 16 e 16 a 19 semanas *versus* RR 0,99, 0,88 e 0,95 em 20 a 23, 24 a 27 e ≥ 28 semanas, respectivamente), mas os ICs para as razões de risco nas diversas idades gestacionais se sobrepuseram; portanto, se existe uma diferença real é incerto.⁽¹⁶⁾ Os resultados deste estudo observacional demonstraram concordância com a

literatura, pois 85% das participantes iniciaram AAS antes das 20 semanas de gestação. No entanto, vale considerar que pode ter ocorrido certa imprecisão desses dados devido ao viés de memória, uma das limitações do presente estudo.

Alguns autores acreditam que o AAS pode ser mais eficaz se tomado no período noturno; no entanto, especificar o momento da administração não é uma prática padrão e a dosagem noturna pode aumentar a irritação gástrica. As variações nos regimes posológicos entre os estudos baseiam-se, pelo menos parcialmente, nas diferentes formulações disponíveis em várias regiões do mundo. Não há consenso sobre o momento ideal de descontinuação do AAS, e nenhum efeito adverso materno ou fetal relacionado ao uso de AAS em baixas doses no parto foi comprovado.^(11,16)

A USPSTF e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) também sugerem considerar AAS em baixas doses para pacientes com apenas um fator de médio risco. Essa consideração foi motivada por preocupações com as disparidades nos resultados para as pessoas com menos acesso a cuidados médicos e para reduzir potencialmente a disparidade racial na prevalência da doença em grupos desfavorecidos.⁽¹⁶⁾ Ademais, é imprescindível considerar as hipóteses para a limitada orientação por profissionais de saúde. Pode haver necessidade de maior capacitação desses profissionais, bem como de promoção da educação em saúde para as pacientes. Nessa perspectiva, o desconhecimento acerca do local onde as pacientes realizaram o PN e se os profissionais que as atenderam eram ou não da Atenção Primária pode ser considerado como um fator limitante, pois acarreta maior dificuldade no direcionamento de políticas públicas de saúde. Por fim, a boa adesão à terapia é importante.⁽¹⁶⁾

O ponto forte deste estudo é que o Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí é um centro de referência e o único que atende o Sistema Único de Saúde (SUS) na região, abrangendo, além de Jundiaí, outros seis municípios, o que torna a amostra provavelmente representativa da região.

CONCLUSÃO

Apesar de a profilaxia ser de fácil acesso e de a pré-eclâmpsia ser uma importante causa de morte e complicações maternas e perinatais, ainda não faz parte da rotina de muitos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal orientar pacientes com fatores de risco para a pré-eclâmpsia a fazerem uso da ácido acetilsalicílico em baixas doses como método profilático.

É necessária maior capacitação dos médicos da rede pública responsáveis pelo atendimento pré-natal quanto à identificação dos fatores de risco para pré-eclâmpsia, visando à adequada orientação do uso correto e oportuno da ácido acetilsalicílico em baixa dose.

REFERÊNCIAS

- Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. *Femina*. 2019;47(5):258-73.
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, Syngelaki A, O'Gorman N, Matallana CP, et al. Aspre trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;50(4):492-5. doi: 10.1002/uog.18950
- Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on preeclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145 Suppl 1:1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802
- Campos A. O papel da aspirina na prevenção da pré-eclâmpsia: Estado da Arte. *Acta Med Port*. 2015;28(4):517-24. doi: 10.20344/amp.6005
- Kosinski P, Sarznska-Nowacka U, Fiolna M, Wielgos M. The practical use of acetylsalicylic acid in the area of the ASPRE trial. *Ginekol Pol*. 2018;89(2):107-11. doi: 10.5603/GPa.2018.0018
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, Matallana CP, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377(7):613-22. doi: 10.1056/NEJMoa1704559
- World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011.
- US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, et al. Aspirin use to prevent preeclampsia and related morbidity and mortality. *JAMA*. 2021;326(12):1186-91. doi: 10.1001/jama.2021.14781
- De Oliveira LG, Diniz AL, Prado CA, Cunha Filho EV, De Souza FL, Korkes HA, et al. Preeclampsia: universal screening or universal prevention for low and middle-income settings? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(1):61-5. doi: 10.1055/s-0040-1713803
- Ferreira MG, Barbosa TC, Santos RC, Silva LR, Lucena ML, Correia DS. Circuito eu sou SUS: uma estratégia para fortalecer a atenção pré-natal. *Enferm Foco*. 2021;12 Supl 1:67-71.
- O'Gorman N, Wright D, Rolnik DL, Nicolaides KH, Poon LC. Study protocol for the randomised controlled trial: combined multimarker screening and randomised patient treatment with Aspirin for evidence-based Preeclampsia prevention (ASPRE). *BMJ Open*. 2016;6(6):e011801. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011801
- Colafella KM, Neuman RI, Visser W, Danser AH, Versmissen J. Aspirin for the prevention and treatment of pre-eclampsia: a matter of COX-1 and/or COX-2 inhibition? *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2020;127(2):132-41. doi: 10.1111/bcpt.13308
- Walsh SW, Strauss JF 3rd. The road to low-dose aspirin therapy for the prevention of preeclampsia began with the placenta. *Int J Mol Sci*. 2021;22(13):6985. doi: 10.3390/ijms22136985
- Ramos JG, Sass N, Costa SH. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2017. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo; nº 8).
- Reis ZS, Lage EM, Teixeira PG, Porto LB, Guedes LR, Oliveira EC, et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(12):584-90. doi: 10.1590/S0100-72032010001200004
- August P, Jeyabalan A. Preeclampsia: prevention. 2023 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-prevention>
- Norwitz ER, Bellussi F. Early pregnancy prediction of preeclampsia. 2023 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/early-pregnancy-prediction-of-preeclampsia>
- August P, Sibai BM. Preeclampsia: clinical features and diagnosis. 2023 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>

Adolescer seguro: desafios de uma abordagem inclusiva para contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis

Safe adolescence: challenges of an inclusive approach to contraception and prevention of sexually transmitted infections

Cristiano Salles Rodrigues^{1,2}, Uliana Pontes³

Descritores

Deficiência intelectual; Educação sexual inclusiva; Saúde sexual e reprodutiva; Saúde sexual de adolescentes

Keywords

Intellectual disability; Inclusive sex education; Sexual and reproductive health; Adolescent sexual health

Submetido:

15/04/2025

Aceito:

01/07/2025

1. Departamento Materno Infantil, Instituto de Ciências Médicas, Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.

2. Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Instituto de Ciências Médicas Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Cristiano Salles Rodrigues
salles.csr@gmail.com

Como citar:

Rodrigues CS, Pontes U. Adolescer seguro: desafios de uma abordagem inclusiva para contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Femina. 2025;53(8):1035-42.

