

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 53, Número 9, 2025



**Febrasgo lança DOPS e
reforça protagonismo
na formação dos
futuros ginecologistas
e obstetras**

APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

**Vacinação contra o HPV
e redução das doenças
associadas**

**DIA NACIONAL DA SAÚDE DE
ADOLESCENTES E JOVENS**

**O papel do ginecologista
no desenvolvimento sexual
das meninas**

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

1045

EDITORIAL

Edição ampliada, saber multiplicado

1046

ENTREVISTA

Febrasgo lança DOPS e reforça protagonismo na formação dos futuros ginecologistas e obstetras

1050

DIA NACIONAL DA SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS

O papel do ginecologista no desenvolvimento sexual das meninas

1060

RESIDÊNCIA MÉDICA

DOPS em Ginecologia e Obstetrícia: um novo instrumento para avaliação do desempenho de residentes em cirurgias e procedimentos

1066

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Guia de bolso para a incorporação do implante subdérmico de etonogestrel: o que você precisa saber para a gestão do seu consultório

1070

LIGAS ACADÊMICAS

Educar para Transformar: a união entre universidade, entidades médicas e o setor público para educação em saúde

1075

CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

1076

Uso de neuromoduladores orais em dor pélvica crônica

APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

1085

Vacinação contra o HPV e redução das doenças associadas

PROTOCOLOS FEBRASGO

1092

Gravidez e depressão

1098

Cirurgia minimamente invasiva no câncer ginecológico

1105

Infecção do trato urinário

1110

Puberdade tardia

ARTIGOS ORIGINAIS

1114

Impacto da COVID-19 no panorama do câncer de colo uterino no Sudeste: análise epidemiológica entre 2019 e 2020

1120

A influência do exercício físico no parto e saúde materno-fetal de pacientes internadas em maternidade pública no Paraná (Brasil)

RELATO DE CASO

1127

Tumor miofibroblástico inflamatório – Relato de caso e revisão de literatura

1046

1050

1060

1066

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 Kakhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral

EDITORIAL

Edição ampliada, saber multiplicado

Femina amplia suas páginas! Com sua tenacidade na atualização e educação contínua dos associados da Febrasgo, a *Femina* destaca, em artigo produzido por professores dedicados à formação dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia (GO), o novo instrumento “Observação Direta de Habilidades Procedimentais” – sigla DOPS do inglês. Em seis páginas impecáveis, o texto inclui duas tabelas úteis como roteiro para dois procedimentos cirúrgicos: cesariana e histerectomia. Além do texto, a jornalista Letícia, em lançamento do DOPS, entrevista cinco professores dedicados ao ensino e idealizadores do DOPS, com destaque unânime para os avanços promovidos pela Febrasgo. É presente para todos nós, em particular para os residentes de GO. Em lembrança à celebração ao Dia Nacional da Saúde do Adolescente, em 21 de setembro, membros da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Ginecologia da Infância e Adolescência trazem dois documentos de leitura obrigatória: uma entrevista da Letícia com quatro professores que integram essa CNE, com destaque para o papel do ginecologista na educação sexual das meninas, e um protocolo completo sobre o atendimento à puberdade tardia. Não é excesso assegurar que a leitura dos dois documentos é imperiosa.

A Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), em homenagem a dois de seus membros, comprime espaço para destacar suas realizações. De Minas Gerais, ergue-se o Prof. Gerson Pereira Lopes, titular da cadeira nº 22, retrato do ensino e da assistência qualificada no Brasil. É conferência brilhante! E cientista excepcional com oratória impecável! De Goiás, terra sertaneja, cresce a Profa. Marta Finotti, titular da cadeira nº 30. Primeira mulher a presidir um Congresso Brasileiro da Febrasgo! Ensina e atua na GO há quase quatro décadas! Jovem e brilhante! Orgulho nosso! A Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional traz texto-guia dos professores Maria Auxiliadora Budib, Lia Damásio e Maria Celeste Wender acerca de divulgação, introdução e uso do implante subdérmico de etonogestrel. Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a ampliação das diretrizes para sua utilização em mulheres de 18 a 49 anos de idade. O texto é rico em esclarecimentos e normativas! De Mato Grosso do Sul, o papel das ligas acadêmicas na formação e no estabelecimento de elo entre universidades, entidades médicas e setores públicos é colocado em texto de cinco páginas com ilustração interessante!

O Caderno Científico está ampliado com nove artigos! Tem início com texto mostrando a posição de Febrasgo acerca do uso de neuromoduladores orais em dor pélvica crônica. São cinco pontos-chave e cinco recomendações focando medicamentos, mecanismos de ação, efeitos adversos e interações medicamentosas. O texto é da CNE em Endometriose. Leitura imperdível! Segue texto sobre a eficácia de vacinação contra o papilomavírus humano. Autores de vários estados esmiúçam tudo o que precisamos saber. É atualíssimo e fornece 56 referências para suporte. Quatro protocolos da Febrasgo, produzidos pelas CNEs específicas, dão suporte às nossas atuações, e depressão na gravidez, cirurgia minimamente invasiva no câncer ginecológico, infecção do trato urinário e puberdade tardia são os tópicos extensivamente tratados e recomendados. Artigo original de professores do Rio de Janeiro examina o impacto da COVID-19 na ocorrência do câncer de colo uterino no Sudeste. O objetivo primário foi avaliar o impacto do isolamento social. Os dados são do Instituto Nacional de Câncer (Inca) e mostram diminuição no número de exames para diagnóstico precoce. O impacto na prevenção só será conhecido em alguns anos. Outro artigo original é de professores do Paraná, avaliando a inferência do exercício físico na paciente e saúde materno-fetal. Estudo de corte transversal com dados de 2023 e 2024 mostra que quase 60% das pacientes não fizeram qualquer exercício durante a gestação e mais de 50% não receberam orientação do pré-natalista! O texto é apenas descritivo e não faz nenhuma ilação. Professores de Pelotas-RS relatam um caso raro e bem ilustrado de tumor miofibroblástico inflamatório em ovário direito. Vale pela raridade e pelo relato exemplar!

A ampliação no número de artigos na *Femina* espelha o trabalho robusto dos associados da Febrasgo e membros das CNEs! Felicitações a todos!

Boa leitura.

Sebastião Freitas de Medeiros

Editor



Febrasgo lança DOPS e reforça protagonismo na formação dos futuros ginecologistas e obstetras

Documento inédito que padroniza a formação e avaliação dos residentes em Ginecologia e Obstetrícia marca um novo passo na qualidade do atendimento médico no Brasil

Por Letícia Martins



“Essa iniciativa é um motivo de orgulho para a nossa sociedade, ao reafirmar o compromisso com a formação qualificada dos residentes e, consequentemente, com a melhoria contínua da assistência à saúde da mulher no Brasil”,

declara a Dra. Maria Celeste Osório Wender.



Mais uma vez, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) assume o protagonismo da educação médica no Brasil com o lançamento do *Direct Observation of Procedural Skills*, o DOPS (Observação Direta de Habilidades Procedimentais), um material inovador que estabelece critérios e objetivos para que preceptores e supervisores possam avaliar, de forma simples e eficaz, o desempenho dos residentes em Ginecologia e Obstetrícia durante a execução de procedimentos essenciais.

Em primeira mão, o Caderno Científico desta edição da revista *Femina* publica o resultado desse trabalho coletivo, desenvolvido pela Comissão de Residência Médica (Coreme) da Febrasgo com a colaboração das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs). “Novamente, a Febrasgo está na vanguarda da educação médica brasileira. Este é o primeiro instrumento nacional que formaliza a avaliação dos residentes nesses procedimentos”, afirma o **Dr. Gustavo Salata Romão**, presidente da Coreme da Febrasgo e um dos idealizadores do projeto.

Para a presidente da Febrasgo, **Dra. Maria Celeste Osório Wender**, o DOPS tem um significado muito importante, especialmente pela primazia citada pelo Dr. Gustavo. “Assim como a Ginecologia e Obstetrícia foi a primeira especialidade da Febrasgo a registrar a matriz de competências da residência médica, mais uma vez assume posição de destaque ao liderar o desenvolvimento de instrumentos para avaliação de procedimentos e condutas. De forma objetiva, essa ação representa um avanço na certificação da qualidade dos programas

de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia em todo o país”, ressalta.

Ela qualifica a iniciativa como uma grande conquista, que “representa um motivo de orgulho para a nossa sociedade, ao reafirmar o compromisso com a formação qualificada dos residentes e, consequentemente, com a melhoria contínua da assistência à saúde da mulher no Brasil”.

Neste primeiro momento, estão sendo implementados dois instrumentos de avaliação objetiva: um voltado à cesariana, na área da obstetrícia, e outro relacionado à histerectomia, na área da ginecologia. Após essa etapa inicial, a meta é ampliar o processo para outros procedimentos contemplados na formação dos residentes, fortalecendo o ensino prático e a padronização das competências técnicas em todo o país. “Essas são duas situações críticas para a formação de um médico-residente e, no nosso entender, um residente não pode ser licenciado ou considerado especialista se não estiver apto a realizar esses dois tipos de procedimentos, que são importantes na assistência à saúde das mulheres.”

UM GUIA PARA FORMAR ESPECIALISTAS

O DOPS funciona como um formulário de observação direta. Nele, o preceptor avalia se o residente está apto a executar cada etapa do procedimento cirúrgico com segurança e autonomia. O objetivo não é punir ou gerar notas, mas formar profissionais mais preparados, conscientes de seus pontos fortes e das habilidades que ainda precisam ser desenvolvidas.

“Novamente, a Febrasgo está na vanguarda da educação médica brasileira. Este é o primeiro instrumento nacional que formaliza a avaliação dos residentes nesses procedimentos”,

afirma o Dr. Gustavo Salata Romão.





“A Febrasgo foi a única entidade capaz de capitanear um projeto dessa dimensão, pela sua abrangência nacional e representatividade técnica e regional, com múltiplos saberes”, destaca o Dr. José Paulo Guida.

Conforme explica o Dr. Gustavo, o DOPS foi construído de forma coletiva, com a participação das 29 CNEs da Febrasgo, uma verdadeira força-tarefa de profissionais, que validaram cada item do formulário, que demorou quase um ano para ser desenhado e validado em testes-piloto em programas de residência de diferentes regiões do país para ajustar o modelo, que continha alguns referenciais importantes internacionais, como do *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), do Reino Unido, para a realidade brasileira.

De acordo com o **Dr. José Paulo de Siqueira Guida**, membro da Coreme em Ginecologia e Obstetrícia e coordenador do processo de validação, o trabalho foi intenso, colaborativo e de grande valor científico. “Reunimos especialistas de todo o Brasil, revisamos modelos internacionais e os adaptamos à nossa realidade. A Febrasgo foi a única entidade capaz de capitanear um projeto dessa dimensão, pela sua abrangência nacional e representatividade técnica e regional, com múltiplos saberes”, destaca o Dr. José Paulo.

“Acredito que o DOPS vai ser, de fato, um instrumento muito revolucionário. Com ele, todos os serviços de residência, de norte a sul, de leste a oeste do país, poderão usar uma única avaliação, que vai identificar as fortalezas e as eventuais fraquezas e deficiências dos programas de residência e, por meio disso, gerar dados e conhecimento. Com isso, vamos entender quais são os processos nos quais precisamos melhorar e quais são os processos em que já atingimos um grau melhor de formação. Isso é um avanço histórico na padronização da formação médica em Ginecologia e Obstetrícia e vai entrar para a história das avaliações baseadas nas competências”, reitera o médico.

“A Ginecologia e Obstetrícia é uma especialidade que tem muitos procedimentos. E é preciso verificar, com um grau de confiança, se um determinado residente está pronto para assumir uma dessas cirurgias sem a necessidade de supervisão”, complementa o Dr. Gustavo.

PADRONIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA

A proposta do DOPS é trazer uniformidade, segurança e transparência à avaliação dos residentes. Para o **Dr. José Geraldo Lopes Ramos**, membro da Coreme e vice-presidente da CNE em Hipertensão na Gestação da Febrasgo, o instrumento vai permitir que os critérios de ensino sejam alinhados em todos os programas do país.

“O DOPS padroniza técnicas, estabelece parâmetros mínimos de ensino e fortalece a qualidade das residências. Existem variações de técnicas que são possíveis, mas existe um mínimo de padrão a ser ensinado. Além disso, com o DOPS, poderemos realizar um alinhamento nas avaliações de todos os programas, pois existe uma grande variação em como avaliar um residente. Com isso, podemos realizar a comparação das capacitações entre diversos programas de residência e, ainda, poderemos deixar mais claro como deve ser uma capacitação de um residente ou, em outras palavras, poderemos conceituar como um médico pode ser habilitado como ginecologista e obstetra”, explica.

Ele acrescenta que a ferramenta poderá ser expandida para outros procedimentos, como biópsias, partos e cirurgias para incontinência urinária, consolidando o modelo de avaliação.



“O efeito mais interessante do DOPS é a valorização dos próprios residentes. Eles se sentem muito agradecidos pelo feedback recebido e valorizam a crítica, demonstrando que é uma maneira de melhorar o seu desempenho”, ressalta o Dr. José Geraldo Lopes Ramos.

INSTRUMENTO FORMATIVO

Para o **Dr. Lucas Schreiner**, também envolvido na fase de testes e aplicação do DOPS, a principal contribuição do documento é o caráter formativo. “Por meio da ferramenta, o residente toma conhecimento do que é esperado que ele tenha capacidade de realizar ao longo da sua formação. Dessa forma, seu instrutor identifica o que ainda precisa ser aprendido ao longo daquele treinamento. Então, a utilização da ferramenta permite que o residente aprenda ao longo do processo de execução dos procedimentos, fazendo com que, num outro momento de aplicação do DOPS, ele consiga atingir todos os parâmetros necessários para a execução daquele procedimento”, detalha o profissional.

O Dr. José Geraldo acrescenta outro benefício do DOPS: “O efeito mais interessante é a valorização dos próprios residentes. Eles se sentem muito agradecidos pelo *feedback* recebido e valorizam a crítica, demonstrando que é uma maneira de melhorar o seu desempenho”, afirma.

Para o Dr. Lucas, a criação do DOPS ainda traz uma reflexão para os profissionais que já têm uma longa e consolidada carreira. “Como preceptores, essa experiência nos levou a refletir sobre o que realmente é essencial para que o residente desenvolva a competência necessária para executar cada procedimento com segurança e autonomia.”

EDUCAÇÃO MÉDICA BASEADA EM COMPETÊNCIAS

O lançamento do DOPS reforça o modelo de avaliação baseada em competências, já adotado pela Febrasgo

em iniciativas anteriores, como as EPAs (*Entrustable Professional Activities*). “O DOPS é um passo além. Ele se junta às EPAs e aos processos de titulação, como o TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia), que formam um sistema de sucesso de formação médica. Vamos agora, então, partir para um outro passo para garantir essa avaliação mais longitudinal desses nossos residentes que atenderão a população”, enfatiza o Dr. José Paulo.

Ele afirma que “o modelo de especialista que a Febrasgo endossa na sua formação é um especialista que saiba não só a técnica cirúrgica, mas também que saiba garantir a segurança das nossas pacientes e cuidar dessas pacientes, do início ao fim do procedimento”.

Embora o uso do DOPS seja bastante intuitivo, recomenda-se que os preceptores participem de um treinamento prévio. Para aqueles que já são especialistas, a identificação dos itens a serem avaliados tende a ser mais simples.

“É fundamental estimular o uso desses instrumentos. A proposta não é punir o residente, mas avaliar se ele realmente está preparado para assumir um nível menor de supervisão. Caso ainda não esteja, cabe garantir o acompanhamento necessário até que ele desenvolva autonomia para realizar o procedimento, sempre preservando a segurança da paciente”, explica.

Segundo o presidente da Coreme, a iniciativa contribui para elevar o padrão da formação especializada no país. “Dessa forma, conseguimos aprimorar a qualificação dos futuros especialistas. Nosso objetivo maior é oferecer um cuidado cada vez mais moderno e seguro às mulheres brasileiras – essa é a premissa que jamais perdemos de vista”, conclui o Dr. Gustavo Salata. 

“Como preceptores, essa experiência nos levou a refletir sobre o que realmente é essencial para que o residente desenvolva a competência necessária para executar cada procedimento com segurança e autonomia”, diz o Dr. Lucas Schreiner.



O papel do ginecologista no desenvolvimento sexual das meninas

Com o novo protocolo sobre puberdade tardia da Febrasgo, especialistas reforçam a importância do diálogo em consultório para a formação de adolescentes saudáveis

Por Letícia Martins



No Caderno Científico desta edição da revista *Femina*, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia tem satisfação em apresentar o Protocolo de Avaliação da Puberdade Tardia, elaborado pela Comissão Nacional Especializada

(CNE) em Ginecologia da Infância e Adolescência. O documento, de caráter técnico e educativo, reforça o compromisso da Febrasgo com a atualização científica e a padronização de condutas na saúde das meninas e adolescentes.

Segundo a **Dra. Rosana Maria dos Reis**, presidente da CNE em Ginecologia da Infância e Adolescência e professora associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o novo protocolo da Febrasgo tem como objetivo chamar a atenção para essa fase tão importante da transição da infância para a idade adulta. “Nossa próxima meta é finalizar um posicionamento da nossa CNE (*Position Statement*) sobre como conduzir o início precoce do desenvolvimento da puberdade, além de instituir novos protocolos para divulgar os cuidados com a saúde menstrual das adolescentes. A Febrasgo está iniciando o ‘Atualiza GO’, um curso *online* no qual os especialistas das diferentes CNEs abordarão temas relevantes, que se iniciará com o módulo Ginecologia da Infância e Adolescência”, informa ela, que é uma das autoras do protocolo.

Mas, além do avanço técnico, o lançamento do protocolo reacende um debate essencial: como os ginecologistas podem atuar, com sensibilidade e preparo, na orientação e no cuidado das adolescentes brasileiras?

A reflexão ganha ainda mais importância neste período por causa do **Dia Nacional da Saúde de Adolescentes e Jovens**, celebrado em 21 de setembro, e motiva uma conversa sobre o papel transformador do médico que acolhe, orienta e acompanha essa paciente em um dos períodos mais marcantes da vida. Afinal, “gravidez na adolescência” não é o único tema que pode ser conversado, explicado e elucidado no consultório.

DESAFIOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO DESTA NOVA GERAÇÃO

Conforme explica a Dra. Rosana, um tema desafiador tem sido o atendimento das adolescentes com menos de 14 anos nos consultórios médicos. “Embora nessa faixa etária os cuidados relacionados à saúde sexual, como direito à anticoncepção, sejam considerados pelo Código Penal crime de estupro de vulnerável (Lei nº 12.015/09), os médicos estão protegidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13/07/1990) e pelo Código de Ética Médica (Artigo 74), para garantir o sigilo do atendimento e a prescrição de contraceptivos, no intuito de orientar e prevenir gestação precoce, desde que não seja identificada nenhuma situação de vulnerabilidade que coloque a vida dessas adolescentes em risco”, lembra a profissional.

Para a ginecologista e obstetra **Dra. Camila Martins de Carvalho**, membro da mesma CNE e do Comitê de Ginecologia da Infância e Adolescência da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig), um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos profissionais na prática clínica é a desinformação ou *fake news*. “Há estudos que evidenciam que as redes sociais são a maior fonte de informações sobre saúde

para adolescentes. Mas, infelizmente, a internet também está repleta de *fake news* sobre saúde. Pesquisas mostram ainda que mais de 50% dos jovens acreditam que o primeiro resultado da busca na internet é a melhor fonte de informação.”

Além da desinformação, a Dra. Camila aponta a falta de confiança no profissional de saúde como um obstáculo extra para a orientação sobre a sexualidade. É justamente por isso que se faz tão importante reforçar para a paciente adolescente o direito à confidencialidade na consulta. Um ponto delicado, mas que precisa ser falado, é “esclarecer para os cuidadores o benefício de um tempo privado do médico com a paciente, já que muitas vezes a adolescente guarda sigilo sobre o início de vida sexual. O estabelecimento de um vínculo de confiança é essencial para que a paciente possa abordar suas dúvidas, queixas e história pessoal”.

Aspectos como desenvolvimento corporal e de sexualidade podem ser incorporados em consultas desde a infância, com as limitações específicas de cada idade, conforme explica a Dra. Camila: “À medida que ocorre o amadurecimento da paciente, as perguntas e orientações devem ser exploradas, de acordo com a faixa etária. É importante esclarecer as variações da normalidade e acolher e orientar sobre os questionamentos relacionados às comparações inerentes à adolescência. Para pacientes que necessitam de tratamento, é importante esclarecer as dúvidas, orientar sobre os resultados esperados e possíveis efeitos adversos, além de não reforçar estigmas”.

RELAÇÃO DE CONFIANÇA

Apesar do volume de informação disponível na internet, muitas adolescentes ainda chegam ao consultório com dúvidas básicas sobre corpo e sexualidade. É papel do ginecologista, então, ser atuante nessa abordagem. “Ele não deve aguardar ser questionado pela adolescente para fornecer orientação e não pode perder a oportunidade no atendimento da adolescente, principalmente na sua primeira consulta, para orientar sobre a importância e a responsabilidade dessa nova fase da vida ginecológica, e falar de maneira clara e acolhedora sobre saúde menstrual, como cuidados higiênicos, uso de absorvente

“O médico não deve aguardar ser questionado pela adolescente para fornecer orientação sobre a importância e a responsabilidade dessa nova fase da vida ginecológica”, destaca a Dra. Rosana Maria dos Reis.





“O estabelecimento de um vínculo de confiança é essencial para que a paciente jovem possa abordar suas dúvidas, queixas e história pessoal”,

ressalta a Dra. Camila Martins de Carvalho.

e coletores menstruais, repercussões da sexarca precoce, risco de gravidez e anticoncepção, além de esclarecer sobre o direito de menstruar sem dor”, orienta a Dra. Rosana.

Para conversar com essa nova geração, que parece tão informada, mas pouco orientada, é necessário, acima de tudo, “conquistar a confiança dessa jovem paciente. E na arte da boa relação médico x paciente os colegas são mestres, basta exercê-la de maneira muito empática com essa geração tão sensível e apta ao conhecimento”, ressalta a presidente da CNE em Ginecologia da Infância e Adolescência.

Ou seja, mais do que tratar doenças, o ginecologista que atua com adolescentes deve ajudar a construir comportamentos saudáveis e escolhas conscientes. De acordo com a **Dra. Liliane Diefenthaler Herter**, professora de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, na primeira consulta, o maior erro é não deixar a paciente à vontade. “Às vezes, aquela menina ou adolescente vai à consulta por demanda própria, às vezes é a mãe que marca e a paciente não quer ir. Então, é tentar deixá-la à vontade e conquistá-la na consulta.”

Para isso, a médica indica, é preciso saber a demanda da mãe e/ou da paciente e proporcionar um ambiente agradável, de respeito, e traçar estratégias com a paciente e/ou acompanhante. “Se a paciente não deseja fazer o exame físico e não tem nenhuma emergência, não se deve obrigar, mas oferecer a possibilidade do exame físico a sós, se ela tiver mais de 12 anos e desejar. Se ela não permitir que se examine a mama nem a vulva, não se deve obrigar, mas se deve oferecer sempre a possibilidade de, pelo menos, aferir a pressão, de ver o peso e a altura, colocar nas curvas de crescimento e ajustar a altura do pai e da mãe para ver se ela está dentro do alvo genético. O médico deve transformar a primeira consulta em um momento tranquilo, e não fazer uma situação de exposição desnecessária para a paciente.”