RESUMO

O estudo explora os desafios da educação sexual inclusiva para adolescentes com deficiência intelectual, destacando barreiras culturais, sociais e metodológicas. O objetivo é explorar e sintetizar as principais contribuições acadêmicas sobre os desafios de uma abordagem inclusiva quanto à orientação sobre métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. A pesquisa utilizou revisão bibliográfica abrangente, priorizando estudos contemporâneos entre 2014 e 2024. A análise incluiu triagem de títulos, leitura detalhada e extração de informações relevantes sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes com deficiência intelectual, visando fundamentar os desafios e propor soluções inclusivas. Os resultados evidenciam que a educação sexual abrangente é essencial para reduzir vulnerabilidades, embora ainda faltem metodologias adaptadas. Barreiras culturais e estruturais, como preconceitos e ausência de suporte familiar, limitam a inclusão. Além disso, a aplicação prática de legislações inclusivas permanece restrita, dificultando o acesso a métodos contraceptivos e informações adequadas. Propostas incluem o desenvolvimento de materiais didáticos acessíveis, capacitação de profissionais e criação de redes de apoio que integrem famílias e educadores. Programas-piloto com estratégias interativas e tecnologias também foram sugeridos para tornar a educação sexual mais efetiva. Conclui-se que a educação sexual inclusiva é essencial para promover autonomia, proteção e equidade na saúde sexual e reprodutiva, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e respeitosa.

ABSTRACT

The study explores the challenges of inclusive sex education for adolescents with intellectual disabilities, highlighting cultural, social and methodological barriers. The aim is to explore and synthesize the main academic contributions on the challenges of an inclusive approach to guidance on contraceptive methods and the prevention of sexually transmitted infections. The research used a comprehensive literature review, prioritizing contemporary studies between 2014 and 2024. The analysis included screening titles, detailed reading and extraction of relevant information on the sexual

and reproductive health of adolescents with intellectual disabilities, with a view to substantiating the challenges and proposing inclusive solutions. The results show that comprehensive sex education is essential for reducing vulnerabilities, although adapted methodologies are still lacking. Cultural and structural barriers, such as prejudice and lack of family support, limit inclusion. Furthermore, the practical application of inclusive legislation remains restricted, hindering access to contraceptive methods and adequate information. Proposals include developing accessible teaching materials, training professionals and creating support networks that integrate families and educators. Pilot programs with interactive strategies and technologies were also suggested to make sex education more effective. It is concluded that inclusive sexuality education is essential to promote autonomy, protection and equity in sexual and reproductive health, contributing to a more inclusive and respectful society.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a fase entre os 10 e 19 anos. Nesse contexto, surgem desafios únicos para os jovens, que lidam com novas descobertas sobre sua sexualidade e autonomia. A sexualidade vai além da prática sexual, englobando aspectos psicossociais, físicos e culturais que são intrínsecos ao desenvolvimento humano. A necessidade de discutir essas questões torna-se particularmente relevante para que esses adolescentes possam tomar decisões informadas sobre métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), promovendo uma vivência segura e responsável de sua sexualidade.⁽¹⁾

No entanto, no Brasil, a educação sexual é frequentemente vista de forma controversa, enfrentando resistência por receios de que possa incentivar a prática sexual precoce, especialmente entre adolescentes. Esse equívoco limita o potencial educativo e preventivo dessas iniciativas, que, de fato, objetivam instruir os jovens a identificarem situações de risco e abuso sexual, ampliando sua capacidade de tomar decisões informadas e seguras.⁽¹⁾

Além disso, uma abordagem adequada da educação sexual não promove o início da vida sexual, mas oferece ferramentas para que os adolescentes compreendam melhor seus corpos e emoções, favorecendo a construção de uma sexualidade saudável e consciente. Nesse cenário, profissionais da saúde, educadores e familiares desempenham papéis essenciais para fornecer uma base de conhecimento sólida e acessível, que atenda às demandas específicas desse grupo etário.⁽²⁾

Ademais, a educação sexual no Brasil começou no início do século XX, influenciada por uma perspectiva médico-higienista da Primeira República, com foco na saúde pública. Nesse período, a escola foi vista como um espaço para disseminar orientações de sanitaristas, psiquiatras e juristas, visando à prevenção de doenças

e à higiene.⁽³⁾ No entanto, esse modelo não priorizava o autoconhecimento ou a saúde sexual e reprodutiva, o que dificulta até hoje a implementação de programas eficazes nas escolas. A associação equivocada entre educação sexual e incentivo a comportamentos sexuais continua a ser um desafio.⁽¹⁾

A sexualidade é um tema desafiador para os educadores, especialmente para os que atuam com jovens com deficiência intelectual (DI). Pesquisas mostram que a abordagem desse tema é frequentemente afetada por preconceitos e estigmas, dificultando uma discussão inclusiva e esclarecedora. A DI pode ser classificada como leve, moderada, severa e profunda, com base no funcionamento intelectual da pessoa. No entanto, é o funcionamento adaptativo que determina o nível de apoio necessário para que o indivíduo realize diversas atividades. Foram definidos quatro níveis de suporte: apoio intermitente, quando é necessário suporte ocasional, como em caso de crises; apoio limitado, requer um programa de suporte diário e ambiente protegido;^(4,5) apoio amplo, quando há necessidade de suporte diário contínuo; e apoio permanente, no caso de necessidade de alto nível de suporte para todas as atividades da vida diária. No caso de pessoas com transtorno do espectro autista, é comum observar a necessidade de suporte maior para alguns grupos de atividades da vida diária em relação a outros, bem como variações, ao longo da vida, da necessidade de suporte.⁽⁶⁾

Os desafios relacionados à inclusão de jovens com deficiência na educação sexual precisam ser abordados com sensibilidade e adaptados às suas necessidades. Esses jovens, muitas vezes, enfrentam barreiras adicionais ao acesso a informações sobre sexualidade, o que os torna mais vulneráveis a riscos, como a exploração sexual, a gravidez indesejada e as ISTs. Ao prover uma educação sexual inclusiva e adequada para adolescentes com deficiência, é possível não apenas protegê-los de situações prejudiciais, mas, também, garantir-lhes o direito ao desenvolvimento pleno de sua vida afetiva e sexual, respeitando suas especificidades e promovendo sua autonomia.⁽⁷⁾

A inclusão de pessoas com DI nos programas de educação sexual exige atenção especial. Embora os objetivos gerais sejam os mesmos para todos os adolescentes, é necessário adaptar as metodologias conforme o tipo de deficiência, utilizando recursos visuais, audiovisuais ou métodos interativos. A DI, caracterizada por funcionamento intelectual abaixo da média e limitações adaptativas, afeta a capacidade de processar informações sobre saúde sexual. Assim, a educação sexual deve ser adaptada de forma sensível, respeitando as limitações dos adolescentes sem negar seu direito à informação e à prevenção.⁽⁸⁾

Ao considerar a importância de uma educação sexual inclusiva, o objetivo geral deste artigo é explorar e sintetizar as principais contribuições acadêmicas sobre os desafios de uma abordagem inclusiva quanto à orientação sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs.

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo baseia-se em uma revisão bibliográfica sobre abordagem inclusiva quanto à orientação sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs, a partir de artigos publicados na base de dados *Scientific Electronic Library* (SciELO), PubMed e Lilacs, garantindo a relevância e a precisão dos resultados obtidos. Palavras-chave específicas, como “Deficiência Intelectual”, “Adolescência e Saúde Sexual”, “Saúde Sexual e Reprodutiva” e “Métodos Contraceptivos vs. Deficiência Intelectual”, foram empregadas na construção do referencial teórico, buscando capturar as publicações mais relevantes e inovadoras no campo da tecnologia e política.

Os critérios de inclusão e exclusão priorizaram a contemporaneidade e a relevância dos estudos para a compreensão do tema. Foram considerados apenas trabalhos publicados entre 2014 e 2024, disponíveis em português e inglês. As fontes incluíram periódicos revisados por pares, livros acadêmicos, relatórios e artigos de conferências de alto impacto, assegurando a qualidade e a robustez das referências. O processo de seleção priorizou estudos com relação direta ao tema e aos objetivos da pesquisa, excluindo aqueles que não se alinharam ao escopo do estudo.

A análise dos estudos selecionados seguiu três etapas principais. Primeiro, foi realizada uma triagem inicial com leitura criteriosa de títulos e resumos. Em seguida, os textos completos dos artigos escolhidos foram lidos com foco na relevância de suas descobertas para os objetivos do estudo. Por fim, o rigor metodológico empregado garantiu que as informações extraídas sustentassem adequadamente a discussão sobre os desafios da implementação de uma orientação inclusiva e eficaz em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes com DI.

RESULTADOS

Direitos reprodutivos, sexuais e saúde mental: conceitos e importância

Os direitos reprodutivos e sexuais são fundamentais para garantir que todos os indivíduos, especialmente adolescentes, possam viver sua sexualidade de forma plena, segura e respeitosa. Esses direitos englobam o acesso à contracepção, à proteção contra ISTs, ao aborto seguro e à proteção contra violência sexual.⁽⁹⁾

Esses direitos reprodutivos e sexuais são amplamente reconhecidos em documentos internacionais, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 e a Declaração de Pequim de 1995, que destacam a autonomia corporal e a liberdade para escolhas sexuais. Tais direitos não apenas visam à proteção física, mas também ao bem-estar psicológico e emocional, assegurando que os indivíduos possam tomar decisões sobre sua saúde sexual sem coerção ou discriminação.⁽¹⁰⁾

A promoção desses direitos exige uma abordagem educativa eficaz, que inclua a educação sexual

abrangente. Esse tipo de educação proporciona aos adolescentes os conhecimentos necessários para eles tomarem decisões informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva, ajudando a prevenir riscos como ISTs e gestação não planejada.⁽¹¹⁾

A educação sexual abrangente contribui para a redução da vulnerabilidade dos jovens, pois lhes dá ferramentas para lidar com questões complexas e frequentemente difíceis, como a escolha de métodos contraceptivos e a compreensão do consentimento e dos relacionamentos saudáveis. Dessa forma, a educação sexual é essencial não só para a prevenção de danos, mas também para promover a equidade de gênero e a saúde mental dos adolescentes.⁽¹²⁾

No entanto, as barreiras culturais, sociais e até mesmo políticas muitas vezes dificultam o acesso a informações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Tais obstáculos, presentes tanto no nível individual quanto no comunitário, impactam diretamente a capacidade dos jovens de tomar decisões informadas sobre sua sexualidade.⁽¹³⁾

Ademais, o preconceito e os tabus historicamente associados à sexualidade também contribuem para a marginalização de certos grupos, como adolescentes com deficiência, que muitas vezes são excluídos dos debates sobre saúde sexual e reprodutiva. Esse cenário sublinha a importância de uma abordagem inclusiva e integrada para garantir que todos os adolescentes, independentemente de suas condições sociais ou físicas, tenham acesso a informações de qualidade que possam promover sua saúde sexual e mental.⁽¹⁴⁾