“É importante promover uma troca de ideias, fazer simulações e envolver a paciente em todo o processo de cuidado”,

orienta a Dra. Liliane Diefenthaler Herter.

O “PROBLEMÃO” DA PUBERDADE

Em linhas gerais, os adolescentes sentem a necessidade de colocar suas angústias para fora, e fazem isso com amigos e nas redes sociais, até de forma anônima muitas vezes, em uma forma de autopreservação da imagem. Mas eles também tendem, por questão da imaturidade, a encarar as situações como um grande problema. De acordo com a Dra. Rosana, os tabus são comuns nessa fase, seja pela menarca, pelo início da vida sexual ou pela própria mudança biológica.

“Inicialmente, o profissional de saúde deve respeitar as diversidades e as diferenças inerentes às adolescentes em relação a gênero, orientação sexual e aparência física. Deve-se criar um ambiente acolhedor, evitar termos pejorativos, usar linguagem apropriada e esclarecer sobre o direito à privacidade e ao sigilo médico. É importante evitar suposições, como inferir que todas as pacientes são heterossexuais. As perguntas devem ser neutras em relação a gênero e sexualidade. Para tanto, termos como ‘pessoas ou parcerias’ devem ser usados, em vez de ‘namorados ou namoradas’. Perguntas sobre imagem, estigma corporal e preferência de gênero normalizam a compreensão contínua e em evolução do gênero como parte do desenvolvimento. Dessa forma, adolescentes compreendem que a consulta médica pode ser um momento seguro para conversar sobre as questões e preocupações sobre a saúde sexual”, orienta.

Essas perguntas e questões devem ser abordadas durante todas as consultas com as adolescentes, para ajudá-las a entender melhor seu corpo e a sexualidade, além de permitir a identificação de riscos.

Nessa fase da vida, a autocobrança com a aparência costuma ser intensa. Por isso, é fundamental que o médico explique à paciente as mudanças físicas esperadas, em que período devem ocorrer e o que faz parte da normalidade. “É importante observar a altura dos pais, calcular a altura genética e comparar com a curva de crescimento familiar. Assim, conseguimos mostrar à adolescente se ela está dentro do esperado para o seu perfil”, explica a Dra. Liliane.

Ela acrescenta que a puberdade pode alterar um pouco essa curva, já que o início precoce ou tardio pode interferir na altura final. “Por isso, o olhar atento do médico é essencial – tanto para tranquilizar a paciente quanto para identificar possíveis alterações. As curvas de crescimento devem ser usadas como ferramenta de diálogo, ajudando a adolescente a entender seu desenvolvimento dentro do contexto da própria família”, conclui.

EDUCAR, ORIENTAR E EMPODERAR

Apesar de a menarca ainda ser vista como um marco de maturidade feminina, é preciso lembrar que essa transição é muito desigual entre as meninas. “É normal o início do desenvolvimento da puberdade entre 8 e 12 anos de idade. Esse início depende de características herdadas (genéticas), nutricionais e estímulo ambiental. Se iniciar

mais próximo aos 8 anos ou mais próximo aos 12 anos não tem nenhum problema, elas atingirão a maturidade neste desenvolvimento igual”, conta a Dra. Rosana.

Algumas meninas podem relatar nunca ter recebido explicações claras sobre o próprio ciclo menstrual. Por isso, orientam as médicas, ao chegar ao consultório, essa paciente deve ser questionada sobre o que ela sabe sobre o ciclo menstrual e quais dúvidas ela tem que devem ser esclarecidas. “A educação sexual faz toda diferença na vida das adolescentes. Isso já é bem conhecido na ciência e precisa ser desmistificado. E nós, médicos e profissionais da saúde, precisamos atuar de maneira proativa na educação sexual nos consultórios e ambulatórios no serviço público”, afirma a presidente.

Também é preciso “esclarecer que elas crescerão rápido nesse período – é o famoso estirão de crescimento durante a puberdade – e também explicar que, a partir da primeira menstruação, o corpo feminino, do ponto de vista biológico, já é o de uma mulher adulta, embora ela possa estar em diferente fase da maturidade psíquica”, afirma a Dra. Rosana. A presidente da CNE lembra que é importante destacar também que é nesse momento que algumas responsabilidades chegam junto, como cuidados higiênicos no período menstrual. O indicado é “empoderá-la com educação sexual, para saiba negociar e escolher quando será sua primeira relação sexual e esteja ciente da necessidade de anticoncepção para evitar gravidez não planejada. Educação sexual sabidamente não estimula o início da atividade sexual precoce”, reitera.

“A utilização de materiais como panfletos e mídias digitais auxilia na compreensão do tema. Elas devem ser orientadas sobre as variações do ciclo menstrual, principalmente nos primeiros anos de menacme, e incentivadas a registrar as menstruações. O uso de tecnologias, como aplicativos, pode ser estimulado para controle do ciclo menstrual”, indica a Dra. Camila.

O ginecologista deve partir do princípio de que o consultório é o espaço mais seguro para oferecer informação verdadeira. Por isso, o diálogo aberto é indispensável. “É importante promover uma troca de ideias, fazer simulações e envolver a paciente em todo o processo de cuidado, desde a explicação dos exames até o entendimento dos riscos e da prevalência das situações mais comuns”, orienta a Dra. Liliâne.

Segundo ela, essa participação ativa ajuda a adolescente a compreender o próprio corpo e a tomar decisões mais conscientes, reduzindo tanto o risco de gravidez quanto o de infecções.

UM OLHAR PARA O FUTURO

Felizmente, o Brasil tem avançado em ações que ajudam a adolescente a se cuidar e ter essa atenção com seu corpo e saúde. Dentre elas, a presidente destaca duas:

Programa Dignidade Menstrual, do governo brasileiro: o projeto “Direito Menstrual” garante acesso a absorventes gratuitos para pessoas de 10 a 49 anos que se encaixam em critérios como ter baixa renda, ser estudante de escola

pública de baixa renda ou estar em situação de rua. Para ter acesso a esse programa, é necessário ter CPF e estar cadastrado no CadÚnico, e a retirada é realizada nas farmácias credenciadas pelo programa Farmácia Popular.

Implante contraceptivo liberado no Sistema Único de Saúde (SUS), de alta eficácia e longa duração, para prevenir gravidez não desejada, uma política de saúde necessária e inclusiva.

“São inúmeras as ações que precisam ser divulgadas e/ou aprimoradas. Precisamos divulgar e buscar políticas públicas que garantam dignidade ao acesso a hábitos higiênicos nas escolas públicas, como local para higienizar coletores menstruais, pois essa é uma opção sustentável para o meio ambiente e precisa ser estimulada. E, por fim, precisamos garantir a educação sexual nas escolas públicas, onde acredito que possa fazer a maior diferença para o futuro dessas adolescentes”, finaliza a médica.

A Febrasgo, por meio de suas comissões, vem consolidando um modelo de atuação que valoriza o avanço técnico e o papel social do ginecologista na formação de gerações mais saudáveis e conscientes. A adolescência é o momento ideal para promover hábitos saudáveis, prevenir riscos e fortalecer a relação de confiança entre médico e paciente, um passo importante para a construção de um futuro com mulheres mais seguras e informadas. 



**FEITO
PARA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.

INDICAÇÃO DE LEITURA PARA AS JOVENS

O Feito Para Ela é um projeto de comunicação em saúde criado especialmente para informar e acolher mulheres em todas as fases da vida – da adolescência à maturidade. Produzido pela Febrasgo, todo o conteúdo do site e das redes sociais do Feito Para Ela traduz temas complexos da ginecologia e da endocrinologia feminina em uma linguagem simples, leve e confiável.

Membros das CNEs da Febrasgo compartilham orientações sobre ciclo menstrual, puberdade, saúde sexual, prevenção de infecções sexualmente transmitidas, anticoncepção, autoestima e autoconhecimento.

Ao abordar o Dia Nacional da Saúde de Adolescentes e Jovens, reforçamos o papel essencial do ginecologista como fonte segura de informação. Indicar o Feito Para Ela às suas pacientes é um gesto de cuidado ampliado: uma forma de continuar o diálogo iniciado no consultório e fortalecer a autonomia das meninas e mulheres no cuidado com o próprio corpo.

Acesse e indique:

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR



Encerrando um ciclo de reconhecimento e memória

A revista *Femina* conclui a série especial de entrevistas com os 30 membros da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), destacando trajetórias que refletem excelência, ética e compromisso com o futuro da medicina brasileira.

Nesta edição, apresentamos as biografias dos doutores Marta Curado Carvalho Franco Finotti, representante da cadeira nº 30, e Gerson Pereira Lopes, titular da cadeira nº 22, dois nomes que simbolizam a união entre o saber científico e o olhar humano – pilares que sustentam a ginecologia e obstetrícia contemporâneas.

DA OBSTETRÍCIA À SEXOLOGIA: A TRAJETÓRIA QUE AMPLIOU O OLHAR SOBRE A SAÚDE DA MULHER

Nos corredores da Maternidade Odete Valadares, em Belo Horizonte (MG), o então residente **Gerson Pereira Lopes** tomou uma decisão: focaria seus aprendizados em gravidez de alto risco e adolescência. A escolha tornou-se clara após ele participar da 25ª Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, ocasião em que conheceu de perto o professor Domingos Delâscio. “Eu já estava inclinado a seguir por esse caminho, mas, quando me deparei com seus ensinamentos, tive certeza”, recorda.

Com a especialização em Ginecologia e Obstetrícia em 1981, foi convidado, logo depois, a criar e gerenciar a residência do Hospital Mater Dei. Dessa época, há dois fatos marcantes: as notas elevadas que os residentes tiravam quando prestavam a prova de Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) – requisito para a certificação profissional – e a elaboração do primeiro livro de cardiocardiografia basal anteparto, desenvolvido em parceria com um grupo de residentes.

Como monitor, acompanhava os plantões e realizava centenas de partos, sempre sob a orientação de um obstetra. E, após vivenciar duas situações-limite envolvendo gestações de alto risco, decidiu direcionar a formação para o campo da sexologia, que trata do comportamento sexual e do tratamento sexológico, em que o processo médico e/ou psicoterápico tem como objetivo a correção dos distúrbios sexuais.¹

Continuou na residência ainda ajudando na formação de muitos profissionais e iniciou uma peregrinação

em vários pontos do País, participando de congressos e oferecendo aos profissionais a abordagem da sexualidade nas intercorrências ginecológicas. “Fiz uma coisa que quase ninguém teve coragem: abri mão no consultório privado de atendimento como ginecologista padrão e passei a atender só queixas sexuais”, afirma. Em pouco tempo, tornou-se conhecido entre os colegas da ginecologia e obstetrícia, como também em jornais e revistas, onde escrevia colunas e concedia inúmeras entrevistas.

A jornada dentro desse campo contou com a especialização em Sexologia Clínica na *Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual* (Flases), em 1992, e também com a participação como membro em diversas sociedades e comissões. Até 2024, já havia ministrado mais de 300 conferências científicas no Brasil e no exterior, além de palestras em congressos e jornadas.

Graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, em 1979, dessa instituição chegou a receber a Medalha Juscelino Kubitschek de Oliveira, homenagem concedida a ex-alunos com trajetórias relevantes nacionalmente.

Texto extraído do livro História da Ginecologia e Obstetrícia do Brasil, publicado pela Anago em 2024, página 282.

O Dr. Gerson Pereira Lopes é acadêmico titular da cadeira nº 22 da Anago.



Nota de esclarecimento sobre o campo de atuação do ginecologista e obstetra com título de área de atuação em Sexologia. Febrasgo. Disponível em: <https://bit.ly/sexologiadefinicao>. Acesso em: 4 abr. 2024.

DA SALA DE AULA À LIDERANÇA NACIONAL: 45 ANOS DEDICADOS À SAÚDE DA MULHER

A trajetória da ginecologista e obstetra Dra. Marta Finotti é marcada por compromisso, pioneirismo e sensibilidade. Médica formada pela Universidade Federal de Goiás, construiu uma carreira sólida nas áreas de docência, assistência e gestão, sempre guiada pela ética e pela humanização no cuidado com as mulheres. Atualmente, ocupa com distinção a cadeira nº 30 da Anago, reconhecimento que traduz décadas de dedicação à medicina.

“A Anago simboliza não apenas um espaço de reconhecimento, mas também de compromisso com a história e o futuro da medicina brasileira”, afirma a médica, que foi uma das fundadoras do Núcleo Feminino e a primeira coordenadora, além de coordenar atualmente a plataforma Feito Para Ela, ambos projetos importantes da própria Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). “Fazer parte desse grupo me lembra da responsabilidade de valorizar os que vieram antes e inspirar as novas gerações. É um lugar de memória, mas também de renovação”, completa ela, que também foi vice-presidente da Febrasgo na região Centro-Oeste durante a gestão 2020-2024.

Ao longo de quase quatro décadas de atuação, a Dra. Marta formou várias gerações de médicos e residentes, contribuindo para o fortalecimento da saúde pública em Goiás e para o avanço da especialidade no país. Sua trajetória se entrelaça com a da própria Febrasgo, instituição na qual protagonizou um feito histórico: foi a primeira mulher a presidir o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em 1999. “Foi um marco não só pessoal, mas coletivo”, recorda. “Naquele momento, entendi que era possível abrir caminhos e dar visibilidade à liderança feminina na medicina.”

A médica reconhece que sua jornada foi moldada não apenas pelo amor à profissão, mas também pelos desafios da vida pessoal. Conciliar a residência médica com a maternidade, por exemplo, trouxe aprendizados valiosos. “A maternidade me ensinou sobre resiliência, paciência e sobre priorizar o que realmente importa”, reflete. “Essa vivência me tornou uma profissional mais sensível às dificuldades das pacientes, especialmente das mulheres que equilibram tantas demandas.”

A Dra. Marta encontra equilíbrio entre as várias vertentes da sua atuação ao se apoiar no propósito que as conecta: transformar vidas por meio da medicina. “A clínica me aproxima das histórias das mulheres; a docência me permite multiplicar conhecimento; e a gestão me faz pensar no coletivo, em como melhorar os serviços de saúde para a sociedade.”

Com 35 anos de atuação na Secretaria da Saúde de Goiás, ela testemunhou mudanças profundas na atenção à saúde da mulher. “Houve avanços importantes, principalmente no acesso ao pré-natal, na prevenção do câncer de colo uterino e de mama, e na ampliação das políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva”, destaca. “Também testemunhei a evolução das tecnologias diagnósticas e terapêuticas, que permitiram um cuidado mais eficaz. Mas, mais do que a tecnologia, destaco a

crescente conscientização sobre a necessidade de uma atenção integral à mulher, respeitando suas fases de vida e necessidades específicas. Esse olhar humanizado é, para mim, a maior transformação.”

Ao olhar para o futuro, a médica deixa uma mensagem às novas gerações de ginecologistas e obstetras: “Meu conselho é que nunca percam de vista que cada paciente é, antes de tudo, uma pessoa com história, sonhos e vulnerabilidades. A técnica é fundamental, mas o cuidado humano é insubstituível. Também diria: mantenham-se atualizados, porque a medicina se renova a cada dia. E, por fim, busquem equilíbrio – a vida pessoal é tão importante quanto a profissional. Um médico mais feliz e realizado é também um médico melhor para seus pacientes.”

Com serenidade e propósito, a Dra. Marta Finotti representa uma geração de médicas que abriram caminhos e seguem inspirando outras mulheres a ocuparem seus espaços com ética, empatia e excelência. 

“Fazer parte da Anago me lembra da responsabilidade de valorizar os que vieram antes e inspirar as novas gerações. É um lugar de memória, mas também de renovação”,

declara a
Dra. Marta Finotti.



Anticoncepção e Medicina Fetal: duas áreas que traduzem ciência, comunicação e cuidado

Nesta edição, a *Femina* destaca duas Comissões Nacionais Especializadas que atuam em frentes distintas, mas igualmente vitais para a saúde da mulher

Por Letícia Martins



As Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) em Anticoncepção e Medicina Fetal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) representam pilares da ginecologia e obstetrícia contemporâneas – uma voltada à autonomia reprodutiva e à prevenção da gravidez não planejada, outra dedicada ao diagnóstico e tratamento do feto ainda no útero, unindo tecnologia, precisão e sensibilidade.

À frente desses grupos, estão médicos que simbolizam o compromisso da Febrasgo com a atualização científica e o cuidado humanizado. Duas lideranças, duas missões e um mesmo propósito: fazer da ciência uma ponte entre o conhecimento e o cuidado que transforma vidas. Confira as entrevistas.

GINECOLOGIA



Dra. Ilza Maria Urbano Monteiro,
presidente da CNE em Anticoncepção

CNE EM ANTICONCEPÇÃO DA UNICAMP À PRESIDÊNCIA DA CNE

Formada em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), onde também concluiu residência em Ginecologia e Obstetrícia e especialização em Ginecologia Endócrina, a Dra. Ilza Maria Urbano Monteiro, atual presidente da CNE em Anticoncepção da Febrasgo, construiu uma trajetória sólida na área do planejamento familiar.

Coordenadora dessa área na universidade, acompanhou de perto a evolução dos métodos anticoncepcionais no Brasil – especialmente os de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante. “A Unicamp tem uma tradição muito antiga nesses métodos, e isso me deu uma vivência prática intensa na época em que o país ainda não contava com esses recursos de forma ampla”, relembra.

Participando de mesas e treinamentos desde os anos 2000, a Dra. Ilza integrou a CNE em Anticoncepção em gestões anteriores como vice-presidente, ao lado do Dr. Rogério Bonassi Machado. Em 2024, assumiu pela primeira vez a presidência dessa CNE. “É uma honra e um orgulho poder exercer esse papel junto à Febrasgo, que tem uma importância enorme na ginecologia brasileira”, afirma.

PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO VOCAÇÃO

O interesse pela área, conta ela, surgiu naturalmente: “Acho que foi algo muito espontâneo. Eu já vinha da endocrinologia ginecológica, e o planejamento familiar acabou se tornando meu campo principal de atuação”.

UMA GESTÃO GUIADA PELA COMUNICAÇÃO

Ao assumir a presidência, a Dra. Ilza definiu o foco: melhorar a comunicação sobre anticoncepção, tanto entre médicos quanto com a sociedade. “Temos métodos disponíveis há décadas, mas ainda lidamos com uma taxa de gravidez não planejada de 60%. Isso mostra que há algo errado. Para mim, o que mais falta – e ao mesmo tempo o que mais pode transformar – é a comunicação.”

Ela explica que, embora a Febrasgo já tenha tradição em congressos e jornadas de excelência, ainda é preciso

ampliar o alcance das mensagens e torná-las mais práticas. “Queremos garantir que os temas abordados sejam aqueles que realmente impactam o dia a dia do ginecologista, com base científica e aplicabilidade imediata”, resume.

DO CONSULTÓRIO ÀS REDES SOCIAIS

Entre publicações científicas e postagens nas redes sociais, a comissão vem inovando ao traduzir evidências em formatos rápidos e didáticos. “Toda vez que surge uma notícia que possa gerar dúvida, como vem ocorrendo em relação aos agonistas de GLP-1, as famosas ‘canetas para emagrecimento’, produzimos vídeos e *flashcards* para orientar de forma simples. Muitas mulheres que usavam pílulas poderiam ter falha no método por causa da interferência dessas medicações, e era urgente explicar isso”, diz.

Segundo ela, o formato dos *flashcards* nasceu dentro da própria CNE. “Foi uma ideia nossa. Pegamos aulas de congressos e transformamos em *cards* informativos, para que o colega que não pôde participar também tenha acesso àquela informação prática”, explica.

O TRABALHO SILENCIOSO DA CIÊNCIA

Além das ações visíveis, a presidente valoriza o esforço técnico dos bastidores. “Toda vez que eu falo em evidência, penso num estudo publicado. E, para um artigo ser publicado, ele precisa ser avaliado pelos pares. Esse é um trabalho árduo, voluntário e anônimo”, explica.

Editora associada da *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO) e do *European Journal of Contraception*, ela sempre envolve colegas da CNE nas revisões. “É um papel silencioso, mas essencial. A qualidade da ciência depende de quem revisa com rigor e ética, mesmo sem visibilidade.”

FALAR COM QUEM OUVI: IMPRENSA COMO ALIADA

A Dra. Ilza tem entusiasmo evidente ao falar da relação com jornalistas. “Adoro falar com a imprensa. Acho que essa é a base da comunicação: conversar com quem está em contato direto com o público e com as dúvidas reais das pessoas”, afirma.

Para ela, o espaço na mídia é fundamental para ampliar a educação em saúde. “Se o Jornal Nacional tivesse cinco minutos por dia para falar sobre saúde, o impacto seria enorme. Muitas pessoas não têm noções básicas sobre o que é ovulação ou por que é importante tomar a pílula anticoncepcional corretamente. São temas simples, mas essenciais.”

DESAFIOS QUE EXIGEM CORAGEM E UNIÃO

Ao ser questionada sobre os principais desafios, ela aponta para dentro da própria classe médica. “Um dos

maiores desafios é o não reconhecimento, por parte de alguns colegas, da importância de entidades como a Febrasgo. Nós trabalhamos com base na ciência, com evidência. E ainda há profissionais que não valorizam isso.”

Ela lembra que há uma nova geração de médicos sendo formada em um contexto muito diferente. “Os jovens estão recebendo informação, mas nem sempre formação médica. A diferença é evidente: informação até o Google oferece, mas formação é quando você muda a postura e reconhece o valor do conhecimento sólido, do senso de comunidade. Isso é o que precisamos resgatar.”

Com humor, compara o momento atual ao universo de *Star Wars*: “Tem gente indo para o lado escuro da força. Mas nós seguimos acreditando na medicina baseada em evidências, mesmo que o retorno financeiro seja mais lento, é um caminho ético e duradouro”, assegura.

O DIÁLOGO COM O SETOR PÚBLICO

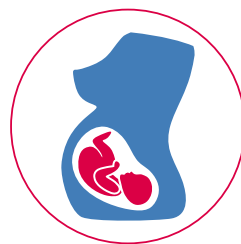
Outro desafio central está na articulação com os órgãos públicos. “Trabalhamos muito com os métodos de longa duração, como DIU e implante, que são os que realmente impactam as taxas de gravidez não planejada. Mas é preciso ampliar o acesso a eles pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde precisa estar mais próximo da Febrasgo. A *expertise* está aqui – temos profissionais com experiência prática e científica acumulada há décadas.”

Ela explica que a comissão tem se dedicado a fortalecer esse diálogo, especialmente diante da chegada dos implantes contraceptivos. “A bola da vez é o implante. Parece simples, mas requer capacitação para inserção e retirada. E, se queremos mudar o panorama da contracepção no Brasil, precisamos garantir que esses métodos cheguem às mulheres que dependem exclusivamente do SUS.”

UM SONHO DE LEGADO

Com serenidade e entusiasmo, a Dra. Ilza encerra a conversa com um desejo que sintetiza sua trajetória: “O meu sonho é ver a Febrasgo reconhecida e respeitada por toda mulher brasileira. Que ela saiba que aqui há um trabalho sério, baseado em ciência, feito por quem acredita na saúde da mulher como um todo. Porque quando a ciência chega até quem precisa dela, a medicina cumpre sua missão”.

OBSTETRÍCIA



Dr. Mário Henrique Burlacchini de Carvalho, presidente da CNE em Medicina Fetal

CNE EM MEDICINA FETAL CIÊNCIA, PADRONIZAÇÃO E CUIDADO COM DUAS VIDAS

Natural da Bahia, o ginecologista e obstetra **Dr. Mário Henrique Burlacchini de Carvalho** construiu uma carreira marcada pelo rigor técnico e pela paixão pelo ensino. Formado em Salvador, fez residência médica na capital baiana e, posteriormente, especialização em Medicina Fetal no prestigiado serviço do professor Kypros Nicolaides, em Londres, referência mundial na área.

“Foi uma experiência transformadora. Tive contato com técnicas e protocolos que, à época, ainda eram novidade no Brasil”, recorda. De volta ao país, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde concluiu mestrado e doutorado e atua, até hoje, como docente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. “Já moro em São Paulo há trinta anos, então posso dizer que sou mais paulista do que baiano”, brinca. “Mas trago comigo as duas escolas: a do acolhimento e a da excelência técnica.”

DA VICE À PRESIDÊNCIA: UMA GESTÃO QUE DÁ CONTINUIDADE E AVANÇA

O médico assumiu a presidência da CNE em Medicina Fetal em 2024, após integrar a gestão anterior como secretário da professora Roseli Nomura. “No último ano da gestão anterior, a professora Roseli me convidou para assumir a presidência, porque ela passou a se dedicar a outros projetos dentro da Febrasgo. Desde então, seguimos trabalhando juntos – ela como secretária e eu como presidente”, explica.

Para o Dr. Mário, a função vai muito além da representação: “A CNE é um espaço de responsabilidade coletiva. A Medicina Fetal ainda é uma área jovem dentro da obstetrícia e, por isso, precisa de padronização. Nossa missão é criar protocolos, uniformizar práticas e fortalecer a formação dos profissionais em todo o país”.

CERTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO: PILARES DA EXCELÊNCIA

Uma das atribuições centrais da comissão é a organização da prova de título de especialista em Medicina Fetal, aplicada anualmente. “É um trabalho grande, que exige tempo e cuidado. A prova precisa ser justa, bem

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

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



estruturada, e garantir que apenas quem tem formação adequada receba o título. Isso é essencial para proteger a qualidade da especialidade”, enfatiza.

O processo envolve não só a elaboração e revisão das questões, mas também discussões sobre o formato e o aprimoramento contínuo do exame. “Depois de cada edição, avaliamos o que funcionou bem e o que pode ser melhorado. É um aprendizado constante”, diz o presidente.

PADRONIZAR CONDUTAS E REDUZIR DESGUALDADES REGIONAIS

Além das provas, a CNE trabalha para criar protocolos nacionais de atendimento que orientem desde os centros de referência até o médico do interior. “Temos serviços muito estruturados, com residência e estágios reconhecidos, mas há regiões onde o acesso à formação é limitado. A ideia é oferecer um norte técnico e científico para que o cuidado seja de qualidade em todo o país”, destaca.

Com 15 membros ativos, a comissão mantém reuniões mensais para dividir tarefas, avaliar os resultados das ações e discutir novas pautas. “É um grupo colaborativo, com especialistas que representam diferentes regiões e subáreas. Essa diversidade é o que fortalece o nosso trabalho”, acrescenta.

DA SALA DE AULA AO CONGRESSO

A CNE em Medicina Fetal tem participação intensa nos congressos e jornadas científicas da Febrasgo, especialmente no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO). “É um espaço de difusão e diálogo. Organizamos mesas temáticas, participamos de debates e atendemos demandas da imprensa sobre temas sensíveis, como diagnósticos fetais e avanços tecnológicos”, explica.

Quando surgem pautas na mídia, a Comissão procura distribuir as entrevistas entre os membros, conforme a área de atuação. “Cada colega tem um campo de *expertise* – malformações, imagem, cirurgia fetal, genética. Essa divisão garante respostas rápidas e qualificadas”, diz.

MITOS, AVANÇOS E A CURIOSIDADE DAS GESTANTES

Segundo o Dr. Mário, a Medicina Fetal desperta cada vez mais interesse da população – e também muitos mitos. “Um dos temas mais perguntados é a cirurgia fetal. As pessoas querem saber o que já é possível tratar dentro do útero. Outro assunto muito procurado são as malformações: o que é detectável antes do nascimento e o que pode ser acompanhado com segurança durante a gravidez.”

O médico percebe que o conhecimento do público tem evoluído, mas ainda há espaço para educação em saúde. “As mulheres têm hoje uma preocupação enorme com a saúde do bebê – querem saber se está tudo bem, quais exames precisam fazer, o que significa cada resultado. Esse interesse é positivo, mas vem acompanhado de ansiedade, especialmente entre gestantes de idade mais avançada ou que recorreram à reprodução

assistida. Nosso papel é informar e tranquilizar, com base científica.”

PARTICIPAÇÃO ATIVA EM POLÍTICAS PÚBLICAS E CONSULTA CIENTÍFICA

A comissão também atua junto a órgãos de regulação e políticas públicas. Recentemente, a CNE participou, em nome da Febrasgo, das discussões do Fórum Saúde Suplementar, promovido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sobre a inclusão de novos exames no rol de procedimentos obrigatórios.

“Discutimos a incorporação do NIPT, o teste pré-natal não invasivo, feito a partir do sangue materno, que avalia o risco de o bebê ter síndrome de Down ou outras alterações cromossômicas. É um exame amplamente utilizado na rede privada, e defendemos sua cobertura pelos planos de saúde. Infelizmente, não foi aprovado nessa rodada, mas continuamos atuando para que isso avance”, relata.

Além da ANS, a CNE mantém interlocução com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, contribuindo como consultora em temas de formação e protocolos assistenciais. “É um trabalho contínuo e de bastidor, mas muito importante para consolidar a medicina fetal como parte essencial do cuidado obstétrico nacional.”

NOVOS POSICIONAMENTOS E INTEGRAÇÃO ENTRE SOCIEDADES

Entre as metas da atual gestão, está ampliar o número de protocolos, diretrizes e *position statements* disponíveis no site da Febrasgo. “Queremos que o médico de plantão, no consultório ou no hospital, possa consultar rapidamente uma recomendação atualizada e segura. Isso agiliza a tomada de decisão e melhora o cuidado à gestante e ao feto.”

Um dos temas prioritários é a cirurgia fetal, especialmente nos casos de mielomeningocele, que exigem atuação conjunta entre obstetras, pediatras, neurologistas e neurocirurgiões. “Pretendemos elaborar um *guideline* interdisciplinar, em parceria com outras sociedades médicas. A medicina fetal é, por natureza, integradora – e essa é a beleza da especialidade”, resume.

LEGADO DE PRECISÃO E EMPATIA

O Dr. Mário finaliza a entrevista com uma reflexão que traduz o espírito da sua gestão: “A medicina fetal é a ciência de cuidar de duas vidas ao mesmo tempo. Por isso, cada decisão precisa unir técnica, sensibilidade e ética. Quando conseguimos esse equilíbrio, estamos fazendo o melhor da medicina”.



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

https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/Obstetrícia/2024/CNE-O-Medicina_fetal-r.pdf



DOPS em Ginecologia e Obstetrícia: um novo instrumento para avaliação do desempenho de residentes em cirurgias e procedimentos

José Paulo de Siqueira Guida¹, José Geraldo Lopes Ramos², Alberto Trapani Júnior³, Lucas Schreiner⁴, Gustavo Salata Romão⁵, Mario Vicente Giordano⁶, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁷, Maria Celeste Osório Wender²



1. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
3. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
4. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
5. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
6. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
7. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

José Paulo de Siqueira Guida
jpguida@unicamp.br

Como citar:

Guida JP, Ramos JG, Trapani Júnior A, Schreiner L, Romão GS, Giordano MV, et al. DOPS em Ginecologia e Obstetrícia: um novo instrumento para avaliação do desempenho de residentes em cirurgias e procedimentos. *Femina*. 2025;53(9):1060-5.

RESUMO

A residência médica é o principal modelo de formação de especialistas, integrando atividades práticas com aprofundamento teórico. Na Ginecologia e Obstetrícia, a avaliação de competências previstas pela matriz da Febrasgo é complexa, dada a quantidade de subcomponentes. Para torná-la mais viável, foram criadas as EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis), que agrupam competências relevantes em unidades de prática profissional. A Febrasgo, por meio da Comissão de Residência Médica, desenvolveu dois instrumentos *Direct Observation of Procedural Skills* para avaliar o desempenho prático de residentes em procedimentos essenciais: cesárea e histerectomia abdominal. O processo de desenvolvimento envolveu especialistas das Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo, com validação em múltiplas etapas. Os *Direct Observation of Procedural Skills* incluem itens comuns (como preparo, comunicação, técnica e registro) e específicos de cada procedimento, com escalas de avaliação qualitativa e espaços para *feedback* estruturado. São instrumentos formativos, voltados ao desenvolvimento progressivo do residente, e não à sua classificação. A implementação prática dos *Direct Observation of Procedural Skills* requer sensibilização dos preceptores, avaliações recorrentes e uso estratégico do *feedback* para promover o aprendizado. Além disso, os dados obtidos devem ser utilizados para aprimorar os processos formativos dos programas. Como ferramentas inéditas e adaptadas à realidade brasileira, os *Direct Observation of Procedural Skills* também se propõem a ser validados por estudos futuros em contextos reais. Sua adoção fortalece a avaliação prática na formação de ginecologistas e obstetras, garantindo maior qualidade e segurança na atuação profissional.

INTRODUÇÃO

A residência médica é considerada o padrão-ouro para a formação de médicos nas diversas especialidades do conhecimento médico. Por meio de treinamento intensivo em atividades práticas, associado ao aprofundamento de conteúdo teórico, o médico especialista deve, ao final de sua formação, ser capaz de diagnosticar e tratar as condições mais prevalentes de sua área de atuação, bem como investigar detalhadamente casos de maior complexidade.⁽¹⁾

Durante a sua formação, o especialista deve adquirir diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes, que são previstos na Matriz de Competências daquela especialidade. No caso da Ginecologia e Obstetrícia, a Matriz de Competências foi desenvolvida pela Febrasgo e posteriormente aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, órgão responsável pela regulamentação dos programas de Residência Médica no Brasil. A Matriz de Competências da Ginecologia e Obstetrícia contempla 261 subcomponentes, o que torna sua verificação, na prática, pouco exequível.⁽²⁾

Para superar este desafio, a Febrasgo trabalhou no desenvolvimento das EPAs (*Entrustable Professional Activities* ou Atividades Profissionais Confiáveis), que são definidas como “uma unidade da prática profissional que pode ser totalmente confiabilizada a um aprendiz (médico-residente ou estudante de Medicina) quando ele demonstra as competências necessárias para executá-la de maneira independente e sem supervisão”. Uma EPA pode, portanto, avaliar diferentes itens da matriz de competência, e a proficiência em sua realização é um pré-requisito para sua prática autônoma pelo médico-residente. As EPAs estabelecidas pela Febrasgo para a Ginecologia e Obstetrícia estão disponíveis no quadro 1.⁽²⁾

Quadro 1. Lista das EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis) em Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo

- EPA 1: Promovendo Assistência à Saúde no Pré-natal de Risco Habitual
- EPA 2: Promovendo Assistência à Saúde no Pré-natal de Alto Risco
- EPA 3: Promovendo Assistência ao Parto de Risco Habitual
- EPA 4: Promovendo Assistência ao Parto de Alto Risco
- EPA 5: Promovendo Assistência à Saúde no Puerpério
- EPA 6: Promovendo Assistência nas Urgências e Emergências Obstétricas
- EPA 7: Promovendo Assistência à Saúde nas Urgências e Emergências Ginecológicas
- EPA 8: Promovendo Assistência à Saúde nas Infecções em Ginecologia e Obstetrícia
- EPA 9: Promovendo Assistência à Saúde nas Lesões Pré-malignas do Trato Genital
- EPA 10: Promovendo Assistência à Saúde em Ginecologia Oncológica
- EPA 11: Promovendo Assistência à Saúde em Mastologia
- EPA 12: Promovendo Assistência à Saúde nas Disfunções do Assolho Pélvico
- EPA 13: Promovendo Assistência à Saúde na Dor Pélvica Crônica
- EPA 14: Promovendo Assistência à Saúde no Sangramento Uterino Anormal
- EPA 15: Promovendo Assistência à Saúde na Contracepção e Planejamento Reprodutivo
- EPA 16: Promovendo Assistência à Saúde em Ginecologia Endócrina
- EPA 17: Promovendo Assistência à Saúde do Casal Infértil
- EPA 18: Promovendo Assistência à Saúde em Ginecologia Infanto-puberal
- EPA 19: Promovendo Assistência à Saúde no Climatério e Senescência
- EPA 20: Promovendo Assistência à Saúde nas Disfunções Sexuais
- EPA 21: Promovendo Assistência à Saúde na Violência Contra a Mulher

Fonte: Adaptado de Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM).⁽²⁾

A proficiência dos residentes para executar as diferentes EPAs pode ser avaliada por meio de múltiplos instrumentos de avaliação. Entre eles, um dos possíveis é o DOPS (*Direct Observation of Procedural Skills*). Esse instrumento é utilizado para a avaliação do desempenho do médico-residente na execução de procedimentos e cirurgias.^(3,4)

Para auxiliar o processo de avaliação, a Comissão de Residência Médica (Coreme) da Febrasgo desenvolveu e validou dois DOPS: um para cesárea e outro para histerectomia abdominal, que são dois procedimentos fundamentais na formação do médico-residente em Ginecologia e Obstetrícia. Esses instrumentos podem ser utilizados como parte do conjunto de elementos para avaliação das EPAs 3, 4 e 5 (para DOPS de cesárea) e 7, 13 e 14 (para DOPS de histerectomia abdominal).

Outros instrumentos estão sendo desenvolvidos, seguindo a metodologia descrita neste artigo, e serão disponibilizados em futuras edições da *Femina*. O objetivo deste artigo é descrever o processo de criação desses instrumentos, bem como apresentar a sua versão final, permitindo seu uso nos diferentes Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil.

DESENVOLVIMENTO DOS INSTRUMENTOS

A primeira etapa da criação dos DOPS para cesárea e histerectomia abdominal pelos membros da Coreme foi a elaboração de uma versão inicial do instrumento a partir de referências internacionais como os DOPS desenvolvidos pelo *Royal College* britânico. Os princípios que guiaram essa criação envolveram a facilidade de seu uso e a uniformização das possibilidades de resposta. Desse modo, foi desenvolvido um instrumento para cesárea com 14 itens e um instrumento para histerectomia abdominal com 16 itens, e os 11 primeiros itens são comuns a ambos os instrumentos, enquanto os demais são específicos para cada procedimento.

Essa primeira versão dos instrumentos foi compartilhada com todas as Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo para validação por meio de um painel de especialistas. As CNEs são grupos de trabalhos escolhidos pela Febrasgo com especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, com focos específicos em diferentes temas. Os membros das CNEs foram convidados, pelos presidentes das respectivas CNEs, para avaliar o instrumento por meio de um formulário de validação específico em escala Likert. Os quesitos avaliados por esse formulário incluíam a importância do procedimento para a formação geral do residente, a adequabilidade do instrumento para verificar a preparação do residente para a sua execução e a clareza e a facilidade de verificação de cada item do instrumento.

Após essa etapa, os formulários de validação preenchidos pelos painelistas foram recebidos pela Coreme, que adaptou os instrumentos levando em consideração o número e a proporção de comentários desfavoráveis a cada item e a pertinência das sugestões de mudança. Itens com aceitabilidade igual ou acima de 70% foram mantidos. Itens com aceitabilidade entre 50% e 70%

foram reformulados de acordo com as sugestões dos painelistas, e itens com aceitabilidade inferior a 50% foram excluídos.

Como etapa final, foi realizado um estudo-piloto em que a versão ajustada de cada DOPS foi aplicada durante a observação direta de residentes pelos preceptores que participaram do desenvolvimento dos DOPS. Cada preceptor avaliou pelo menos três residentes diferentes utilizando o mesmo instrumento, com o objetivo de avaliar o instrumento em si. Posteriormente, cada preceptor preencheu um instrumento de validação pautado na clareza, praticidade e aplicabilidade do uso do instrumento em ambientes de prática real da residência. Os formulários de validação do estudo-piloto foram novamente avaliados pela Coreme.

De acordo com as percepções dos preceptores, a maioria dos itens do instrumento é compreensível e aplicável nos ambientes cirúrgicos da residência. Atendendo às sugestões de alguns preceptores que avaliaram o uso do instrumento durante a execução de cesáreas e histerectomias abdominais pelos residentes, o item “obtenção do termo de consentimento” foi ajustado para “obtenção ou verificação do termo de consentimento”.

Após os ajustes finais, os DOPS para parto cesárea e histerectomia abdominal abaixo apresentados foram considerados adequados para uso pelos preceptores na avaliação de residentes em ambientes de prática.

DOPS PARA CESÁREA

O instrumento DOPS para cesárea contém 11 elementos comuns, que avaliam aspectos relacionados aos conhecimentos teóricos aplicados na execução da cesárea, obtenção de consentimento, comunicação (com equipe e paciente), preparo (da paciente e do material), segurança (aspepsia e antisepsia, e protocolo de *time out*/cirurgia segura), aspectos relacionados à habilidade técnica, solicitação de ajuda e adequação de prescrição e do registro.

Contempla ainda três questões específicas: uma sobre a extração fetal, outra sobre a dequitação placentária e outra sobre a profilaxia de hemorragia.

Para cada um dos 14 elementos que compõem o DOPS de cesárea, o avaliador deve discriminar se o avaliado realizou a tarefa de forma completa/satisfatória, incompleta/insatisfatória, não fez e não se aplica/não verificado. É importante que o avaliado siga, para cada um dos itens adotados, o padrão proposto pelo serviço onde realiza o seu treinamento.

A etapa final do DOPS é composta por campos abertos, que servem para guiar o *feedback* entre o supervisor e o residente avaliado. Contempla um campo aberto para autoavaliação do residente, que é instado a falar sobre os pontos positivos e dificuldades experimentadas naquele procedimento. Também há um espaço para o preceptor avaliar os aspectos positivos e os aspectos que precisam de melhorias, bem como sugerir um plano para atingir a melhoria e o nível de supervisão recomendado para aquele residente.

A tabela 1 apresenta a versão final do DOPS de cesárea.

Tabela 1. Instrumento DOPS (*Direct Observation of Procedural Skills*) para Cesárea – Febrasgo

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM PARTO CESÁRIO					
Nome do Residente:			Nome do Supervisor:		
Programa:		Ano de Residência:		Data:	
Item	Completo/ Satisfatório	Incompleto/ Insatisfatório	Não fez	Não se aplica/Não verificado	
1. CONHECIMENTO TEÓRICO APLICADO					
2. CONSENTIMENTO INFORMADO					
3. COMUNICAÇÃO COM A PACIENTE					
4. COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE					
5. PREPARO DA PACIENTE					
6. PREPARO DO MATERIAL					
7. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA					
8. PROTOCOLO DE SEGURANÇA/TIME OUT					
9. HABILIDADE TÉCNICA					
10. SOLICITAÇÃO DE AJUDA QUANDO NECESSÁRIO					
11. PRESCRIÇÃO E REGISTRO					
12. EXTRAÇÃO FETAL					
13. DEQUITAÇÃO PLACENTÁRIA					
14. PROFILAXIA DE HEMORRAGIA					

FEEDBACK
 AUTOAVALIAÇÃO DO RESIDENTE (aspectos positivos e dificuldades): _____

 AVALIAÇÃO DO PRECEPTOR:
 Aspectos positivos:

 Aspectos em que precisa melhorar:

 Sugestão (plano de melhoria):

NÍVEL DE SUPERVISÃO RECOMENDADO:
 () 1. Só observação
 () 2a. Supervisão direta em todo o procedimento
 () 2b. Supervisão direta (apenas nos passos críticos)
 () 3. Supervisão indireta

DOPS PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

O instrumento DOPS para histerectomia abdominal contempla os mesmos elementos comuns já especificados para o instrumento de cesárea, havendo ainda outros cinco elementos próprios desse procedimento, totalizando 16 itens a serem avaliados. Também contém os mesmos elementos de campo aberto para *feedback*.

Os elementos próprios incluem avaliação relacionada à abordagem dos ligamentos útero-ovarianos, redondos e largos, além da dissecação do espaço vesicouterino. Também compreendem a avaliação da ligadura dos vasos uterinos e dos ligamentos parametriaux e uterossacros, e, por fim, a colpotomia, sutura da cúpula vaginal e fixação dos ligamentos.

A tabela 2 apresenta a versão final do DOPS de histerectomia abdominal.

Tabela 2. Instrumento DOPS (*Direct Observation of Procedural Skills*) para Histerectomia Abdominal – Febrasgo

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM HISTERECTOMIA ABDOMINAL					
Nome do Residente:			Nome do Supervisor:		
Programa:		Ano de Residência:		Data:	
Item	Completo/ Satisfatório	Incompleto/ Insatisfatório	Não fez	Não se aplica/ Não verificado	
1. CONHECIMENTO TEÓRICO APLICADO					
2. CONSENTIMENTO INFORMADO					
3. COMUNICAÇÃO COM A PACIENTE					
4. COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE					
5. PREPARO DA PACIENTE					
6. PREPARO DO MATERIAL					
7. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA					
8. PROTOCOLO DE SEGURANÇA/TIME OUT					
9. HABILIDADE TÉCNICA					
10. SOLICITAÇÃO DE AJUDA QUANDO NECESSÁRIO					
11. PRESCRIÇÃO E REGISTRO					
12. SECÇÃO E LIGADURA DOS LIGAMENTOS ÚTERO-OVARIANOS					
13. SECÇÃO E LIGADURA DOS LIGAMENTOS REDONDOS, ABERTURA DO LIGAMENTO LARGO E DISSECÇÃO DO ESPAÇO VESICOUTERINO					
14. SECÇÃO E LIGADURA DOS VASOS UTERINOS					
15. SECÇÃO E LIGADURA DOS LIGAMENTOS PARAMETRIAIS E UTEROSSACROS					
16. COLPOTOMIA, SUTURA DA CÚPULA VAGINAL E FIXAÇÃO DOS LIGAMENTOS					

FEEDBACK

AUTOAVALIAÇÃO DO RESIDENTE (aspectos positivos e dificuldades): _____

AVALIAÇÃO DO PRECEPTOR:

Aspectos positivos:

Aspectos em que precisa melhorar:

Sugestão (plano de melhoria):

NÍVEL DE SUPERVISÃO RECOMENDADO:

() 1. Só observação

() 2a. Supervisão direta em todo o procedimento

() 2b. Supervisão direta (apenas nos passos críticos)

() 3. Supervisão indireta

ASPECTOS PRÁTICOS DE IMPLEMENTAÇÃO

A cesárea e a histerectomia abdominal são duas das principais habilidades cirúrgicas fundamentais para o treinamento de um especialista em Ginecologia e Obstetrícia, e a capacidade de indicação e realização

é componente de diferentes EPAs em Ginecologia e Obstetrícia.