Desafios de acesso à informação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes com deficiência

Adolescentes com DI enfrentam desafios consideráveis para o acesso a informações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva, o que impacta diretamente sua autonomia e proteção. Muitas vezes, a educação sexual fornecida a esse público não é adaptada às suas necessidades específicas, resultando em uma compreensão limitada sobre práticas seguras e cuidados com a saúde sexual. Além disso, prevalece o estigma de que indivíduos com DI são assexuais ou incapazes de compreender esses conceitos, o que leva à exclusão de programas de educação sexual.⁽¹⁵⁾ Isso agrava ainda mais sua vulnerabilidade ao abuso sexual, já que a falta de informações adequadas contribui para a dificuldade em identificar situações de risco e buscar ajuda.⁽¹⁶⁾

A autonomia, quando tratada de forma equilibrada com proteção, é um ponto fundamental no contexto da educação sexual para adolescentes com deficiência. Embora seja essencial garantir que esse grupo tenha acesso ao conhecimento necessário para tomar decisões informadas, é preciso também reconhecer suas vulnerabilidades específicas.⁽¹⁷⁾

Além da falta de acesso a informações claras, muitos adolescentes com DI têm dificuldade em compreender

as normas sociais e os sinais emocionais e comportamentais dos relacionamentos, o que impacta sua capacidade de manter relações saudáveis. Essa dificuldade torna a educação sexual ainda mais necessária, pois, ao equipar esses jovens com o conhecimento adequado, podemos ajudá-los a identificar situações perigosas e proteger sua saúde e bem-estar.⁽¹⁸⁾

Dessa forma, a educação sexual para esse grupo não deve ser apenas informativa, mas também formativa, proporcionando habilidades sociais que permitam aos adolescentes lidar com suas próprias experiências e es- colhas sexuais de maneira segura e saudável.⁽¹⁹⁾

Ademais, embora tenha havido avanços na inclusão social dessas pessoas, especialmente em áreas como trabalho, educação e lazer, a falta de reflexão sobre a sexualidade dessa população resulta em uma negligência do tema nas políticas públicas e nas práticas educativas. A ampliação do debate sobre saúde sexual e reprodutiva para indivíduos com deficiência é essencial para garantir que todos os adolescentes, independentemente de suas limitações, tenham o direito a uma educação sexual que respeite suas necessidades e promova sua autonomia e segurança.⁽²⁰⁾

Métodos contraceptivos: acessibilidade e entendimento para adolescentes com deficiência

Há barreiras em relação à compreensão dos métodos contraceptivos e ao acesso a eles entre adolescentes com deficiência, principalmente devido a preconceitos e estigmas em torno de sua sexualidade. Frequentemente, pessoas com deficiência (PcD) são vistas como assexuadas ou, em alguns casos, com um comportamento sexual inapropriado. Esses estigmas limitam o acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva, dificultando a compreensão e a utilização de métodos contraceptivos.⁽²¹⁾

A educação sexual, quando adequadamente implementada, pode reduzir essas barreiras, promovendo a conscientização sobre os direitos sexuais e a responsabilidade nas escolhas reprodutivas. A formação desses adolescentes, com programas de educação sexual inclusivos, é essencial para que eles possam tomar decisões informadas e adequadas às suas necessidades, respeitando-se sua autonomia e direitos.⁽²²⁾

Ademais, a falta de informações adequadas sobre os métodos contraceptivos entre adolescentes PcD é um problema amplamente documentado. Muitos serviços de saúde não oferecem aconselhamento específico ou adaptado, o que resulta em uma lacuna no conhecimento dos jovens sobre suas opções.⁽²³⁾

Além disso, a comunicação sobre contracepção muitas vezes é insuficiente, tanto no contexto familiar quanto em serviços de saúde, deixando esses adolescentes vulneráveis a gravidezes não planejadas e ISTs. Isso reflete uma carência de estratégias educativas que considerem as particularidades de cada indivíduo, especialmente aqueles com DI, cujas necessidades de

aprendizagem requerem abordagens personalizadas e acessíveis.⁽¹⁵⁾

Os contraceptivos reversíveis de ação prolongada (LARCs), como dispositivos intrauterino (DIUs) e implantes, são eficazes para adolescentes e considerados a primeira linha de tratamento, incluindo os com deficiência, devido à sua baixa necessidade de manutenção e alta eficácia. Esses métodos são vantajosos para jovens com dificuldades em seguir regimes contraceptivos diários. No entanto, é essencial que sejam explicados de forma clara e acessível, considerando as necessidades cognitivas e sociais dos adolescentes com deficiência, para garantir que possam fazer escolhas informadas e autônomas.⁽²⁴⁾

No entanto, apesar dos avanços na contracepção, ainda têm sido negligenciados a proteção contra ISTs e o abuso sexual, especialmente para adolescentes com DI, que podem não entender a necessidade do uso de preservativos. Além disso, a decisão sobre o uso de contraceptivos orais muitas vezes é tomada pelos pais, limitando a autonomia dos jovens. A educação sexual deve incluir tanto métodos de barreira quanto o respeito às escolhas sexuais, com serviços de saúde oferecendo aconselhamento adaptado e inclusivo para garantir uma abordagem integral à saúde sexual.⁽²⁰⁾

Prevenção de ISTs em adolescentes com deficiência

A prevenção de ISTs em adolescentes PcD requer uma abordagem mais cuidadosa e adaptada às necessidades específicas desse grupo. Estudos apontam que esses adolescentes enfrentam dificuldades em compreender os riscos associados à atividade sexual, o que os torna mais vulneráveis a essas doenças.⁽²⁵⁾