Os DOPS propostos pela Febrasgo para cesárea e histerectomia constituem os primeiros instrumentos com esse fim, desenvolvidos primariamente em língua portuguesa

e adaptados à realidade brasileira, elaborados e validados por meio de um processo que envolveu especialistas das mais diversas áreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia. São disponibilizados de forma gratuita e podem ser implementados em qualquer serviço de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Uma parte fundamental do uso dos DOPS é entender que eles não servem para ranqueamento ou nota do residente; sua avaliação envolve, ao final, uma autoavaliação do residente e uma avaliação (“*feedback*”) por parte do preceptor, os quais devem ser feitos o mais breve possível em relação ao procedimento. É importante entender que esses instrumentos são elementos avaliativos e também formativos, isto é, seu uso deve ser uma forma de melhorar o desempenho do médico-residente em seu treinamento, de tal modo a garantir a proficiência nas EPA.

Outro ponto importante é compreender que os DOPS servem para avaliação da formação dos residentes, e não para uniformização de técnicas cirúrgicas, tarefa que demanda um outro tipo de estratégia e que não é alvo deste trabalho. Entende-se que os especialistas têm plena capacidade de avaliar, do ponto de vista técnico, o desenvolvimento de determinado procedimento cirúrgico. Sabemos que há diferenças na execução de cesáreas e histerectomias abdominais nos diferentes serviços brasileiros, que, no entanto, não prejudicam o desfecho final do procedimento. É importante que o médico-residente conheça e adote adequadamente a técnica utilizada em seu centro de treinamento – e é esse o foco de avaliação dos DOPS.

Sugere-se que, durante a sua implementação prática, sejam feitas avaliações recorrentes pela supervisão do Programa de Residência Médica, buscando estimular sua efetiva implementação, bem como avaliar criticamente os resultados de avaliação obtidos pelos residentes nos diferentes anos de formação.

Para a implementação, é importante que os supervisores que fazem atuação recorrente nos cenários de prática como Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico sejam sensibilizados da importância das avaliações recorrentes, como uma forma de melhoria dos processos formativos e correção. Está estabelecido que avaliações exclusivamente terminais têm um papel negativo no aprendizado, uma vez que não permitem que o aluno e o supervisor identifiquem problemas na formação e atuem, dentro daquele determinado estágio, para sua correção.

Para além do simples preenchimento de um *checklist*, o momento do *feedback* é de fundamental importância para que o residente possa fazer uma avaliação crítica de seu desempenho e identificar seus pontos fortes e os pontos fracos que precisam de melhorias. Esse processo deve ser guiado pelo supervisor, que terá capacidade, uma vez que já é especialista, de auxiliar na identificação ou de, propriamente, identificar os pontos fortes e fracos do aluno em avaliação.

Também é relevante que os dados obtidos sejam efetivamente avaliados pela coordenação dos Programas de Residência Médica, como forma de ter uma visão geral sobre os processos formativos de seus respectivos programas, identificando elementos formativos que possam passar por melhorias de processos de ensino e aprendizagem.

Por fim, como se trata de um instrumento novo, estratégias de validação em vida real, ancoradas em projetos de pesquisa, podem trazer evidências científicas relacionadas a efetividade e aplicabilidade do instrumento em cenários reais de prática.

CONCLUSÕES

A avaliação de residentes em seu processo de formação é uma etapa desafiadora, que demanda o uso de diferentes instrumentos. Os DOPS são um desses instrumentos, com foco na avaliação do desempenho para a realização de determinados procedimentos.

Na formação de especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, a assistência adequada em diferentes contextos de parto e de condições ginecológicas anatômicas ou funcionais implica a realização de cesáreas e de histerectomias abdominais, de tal forma que a habilidade adequada para realizar tais procedimentos é essencial para adquirir a competência adequada para algumas EPAs.

A implementação desses instrumentos em cenários reais permitirá sua validação na vida real, melhorando o formato de avaliação de residentes em uma especialidade que tem parte importante de sua atuação em atividades práticas e cirúrgicas. Desse modo, sugere-se aos supervisores de Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia que considerem os DOPS como mais uma ferramenta para aprimorar a avaliação dos residentes.

AGRADECIMENTOS

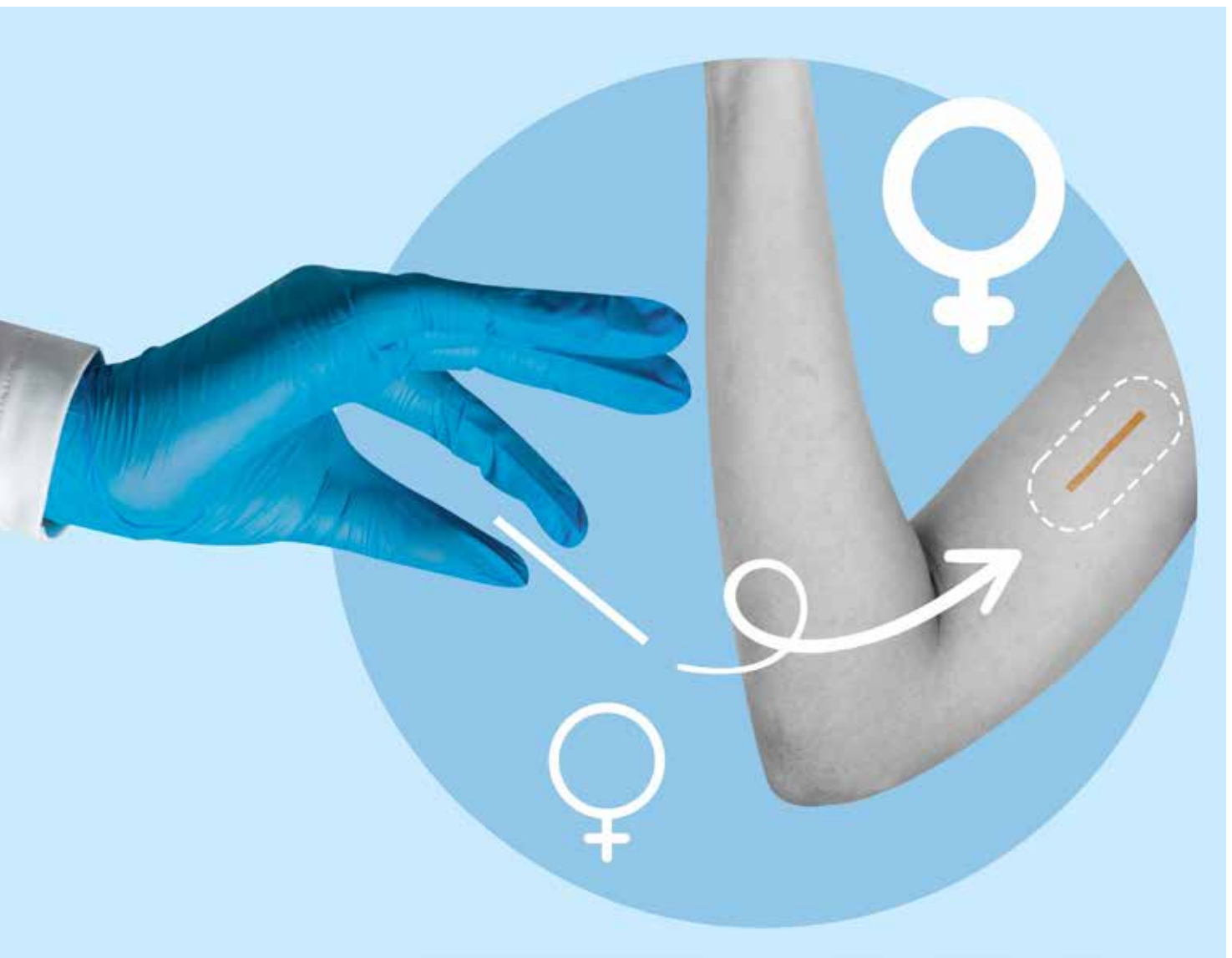
Helena Von Eye Corleta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Márcia Apple Binda da UFRGS.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca GM, Da Costa LH, Meira Junior JD, Dell'Aquila Junior NF, Ribeiro Junior U, Herman P, et al. Evaluation of graduates of residency in digestive surgery and coloproctology in a single center: a 43 years portrait. *Arq Bras Cir Dig.* 2025;37:e1853. doi: 10.1590/0102-6720202400059e1853
2. Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM). As EPAs (Entrustable Professional Activities) na formação de especialistas em Ginecologia e Obstetrícia. Proposta da Febrasgo. São Paulo: Febrasgo; 2022.
3. Zhang D, Wang X, Chen X, Lou Y, Zhou X, Zhang K. Optimizing resident training in obstetrics and gynecology: a new perspective on the refined Peyton four-step teaching method. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):864. doi: 10.1186/s12909-024-05851-y
4. Mohamadirizi S, Mardanian F, Torabi F. The effect of direct observation of procedural skills method on learning clinical skills of midwifery students of medical sciences. *J Educ Health Promot.* 2020;9:91. doi: 10.4103/jehp.jehp_672_19

Guia de bolso para a incorporação do implante subdérmico de etonogestrel: o que você precisa saber para a gestão do seu consultório

Maria Auxiliadora Budib¹, Mariana Tessi², Lia Cruz Costa Damásio³, Maria Celeste Osório Wender⁴



1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

2. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

3. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

O implante subdérmico de etonogestrel é um método contraceptivo reversível de longa duração (LARC), com eficácia elevada e retorno rápido da fertilidade após a remoção. Em 2025, a Agência Nacional de Saúde Suplementar determinou a cobertura obrigatória do método na saúde suplementar, inicialmente para grupos específicos (Resolução Normativa nº 619/2024) e, posteriormente, para todas as pessoas entre 18 e 49 anos (Resolução Normativa nº 642/2025). Este artigo tem como objetivo analisar o impacto prático dessa incorporação para ginecologistas, operadoras e pacientes, abordando aspectos clínicos, regulatórios, administrativos e de gestão em serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A contracepção de longa duração (LARC) é uma das estratégias mais eficazes para a redução de gestações não planejadas. O implante subdérmico de etonogestrel, aprovado no Brasil desde 2011, já havia sido incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em grupos prioritários e expandiu recentemente para adolescentes. Na saúde suplementar, sua inclusão obrigatória no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2025, representa um marco importante para a prática ginecológica e o acesso equitativo.

Estimativas apontam que 218 milhões de mulheres em idade reprodutiva de 15 a 49 anos em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, querem evitar a gravidez, mas não fazem uso de nenhum método contraceptivo moderno. Segundo dados publicados pela Fundação Oswaldo Cruz, mais de 55% das gestações no Brasil não são planejadas, acusadas por ausência ou uso incorreto do método. Porém, se compararmos esses dados com os de países em que os LARCs são mais utilizados pela população, essas taxas são significativamente menores, como no Reino Unido, em que apenas 16,2% de gestações não são planejadas. Isso ocorre porque são métodos seguros e de longo prazo que possibilitam um planejamento familiar e maior segurança e autonomia da mulher.

Além disso, as gravidezes indesejadas afetam diretamente a saúde pública e os cofres dos serviços de saúde, uma vez que aumentam as taxas de abortos clandestinos, mortalidade materna e gestações de alto risco, englobando mulheres portadoras de doenças crônicas, em uso de medicamentos teratogênicos e outras condições que demandam maior número de consultas de pré-natal, exames a serem realizados e riscos para a mulher.

O implante de etonogestrel, por sua vez, sendo um método que não depende da adesão da usuária e ainda assim confere 99,95% de eficácia por até três anos, surge como um aliado das mulheres e dos serviços de saúde na busca pela autonomia e segurança. É esperado que, com o aumento da disponibilidade nas esferas pública e privada, haja maior demanda e adesão, sendo

necessário ao médico ginecologista estar preparado e capacitado para atender esse público.

Este artigo discute as mudanças regulatórias, os impactos esperados e as orientações práticas para a gestão clínica e administrativa do método.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa baseada em análise documental das Resoluções Normativas (RNs) nº 619/2024 e nº 642/2025^(1,2) da ANS, relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), protocolos clínicos do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), bem como na bula oficial do medicamento e na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).⁽³⁻⁸⁾

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Linha do tempo regulatória

- 02/01/2025 (RN nº 619/2024):⁽¹⁾ prevê cobertura obrigatória para grupos específicos: pessoas adultas em idade fértil em situação de rua, em uso de medicamentos teratogênicos, privadas de liberdade ou trabalhadoras do sexo;
- 01/09/2025 (RN nº 642/2025):⁽²⁾ ampliação da Diretriz de Utilização (DUT) 170, com cobertura obrigatória para todas as pessoas de 18 a 49 anos.

Impactos esperados para operadoras, serviços e pacientes

A ampliação do acesso ao implante na saúde suplementar na faixa etária de 18 a 49 anos deve reduzir as taxas de gestações não planejadas e custos associados (consultas, partos e internações por complicações). Em avaliação econômica para o SUS, a Conitec estimou o impacto orçamentário plurianual com diferentes cenários de penetração, sinalizando que a difusão é gradual, mas relevante. Embora o estudo seja para o SUS, os vetores de custo-utilidade ajudam a sinalizar benefícios clínicos e financeiros também para a saúde suplementar. Operadoras precisarão adequar protocolos de fornecimento do insumo e autorização de procedimentos. Serviços de saúde terão maior demanda assistencial, com o aumento da procura em ambulatorios de ginecologia e clínicas da família para planejamento reprodutivo, maior demanda por inserções, remoções e trocas ao final do terceiro ano.

Aspectos clínicos: o que o ginecologista precisa saber?

Trata-se de indicação coberta pela saúde suplementar, de acordo com a DUT 170 vigente em 01/09/2025, para a prevenção de gravidez não planejada em pessoas adultas de 18 a 49 anos.

O implante tem duração de até três anos e pode ser inserido em diferentes momentos do ciclo, incluindo pós-parto e pós-aborto. A inserção deve ser realizada por profissional de saúde habilitado e treinado, em ambiente ambulatorial. Após a retirada, a fertilidade retorna rapidamente. Caso haja desejo de manter o método, pode-se inserir um novo dispositivo imediatamente, mantendo a eficácia.

É necessário que, na consulta de planejamento reprodutivo, o médico realize uma anamnese detalhada, buscando compreender quais são os desejos da paciente, os métodos já utilizados e as contraindicações, apresentar os métodos disponíveis, pontuar os benefícios e os possíveis efeitos adversos, como sangramentos irregulares e direito à remoção a qualquer momento, tirar as dúvidas e documentar tudo o que foi discutido no prontuário.

Isso possibilita alinhar as expectativas da paciente acerca do implante à realidade, já que a falta de informação ou as expectativas não condizentes à realidade geram inserções desnecessárias e um maior número de retiradas de um dispositivo de alto custo, representando prejuízo e falha de adesão.

Quem pode inserir?

De acordo com a bula do fabricante, “profissional de saúde habilitado e treinado”.⁽⁶⁾ No SUS, normas recentes admitem médicos e enfermeiros habilitados, conforme portarias e escopo local. Na saúde suplementar, esse procedimento é realizado usualmente por médicos treinados.

Faturamento e codificação

Na saúde suplementar, a codificação é feita via TUSS.⁽⁷⁾

- Inserção: TUSS 31303331 – “Implante subdérmico hormonal para contracepção – inserção”. Porte cirúrgico CBHPM 4A, quando aplicável ao referencial do convênio;
- Remoção: TUSS 31303340 – “Implante subdérmico hormonal para contracepção – remoção”. Porte 4A.

Dica prática: muitas operadoras tratam o dispositivo como material/OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) ou medicamento de alto custo vinculado ao procedimento. Verifique a regra do seu convênio (acerca do fornecimento do insumo, condições de reembolso, se exige cotação/OPME e anexos na guia TISS) e guarde o lote/rastreabilidade na documentação clínica.

Autorização, documentos e prevenção de glosa

Para auxiliar o médico na prática em consultório, formulamos um *checklist* para o fluxo administrativo em consultório:

1. Guia TISS com código TUSS correto (inserção ou remoção).
2. Laudo/indicação clínica (contracepção 18-49 anos, conforme DUT 170; descreva aconselhamento e opção por LARC).
3. Termo de consentimento + orientações assinadas (manuseio de efeitos, quando

procurar serviço, troca/remoção).

4. Nota/registro do material (marca, lote, validade) anexada ao prontuário e à conta – algumas operadoras exigem pré-autorização com estimativa de custos do insumo.
5. Comprovantes de treinamento, habilitação do profissional para inserção ou remoção (útil em auditorias).
6. Organização do serviço: Padronize protocolo de inserção e remoção, incluindo antisepsia, checagem de posição e entrega de cartão com data de inserção/vencimento. (Seguir a bula e protocolos municipais/estaduais como referência operacional.)

Rastreabilidade: registre a marca e o lote no prontuário e no sistema.

Acesso equitativo: utilize a linguagem inclusiva na triagem. A norma utiliza o termo “pessoas adultas” na hora de se referir ao público que preenche os critérios de elegibilidade.

Faça a gestão clínica das suas pacientes com orientações seguras e acompanhamento longitudinal. Esse valor agrega um diferencial à sua agenda e traz indicadores de saúde para a paciente, para a sociedade e para nossa especialidade.

Perguntas frequentes

1. “Precisa justificar o motivo para usar?” – Na saúde suplementar, a DUT 170 atual não restringe por condição clínica, além da faixa etária de 18 a 49 anos, para a prevenção de gravidez não desejada.
2. “E se quiser retirar antes?” – A remoção é coberta (TUSS 31303340); a usuária pode solicitar a retirada a qualquer momento.
3. “Dura quanto?” – A bula atual confere três anos de garantia; depois, pode-se trocar no mesmo ato.

Referências-chave para sua equipe

- RN nº 619/2024 (vigência: 02/01/2025) – inclusão inicial do implante com DUT para grupos específicos.⁽¹⁾
- RN nº 642/2025 (vigência: 01/09/2025) – ampliação da DUT 170 para 18-49 anos.⁽²⁾
- Notas ANS/impressão pública – confirmação da data e critério de ampliação.⁽³⁾
- TUSS 31303331 (inserção) e 31303340 (remoção).⁽⁷⁾
- Bula/Protocolos – profissional habilitado, orientação e manejo; protocolos da Febrasgo, Ministério da Saúde e secretarias de saúde.⁽⁴⁻⁸⁾

CONCLUSÃO

A incorporação do implante subdérmico de etonogestrel na saúde suplementar representa um avanço relevante na contracepção no Brasil. O ginecologista deve estar preparado para orientar, inserir e remover o dispositivo,

além de organizar fluxos administrativos adequados. A medida amplia o acesso, fortalece a autonomia reprodutiva e contribui para a redução de custos associados a gestações não planejadas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 619, de 19 de dezembro de 2024. Dispõe sobre a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União. 27 nov. 2024;Sec. 1:356.
2. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa ANS nº 642, de 11 de agosto de 2025. Altera a Resolução Normativa – RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para ampliar a cobertura obrigatória do “implante subdérmico hormonal para contracepção (com diretriz de utilização)”, em cumprimento ao disposto nos parágrafos 4º e 10, do art. 10, da Lei nº 9.656/1998. Diário Oficial da União. 13 ago. 2025;Sec. 1:152.
3. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Notas técnicas e comunicados à imprensa sobre a ampliação da cobertura do implante subdérmico de etonogestrel. Brasília (DF): ANS; 2025. Available from: <https://www.gov.br/ans>
4. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Etonogestrel, implante subdérmico (Implanon®) para contracepção: relatório de recomendação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Protocolos e recomendações sobre contracepção e planejamento reprodutivo. São Paulo: Febrasgo; 2023.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
7. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). Brasília (DF): ANS; 2025. Available from: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/terminologia-unificada-da-saude-suplementar-tuss>
8. Implanon NXT® (etonogestrel): bula de paciente e profissional de saúde. São Paulo: Organon; 2025.

Educar para Transformar: a união entre universidade, entidades médicas e o setor público para educação em saúde

Samara Tessari Pires¹, Bianca Almeida de Miranda¹, Tatiana Serra da Cruz¹,
Rita de Cássia Barbosa Tavares dos Santos^{2,3}, Gisele Cristina da Cruz²



Descritores

Comunicação em saúde;
Educação em saúde; Saúde
sexual; Saúde reprodutiva

Keywords

Health communication;
Health education; Sexual
health; Reproductive health

Submetido:

29/7/2025

Aceito:

09/11/2025

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.
2. Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul.
3. Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Samara Tessari Pires
pires.samara02@gmail.com

Como citar:

Pires ST, Miranda BA, Cruz TS, Santos RC, Cruz GC. Educar para Transformar: a união entre universidade, entidades médicas e o setor público para educação em saúde. Femina. 2025;53(9):1070-4.

RESUMO

Objetivo: Desenvolver um projeto de saúde sexual e reprodutiva direcionado ao público escolar do município de Campo Grande – MS, por discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em parceria com associações médicas de especialidade e o setor público. **Método:** A ação de extensão incluiu a produção de materiais didáticos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva para serem amplamente distribuídos ao público escolar de Campo Grande – MS e a apresentação de uma palestra educativa interativa sobre Saúde da Mulher em todas as fases da vida em uma das instituições escolares da cidade. **Resultados:** Os temas abordados são atrativos aos estudantes, que participaram ativamente da sessão interativa, uma vez que o interesse decorre da curiosidade e das dúvidas, pois são assuntos que não fazem parte do conteúdo abordado no cotidiano escolar. A extensão universitária promove o aprendizado e a capacitação dos acadêmicos, preparando-os para fornecer educação em saúde com maior segurança, e contribui para seu desenvolvimento profissional. **Conclusão:** A ação educativa transmitiu informações aos alunos sobre a saúde feminina e desmistificou conceitos errôneos enraizados, o que foi evidenciado pelo interesse e pelas dúvidas dos estudantes durante a apresentação. O projeto contribuiu para a melhoria das competências dos acadêmicos de Medicina ao permitirem-lhes vivenciar a educação em saúde na prática.

ABSTRACT

Objective: To develop a sexual and reproductive health project targeted at the school population of Campo Grande – MS, by students of the Medicine course at the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS), in partnership with medical specialty associations and the public sector. **Method:** The extension action included the production of printed educational materials on sexual and reproductive health to be widely distributed to the school population of Campo Grande – MS, and the presentation of an interactive educational lecture on Women's Health throughout all stages of life at one of the city's educational institutions. **Results:** The topics covered were attractive to the students, who actively participated in the interactive session, as the interest stemmed from curiosity and questions, given that these subjects are not part of the regular school curriculum. The university extension promoted learning and training for the students, preparing them to provide health education with greater confidence and contributing to their professional development. **Conclusion:** The educational action provided information to the students about women's health and demystified deeply rooted misconceptions, which was evidenced by the students' interest and questions during the presentation. The project contributed to improving the skills of the Medicine students by allowing them to experience health education in practice.

INTRODUÇÃO

A adolescência compreende o período da vida que se estende dos 10 aos 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e de 12 a 18 anos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece as vulnerabilidades do grupo jovem de 15 a 24 anos e suas repercussões em relação ao processo saúde-doença, por isso as políticas brasileiras abrangem a faixa etária de 10 a 24 anos.⁽¹⁻³⁾

A sexualidade para adolescentes e jovens é um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade. Essa vivência geralmente é marcada por práticas sexuais desprotegidas, pela falta de informação e comunicação entre os familiares, por alguns mitos ou tabus ou pelo medo de assumir a própria sexualidade, o que é motivado pela busca e curiosidade por novas experiências e contrariado pela falta de orientação sobre as mudanças pelas quais os adolescentes estão passando. Nesse cenário, torna-se ainda mais essencial a busca por informações seguras e assertivas sobre saúde sexual e reprodutiva, a fim de prevenir comportamentos de risco.⁽⁴⁻⁶⁾

Considerando-se que o adolescente e o jovem estão inseridos no meio escolar, os professores tornam-se importantes fontes de informação sobre sexualidade, sendo citados como a principal em uma pesquisa com estudantes. A televisão foi apontada como outra fonte de informação, todavia mais associada a comportamentos de risco. Nesse contexto, surge a oportunidade de aliar escola e universidade na missão de fornecer orientação adequada em saúde sexual e reprodutiva, assim como outras iniciativas de projetos já relatadas na literatura.^(7,8)

A extensão universitária ganha seu espaço ao trazer para o público conhecimentos veiculados no meio acadêmico de forma acessível para a comunidade leiga. Essa iniciativa é histórica, como se evidencia pelo primeiro grupo de estudos de graduação instituído no Brasil, o Grupo Antissifilís, que teve início em 1920 e era vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O grupo continua em plena atividade até hoje, o que demonstra tanto a importância no aspecto longo prazo que a iniciativa alcançou quanto a relevância e a atemporalidade do tema, também relacionado à educação sexual.⁽⁹⁾

A Liga Acadêmica de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (LAGOM-UFMS) foi criada em 2020 por alunos e professores do Módulo de Assistência à Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da UFMS, com o objetivo de proporcionar a seus ligantes a participação em atividades relacionadas à especialidade de saúde da mulher orientadas por um médico-coordenador nos quesitos ensino, pesquisa e extensão.

Destaca-se o Projeto de Extensão “Educar Para Transformar: Viver Mais” realizado pela LAGOM-UFMS em 2024, que proporcionou o contato dos ligantes discentes com o público escolar, levando informações a

respeito da saúde da mulher em seus diversos ciclos de vida e contribuindo para a desmistificação de temas comumente ocultados das salas de aula. A extensão traz benefícios de forma mútua, tanto na vida dos acadêmicos, ao praticarem o que estudaram, quanto na vida das pessoas que usufruem desse aprendizado.⁽⁹⁾

METODOLOGIA

O projeto Educar Para Transformar foi desenvolvido no período de 22 de maio a 22 de julho de 2024 e registrado no protocolo LTLZR.090424 do Sistema de Informação e Gestão de Projetos da UFMS, durante parte do período de atividades da LAGOM-UFMS, em parceria com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul (SOGOMAT-SUL), a Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-MS), a Secretaria Estadual de Saúde de MS, a Secretaria Estadual de Educação de MS, a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e a Secretaria Municipal de Educação.

A ação prevista incluiu a produção de materiais didáticos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva com revisão jurídica de todo material produzido, para serem distribuídos amplamente ao público escolar do ensino fundamental e médio do município de Campo Grande – MS, e a apresentação de uma palestra educativa pelos membros discentes e pela docente coordenadora da LAGOM em uma das instituições escolares da cidade.

RESULTADOS

O projeto contou com a participação de sete profissionais de educação de uma escola municipal que oferta ensino supletivo em Campo Grande – MS e cerca de 40 alunos, além dos membros da LAGOM, sendo oito ligantes, quatro coordenadoras discentes, uma coordenadora docente, e da secretária da SOGOMAT-SUL.

A faixa etária dos alunos participantes situava-se entre 16 e 25 anos, o que corresponde à população geralmente compreendida em escolas de supletivo. A fim de contar com o maior número de pessoas na ação educativa, a intervenção foi realizada no período noturno, em horário coincidente com o período das aulas.⁽¹⁰⁾

Inicialmente, foi apresentada uma palestra a respeito da vida da mulher em seus diversos ciclos, abordando temas como ciclo menstrual e cuidados de higiene íntima. Posteriormente, seguiu-se com o foco na vida da mulher na juventude, onde foram abordados os temas de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de anticoncepção, sendo alguns métodos contraceptivos, como dispositivos intrauterinos (DIUs), implante subdérmico de etonogestrel, preservativos e anel vaginal, demonstrados por meio de protótipos didáticos. Por fim, os últimos assuntos abordados foram acerca da mulher na transição menopausal e pós-menopausa, seus sintomas nesse período e prevenção da osteoporose.

Em todos os temas, houve a participação ativa dos alunos presentes, por meio de respostas verbais e com cartões nas cores verde e vermelha, durante as atividades dinâmicas com perguntas de “mito” (deveriam levantar o cartão vermelho) ou “verdade” (nesse caso, levantavam o cartão verde), realizadas com os assuntos abordados na palestra. Nesses momentos, foi possível esclarecer as dúvidas dos alunos, principalmente quanto aos métodos contraceptivos, uma vez que houve demonstração de protótipos de alguns métodos e de como utilizá-los. Além disso, foram fornecidos folhetos educativos (Figura 1) impressos e distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, facilitando a difusão das informações.

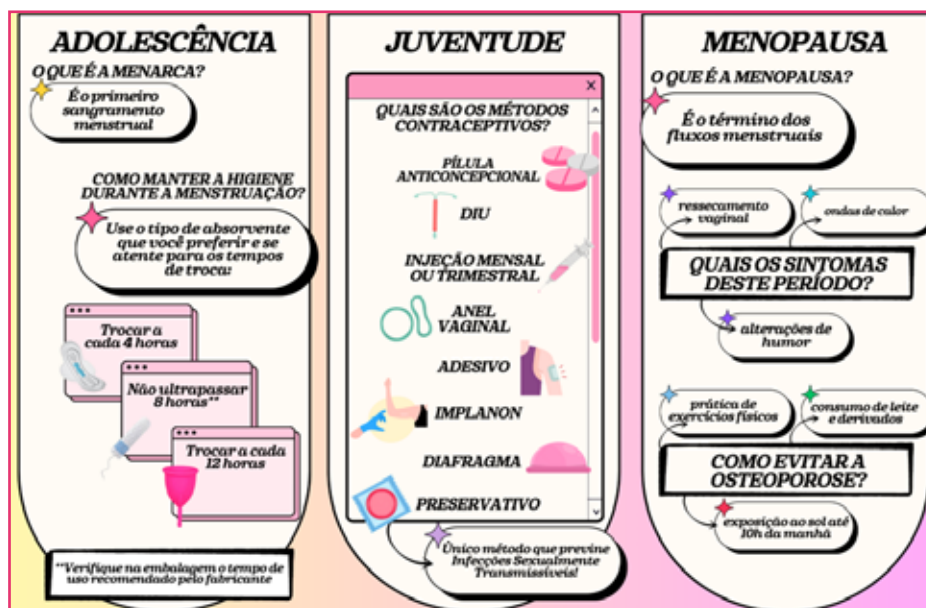
A realização desse projeto de extensão demonstrou-se como uma experiência positiva para as ligantes, ao proporcionar uma maneira de concretização do conteúdo por meio da transmissão de informações e conhecimentos à população leiga. Assim sendo, a liga tem cumprido com o seu papel acadêmico e social, possibilitando o crescimento profissional aos estudantes e gerando atividades educativas para o público.

DISCUSSÃO

O presente artigo descreveu uma ação educativa em saúde sexual e reprodutiva desenvolvida por discentes do curso de Medicina para o público escolar em Campo Grande – MS.

A primeira parte do projeto de extensão constituiu-se da elaboração de um panfleto, distribuído amplamente aos escolares da rede municipal de educação de Campo Grande, contendo informações relativas ao autocuidado e à saúde feminina, com linguagem acessível. Tal ferramenta é relevante ao aumentar a eficácia do treinamento de educação em saúde, pois atrai a atenção dos ouvintes e os deixam mais dispostos a aprender o conteúdo educacional. Com esse intuito, o panfleto foi certo ao responder às necessidades de educação em saúde dos alunos antes mesmo da palestra educativa.⁽¹¹⁾

A palestra realizada como parte do projeto Educar Para Transformar foi construída no modelo “mito ou verdade”, a fim de propiciar a participação dos ouvintes no aprendizado do tema e proporcionar um ambiente informal e seguro para o envolvimento dos presentes na ação educativa. A comunicação bem-humorada, a atenção positiva ao público e as habilidades de comunicação verbal e não verbal contribuem para a eficácia do objetivo proposto, que é o da difusão de conhecimento em saúde sexual ao público leigo. Zareban *et al.* (2018)⁽¹¹⁾ descrevem que a comunicação informal e bem-humorada com o público contribui para a construção da confiança mútua, além da formação de um relacionamento entre profissional e ouvinte. Dessa forma, recursos lúdicos para o envolvimento dos participantes podem torná-los mais receptivos à mensagem de educação em saúde proposta.^(11,12)



Fonte: Acervo do autor.

Figura 1. Folder desenvolvido pelos membros da Liga Acadêmica de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (LAGOM-UFMS) para ser amplamente distribuído entre os escolares da rede educacional de Campo Grande – MS

Durante a realização da dinâmica, percebeu-se o surgimento de dúvidas pelos estudantes e a desconstrução de conceitos equivocados sobretudo em relação a temas referentes a higiene íntima e métodos contraceptivos. Ao final da apresentação, as dúvidas foram sanadas pelos membros da LAGOM-UFMS. Nesse contexto, é importante que seja aplicado o conceito de atenção positiva ao público: não se deve deixar que os julgamentos e as mentalidades sobre os ouvintes interfiram em seus relacionamentos com eles, sendo fundamental a comunicação sem preconceito e sem parcialidade.⁽¹²⁾

Além disso, no momento das dúvidas, a disponibilidade do educador em atender aos participantes promove e facilita uma educação eficaz, pois demonstra o esforço do profissional em se fazer entendido pelo público. Sendo as ligas acadêmicas formadas por um grupo de estudantes que voluntariamente buscam uma oportunidade a mais de aprendizado dentro do curso de Medicina a partir de atividades que são desenvolvidas pelos próprios alunos, como treinamentos teóricos e práticos, pressupõe-se o interesse de seus membros em aprofundar os estudos na temática em questão, que, nesse caso, seriam assuntos relativos à Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia do escopo da LAGOM-UFMS. Assim, a liga constitui uma ferramenta que eleva a qualidade das ações educativas ao ser formada por membros interessados no aprendizado e na troca de conhecimentos daquela área.^(9,12)

Durante a apresentação, foi abordada a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de temas como: métodos de barreira para a prevenção de ISTs, sinais e sintomas de possíveis infecções do trato genital inferior feminino e vacinação.⁽¹³⁾ Embora a palestra

tenha apresentado a abordagem de saúde da mulher em todas as fases da vida de forma geral, esses foram os temas que perceptivelmente mais interessaram aos participantes, por haver gerado maior interação e maior quantidade de dúvidas. Isso evidencia a importância da adequação do tema e do conteúdo do programa educacional à idade e às necessidades dos ouvintes, o que já foi relatado na literatura como entrave para o sucesso da educação em saúde, quando essa adequação não ocorre.^(11,14)

Um estudo realizado no Irã, com 23 profissionais, que abordou as fontes de autoeficácia dos educadores em saúde mostrou que o nível inadequado de conhecimento profissional impacta negativamente a autopercepção desses profissionais quanto às suas habilidades para fornecer informação de qualidade aos pacientes. Da mesma forma, sendo a universidade um espaço de aprendizado e de discussão, ações educativas como essa, proporcionadas pelos estudantes de graduação, incentivam a busca pelo conhecimento por meio de preparo prévio, para fornecer educação de qualidade aos participantes do projeto, contribuindo para o desenvolvimento acadêmico individual e coletivo e, consequentemente, aumentando a segurança para realizar a educação em saúde e capacitando para o futuro profissional dos estudantes de Medicina.⁽¹⁵⁾

CONCLUSÃO

O projeto de extensão “Educar para Transformar: Viver Mais” foi concluído no ano de 2024 e mostrou-se efetivo no seu objetivo ao transmitir informações para os alunos sobre a saúde feminina e desmistificar vários conceitos errôneos enraizados.

AGRADECIMENTOS

As alunas de graduação em Medicina que produziram este artigo agradecem à orientadora M. A. Tatiana Serra da Cruz, pelo apoio técnico e acadêmico durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como pela estruturação do projeto como coordenadora da LAGOM-UFMS. Agradecemos também às demais coordenadoras discentes da liga que estiveram presentes na ação deste projeto – Amanda Cristina Leal Kundzins e Hysllem Rayane Oliveira Mendes – e às alunas de graduação membros da LAGOM no ciclo 2023-2024.

Agradecemos pela parceria com a SOGOMAT-SUL, representada pela presidente Dra. Rita Tavares e pela secretária Gisele Cristina da Cruz; com a SOGIA-MS, representada pela delegada da Associação, Dra. Tatiana Serra da Cruz; com a Secretaria Estadual de Saúde de MS, representada pelo Dr. Mauricio Simões; com a Secretaria Estadual de Educação de MS, representada por Hélio Queiroz Daher; com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, representada pela Dra. Rosana Leite; e com a Secretaria Municipal de Educação, representada por Lucas Bitencourt.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que não receberam financiamento de qualquer natureza para o desenvolvimento deste projeto.

REFERÊNCIAS

- Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990;Seç. 1:13563.
- Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cartão do Adolescente: Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Carleto AP, Faria CS, Martins CB, Souza SP, Matos KF. Conhecimentos e práticas dos adolescentes da capital de Mato Grosso quanto às DST/AIDS. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2010;22(4):206-11. doi: 10.5533/2177-8264-201022406
- Almeida RA, Corrêa RD, Rolim IL, Hora JM, Linard AG, Coutinho NP, et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1033-9. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0531
- Brêtas JR, Ohara CV, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimentos de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis: subsídios para prevenção. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):786-92. doi: 10.1590/S0103-2102009000600010
- Camargo BV, Botelho LJ. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):61-8. doi: 10.1590/S0034-89102006005000013
- Pego-Fernandes PM, Mariani AW. Medical teaching beyond graduation: undergraduate study groups. *São Paulo Med J*. 2010;128(5):257-8. doi: 10.1590/S1516-31802010000500002
- Rodrigues AL, Costa CL, Prata MS, Batalha TB, Passos Neto IF. Contribuições da extensão universitária na sociedade. *Cad Grad Ciênc Hum Soc Unit*. 2013;1(2):141-8.
- Zareban I, Araban M, Almasian M, Ahmadi B, Bastami F. Exploring the perceived capabilities of health professionals in providing health education and counseling to their clients: a qualitative study. *Med Surg Nurs J*. 2018;7(4):e86742. doi: 10.5812/msnj.86742
- Bastami F, Zamani-Alavijeh F, Zareban I, Araban M. Explaining the experiences of health care providers regarding organizational factors affecting health education: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):743. doi: 10.1186/s12909-022-03807-8
- Miranda AE, Freitas FL, Passos MR, Lopez MA, Pereira GF. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(spe1):e2020611. doi: 10.1590/S1679-4974202100019.esp1
- Alves da Silva ML, Veras Araújo MD. Ações de educação em saúde da mulher em uma escola de ensino médio integrado na região Nordeste do Brasil. *Rev Arq Cient (IMMES)*. 2023;5(2):1-4.
- Zamani-Alavijeh F, Araban M, Harandy TF, Bastami F, Almasian M. Sources of health care providers' self-efficacy to deliver health education: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):16. doi: 10.1186/s12909-018-1448-z

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

1076 Uso de neuromoduladores orais em dor pélvica crônica

Omero Benedicto Poli Neto, Julio Cesar Rosa e Silva, Carlos Alberto Petta, Carlos Augusto Pires Costa Lino, Eduardo Schor, Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro, João Nogueira Neto, João Sabino Lahorgue da Cunha Filho, Marcia Cristina França, Márcia Mendonça Carneiro, Marco Aurélio Pinho de Oliveira, Marcos Tcherniakovsky, Maurício Simões Abrão, Raquel Papandreu Dib, Ricardo de Almeida Quinteiros, Sergio Podgaec, Sidney Pearce

APRENDENDO COM ESPECIALISTAS

1085 Vacinação contra o HPV e redução das doenças associadas

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho, Nilma Antas Neves, Cecília Maria Roteli Martins3, Valentino Antonio Magno, Caroline de Oliveira Alves Martins, Maria Carolina Pessoa Valença Rygaard

PROTOCOLOS FEBRASGO

1092 Gravidez e depressão

Comissão Nacional Especializada
em Gestação de Alto Risco

1098 Cirurgia minimamente invasiva no câncer ginecológico

Comissão Nacional Especializada
em Ginecologia Oncológica

1105 Infecção do trato urinário

Comissão Nacional Especializada em
Uroginecologia e Cirurgia Vaginal

1110 Puberdade tardia

Comissão Nacional Especializada em
Ginecologia na Infância e Adolescência

ARTIGOS ORIGINAIS

1114 Impacto da COVID-19 no panorama do câncer de colo uterino no Sudeste: análise epidemiológica entre 2019 e 2020

Rayssa Almeida Nogueira, Lavinia Lages Almeida, Gustavo Henrique Silva Rocha, Alana Cristina Cancegliieri Stuhr, Robison Antônio Coelho Junior, Larissa Rocha Barbosa Moraes

1120 A influência do exercício físico no parto e saúde materno-fetal de pacientes internadas em maternidade pública no Paraná (Brasil)

Gleyse Maria Rubio Oliveira, Jan Pawel Andrade Pachnicki, Maria Luiza Vaz Ferraz, Pamela Marques Vidolin

RELATO DE CASO

1127 Tumor miofibroblástico inflamatório – Relato de caso e revisão de literatura

Mariana Moreira Rizzolli,
Alice Moreira Rizzolli

Uso de neuromoduladores orais em dor pélvica crônica

Número 8 – 2025

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

PONTOS-CHAVE

- A dor pélvica crônica é uma condição comum e complexa que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres.
- A dor neuropática e a dor nociplástica são componentes importantes no quadro algico dessas pacientes e devem ser consideradas no tratamento clínico.
- Os neuromoduladores orais, antidepressivos e anticonvulsivantes, para o controle das dores neuropática e nociplástica, devem estar presentes no arsenal terapêutico do ginecologista que trata de pacientes com dor pélvica crônica.
- A pregabalina é a medicação que tem melhor perfil farmacocinético; a nortriptilina tem melhor perfil de efeitos adversos; a duloxetine é a mais amplamente utilizada e com menores riscos; e a venlafaxina deve ser usada como inibidor de segunda linha.
- É possível combinar as classes de drogas com o intuito de reduzir as doses totais e minimizar os efeitos colaterais, maximizando o efeito analgésico. Todavia, recomendam-se como primeira linha as monoterapias, para evitar a polifarmácia.

RECOMENDAÇÕES

- Como primeira linha para o tratamento da dor neuropática, recomendamos a seguinte ordem de prioridade: 1) gabapentinoides; 2) antidepressivos tricíclicos; 3) antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN).
- Como primeira linha para o tratamento da dor nociplástica, recomendamos a seguinte ordem de prioridade: 1) antidepressivo IRSN; 2) gabapentinoides; 3) antidepressivos tricíclicos.
- Os canabinoides devem ser usados em ambientes acadêmicos com protocolos científicos rigidamente controlados, até que evidências científicas robustas, que nos indiquem a sua utilização, sejam publicadas.
- Não há prazo para a manutenção do tratamento. Via de regra, recomendamos mantê-lo por um período de ao menos seis meses e no máximo doze meses. Após isso, e em conformidade com a paciente e outras estratégias de enfrentamento, deve-se discutir a descontinuação gradual.
- Deve-se ter sempre em mente: 1) alcançar os menores escores possíveis de dor; 2) usar a menor quantidade possível de medicamentos; 3) usar a menor dose possível de cada medicamento; 4) minimizar os efeitos colaterais; 5) maximizar a aderência da paciente; 6) reforçar os mecanismos de enfrentamento e o pensamento positivo.

CONTEXTO CLÍNICO

A dor pélvica crônica é uma condição comum e complexa que pode afetar negativamente a qualidade de vida das pessoas. Existem muitas doenças que estão

associadas a ela e que podem levar aos sintomas, por diversos mecanismos. Na prática clínica, além de buscar o diagnóstico específico, é fundamental tipificar a dor percebida pela paciente. Isso tem relevância

crucial no planejamento da abordagem terapêutica e, consequentemente, nos resultados obtidos em médio e longo prazo.⁽¹⁾

A dor pode ser classificada, simplificada, em nociceptiva (também conhecida como inflamatória), neuropática e nociplástica, embora outras categorias possam ser elencadas, mas fogem do escopo deste *statement*. No primeiro caso, ela é deflagrada predominantemente por mecanismos periféricos que são diretamente induzidos pela(s) doença(s) de base. Assim, tratar a doença de base e fazer uso adjuvante de analgésicos da classe dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) é geralmente eficaz para a cura e/ou o controle da dor por um período relativamente longo.⁽²⁾ No caso das dores neuropáticas, a afecção primária também pode ser a responsável direta pelo comprometimento neurológico. Assim, o seu tratamento frequentemente culmina em melhora substancial da dor, mas muitas vezes o dano neurológico persiste e o tratamento adjuvante personalizado deve ser instituído. Aqui, os AINEs não são efetivos e podem até levar a um aumento da percepção de dor. Os gabapentinoides têm se mostrado hoje as drogas mais eficazes no alívio desse sintoma, mas os antidepressivos têm excelentes resultados, conhecidos de longa data.

Como deve ser evidente na experiência clínica de todos, nem sempre o tratamento específico dessas doenças “primárias” culmina na cura ou no controle prolongado dos sintomas dolorosos. Isso se deve, ao menos em parte, à participação do sistema nervoso central (SNC) na fisiopatologia da dor crônica.⁽³⁾ A dor oriunda dessa condição é denominada nociplástica e é deflagrada por mudanças no SNC, e a principal é a sensibilização central (SC). Brevemente, a SC é um processo no qual o indivíduo passa a ter maior sensibilidade à dor em virtude da redução ou perda de eficácia do sistema de modulação inibitório. Talvez o mais curioso e particular dessa condição é que ela é a causa primária da perpetuação da dor crônica. Ou seja, nesse caso, o sintoma doloroso não depende de uma eventual causa primária deflagradora. Mesmo que ela seja completamente eliminada, os sintomas persistem.⁽⁴⁾ O estudo da nociplastia tem sido o foco atual na investigação dos processos de deflagração e manutenção da dor crônica. Clinicamente, ela tem sido associada a sintomas como alterações do humor, da memória e do padrão de sono, e fadiga.⁽⁵⁾

Os medicamentos que trataremos aqui neste *statement* fazem parte do arsenal que podemos usar para o alívio sintomático das pacientes e que encontram maior embasamento científico na literatura atual.