Além disso, a falta de educação sexual adequada, aliada à escassez de informação acessível, contribui para essa situação. Em muitos casos, a insuficiência da educação sexual nas escolas, somada à precariedade do serviço de saúde, agrava o cenário de risco. Da mesma forma, a percepção limitada de vulnerabilidade é um fator essencial, pois muitos adolescentes não se reconhecem como suscetíveis a contrair ISTs, o que pode resultar na adoção de comportamentos sexuais de risco, como o sexo desprotegido.⁽²⁶⁾

O acesso a informações sobre saúde sexual, especialmente para adolescentes com DI, exige a implementação de estratégias pedagógicas adaptadas às suas capacidades cognitivas e físicas. A utilização de recursos, como o *Design Universal para Aprendizagem* (UDL), por exemplo, tem se mostrado eficaz em tornar a educação em saúde sexual mais inclusiva.⁽¹⁵⁾

Do mesmo modo, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para oferecer orientações adequadas, utilizando linguagem clara e acessível, além de promover a conscientização sobre a importância do uso do preservativo, que ainda é a principal forma de prevenção contra ISTs.⁽²⁷⁾

Além disso, a vulnerabilidade das adolescentes com deficiência é ampliada pela interseção de sexo, deficiência e gênero. Elas são frequentemente menos informadas sobre sua saúde sexual e mais expostas a riscos de violência, como o abuso sexual, o que aumenta a probabilidade de contrair ISTs. A falta de informações adequadas e o suporte familiar e educacional insuficiente agravam essa situação. Assim, é essencial implementar estratégias inclusivas de conscientização sobre ISTs, respeitando as especificidades de cada adolescente, promovendo sua autonomia e protegendo sua saúde sexual.⁽²⁷⁾

Rede de apoio para adolescentes com deficiência no contexto da saúde reprodutiva

A acessibilidade aos métodos contraceptivos para adolescentes com deficiência enfrenta desafios relacionados à formação inadequada dos profissionais de saúde. Muitas vezes, esses profissionais carecem de treinamento específico em comunicação sensível, o que dificulta a prestação de serviços adequados, respeitosos e inclusivos. Isso pode resultar em uma orientação anticoncepcional ineficaz e até mesmo em violação de confidencialidade, prejudicando a confiança entre o adolescente e o profissional. A capacitação de profissionais em questões de deficiência é essencial para garantir que as informações sobre contracepção sejam entregues de forma acessível e eficaz.^(28,29)

Além da formação dos profissionais, a colaboração de pais e educadores é essencial para garantir que as informações sobre métodos anticoncepcionais sejam transmitidas de maneira clara e compreensível. Envolver a família no processo de orientação contribui para melhorar a aceitação e a compreensão dos adolescentes sobre as opções contraceptivas, garantindo que eles se sintam mais seguros ao tomar decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva.⁽²³⁾ A educação sexual deve ser abordada de maneira contínua, considerando tanto os aspectos técnicos dos métodos contraceptivos quanto o respeito às decisões pessoais do adolescente.⁽³⁰⁾

Devido às limitações cognitivas ou motoras, esses adolescentes muitas vezes dependem de seus pais ou responsáveis para receber orientação e apoio adequados. A proximidade e o envolvimento da família tornam-se ainda mais relevantes para garantir que o adolescente tenha acesso a informações corretas e adequadas sobre contracepção e saúde sexual. O apoio familiar não apenas fortalece a compreensão dos métodos anticoncepcionais, mas também ajuda a prevenir situações de risco, como abuso sexual, por meio de uma educação sexual mais abrangente e inclusiva.⁽¹⁴⁾

É comum, devido à DI, que pais e professores por vezes tratem pessoas com deficiência de forma diferenciada, negando-lhes as mesmas informações sobre sexualidade oferecidas aos outros adolescentes. A falta de conhecimento sobre seus corpos dificulta a compreensão de desejos e sensações, além de influenciar sua percepção do pudor e das expectativas sociais.⁽⁶⁾

Dessa forma, a Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1989) reforça a importância do acesso à educação e à saúde, incluindo temas como sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos. No caso dos adolescentes com deficiência, essa inclusão é muitas vezes negligenciada, seja por preconceitos sociais ou pela dificuldade em adaptar a comunicação. Propostas de orientação sexual devem ser implementadas em currículos educacionais específicos para essa população, garantindo que os adolescentes com deficiência recebam informações adequadas desde cedo, o que pode prevenir problemas futuros relacionados à saúde sexual.⁽³⁰⁾

Uma abordagem eficaz requer a participação ativa de diferentes atores, como profissionais de saúde, cuidadores e educadores, que devem trabalhar de forma colaborativa para atender às necessidades específicas dos adolescentes com deficiência. Esse modelo colaborativo permite a personalização das informações e a adaptação do conteúdo conforme as habilidades cognitivas dos adolescentes.⁽³¹⁾ A educação sexual, ao ser apresentada de maneira acessível, facilita a compreensão e a autonomia dos jovens, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre métodos contraceptivos e a lidar com questões de saúde sexual de forma responsável.⁽³²⁾

Legislação brasileira e proteção aos direitos de adolescentes com deficiência

A legislação brasileira assegura uma série de direitos às pessoas com deficiência, incluindo os adolescentes, visando a sua plena inclusão social. A Constituição Federal de 1988 consagra a igualdade e a não discriminação, impondo ao Estado a obrigação de promover a educação inclusiva e a integração social das pessoas com deficiência, em conformidade com os padrões internacionais.⁽³³⁾ Além disso, a Lei nº 10.098/2000 estabelece normas básicas de acessibilidade, garantindo que os espaços e serviços públicos sejam adaptados às necessidades dessa população, promovendo sua participação plena na sociedade.⁽¹⁴⁾

Ademais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, é uma legislação fundamental que protege os direitos dos adolescentes, incluindo aqueles com deficiência. O ECA assegura o direito a educação, saúde e proteção integral, alinhando-se aos princípios da Convenção sobre os Direitos da Criança. Ele enfatiza a importância da adaptação do ambiente social e escolar às necessidades específicas dos adolescentes com deficiência, reconhecendo sua condição e garantindo a dignidade e o respeito a seus direitos fundamentais.⁽³⁴⁾