Por fim, antes de realmente iniciarmos uma discussão específica sobre o tema, é importante salientar que o universo da fisiopatologia da dor é muito vasto e um campo que está em franca expansão. É fundamental que tenhamos a curiosidade e a responsabilidade

de nos mantermos sempre atualizados. Também é importante ressaltar dois pontos adicionais. O primeiro é que não temos a pretensão de esgotar o tema e/ou trazer todas as possibilidades de tratamentos adjuvantes. Trazemos aqui apenas considerações dos medicamentos que têm se mostrado mais efetivos no controle da dor pélvica crônica, seja como adjuvantes ou tratamento de primeira linha, ou que têm tido um crescente apelo midiático. Focaremos em três classes: os antidepressivos, os gabapentinoides e os canabinoides. E o segundo ponto é que existem diversas modalidades de tratamentos não medicamentosos que também fazem parte do arsenal terapêutico e têm papel relevante no alívio duradouro dos sintomas. Essas modalidades não devem ser subestimadas e devem ser usadas como medidas adjuvantes sempre que possível.

ANTIDEPRESSIVOS – QUANDO E COMO UTILIZAR?

Os antidepressivos têm sido usados há muitas décadas, inclusive para o tratamento da dor crônica. No entanto, nem todas as classes do medicamento são efetivas. Focaremos nos tricíclicos e nos seletivos duais, que compõem o grupo com melhores resultados.⁽⁶⁾ Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs) não têm se mostrado consistentemente eficazes⁽⁷⁾ e apresentam resultados inferiores aos dos tricíclicos.⁽⁸⁾ Por esse motivo, eles não serão incluídos neste *statement*, mas podem ser considerados em situações especiais por especialistas na área. São exemplos desses medicamentos a paroxetina, a fluoxetina, a sertralina, o citalopram e o escitalopram.

Antidepressivos tricíclicos

Descrição

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) têm sido usados por décadas no tratamento da depressão e de vários tipos de dor (*off-label*). Esses psicotrópicos foram lançados no mercado na década de 1960, e as substâncias mais conhecidas são a imipramina, a amitriptilina e a nortriptilina. Como a primeira não tem mostrado resultados uniformes e robustos no tratamento da dor crônica, focaremos no uso da amitriptilina e da nortriptilina.

Mecanismos de ação

Os ADTs exercem seus efeitos analgésicos por meio de múltiplos mecanismos:

1. Inibição da recaptação de serotonina e norepinefrina, levando ao aumento dos níveis sinápticos desses neurotransmissores, que são importantes na modulação inibitória da percepção da dor;
2. Bloqueio de canais de sódio em nervos periféricos, reduzindo a transmissão de sinais

de dor ao longo das fibras nervosas. Essa característica é especialmente relevante no controle da dor neuropática; e

3. Modulação do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), que desempenha um papel na SC e na percepção da dor crônica, a que se atribui o potencial para controle da dor nociplástica.

Eficácia na dor crônica

Numerosos ensaios clínicos e estudos observacionais demonstraram a eficácia dos ADTs no manejo de condições de dor crônica. Atualmente, sua principal aplicação recai sobre a dor neuropática e a dor nociplástica. Essa classe é efetiva no tratamento da dor neuropática, como aquela associada à neuropatia diabética, à neuralgia pós-herpética e à neuropatia periférica.⁽⁹⁾ Condições como fibromialgia e dor pélvica crônica frequentemente se associam a um componente nociplástico significativo. Os ADTs também têm se mostrado efetivos nessa condição. A nortriptilina é frequentemente preferida nesses casos, devido ao seu perfil favorável de efeitos colaterais. Apesar do efeito comprovado, o *Food and Drug Administration* (FDA) não aprovou a droga para o tratamento da dor, ou seja, seu uso nos Estados Unidos é *off-label*.

Recomendações de doses

Devido à alta prevalência de efeitos colaterais e à consequente dificuldade de adesão, recomenda-se o início com as menores doses possíveis, seguido de aumento progressivo e supervisionado. Ainda há uma lacuna na literatura sobre quais as dosagens ideais, a duração do tratamento e os resultados em longo prazo associados ao uso de ADTs no manejo da dor. A melhora clínica normalmente é perceptível após uma ou duas semanas do início do uso. No entanto, pode levar em média seis semanas ou mais para obter um resultado significativo (redução de ao menos 30% nos escores iniciais de dor).

Antes de iniciar a prescrição, o profissional deve ter em mente que o objetivo é manter a menor dose efetiva possível. Com base nisso, as recomendações são as seguintes:

Amitriptilina e nortriptilina: a dose de início deve ser a mais baixa possível (entre 10-25 mg/dia), seguida de avaliação semanal ou quinzenal, com aumentos progressivos e adicionais de 25 mg/dia. Quando se atingir a dose de 75-100 mg/dia, é prudente mantê-la por um período maior (cerca de quatro semanas) antes de novas progressões. A dose máxima recomendada de amitriptilina é de 300 mg/dia e a de nortriptilina é de 150 mg/dia. Doses superiores a 150 mg/dia têm sido pouco associadas a melhora no controle da dor pélvica crônica. Uma vez estabelecida a dose terapêutica, recomendamos a manutenção por 6-12 meses, dependendo da

evolução individual de cada paciente e de outras medidas de controle da dor ou mecanismos de enfrentamento incorporados. Não interromper o uso abruptamente.

Efeitos colaterais

Embora os ADTs possam ser eficazes no manejo da dor, eles não estão isentos de efeitos colaterais. A maioria deles é devido à sua ação anticolinérgica, mas não só. Os efeitos colaterais mais comuns incluem boca seca, constipação, sedação, ganho de peso, redução do desejo sexual, turvação visual, tremor, sudorese, náusea e taquicardia. Em adultos mais velhos, os ADTs podem aumentar o risco de quedas e comprometimento cognitivo. Efeitos colaterais menos comuns são: hipotensão ortostática, arritmias, retenção urinária, olhos secos e problemas de memória. Portanto, a seleção e o monitoramento cuidadosos dos pacientes são essenciais ao usar ADTs para o manejo da dor.

Riscos e precauções

1. Pensamentos suicidas: como acontece com muitos medicamentos antidepressivos, algumas pessoas, especialmente crianças, adolescentes e adultos jovens, podem ter um aumento nos pensamentos ou comportamentos suicidas ao tomar ADTs. O monitoramento próximo e a comunicação regular com um profissional de saúde são cruciais durante as primeiras semanas de tratamento.
2. Síndrome serotoninérgica: é caracterizada por ansiedade, irritabilidade, espasmos musculares, confusão e alucinações, tremores e arrepios, náuseas e diarreia, aumento da pressão sanguínea e dos batimentos cardíacos, aumento dos reflexos e dilatação das pupilas. O desencadeamento pode estar associado não só ao uso de doses altas, mas também ao uso concomitante de outros antidepressivos, triptanos para enxaqueca (ex.: sumatriptana), opioides (codeína, tramadol, meperidina etc.), antieméticos (metoclopramida, ondansetrona), anticonvulsivantes (carbamazepina, ácido valproico), eritromicina, ciprofloxacino, fluconazol, ritonavir, cocaína, anfetaminas, LSD, *ecstasy*, triptofano, erva-de-são-joão e *ginseng*.⁽¹⁰⁾
3. Sintomas de abstinência: a interrupção abrupta dos ADTs pode levar a sintomas de abstinência, incluindo náuseas, dor de cabeça e mudanças de humor. A redução gradual da medicação sob a orientação de um profissional de saúde pode ajudar a mitigar os efeitos da abstinência.

Interações medicamentosas

1. Inibidores da monoamina oxidase (IMAOs): combinar ADTs com IMAOs pode levar a uma

condição potencialmente letal, chamada síndrome serotoninérgica. Deve haver um intervalo significativo de tempo (geralmente duas semanas ou mais) entre a interrupção de um IMAO e o início de um ADT.

2. Serotoninérgicos: combinar ADTs com outros medicamentos serotoninérgicos, como ISRSs ou inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSNs), pode aumentar o risco de síndrome serotoninérgica.
3. Antipsicóticos: alguns medicamentos antipsicóticos, especialmente aqueles com efeitos anticolinérgicos como a clorpromazina, podem interagir com os ADTs e aumentar significativamente o risco de efeitos colaterais.
4. Anticolinérgicos: o uso concomitante com anti-histamínicos ou antiparkinsonianos também pode aumentar o risco de efeitos colaterais.
5. Antiarrítmicos: os ADTs podem afetar a condução cardíaca, então combiná-los com certos medicamentos antiarrítmicos pode aumentar o risco de arritmias.
6. Anticoagulantes: pode haver aumento do risco de sangramento devido à atividade antiagregante plaquetária dos ADTs.
7. Anti-hipertensivos: ADTs podem interagir com alguns medicamentos das classes dos betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio e clonidina, podendo causar efeito aditivo ou antagonístico na pressão arterial.
8. Interações com enzimas do citocromo P450 (CYP450): os ADTs podem interagir com o sistema enzimático do CYP450, afetando potencialmente o metabolismo de outros medicamentos.

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina e noradrenalina

Descrição

Os IRSNs, também chamados “duais”, ganharam notoriedade inicialmente no tratamento da depressão por apresentarem excelentes resultados, atrelado a um perfil de efeitos colaterais melhor que o dos tricíclicos. E o seu reconhecimento como uma classe de medicamentos com propriedades analgésicas é devido principalmente, mas não só, ao seu efeito como modulador da recaptação de noradrenalina, que é fundamental na modulação da dor em humanos. Elas estão no mercado mundial desde a década de 1990. As substâncias mais amplamente conhecidas são: duloxetina, venlafaxina e desvenlafaxina.

Mecanismos de ação

Os IRSNs, como a duloxetina e a venlafaxina, modulam os níveis de neurotransmissores no cérebro e na me-

dula espinhal por meio de um mecanismo principal:⁽¹¹⁾ a inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina na fenda sináptica.

Eficácia na dor crônica

Os IRSNs demonstraram eficácia no tratamento de várias condições de dor crônica, particularmente aquelas incluindo os componentes neuropáticos e nociplásticos como fibromialgia, neuropatia diabética, neuropatia periférica e dor musculoesquelética crônica. A duloxetina, em particular, é aprovada pelo FDA para essas indicações e é a única que tem boas evidências na literatura na redução significativa da dor e melhora comprovada na qualidade de vida em ensaios clínicos.^(12,13)

Recomendações de doses

Embora o perfil de efeitos colaterais seja um pouco melhor do que com o uso dos tricíclicos, nós recomendamos o início com baixa dose e progressão paulatina para reduzir a taxa de efeitos adversos e, consequentemente, evitar a perda de adesão. Ainda há uma lacuna na literatura sobre quais as dosagens ideais, a duração do tratamento e os resultados em longo prazo associados ao uso de IRSNs no manejo da dor. A melhora clínica pode ser perceptível a partir das primeiras 24 horas de uso, mas, em geral, ocorre após a primeira semana. Em média, leva cerca de 30 a 40 dias para obter um resultado significativo (redução de ao menos 30% nos escores iniciais de dor).

Antes de iniciar a prescrição, o profissional deve ter em mente que o objetivo é manter a menor dose efetiva possível. Com base nisso, as recomendações são as seguintes:

Duloxetina: a dose de início deve ser a mais baixa possível (cerca de 20 mg/dia), seguida de uma avaliação semanal. Os eventuais aumentos de dose devem ser progressivos e, preferencialmente, 20 mg/dia a cada semana. Quando se atingir a dose de 60 mg/dia, é prudente mantê-la por um período maior (cerca de 2-3 semanas) antes de novas progressões. A dose máxima recomendada é de 120 mg/dia, mas doses superiores a 60 mg/dia não têm mostrado grandes benefícios adicionais e a segurança não tem sido adequadamente avaliada.

Venlafaxina: a dose de início deve ser a mais baixa possível (cerca de 37,5 mg/dia), seguida de uma avaliação semanal. Os eventuais aumentos de dose devem ser progressivos e, preferencialmente, 37,5 mg/dia a cada semana. Quando se atingir a dose de 150 mg/dia, é prudente mantê-la por um período maior (cerca de 2-3 semanas) antes de novas progressões. Não são usuais doses superiores a 225 mg/dia para garantir eficácia. Não devem ser prescritas doses superiores a 375 mg/dia.

Desvenlafaxina: a dose usual de início é de 50 mg/dia. A progressão deve ocorrer após duas semanas,

mas doses superiores a 50 mg/dia não têm provado benefícios adicionais para controle da dor. Mais recentemente, tem-se indicado o início do tratamento com apenas 25 mg/dia, com eventual progressão após duas semanas. Não devem ser prescritas doses superiores a 400 mg/dia.

Efeitos colaterais

Embora geralmente bem tolerados, os IRSNs podem causar efeitos colaterais, incluindo náuseas, cefaleia, tontura, boca seca, sonolência ou insônia, sedação, transpiração excessiva, redução do desejo sexual e dificuldade em alcançar o orgasmo. O aumento da pressão arterial é pouco frequente, mas especialmente associado ao uso da venlafaxina em doses mais altas. A monitorização regular da pressão arterial pode ser necessária. Menos comumente, está associada a síndrome serotoninérgica, que já foi descrita previamente.

Riscos e precauções

1. Pensamentos suicidas: algumas pessoas, especialmente crianças, adolescentes e adultos jovens, podem experimentar um aumento em pensamentos ou comportamentos suicidas ao tomar IRSs. Monitorização próxima e comunicação regular com um profissional de saúde são cruciais durante as primeiras semanas de tratamento.
2. Risco de sangramento: os IRSs podem aumentar o risco de sangramento, especialmente quando combinados com medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários. Tenha cuidado se estiver tomando esses medicamentos simultaneamente.
3. Síndrome serotoninérgica: é menos comumente observada e já foi descrita previamente. Obviamente, as pacientes devem ser informadas do risco e orientadas para que possam reconhecer os sinais e sintomas.
4. Sintomas de abstinência: parar os IRSs abruptamente pode levar a sintomas de abstinência, como tontura, náusea, dor de cabeça, irritabilidade e mudanças de humor. Diminuir gradualmente a medicação sob a orientação de um profissional de saúde pode ajudar a mitigar os efeitos da abstinência.

Interações medicamentosas

1. IMAOs: combinar IRSs com IMAOs pode levar à síndrome serotoninérgica. Deve haver um intervalo significativo (geralmente duas semanas ou mais) entre a interrupção de um IMAO e o início de um IRS.
2. Serotoninérgicos: combinar IRSs com outros medicamentos serotoninérgicos, como IRSs

ou triptanos (usados para enxaquecas), também pode aumentar o risco de síndrome serotoninérgica.

3. Anticoagulantes e antiagregantes plaquetários: os IRSs podem aumentar o risco de sangramento quando tomados com medicamentos anticoagulantes, como a varfarina, ou antiagregantes plaquetários, como o ácido acetilsalicílico.
4. Anti-hipertensivos: os ADTs podem interagir com alguns medicamentos das classes dos betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio e clonidina, podendo causar efeito aditivo ou antagonístico na pressão arterial.
5. Inibidores da enzima CYP450: alguns medicamentos que inibem o sistema enzimático CYP450 podem aumentar os níveis sanguíneos dos IRSs, o que pode levar a efeitos colaterais ou toxicidade.

GABAPENTINOIDES – QUANDO E COMO UTILIZAR?

Descrição

Os gabapentinoides são fármacos da classe dos anticonvulsivantes. Eles são análogos do ácido gama-aminobutírico (GABA), que é um dos principais neurotransmissores inibitórios do SNC. As substâncias que representam essa classe são a gabapentina e a pregabalina. Como dito, eles foram inicialmente desenvolvidos para o tratamento da epilepsia na década de 1990, mas rapidamente foram incorporados como medicamentos para o tratamento das dores no início do século, especialmente da dor neuropática. Atualmente há uma vasta evidência que suporta seu uso como primeira linha de tratamento dessa condição.^(14,15) Apesar de ser mais nova e ter menos trabalhos na literatura, a pregabalina parece ter a mesma eficácia.⁽¹⁶⁾ É importante ressaltar, porém, que o uso indiscriminado, sem critérios claros, para o tratamento da dor pélvica crônica em mulheres não tem suporte na literatura.⁽¹⁷⁾

Mecanismos de ação

Os gabapentinoides exercem seus efeitos analgésicos por meio dos seguintes mecanismos:⁽¹⁸⁾

1. Inibição de canais de cálcio: os gabapentinoides se ligam principalmente à subunidade $\alpha 2\delta$ de canais de cálcio dependentes de voltagem no SNC, reduzindo a entrada de cálcio nos neurônios. Essa ação diminui a liberação de neurotransmissores e a excitabilidade neuronal, contribuindo para a modulação da dor.
2. Atividade GABAérgica: os gabapentinoides podem aumentar a neurotransmissão do GABA, o que pode inibir a sinalização excessiva nos caminhos da dor.

Eficácia na dor crônica

Ensaio clínico e evidências do mundo real apoiam o uso dos gabapentinoides no manejo de condições de dor crônica, incluindo neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética e dor lombar crônica. A pregabalina foi aprovada pelo FDA para essas indicações e demonstrou eficácia na redução da dor e melhoria da qualidade de vida.

Recomendações de doses

O perfil de efeitos colaterais é melhor que o dos antidepressivos, mas nós também recomendamos o início com baixa dose e progressão paulatina para reduzir a taxa de efeitos colaterais e, consequentemente, evitar a perda de adesão. Enquanto a gabapentina tem um perfil farmacocinético não linear, a pregabalina apresenta uma relação linear entre a dose usada e a concentração plasmática. Essa particularidade da farmacodinâmica faz com que a pregabalina tenha posologia mais confortável (duas vezes ao dia, em vez de três como no uso da gabapentina) e tenha resultados efetivos observados mais rapidamente (após um dia de uso, comparado a 9-10 da gabapentina). Em média, leva cerca de 5-6 semanas para obter um resultado significativo (redução de ao menos 30% nos escores iniciais de dor).

Antes de iniciar a prescrição, o profissional deve ter em mente que o objetivo é manter a menor dose efetiva possível. Com base nisso, as recomendações são as seguintes:

Gabapentina: a dose inicial é de 900 mg/dia dividida em três tomadas (três comprimidos de 300 mg/dia). É usual fazer um esquema progressivo: 300 mg no dia 1, 600 mg no dia 2 e 900 mg a partir do dia 3. A partir de então, pode-se progredir com incrementos de 300 mg/dia a cada 4-5 dias até uma dose total de 1.800 mg/dia. Não existem dados suficientes associados a melhora considerável acima dessa dose. Não se deve ultrapassar 3.600 mg/dia. Há opções mais conservadoras para a progressão das doses, por exemplo: 300 mg/dia na semana 1, 600 mg/dia na semana 2, 900 mg/dia na semana 3, seguido de aumentos quinzenais ou mesmo mensais até a dose total de 1.800 mg/dia.

Pregabalina: a dose inicial é de 150 mg/dia dividida em duas tomadas (dois comprimidos de 75 mg/dia). É usual fazer um esquema progressivo: 75 mg no dia 1, 150 mg no dia 2. A partir de então, pode-se progredir com incrementos de 75 mg/dia a cada três dias até uma dose total de 450 mg/dia. Não existem dados suficientes associados a melhora considerável acima dessa dose. Não se deve ultrapassar 600 mg/dia. Também há opções mais conservadoras para a progressão das doses, por exemplo: 50-75 mg/dia na semana 1, 100-150 mg/dia na semana 2, 150 mg/dia na semana 3, seguido de aumentos semanais ou mesmo quinzenais até a dose total de 450 mg/dia.

Efeitos colaterais

Os gabapentinoides geralmente são bem tolerados, mas não estão isentos de efeitos colaterais. Efeitos adversos comuns incluem tontura, sonolência, edema periférico, ganho de peso, boca seca, náusea, visão embaçada e mudança de humor. A pregabalina está associada a menor risco de efeitos adversos, em comparação com a gabapentina, devido à sua farmacocinética mais previsível. Raramente, os gabapentinoides podem causar efeitos colaterais graves, como angioedema e depressão respiratória, especialmente em doses elevadas ou quando combinados com outros depressores do SNC.

Riscos e precauções

1. Pensamentos suicidas: como acontece com muitos medicamentos que afetam o SNC, algumas pessoas, especialmente crianças, adolescentes e adultos jovens, podem ter um aumento nos pensamentos ou comportamentos suicidas ao tomar gabapentinoides. O monitoramento próximo e a comunicação regular com um profissional de saúde são importantes durante as primeiras semanas de tratamento.
2. Sintomas de abstinência: parar abruptamente de tomar gabapentinoides pode levar a sintomas de abstinência, incluindo ansiedade, insônia, náuseas e sudorese. A redução gradual da medicação sob a orientação de um profissional de saúde pode ajudar a mitigar os efeitos da abstinência.

Interações medicamentosas

1. Opioides: combinar gabapentinoides com opioides, como hidrocodona ou oxicodona, pode aumentar o risco de depressão respiratória e *overdose*. Essa combinação tem sido associada a maior risco de mortes relacionadas a opioides.
2. Álcool e sedativos: misturar gabapentinoides com álcool ou outros depressores do SNC (por exemplo, benzodiazepínicos) pode aumentar a sedação e prejudicar as habilidades cognitivas e motoras.
3. Antiácidos: antiácidos que contêm alumínio ou magnésio podem reduzir a absorção dos gabapentinoides, se tomados simultaneamente. É aconselhável tomar esses medicamentos com pelo menos duas horas de diferença.
4. Medicamentos antiepilépticos: alguns medicamentos antiepilépticos, como fenitoína ou carbamazepina, podem reduzir a eficácia dos gabapentinoides e exigir ajustes na dose.
5. Interações com o CYP450: embora os gabapentinoides em si não interajam significativamente com o CYP450, outros medicamentos que interagem com as enzimas

do CYP450 podem afetar o metabolismo dos gabapentinoides.

CANABINOIDES – QUANDO E COMO UTILIZAR?

Descrição

Os canabinoides, tanto naturais quanto sintéticos, têm ganhado atenção por seu potencial efeito analgésico no tratamento das dores crônicas.^(19,20) Embora possa ser um tanto quanto precoce inserirmos essa classe de drogas neste *statement*, isso nos parece pertinente em vista da grande demanda que temos observado na prática clínica e do uso difundido que se tem percebido na busca pelo uso da cannabis *in natura* e dos produtos contendo canabinoides, assim como do aumento das prescrições médicas para esse fim. A *International Association for the Study of Pain* (IASP), uma das principais entidades mundiais na área de *expertise*, publicou em 2021 um *statement position*⁽²¹⁾ reconhecendo a legitimidade da experiência de vida das pessoas que reportam a melhora das suas dores com o uso da cannabis e canabinoides, mas deixando explícito que a entidade não endossa o uso até que investigações rigorosas e resultados robustos mostrem claramente os benefícios e os riscos do seu uso em humanos.