Além disso, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) também desempenha um papel importante na proteção dos direitos dos adolescentes com deficiência. Essa legislação, influenciada pela Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, busca garantir a plena capacidade civil e a autonomia para os indivíduos com deficiência.⁽³⁵⁾ A Lei propõe a criação de um sistema de suporte que possibilite a inclusão

social desses indivíduos, ajustando a sociedade para que ela atenda às suas necessidades específicas, e não o contrário. A luta pela inclusão ainda persiste, mas a legislação tem sido essencial para assegurar os direitos conquistados e continuar avançando.⁽¹⁴⁾

DISCUSSÃO

Este estudo abordou os desafios da orientação inclusiva sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs para adolescentes, com enfoque especial em jovens com DI. Foi possível identificar barreiras estruturais e culturais que dificultam o acesso a informações de saúde sexual e reprodutiva, além da carência de metodologias adaptadas para esse público. A pesquisa buscou ressaltar a importância de ferramentas inclusivas e redes de apoio que promovam direitos sexuais e reprodutivos, destacando a necessidade de garantir a autonomia e a proteção desses jovens em um contexto educativo e de saúde mais equitativo.

Os resultados evidenciam que, apesar dos avanços na legislação brasileira e nos direitos sexuais, existem limitações na implementação prática de políticas inclusivas. A educação sexual inclusiva e abrangente foi destacada como um dos pilares para reduzir vulnerabilidades, embora metodologias adaptadas ainda sejam escassas. A falta de informações claras e acessíveis sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs aumenta a exposição dos adolescentes com deficiência a riscos, como abuso sexual e gravidez não planejada. Nesse sentido, a formação de profissionais de saúde e o envolvimento familiar emergem como estratégias essenciais para a construção de uma rede de apoio efetiva.

Dentre as contribuições deste estudo, destaca-se o aprofundamento da compreensão sobre as dificuldades enfrentadas por adolescentes com deficiência no acesso à saúde sexual e reprodutiva. A pesquisa também propôs caminhos práticos para superar essas barreiras, como o desenvolvimento de materiais didáticos acessíveis e a capacitação de profissionais de saúde e educadores. Contudo, algumas limitações foram identificadas, como a ausência de dados empíricos primários e a dependência de fontes bibliográficas, o que restringiu a análise a um escopo teórico.

Para trabalhos futuros, recomenda-se a realização de estudos de campo que incluam a participação ativa de

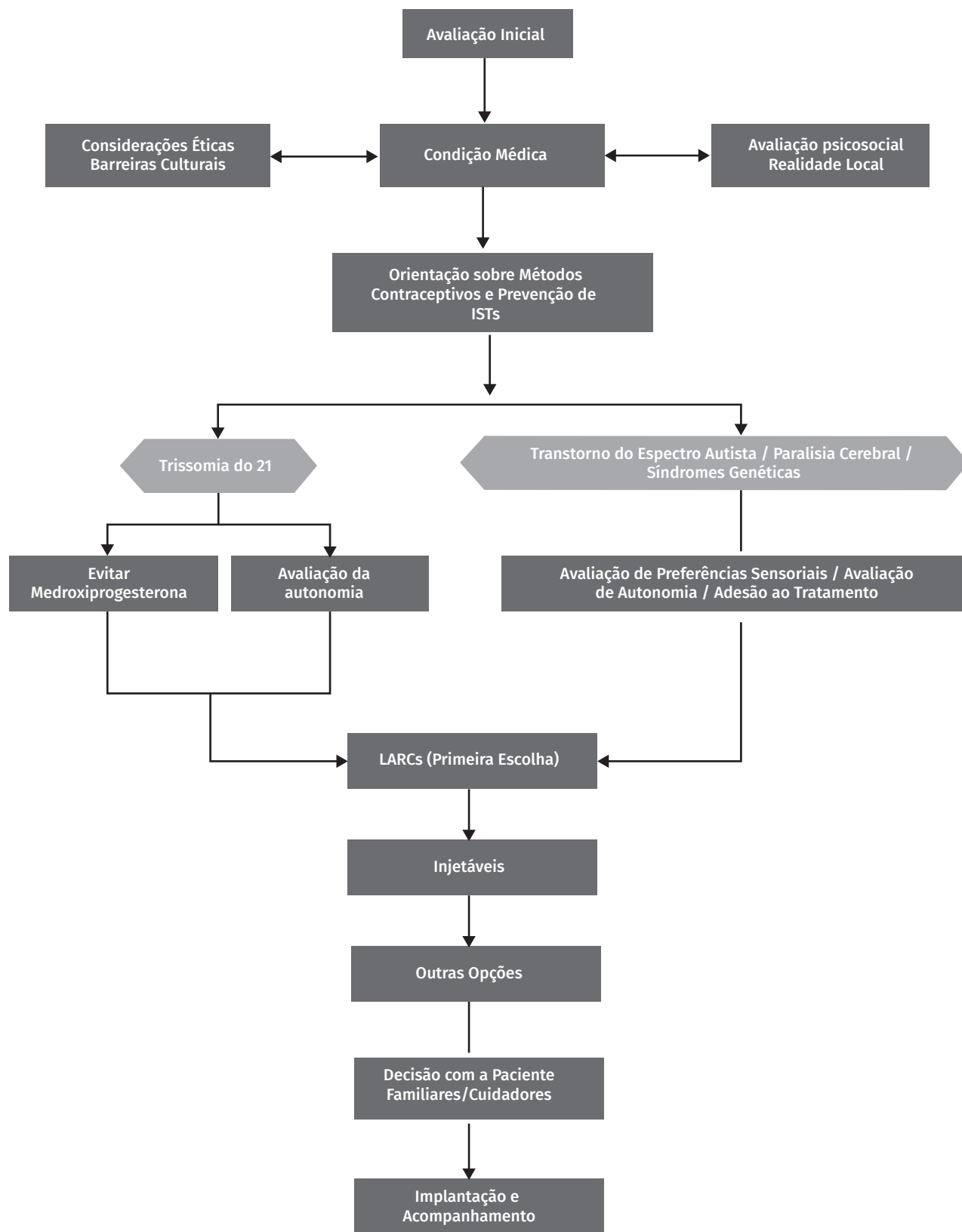
adolescentes, familiares e profissionais, possibilitando uma análise mais contextualizada das necessidades específicas dessa população, conforme fluxograma proposto na figura 1. Além disso, seria pertinente investigar o impacto de programas-piloto que combinem estratégias inclusivas com metodologias interativas, utilizando recursos audiovisuais e tecnológicos. Tais abordagens podem contribuir para uma transformação prática no acesso à saúde sexual e reprodutiva, promovendo maior equidade e respeito à diversidade.