Mecanismos de ação

Os canabinoides exercem seus efeitos analgésicos por meio do sistema endocanabinoide. Os mecanismos-chave incluem:

1. Ativação do receptor canabinoide (CB1): os receptores CB1 no SNC modulam a percepção da dor, inibindo a liberação de neurotransmissores envolvidos na sinalização da dor.
2. Ativação do receptor CB2: os receptores CB2, encontrados principalmente no sistema imunológico, podem reduzir a inflamação, que muitas vezes é um componente da dor crônica e neuropática.
3. Liberação de endocanabinoides: os canabinoides podem aumentar a atividade de endocanabinoides, como a anandamida e o 2-araquidonoil glicerol (2-AG), que desempenham papéis na modulação da dor.

Eficácia na dor crônica

Ensaio clínico e estudos observacionais têm demonstrado resultados mistos em relação à eficácia dos canabinoides no manejo da dor crônica. Algumas pessoas relatam alívio significativo da dor, enquanto outras não experimentam os mesmos benefícios. A variabilidade nas respostas individuais e no tipo específico e na dose de canabinoides usados pode contribuir para essas discrepâncias.⁽²²⁾

Recomendações de doses

Os canabinoides, via de regra, são seguros.⁽²³⁾ Mas até o momento, no universo da dor pélvica crônica, não há literatura robusta que suporte este *statement* para recomendar uma dose definida ou margem de segurança para a população. O uso fora de ambientes controlados deve ser desestimulado até que dados suficientemente adequados suportem o uso. Os profissionais e as pacientes precisam estar cientes de que há evidências de que essa classe de medicamentos pode ter potenciais efeitos danosos para algumas pessoas, principalmente adolescentes e portadoras de desordens psiquiátricas.⁽²⁴⁾ Outra questão importante é o *status* legal dos derivados, que varia amplamente entre as jurisdições. Os profissionais de saúde devem estar cientes das regulamentações locais e prescrever canabinoides de acordo com a lei.⁽²⁵⁾

Efeitos colaterais

O uso de canabinoides está associado a vários efeitos colaterais, incluindo tontura, boca seca, aumento do apetite, sedação e comprometimento cognitivo, prejudicando a coordenação e os tempos de reação. Além disso, existem preocupações quanto ao potencial de dependência e abstinência. É essencial considerar a saúde geral do paciente, interações medicamentosas potenciais e resposta individual ao usar canabinoides para o manejo da dor.

Riscos e precauções

1. Psicose e ansiedade: em algumas pessoas, especialmente aquelas com predisposição a condições psiquiátricas, os canabinoides podem desencadear ou piorar sintomas psicóticos ou ansiedade.
2. Paranoia: algumas pessoas podem experimentar sentimentos acentuados de paranoia ou ansiedade ao usar canabinoides.
3. Prejuízo da memória e função cognitiva: o uso prolongado de canabinoides, especialmente em doses elevadas, pode afetar a memória, a atenção e a função cognitiva.
4. Efeitos cardiovasculares: os canabinoides podem causar alterações na frequência cardíaca e na pressão arterial, o que pode ser preocupante para pessoas com problemas cardíacos.
5. Efeitos respiratórios: fumar cannabis pode levar a problemas respiratórios semelhantes aos causados pelo tabaco, incluindo bronquite crônica e problemas pulmonares.
6. Dependência: o uso prolongado de canabinoides pode levar a dependência física e psicológica em algumas pessoas.
7. Síndrome de abstinência: parar de usar canabinoides após o uso regular pode resultar

em sintomas de abstinência, incluindo irritabilidade, insônia, perda de apetite e alterações de humor.

Interações medicamentosas

1. Álcool: combinar canabinoides com álcool pode aumentar o risco de sonolência, coordenação prejudicada e comprometimento cognitivo.
2. Depressores do SNC: combinar canabinoides com outros depressores do SNC, como benzodiazepínicos, opioides ou medicamentos sedativos, pode potencializar os efeitos sedativos e aumentar o risco de depressão respiratória.
3. Anticoagulantes: alguns canabinoides, como o THC, podem interagir com anticoagulantes, afetando potencialmente seus efeitos anticoagulantes.
4. Interações com o CYP450: certos canabinoides podem interagir com o sistema enzimático. Isso pode afetar o metabolismo e a eficácia de outros medicamentos.
5. Medicamentos antipsicóticos: combinar canabinoides com medicamentos antipsicóticos pode resultar em aumento da sedação e comprometimento cognitivo.
6. IMAOs: combinar canabinoides com IMAOs pode resultar em efeitos imprevisíveis e geralmente não é recomendado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas melhores evidências atuais, nós recomendamos como primeira linha para o tratamento da dor neuropática e nociplástica o seguinte, na ordem de prioridade:

- Dor neuropática:
 1. Gabapentinoide
 2. Antidepressivo tricíclico
 3. Antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina
- Dor nociplástica:
 1. Antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina
 2. Gabapentinoide
 3. Antidepressivo tricíclico

REFERÊNCIAS

1. Siqueira-Campos VM, de Deus MS, Poli-Neto OB, Rosa-E-Silva JC, de Deus JM, Conde DM. Current challenges in the management of chronic pelvic pain in women: from bench to bedside. *Int J Womens Health*. 2022;14:225-44. doi: 10.2147/IJWH.S224891
2. Brown J, Crawford TJ, Allen C, Hopewell S, Prentice A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(1):CD004753. doi: 10.1002/14651858.CD004753.pub4
3. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, Becker CM, Vincent K. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2014;20(5):737-47. doi: 10.1093/humupd/dmu025
4. Nijs J, Lahousse A, Kapreli E, Bilika P, Saraçoğlu İ, Malfliet A, et al. Nociceptive pain criteria or recognition of central sensitization? Pain phenotyping in the past, present and future. *J Clin Med*. 2021;10(15):3203. doi: 10.3390/jcm10153203
5. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021;397(10289):2098-110. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00392-5
6. Ferreira GE, Abdel-Shaheed C, Underwood M, Finnerup NB, Day RO, McLachlan A, et al. Efficacy, safety, and tolerability of antidepressants for pain in adults: overview of systematic reviews. *BMJ*. 2023;380:e072415. doi: 10.1136/bmj-2022-072415
7. Patetsos E, Horjales-Araujo E. Treating chronic pain with SSRIs: what do we know? *Pain Res Manag*. 2016;2016:2020915. doi: 10.1155/2016/2020915
8. Bonilla-Jaime H, Sánchez-Salcedo JA, Estevez-Cabrera MM, Molina-Jiménez T, Cortes-Altamirano JL, Alfaro-Rodríguez A. Depression and pain: use of antidepressants. *Curr Neuropharmacol*. 2022;20(2):384-402. doi: 10.2174/1570159X19666210609161447
9. Obata H. Analgesic mechanisms of antidepressants for neuropathic pain. *Int J Mol Sci*. 2017;18(11):2483. doi: 10.3390/ijms18112483
10. Scotton WJ, Hill LJ, Williams AC, Barnes NM. Serotonin syndrome: pathophysiology, clinical features, management, and potential future directions. *Int J Tryptophan Res*. 2019;12:1178646919873925. doi: 10.1177/1178646919873925
11. Fanelli D, Weller G, Liu H. New serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors and their anesthetic and analgesic considerations. *Neurol Int*. 2021;13(4):497-509. doi: 10.3390/neurolint13040049
12. Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, Eccleston C, Serfaty M, Stewart G, et al. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5(5):CD014682. doi: 10.1002/14651858.CD014682.pub2
13. Lian YN, Wang Y, Zhang Y, Yang CX. Duloxetine for pain in fibromyalgia in adults: a systematic review and a meta-analysis. *Int J Neurosci*. 2020;130(1):71-82. doi: 10.1080/00207454.2019.1664510
14. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, Rice AS, Tölle TR, Phillips T, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD007938. doi: 10.1002/14651858.CD007938.pub4
15. Cavalli E, Mammana S, Nicoletti F, Bramanti P, Mazzone E. The neuropathic pain: an overview of the current treatment and future therapeutic approaches. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2019;33:2058738419838383. doi: 10.1177/2058738419838383
16. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(9):CD011790. doi: 10.1002/14651858.CD011790.pub2
17. Horne AW, Vincent K, Hewitt CA, Middleton LJ, Koscielniak M, Szubert W, et al. Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020;396(10255):909-17. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31693-7
18. Chincholkar M. Gabapentinoids: pharmacokinetics, pharmacodynamics and considerations for clinical practice. *Br J Pain*. 2020;14(2):104-14. doi: 10.1177/2049463720912496
19. Villanueva MR, Joshaghani N, Villa N, Badla O, Goit R, Saddik SE, et al. Efficacy, safety, and regulation of cannabidiol on chronic pain: a systematic review. *Cureus*. 2022;14(7):e26913. doi: 10.7759/cureus.26913
20. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;3:CD012182. doi: 10.1002/14651858.CD012182.pub2

21. IASP Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia. International Association for the Study of Pain Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia position statement. *Pain*. 2021;162 Suppl 1:S1-2. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002265
22. McDonagh MS, Morasco BJ, Wagner J, Ahmed AY, Fu R, Kansagara D, et al. Cannabis-based products for chronic pain: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2022;175(8):1143-53. doi: 10.7326/M21-4520
23. Sachs J, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Safety and toxicology of cannabinoids. *Neurotherapeutics*. 2015;12(4):735-46. doi: 10.1007/s13311-015-0380-8
24. Hill KP, Gold MS, Nemeroff CB, McDonald W, Grzenda A, Widge AS, et al. Risks and benefits of cannabis and cannabinoids in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2022;179(2):98-109. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21030320
25. Oliveira RA, Baptista AF, Sâ KN, Barbosa LM, Nascimento OJ, Listik C, et al. Pharmacological treatment of central neuropathic pain: consensus of the Brazilian Academy of Neurology. *Arq Neuropsiquiatr*. 2020;78(11):741-52. doi: 10.1590/0004-282X20200166

Como citar:

Poli Neto OB, Rosa e Silva JC, Petta CA, Lino CA, Schor E, Ribeiro HS, et al. Uso de neuromoduladores orais em dor pélvica crônica. *Femina*. 2025;53(9):1076-84.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Use of oral neuromodulators in chronic pelvic pain", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2025;47:e-FPS8.

Omero Benedicto Poli Neto

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

Julio Cesar Rosa e Silva

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

Carlos Alberto Petta

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Clínica Fertilidade & Vida, Campinas, SP, Brasil. Serviço de Reprodução Assistida, Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

Carlos Augusto Pires Costa Lino

Hospital Aliança, Salvador, BA, Brasil. Instituto de Perinatologia da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Eduardo Schor

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

Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro

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

João Nogueira Neto

Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

João Sabino Lahorgue da Cunha Filho

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Marcia Cristina França

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

Márcia Mendonça Carneiro

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

Marco Aurélio Pinho de Oliveira

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marcos Tcherniakovsky

Setor de Videoendoscopia Ginecológica e Endometriose, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Maurício Simões Abrão

Divisão de Ginecologia, Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Raquel Papandreu Dib

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Ricardo de Almeida Quinteiros

Núcleo de Endometriose, Hospital Porto Dias, Belém, PA, Brasil.

Sergio Podgaec

Disciplina de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Sidney Pearce

Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febbrasgo)

Presidente:

Ricardo de Almeida Quinteiros

Vice-presidente:

Márcia Mendonça Carneiro

Secretário:

Carlos Augusto Pires Costa Lino

Membros:

Carlos Alberto Petta
Eduardo Schor
Helizabet Salomão Abdalla
João Nogueira Neto
João Sabino Lahorgue da Cunha Filho
Julio Cesar Rosa e Silva
Marcia Cristina França
Marco Aurélio Pinho de Oliveira
Marcos Tcherniakovsky
Maurício Simões Abrão
Omero Benedicto Poli Neto
Raquel Papandreu Dib
Sergio Podgaec
Sidney Pearce

Vacinação contra o HPV e redução das doenças associadas

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho¹, Nilma Antas Neves², Cecília Maria Roteli Martins³, Valentino Antonio Magno⁴, Caroline de Oliveira Alves Martins¹, Maria Carolina Pessoa Valença Rygaard⁵

Descritores

Vacina contra HPV; Cobertura vacinal; Câncer de colo uterino; Efetividade; Estratégias de saúde

Keywords

HPV vaccine; Vaccination coverage; Uterine cervical neoplasms; Effectiveness; Health strategies

1. Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
2. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
3. Fundação Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.
4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
5. Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Submetido:

01/09/2025

Aceito:

20/09/2025

Conflitos de interesse

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho
susanaaide4@gmail.com

Como citar:

Fialho SC, Neves NA, Martins CM, Magno VA, Martins CO, Rygaard MC. Vacinação contra o HPV e redução das doenças associadas. Femina. 2025;53(9):1085-91.

RESUMO

Introdução: O papilomavírus humano é responsável por cerca de 5% de todos os cânceres no mundo, com destaque para o câncer do colo do útero, que ocupa a terceira posição em incidência entre mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. A infecção persistente por tipos oncogênicos de papilomavírus humano é a principal causa desses cânceres, levando ao desenvolvimento de vacinas profiláticas altamente eficazes. O Programa Nacional de Imunizações incorporou a vacina quadrivalente em 2014 e, desde então, vem expandindo os grupos populacionais elegíveis, com resultados expressivos em saúde pública.

Objetivos: Avaliar a efetividade e o impacto da vacinação contra o papilomavírus humano no Brasil, destacando a evolução das coberturas vacinais, a redução da carga de doenças associadas ao vírus e o papel da vacinação como estratégia complementar de prevenção secundária. **Métodos:** Foi realizada uma análise descritiva da evolução histórica do programa de vacinação contra o papilomavírus humano no Brasil, incluindo dados oficiais do Programa Nacional de Imunizações e resultados de estudos nacionais e internacionais sobre eficácia, imunogenicidade e segurança. Foram revisadas evidências de impacto epidemiológico, com ênfase em hospitalizações por verrugas anogenitais e neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau, além de dados de cobertura vacinal e recomendações atualizadas de imunização. **Resultados:** Desde a introdução da vacina papilomavírus humano 4, o Brasil apresentou altas coberturas iniciais em meninas, embora menores em meninos, com cobertura em 2024 de 82,8% para meninas e 67,2% para meninos na faixa de 9 a 14 anos. Estudos clínicos como o FUTURE II e III e registros nacionais confirmaram eficácia sustentada por até 14 anos e perfil de segurança consistente. O estudo POP-Brasil demonstrou redução significativa da prevalência dos tipos vacinais entre mulheres vacinadas. Análises nacionais mostraram reduções importantes nas hospitalizações por verrugas anogenitais e neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau, especialmente entre adolescentes, além de efeitos indiretos (de rebanho) em grupos não alvo. Evidências indicam que a vacinação adjuvante após tratamento de neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau reduz o risco de recorrência entre 60% e 80%, configurando uma estratégia adicional de prevenção secundária. **Conclusão:** A vacinação contra o papilomavírus humano no Brasil reduziu de forma significativa a carga de doenças relacionadas ao vírus, com impacto epidemiológico precoce e sustentado. A expansão dos grupos elegíveis, o alcance de altas coberturas vacinais e a integração com estratégias de rastreamento e tratamento são essenciais para atingir a meta de eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública. O engajamento ativo de ginecologistas e obstetras é fundamental para aumentar a adesão vacinal em diferentes fases da vida e maximizar os benefícios do programa.

ABSTRACT

Introduction: Human papillomavirus is responsible for approximately 5% of all cancers worldwide, with cervical cancer ranking third in incidence among women in Brazil, excluding non-melanoma skin cancer. Persistent infection with oncogenic human papillomavirus types is the main cause of these cancers, which led to the

the development of highly effective prophylactic vaccines. Brazil's National Immunization Program introduced the quadrivalent human papillomavirus vaccine in 2014 and has progressively expanded its target groups, with significant public health outcomes. **Objectives:** To evaluate the effectiveness and impact of human papillomavirus vaccination in Brazil, focusing on the evolution of vaccination coverage, reduction in human papillomavirus-associated disease burden, and the role of vaccination as a complementary secondary prevention strategy. **Methods:** A descriptive analysis was conducted on the historical evolution of Brazil's human papillomavirus vaccination program, using official National Immunization Program data and findings from national and international studies on vaccine efficacy, immunogenicity, and safety. Evidence of epidemiological impact was reviewed, emphasizing hospitalization rates for anogenital warts and high-grade cervical intraepithelial neoplasia, vaccination coverage trends, and updated immunization recommendations. **Results:** Since the introduction of the quadrivalent human papillomavirus vaccine, Brazil has achieved high initial coverage rates among girls, though coverage among boys remains lower. In 2024, coverage reached 82.8% for girls and 67.2% for boys aged 9-14 years. Clinical trials such as FUTURE II and III, along with national registry data, confirmed sustained efficacy for up to 14 years and a consistent safety profile. The national POP-Brasil study demonstrated a significant reduction in vaccine-type prevalence among vaccinated women. Epidemiological analyses revealed marked reductions in hospitalizations for anogenital warts and high-grade cervical intraepithelial neoplasia, particularly among adolescents, as well as indirect (herd) effects in non-target groups. Emerging evidence indicates that adjuvant human papillomavirus vaccination after treatment for high-grade cervical intraepithelial neoplasia reduces recurrence risk by 60%-80%, representing an important secondary prevention strategy. **Conclusion:** Human papillomavirus vaccination in Brazil has significantly reduced the burden of human papillomavirus-related diseases, showing early and sustained epidemiological impact. Expanding target groups, achieving high coverage rates, and integrating vaccination with screening and treatment strategies are critical to eliminating cervical cancer as a public health problem. The active engagement of gynecologists and obstetricians is essential to improve vaccine uptake across different life stages and maximize the program's protective benefits.

INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) é a principal causa de câncer do colo do útero e de verrugas anogenitais (VAG). As doenças causadas pelo HPV têm um ônus significativo em nível global, tanto em mulheres quanto em homens. A maioria das infecções por HPV são transitórias e se resolvem espontaneamente. O HPV está associado a 5% de todos os cânceres no mundo, com mais de 700 mil casos e 400 mil mortes a cada ano, ocorrendo em vários locais do corpo, como no colo do útero, ânus, pênis, vagina, vulva e orofaringe. No Brasil, segundo as estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

(Inca), o câncer do colo do útero ocupa o terceiro lugar na distribuição dos dez tipos de cânceres mais incidentes por gênero, exceto o de pele não melanoma, com 17.010 novos casos/ano, perdendo apenas para o câncer de mama (73.610) e cólon/reto (23.660).⁽¹⁾

A infecção por HPV persistente por um tipo onco-gênico e a ação dos oncogenes virais são as principais causas dos cânceres e outras doenças relacionados ao vírus.⁽²⁻⁴⁾ Essa relação entre o câncer do colo do útero e a infecção pelo HPV levou ao desenvolvimento de vacinas para prevenir a infecção viral.⁽²⁾

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2020 a estratégia global para eliminação do câncer do colo do útero, um problema de saúde pública, para alcançar um limite de 4 casos por 100 mil mulheres-ano. As metas são de 90-70-90, que devem ser cumpridas até 2030: 90% das meninas totalmente vacinadas com a vacina HPV até os 15 anos de idade; 70% das mulheres rastreadas com um teste de alto desempenho aos 35 anos de idade e novamente aos 45 anos; 90% das mulheres identificadas com doença cervical recebendo tratamento (90% das mulheres com lesões pré-malignas tratadas e 90% das mulheres com câncer controlado).⁽⁵⁾

Um modelo matemático ilustra os benefícios de atingir as metas 90-70-90 até 2030 em países de baixa e média-baixa renda. Espera-se que a taxa média de incidência de câncer do colo do útero cairá 42% até 2045 e 97% até 2120, evitando-se mais de 74 milhões de novos casos da doença. O número cumulativo médio de mortes por câncer cervical evitadas será de 300 mil até 2030, mais de 14 milhões até 2070 e mais de 62 milhões até 2120.⁽⁵⁾

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) introduziu a vacina HPV4 (quadrivalente) com as partículas dos vírus 6, 11, 16 e 18 para meninas de 11 a 13 anos de idade, em 2014.⁽⁶⁾ Com a evolução das pesquisas, percebeu-se a necessidade de vacinar os meninos, que foram incorporados como população-alvo em 2017.⁽⁷⁾ Outro grupo que também se mostrou com ganhos na vacinação foi o dos imunossuprimidos (vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos), inicialmente para meninas/mulheres de 9 a 26 anos, em 2015,⁽⁶⁾ e, posteriormente, também para meninos/homens de 9 a 26 anos, em 2017.⁽⁸⁾ A partir de 2021 e 2022, houve nova ampliação da faixa etária, de 9 a 45 anos para ambos os sexos.^(9,10) Em 2023, foram incorporadas as vítimas de violência sexual e, em 2024, os portadores de papilomatose respiratória recorrente (PRR) e os usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP) de 15 a 45 anos.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Em 2024, foi decidido pelo "resgate" de meninas e meninos de até 19 anos.⁽¹²⁾ A medida de "resgate" visa proteger os indivíduos que já foram expostos aos vírus ou aqueles que têm alto risco de exposição. Nesses casos,

a vacina protegerá contra a aquisição de outros vírus e a reinfeção pelo mesmo vírus atual.

O número de doses para meninos e meninas foi reduzindo à medida que se mostrou a manutenção da imunogenicidade, a fim de diminuir custo e obter maior adesão vacinal. Atualmente, meninas e meninos de 9 a 14 anos e aqueles(as) com resgate até 19 anos, 11 meses e 29 dias são vacinados com uma dose da vacina HPV4 na rede pública.⁽¹¹⁾

As pessoas imunossuprimidas, independentemente da idade, devem ser vacinadas sempre com o esquema de três doses (0-2-6 meses). Vítimas de abuso sexual na faixa etária de 9-14 anos têm recomendação de duas doses e na faixa etária de 15 a 45 anos, de três doses. Pessoas com PRR a partir de 2 anos de idade e usuários de PrEP de 15 a 45 anos devem receber três doses da vacina. Para esses grupos, a vacina deve ser administrada mediante prescrição médica.⁽¹¹⁻¹³⁾

A vacina HPV4 – quadrivalente (partículas dos tipos 16, 18, 6 e 11) – está disponível nas salas de vacinação das Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs) pelo PNI para os grupos específicos citados acima.^(11,12) E a vacina HPV9 – nonavalente (partículas dos tipos 16, 18, 6 e 11 e mais cinco tipos adicionais, 31, 33, 45, 52, 58) –, que chegou ao Brasil em 2023, está disponível nas clínicas privadas de vacinação.