Ademais, este estudo busca revisar e chamar a atenção dos profissionais que atuam com esse público, incluindo não apenas ginecologistas, mas também outros profissionais de saúde e familiares, sobre as barreiras e preconceitos que podem surgir ao discutir esse tema com adolescentes. A relevância desta abordagem se reflete no projeto de extensão e iniciação científica em andamento na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ – Macaé), cujo objetivo é, a partir de março de 2025, realizar atividades de campo para ouvir pacientes e, principalmente, familiares – que possivelmente representarão a maior barreira – a fim de propor uma conduta inclusiva e adaptada que assegure os direitos reprodutivos dessa população.

Espera-se que os desdobramentos desse projeto contribuam para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e humanizadas, promovendo impacto positivo na vida dos adolescentes com deficiência e de suas famílias, fortalecendo uma cultura de respeito e inclusão no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

CONCLUSÃO

A promoção da educação sexual inclusiva para adolescentes com DI configura-se como uma estratégia indispensável para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dessa população. Superar barreiras culturais, estruturais e comunicacionais requer não apenas metodologias acessíveis e formação continuada de profissionais, mas também o engajamento ativo de famílias e educadores. Investir em práticas educativas adaptadas, interativas e embasadas cientificamente é essencial para assegurar autonomia, proteção e equidade, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva, ética e respeitosa.



ISTs: infecções sexualmente transmissíveis; LARCs: contraceptivos reversíveis de ação prolongada; PCD: pessoas com deficiência.

Figura 1. Fluxo clínico para avaliação multiprofissional, orientação sexual e decisão no uso de métodos contraceptivos em pacientes PCD

REFERÊNCIAS

- Campos IC, Miranda JC. Educação sexual nas escolas: uma necessidade urgente. *Bol Conjuntura (BOCA)*. 2022;12(34):108-26. doi: 10.5281/zenodo.7151234
- Jobim ML, Nascimento AS, Santos TD, Silva JP, Simões TS. A importância da prevenção sexual para adolescentes em fase escolar no Brasil: uma percepção do enfermeiro. *Rev JRG Estud Acad*. 2023;6(13):808-19. doi: 10.5281/zenodo.8040616
- Bueno RC, Ribeiro PR. História da educação sexual no Brasil: apontamentos para reflexão. *Rev Bras Sexual Hum*. 2018;29(1):49-56.
- Faria ME, Borba MG. Autismo: sinais, níveis de suporte e diagnóstico-uma revisão sistemática de estudos recentes. *Rev Ibero-Am Hum Ciênc Educ*. 2024;10(6):4100-12.
- Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. An overview of intellectual disability: definition, diagnosis, classification, and systems of supports. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2021;126(6):439-42. doi: 10.1352/1944-7558-126.6.439
- Zuin LF. Sexualidade e educação sexual de pessoas com deficiência intelectual: entendimentos de professores de uma instituição de educação especial [dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2020.
- Alves B, Morais KH. Educação sexual, sexualidade e deficiência: o que relatam as pesquisas de pós-graduação. *Teoria Prat Educ*. 2018;20(1):91-100.
- Araujo LA, Costa Filho WM. A Lei 13.146/2015 (o estatuto da pessoa com deficiência ou a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência) e sua efetividade. *Direito Des*. 2016;7(13):12-30. doi: 10.26843/direitoedesenvolvimento.v7i13.298
- Benedetto C. Sexual and reproductive health and rights. Cambridge: Cambridge University Press; 2024.
- McGovern T, Ahmed A. Equity in health: sexual and reproductive health and rights. New York: Oxford University Press; 2023.
- Skinner R, Davies C, Marino J, Botfield JR, Lewis L. Sexual health of adolescent girls. In: Ussher JM, Chrisler JC, Perz J. *Routledge international handbook of women's sexual and reproductive health*. London: Routledge; 2019. p. 393-411.
- Jespers V, Nöstlinger C, Van de Wijgert J. Adolescent sexual health: time to invest in a healthy future generation. *Sex Transm Infect*. 2016;92(4):248-9. doi: 10.1136/sextrans-2015-052485
- Mbarushimana V, Conco DN, Goldstein S. "Such conversations are not had in the families": a qualitative study of the determinants of young adolescents' access to sexual and reproductive health and rights information in Rwanda. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1867. doi: 10.1186/s12889-022-14256-9
- Fonsêca BR. Os desafios enfrentados pelas famílias das crianças e adolescentes com deficiência que fazem tratamento na Clínica Pedagógica Professor Heitor Carrilho: uma realidade a ser analisada [trabalho de conclusão de curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.
- Grove L, Morrison-Beedy D, Kirby R, Hess J. The birds, bees, and special needs: making evidence-based sex education accessible for adolescents with intellectual disabilities. *Sex Disabil*. 2018;36(4):313-29. doi: 10.1007/s11195-018-9547-7
- Greene A, Baugh M, Sherwood-Laughlin C, Greathouse L, Galyan J, Simic Stanjovic I, et al. Development of a sexual consent intervention for adolescents with intellectual and developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2024;37(5):e13272. doi: 10.1111/jar.13272
- Enuijoe SC, Leland B, Munson E, Ott MA. Sexuality among adolescents with intellectual disability: balancing autonomy and protection. *Pediatrics*. 2021;148(5):e2021050220. doi: 10.1542/peds.2021-050220
- Konieczna A, Białek I. [Education to support intimate relationships for youth with intellectual disabilities]. *Lubelski Rocz Pedagog*. 2024;43(2):209-25. Polish.
- Daly A, Heah R, Liddiard K. Vulnerable subjects and autonomous actors: The right to sexuality education for disabled under-18s. *Glob Stud Child*. 2019;9(3):235-48. doi: 10.1177/2043610619860997
- Marcolino AB, Almeida SA, Nogueira JA. Sexualidade e deficiência intelectual: revisão integrativa da literatura. *Braz J Health Rev*. 2019;2(4):2677-94. doi: 10.34119/bjhrv2n4-039
- Carvalho RL. Conversando sobre sexualidade e educação sexual com familiares de crianças e adolescentes com deficiência [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2024.
- Costa LS, Amorim A, Gertner S, Feminella AP, Aguilar C, Ramos BS, et al. Direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024.
- Munakampe MN, Zulu JM, Michelo C. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):909. doi: 10.1186/s12913-018-3722-5
- Durante JC, Sims J, Jarin J, Gold MA, Messiah SE, Francis JK. Long-acting reversible contraception for adolescents: a review of practices to support better communication, counseling, and adherence. *Adolesc Health Med Ther*. 2023;14:97-114. doi: 10.2147/AHMT.S374268
- Hartini S, Chamidah NA, Herini ES. Sexual behavior problems in adolescents with intellectual disabilities: a systematic review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021;9(F):163-70. doi: 10.3889/oamjms.2021.6016
- Ciriaco NL, Pereira LA, Campos-Júnior PH, Costa RA. A importância do conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) pelos adolescentes e a necessidade de uma abordagem que vá além das concepções biológicas. *Rev Em Ext*. 2019;18(1):63-80. doi: 10.14393/REE-v18n12019-43346
- Nóbrega KB, Marinus MW, Belian RB, Gontijo DT. Validação da tecnologia educacional "abuso não vai rolar" para as jovens com deficiência intelectual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(7):2793-806. doi: 10.1590/1413-81232021267.09032021
- Mathabela B, Madiba S, Modjadji P. Exploring Barriers to accessing sexual and reproductive health services among adolescents and young people with physical disabilities in South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(2):199. doi: 10.3390/ijerph21020199
- Draths R. [Contraception in adolescents and women with disabilities]. *Ther Umsch*. 2022;79(10):527-34. doi: 10.1024/0040-5930/a001396. German.
- Ambrosio RB, Riscado JL, Vieira ML, Melo FM. Sexualidade do adolescente com deficiência: ancoragens na literatura. *Rev Eletron Acervo Saúde*. 2019;11(3):e277. doi: 10.25248/reas.e277.2019
- Verlenden J, Bertolli J, Warner L. Contraceptive practices and reproductive health considerations for adolescent and adult women with intellectual and developmental disabilities: a review of the literature. *Sex Disabil*. 2019;37(4):541-57. doi: 10.1007/s11195-019-09600-8
- Walters FP, Gray SH, Polanco F. Addressing sexual and reproductive health in adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(4):451-8. doi: 10.1097/MOP.0000000000000635
- Vieira CT, Perondi L. Educação inclusiva: um panorama nas leis brasileiras. *Rev Fac FAMEN*. 2024;5(1):75-86. doi: 10.36470/famen.2024.r5a06
- Sacco AM, Souza AP, Koller SH. Child and adolescent rights in Brazil. *Int J Child Rights*. 2015;23(4):818-43. doi: 10.1163/157181811X611063
- Lazari RJ, Nishiyama AM. O Estado Brasileiro e a inclusão social das pessoas com deficiência. *Rev Bras Ciênc Soc*. 2020;15(1):1-5. doi: 10.22456/2317-8558.94160



Sobre a

Femina®

A *Femina* é uma publicação mensal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), editada ininterruptamente desde 1972. Seu objetivo é oferecer aos associados, de forma didática e acessível, informações relevantes sobre fatos, eventos e decisões que envolvem a Diretoria Executiva, as suas Federadas e as Comissões Especializadas. Os fascículos incluem entrevistas com especialistas de diversas áreas da Ginecologia e Obstetrícia e de outras especialidades médicas, abordando temas de interesse dos associados. Além disso, há um espaço aberto para opiniões e manifestações dos associados sobre assuntos pertinentes à Associação.

Femina disponibiliza um **Caderno Científico** que tem como principal característica a publicação de artigos que possam ter um impacto direto prática diária dos ginecologistas e obstetras brasileiros. Nesse sentido, artigos clínicos e epidemiológicos baseados em casuística nacional são de grande interesse para serem publicados. A *Femina* aceita para publicação artigos originais; artigos de revisão (sistemática ou narrativa) e de atualização; opiniões de especialistas; descrições de casos ou séries de casos; cartas aos editores, além de outros comentários. São também publicados “*Guidelines*” ou “*Statements*” e Protocolos Clínicos elaborados pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo ou por outras Sociedades de Especialidades afins a Ginecologia e Obstetrícia. Merecem destaque, ainda, as seções de Ética e Defesa Profissional e a de Residência Médica.

Todos os manuscritos submetidos à publicação em *Femina* devem estar de acordo com as **Instruções aos Autores** e passarão por avaliação de revisores e do Conselho Editorial, considerando conteúdo, forma e qualidade. Todas as contribuições serão publicadas no idioma português. A *Femina* é uma revista “open access” com edições eletrônicas de livre acesso na Internet (<https://femina.org.br>) e não cobra taxas dos autores para publicação. Ela está registrada na base **LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde**.

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

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