Desde 1988, o Ministério da Saúde recomenda que mulheres entre 25 e 64 anos de idade realizem o exame de Papanicolaou anualmente, passando para uma periodicidade de três anos após dois exames consecutivos negativos.⁽¹⁴⁾ Contudo, mulheres com menos de 25 anos ainda podem realizar o Papanicolaou se apresentarem fatores de risco específicos ou se o profissional de saúde assim o indicar, com base na história clínica.⁽¹⁵⁾ Em março de 2024, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) aprovou a utilização da testagem molecular para HPV como método de rastreamento do câncer do colo do útero no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estando sua implementação atualmente em fase de planejamento.⁽¹⁴⁾

ESTUDOS DE EFICÁCIA E SEGURANÇA

A vacinação contra o HPV, em conjunto com o rastreio e o manejo cervical, tem o potencial de reduzir a incidência do câncer do colo do útero.⁽¹⁶⁾

A eficácia e a segurança das vacinas HPV são sustentadas por evidências científicas robustas, acumuladas em mais de 20 anos de desenvolvimento clínico. A vacina HPV4 demonstrou prevenção eficaz de infecções e doenças relacionadas aos tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV em pré-adolescentes e adolescentes (9 a 15 anos), com eficácia sustentada por 10 anos após o esquema de três doses e sem registro de casos relacionados a esses tipos nesse período.⁽¹⁷⁾

Em mulheres jovens (16 a 23 anos), o estudo FUTURE II demonstrou a eficácia e imunogenicidade da vacina HPV4 em quatro anos, mantidas por até 14 anos. O

acompanhamento em países nórdicos, por meio de registros nacionais, confirmou eficácia de 100% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 94,7-100) por mais de 12 anos, sem sinais de queda da imunidade, sugerindo a ausência de necessidade de reforço vacinal.⁽¹⁸⁾

O estudo FUTURE III avaliou mulheres de 27 a 45 anos, demonstrando que a vacina HPV4 foi bem tolerada, imunogênica e eficaz por até 10 anos. Em homens da mesma faixa etária, a vacina também foi segura e altamente imunogênica. A resposta imune (títulos médios geométricos) em adultos de 27 a 45 anos foi comparável à de jovens de 16 a 26 anos, com proteção duradoura contra lesão cervical de alto grau e verrugas genitais por até 10 anos (mediana de 8,9 anos).⁽¹⁹⁾

A vacina HPV9, administrada em três doses (meses 0, 2 e 6), preveniu infecções e doenças associadas aos HPV 31, 33, 45, 52 e 58, e apresentou imunogenicidade não inferior à da HPV4 para os tipos 6, 11, 16 e 18.⁽²⁰⁾ Em meninos e meninas de 9-15 anos, nenhum caso de VAG, neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grau, adenocarcinoma *in situ* ou câncer do colo do útero foi relatado em até 8,2 anos de seguimento; a soropositividade manteve-se > 93% para todos os tipos, com efetividade estimada de 100%.⁽²¹⁾

Entre mulheres de 16 a 26 anos, não houve novos casos de lesões cervicais de alto grau ou cânceres relacionados aos HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 por pelo menos 10 anos, com eficácia sustentada por até 12 anos (IC de 95%: 91,9-100). Três estudos internacionais demonstraram que a HPV9 reduziu em mais de 94% a carga de doenças e a necessidade de cirurgias cervicais associadas aos nove tipos da vacina.^(22,23)

Embora a eficácia inicial da vacina em mulheres acima de 25 a 30 anos seja menor (em torno de 50%) do que em adolescentes e jovens (85%-90%), a combinação com o rastreamento pode elevar a proteção contra o câncer cervical para mais de 90%.⁽¹⁹⁾

Estudos em 27 países com mais de 29 mil participantes da vacina HPV4 e mais de 15 mil participantes da vacina HPV9 mostram que os eventos adversos (EAs) mais comuns são as reações no local da injeção e dor de cabeça (em mais de 1%), geralmente leves ou moderadas. O perfil de segurança é consistente entre os regimes de duas e três doses e tem sido mantido após a aprovação. Estudos de longo prazo demonstram incidência muito baixa de EAs graves ou mortes relacionadas à vacina.^(17,21,22,24-26)

Com mais de 135 milhões de doses de vacinas HPV distribuídas nos Estados Unidos, há evidências robustas de segurança, sustentadas por sistemas de vigilância pós-comercialização. Os EAs mais frequentemente notificados incluem dor, eritema ou edema no local da aplicação, tontura, síncope – esta última mais prevalente em adolescentes após qualquer imunização –, náusea e cefaleia, todos geralmente autolimitados. Não foram identificadas taxas aumentadas de EAs graves acima do esperado após a vacinação contra o HPV. Reações alérgicas graves, como anafilaxia, são extremamente raras, com incidência estimada de 3 casos por milhão de doses

administradas; indivíduos com hipersensibilidade grave a componentes da vacina não devem recebê-la. A segurança vacinal é monitorada nos EUA por sistemas complementares: o *Vaccine Adverse Event Reporting System* (VAERS), de notificação espontânea e utilizado como alerta precoce; o *Vaccine Safety Datalink* (VSD), que integra dados de oito instituições de saúde para análises epidemiológicas rigorosas; e o *Clinical Immunization Safety Assessment Project* (CISA), voltado à investigação clínica de EAs complexos.⁽²⁵⁾

COBERTURA VACINAL E IMPACTO NO BRASIL

Para alcançar impacto epidemiológico relevante, como redução ou eliminação das infecções por HPV e doenças associadas, é essencial alta cobertura vacinal na população-alvo. Em países de alta renda com alta cobertura vacinal, reduções significativas nas doenças relacionadas ao HPV têm sido relatadas pouco tempo após a implementação dos programas de vacinação.⁽²⁷⁻³⁰⁾

No Brasil, as taxas iniciais de cobertura vacinal entre meninas em 2014 alcançaram 87% para a primeira dose e cerca de 60% para a segunda. Entre 2015 e 2019, a cobertura da primeira dose para meninas manteve-se consistentemente acima de 90% até os 15 anos. No entanto, a cobertura vacinal entre meninos ficou atrás, com menos de 30% tendo recebido a primeira dose até os 15 anos em 2017, aumentando para 48% em 2019, ainda inferior às taxas entre meninas.⁽³¹⁾ Em 2024, segundo o Ministério da Saúde, a cobertura na faixa etária de 9 a 14 anos foi de 82,77% para as meninas e 67,21% para os meninos.⁽³²⁾ A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é atingir 90% de cobertura vacinal nessa faixa etária, e as meninas estão mais próximas dessa meta.⁽³²⁾

O estudo nacional denominado POP-Brasil avaliou a eficácia da vacina HPV4 em mulheres de 16 a 25 anos usuárias do SUS. Houve redução de 56,78% nos tipos 6, 11, 16 e 18 em vacinadas, em comparação às não vacinadas (15,64% para 6,76%, $p < 0,01$). Reduções específicas também foram observadas para o HPV16 (2,34% vs. 8,91%) e o HPV6 (2,06% vs. 5,77%) entre os grupos vacinados e não vacinados, confirmando a eficácia da vacinação nacional.⁽³³⁾ No entanto, não havia, até o momento, uma avaliação nacional do impacto da vacina sobre a redução da carga de doenças no Brasil.

Esse estudo brasileiro avaliou dados nacionais de hospitalização por VAG e NIC de alto grau após a introdução da vacina. Buscou-se determinar o impacto do programa de vacinação contra o HPV por produzir a redução dessas doenças relacionadas ao vírus. Compreender o impacto da vacinação no Brasil é fundamental para aprimorar as políticas públicas de saúde e reforçar a importância da imunização contra o HPV.⁽³⁴⁾

De acordo com a história natural da infecção pelo HPV, monitorar as tendências de VAG e NIC de alto grau fornece uma medida precoce e sensível do impacto da

vacina HPV, muito antes de reduções nas taxas de câncer do colo do útero se tornarem evidentes.

Embora tenham ocorrido algumas diferenças entre mulheres e homens e entre as faixas etárias analisadas, observou-se redução significativa nas hospitalizações relacionadas ao HPV após a vacinação, em comparação com os níveis prévios à intervenção, demonstrando impacto positivo na redução das doenças associadas ao HPV em ambos os sexos e em todas as faixas etárias.⁽³⁴⁾

Outros estudos corroboram esse impacto precoce da vacinação na redução das doenças associadas ao HPV como as VAGs⁽³⁵⁾ e, em médio prazo, nas reduções de NIC alto grau, que variam de 51% a 86%, de acordo com a literatura.^(29,36,37)

Foram observadas reduções (ou estabilização de tendências crescentes) de NIC de alto grau em grupos etários mais velhos. Como a incidência de NIC tende a atingir o pico em idades mais avançadas do que a de VAG, essas reduções tiveram impacto numérico maior do que no grupo-alvo da vacinação.⁽³⁸⁾ Esses achados em mulheres mais velhas são provavelmente mais influenciados pela triagem e detecção precoce das lesões precursoras, incluindo estratégias de “ver e tratar” para NIC de alto grau em ambulatorio, do que por efeitos diretos da vacinação ou mudanças recentes na transmissão do HPV.⁽³⁹⁻⁴²⁾

A queda mais acentuada nas taxas de hospitalização por VAG entre adolescentes do sexo feminino provavelmente se deve à maior cobertura vacinal e ao maior tempo decorrido desde o início da vacinação, em comparação com os homens. Esses achados estão alinhados com evidências anteriores sobre a efetividade da vacina HPV em adolescentes.^(29,43-45)

A maioria dessas alterações reflete uma inversão da tendência de crescimento observada antes da vacinação para uma tendência estável ou de declínio após a implementação do programa. A redução nas hospitalizações por VAG em grupos não alvo da vacinação pode ser atribuída a efeitos indiretos, como o efeito de rebanho.^(31,46-48) Outros fatores também podem ter contribuído para as reduções observadas nas hospitalizações por VAG em grupos etários mais velhos. Um deles é a ampliação do acesso à vacinação pública contra o HPV para indivíduos imunocomprometidos até 45 anos de idade. Embora esses representem uma fração pequena da população, podem estar desproporcionalmente representados entre os que necessitam de hospitalização por VAG.⁽⁴⁸⁾

Os resultados desse estudo nacional reforçam o papel fundamental da vacinação no esforço nacional para eliminar o câncer do colo do útero como problema de saúde pública. O PNI tem feito esforços contínuos para ampliar o acesso à vacinação em populações de alto risco para doenças relacionadas ao HPV.

Um grupo adicional que pode se beneficiar significativamente são as mulheres previamente diagnosticadas com NIC de alto grau. Crescentes evidências indicam que essas mulheres apresentam risco elevado de

recorrência, seja por infecção persistente por HPV onco-gênico ou por reinfecção com genótipos distintos.⁽⁴⁹⁻⁵³⁾ É importante destacar que a vacinação após tratamento cirúrgico demonstrou reduzir significativamente o risco de recorrência, configurando uma valiosa estratégia de prevenção secundária para esse grupo de alto risco.⁽⁵¹⁾ Esses achados reforçam a necessidade de ampliar o acesso e a cobertura vacinal, maximizando os benefícios protetores do programa de imunização contra o HPV.

CONCLUSÕES

O estudo brasileiro demonstra que o programa de vacinação contra o HPV em nosso país reduziu significativamente as hospitalizações por VAG e NIC de alto grau entre os grupos etários alvo da vacinação, especialmente adolescentes de 15 a 19 anos. As reduções observadas em faixas etárias mais avançadas podem refletir tanto os efeitos indiretos da vacinação (efeito de rebanho), no caso das VAGs, quanto os esforços contínuos para melhorias nos programas de rastreio e tratamento precoce, no caso da NIC de alto grau. Os resultados reforçam a importância de ampliar e manter a cobertura vacinal, como parte essencial da estratégia para eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública.

A Comissão Nacional Especializada (CNE) em Vacinas da Febrasgo reforça a importância da vacinação nas adolescentes e jovens, momento de melhor impacto vacinal, e apoia a vacinação de mulheres adultas por meio de um *Febrasgo Position Statement*.⁽⁵⁴⁾ Também recomenda a vacinação adjuvante ao tratamento de doenças relacionadas ao HPV, justificada por meio de metanálises que indicam que a vacinação no contexto do tratamento reduz a reincidência de lesões associadas ao HPV, inclusive em sítios múltiplos como colo uterino, ânus e laringe, com redução entre 60% e 80%.⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾

O médico ginecologista e obstetra tem importância fundamental na adesão das mulheres às vacinas, por meio da orientação, prescrição e checagem nas diferentes fases da vida e situações clínicas especiais.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. 2023 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- Egawa N. Papillomaviruses and cancer: commonalities and differences in HPV carcinogenesis at different sites of the body. *Int J Clin Oncol*. 2023;28(8):956-64. doi: 10.1007/s10147-023-02340-y
- Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-63. doi: 10.3322/caac.21834
- Hartwig S, St Guily JL, Dominiak-Felden G, Alemany L, Sanjosé S. Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe. *Infect Agent Cancer*. 2017;12:19. doi: 10.1186/s13027-017-0129-6
- World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020 [cited 2025 May 29]. Available from: <http://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Vacinação pública contra o HPV em 2015 no Brasil. 2015 [cited 2025 May 3]. Available from: https://sbim.org.br/images/files/hpv_numeros_10092015.pdf
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota Técnica 20/2017. Amplia a faixa etária para meninos da vacina HPV quadrivalente. 2017 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Nota-Amplia%C3%A7%C3%A3o-da-faixa-et%C3%A1ria-para-meninos-da-Vacina-HPV-quadrivalente.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ofício nº 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos. 2021 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://hubcrie.org.br/wp-content/uploads/2023/01/OFICIO-No-203-2021-CGPNI-DEIDT-SVS-MS.pdf>
- Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Vacina HPV4. 2025 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://familia.sbim.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/vacina-hpv4>
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Documento Técnico: vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) para vítimas de violência sexual. 2023 [cited 2025 May 3]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1435022/documentotecnico_vacinahpvpaviutimasdevioleenciasexual_2023_mai.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. 2024 [cited 2025 Apr 13]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms>
- Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação: vacinas do adolescente (10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias) e do jovem (20 a 24 anos, 11 meses e 29 dias). 2025 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/calendario-nacional-de-vacinacao-adolescentes-jovens>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica Conjunta nº 101/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Vacina HPV4 para usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de 15 a 45 anos. 2024 [cited 2025 Aug 11]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-101-2024-cgici-dpni-svsa-ms/>
- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Testagem molecular para detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 Apr 5]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/testagem-molecular-para-deteccao-de-hpv-e-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio/view>
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [cited 2025 Aug 11]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf
- Sharpless KE, Marcus JZ, Kuroki LM, Wiser AL, Flowers L. ASCCP Committee Opinion: adjuvant human papillomavirus vaccine for patients undergoing treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *J Low Genit Tract Dis*. 2023;27(1):93-6. doi: 10.1097/LGT.0000000000000703
- Ferris DG, Samakoses R, Block SL, Lazcano-Ponce E, Restrepo JA, Mehlsen J, et al. 4-Valent Human Papillomavirus (4vHPV) vaccine in preadolescents and adolescents after 10 years. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20163947. doi: 10.1542/peds.2016-3947

18. Kjaer SK, Nygard M, Sundström K, Dillner J, Tryggvadottir L, Munk C, et al. Final analysis of a 14-year long-term follow-up study of the effectiveness and immunogenicity of the quadrivalent human papillomavirus vaccine in women from four nordic countries. *EClinicalMedicine*. 2020;23:100401. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100401
19. Maldonado I, Plata M, Gonzalez M, Correa A, Nossa C, Giuliano AR, et al. Effectiveness, immunogenicity, and safety of the quadrivalent HPV vaccine in women and men aged 27-45 years. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(5):2078626. doi: 10.1080/21645515.2022.2078626
20. Joura EA, Giuliano AR, Iversen OE, Bouchard C, Mao C, Mehlsen J, et al. A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *N Engl J Med*. 2015;372(8):711-23. doi: 10.1056/NEJMoa1405044
21. Van Damme P, Olsson SE, Block S, Castellsague X, Gray GE, Herrera T, et al. Immunogenicity and safety of a 9-Valent HPV vaccine. *Pediatrics*. 2015;136(1):e28-e39. doi: 10.1542/peds.2014-3745
22. Huh WK, Joura EA, Giuliano AR, Iversen OE, Andrade RP, Ault KA, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16-26 years: a randomized, double-blind trial. *Lancet*. 2017;390(10108):2143-59. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31821-4
23. Giuliano AR, Joura EA, Garland SM, Huh WK, Iversen OE, Kjaer SK, et al. Nine-valent HPV vaccine efficacy against related diseases and definitive therapy: comparison with historic placebo population. *Gynecol Oncol*. 2019;154(1):110-7. doi: 10.1016/j.jgyno.2019.03.253
24. Olsson SE, Restrepo JA, Reina JC, Pitisuttithum P, Ulied A, Varman M, et al. Long-term immunogenicity, effectiveness, and safety of nine-valent human papillomavirus vaccine in girls and boys 9 to 15 years of age: interim analysis after 8 years of follow-up. *Papillomavirus Res*. 2020;10:100203. doi: 10.1016/j.pvr.2020.100203
25. Centers for Disease Control and Prevention. HPV vaccine safety and effectiveness data. 2024 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/hpv/hcp/vaccination-considerations/safety-and-effectiveness-data.html>
26. Teppler H, Bautista O; Thomas Group; Flores S, McCauley J, Luxembourg A. Design of a Phase III immunogenicity and safety study evaluating two-dose regimens of 9-valent human papillomavirus (9vHPV) vaccine with extended dosing intervals. *Contemp Clin Trials*. 2021;105:106403. doi: 10.1016/j.cct.2021.106403
27. Ali H, Donovan B, Wand H, Read TR, Regan DG, Grulich AE, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ*. 2013;346:f2032. doi: 10.1136/bmj.f2032
28. Baldur-Felskov B, Dehlendorff C, Munk C, Kjaer SK. Early impact of human papillomavirus vaccination on cervical neoplasia – nationwide follow-up of young Danish women. *J Natl Cancer Inst*. 2014;106(3):djt460. doi: 10.1093/jnci/djt460
29. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10197):497-509. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30298-3
30. Mesher D, Panwar K, Thomas SL, Edmundson C, Choi YH, Beddows S, et al. The impact of the national HPV vaccination program in England using the bivalent HPV vaccine: surveillance of type-specific HPV in young females, 2010-2016. *J Infect Dis*. 2018;218(6):911-21. doi: 10.1093/infdis/jiy249
31. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage. 2024 [cited 2025 Aug 14]. Available from: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage)
32. Ministério da Saúde. Brasil avança na vacinação de crianças e adolescentes com 1 milhão de doses aplicadas nas escolas. 2025 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/brasil-avanca-na-vacinacao-de-criancas-e-adolescentes-com-1-milhao-de-doses-aplicadas-nas-escolas>
33. Wendland EM, Kops NL, Bessel M, Comerlato J, Maranhão AG, Souza FM, et al. Effectiveness of a universal vaccination program with an HPV quadrivalent vaccine in young Brazilian women. *Vaccine*. 2021;39(13):1840-5. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.02.040
34. Bierrenbach AL, Parellada CI, Sarmiento TT, Barbour Oliveira JC, Gonçalves Queijo R, Orenco JC. Impact of HPV vaccination on the hospitalizations for anogenital warts and high-grade cervical intraepithelial neoplasia in Brazil: a national analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2025;21(1):2514949. doi: 10.1080/21645515.2025.2514949
35. Flagg EW, Torrone EA. Declines in anogenital warts among age groups most likely to be impacted by human papillomavirus vaccination, United States, 2006-2014. *Am J Public Health*. 2018;108(1):112-9. doi: 10.2105/ajph.2017.304119
36. Hofstetter AM, Ompad DC, Stockwell MS, Rosenthal SL, Soren K. Human papillomavirus vaccination and cervical cytology outcomes among urban low-income minority females. *JAMA Pediatr*. 2016;170(5):445-52. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.3926
37. Ellingson MK, Sheikh H, Nyhan K, Oliveira CR, Niccolai LM. Human papillomavirus vaccine effectiveness by age at vaccination: a systematic review. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19(2):2239085. doi: 10.1080/21645515.2023.2239085
38. World Health Organization. WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2-3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206775/>
39. Madeiro A, Rufino AC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. *J Health Psychol Biol Sci*. 2022;10(1):1-9. doi: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3521.p1-9.2022
40. Lorenzi AT, Syrjänen KJ, Longatto-Filho A. Human papillomavirus (HPV) screening and cervical cancer burden. A Brazilian perspective. *Virol J*. 2015;12(1):112. doi: 10.1186/s12985-015-0342-0
41. Bruni L, Serrano B, Roura E, Alemany L, Cowan M, Herrero R, et al. Cervical cancer screening programmes and age-specific coverage estimates for 202 countries and territories worldwide: a review and synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2022;10(8):e1115-27. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00241-8
42. Brown DR, Weaver B. Human papillomavirus in older women: new infection or reactivation? *J Infect Dis*. 2013;207(2):211-12. doi: 10.1093/infdis/jis662
43. Smith LM, Strumpf EC, Kaufman JS, Lofters A, Schwandt M, Lévesque LE. The early benefits of human papillomavirus vaccination on cervical dysplasia and anogenital warts. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1131-40. doi: 10.1542/peds.2014-2961
44. Mikalsen MP, Simonsen GS, Sørbye SW. Impact of HPV vaccination on the incidence of high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN2+) in women aged 20-25 in the northern part of Norway: a 15-year study. *Vaccines (Basel)*. 2024;12(4):421. doi: 10.3390/vaccines12040421
45. Giuliano AR, Lee JH, Fulp W, Villa LL, Lazcano E, Papenfuss MR, et al. Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. *Lancet*. 2011;377(9769):932-40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62342-2
46. Tabrizi SN, Brotherton JM, Kaldor JM, Skinner SR, Liu B, Bateson D, et al. Assessment of herd immunity and cross-protection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2014;14 (10):958-66. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70841-2
47. Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A, Jayasinghe S, Donovan B, Macartney K, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Euro Surveill*. 2018;23(41):1700737. doi: 10.2807/1560-7917.Es.2018.23.41.1700737
48. Nygård S, Nygård M, Orumaa M, Hansen BT. Quadrivalent HPV vaccine effectiveness against anogenital warts: a registry-based study of 2,2 million individuals. *Vaccine*. 2023;41(37):5469-76. doi: 10.1016/j.vaccine.2023.07.031
49. Bogani G, Sopracordevole F, Ciavattini A, Vizza E, Vercellini P, Giannini A, et al. Duration of human papillomavirus persistence and its relationship with recurrent cervical dysplasia. *Eur J Cancer Prev*. 2023;32(6):525-32. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000822

50. Jentschke M, Kampers J, Becker J, Sibbertsen P, Hillemanns P. Prophylactic HPV vaccination after conization: a systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2020;38(41):6402-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.07.055
51. Bogani G, Sopracordevole F, Ciavattini A, Ghelardi A, Vizza E, Vercellini P, et al. HPV-related lesions after hysterectomy for high-grade cervical intraepithelial neoplasia and early-stage cervical cancer: a focus on the potential role of vaccination. *Tumori J*. 2024;110(2):139-45. doi: 10.1177/03008916231208344
52. Suchońska BE, Gajewska ME, Blok JM. To cut or not to cut - that is the question: a comparative analysis of long-term follow-up after complete and incomplete electroconization of the cervix due to high-grade squamous intraepithelial lesion. *Front Oncol*. 2024;14:1421738. doi: 10.3389/fonc.2024.1421738
53. Bogani G, Pinelli C, Chiappa V, Martinelli F, Lopez S, Ditto A, et al. Age-specific predictors of cervical dysplasia recurrence after primary conization: analysis of 3,212 women. *J Gynecol Oncol*. 2020;31(5):e60. doi: 10.3802/jgo.2020.31.e60
54. Roteli-Martins CM, Magno V, Santos AL, Teixeira JC, Neves NA, Viviani Fialho SC. Human papillomavirus vaccination for adult women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(6):631-5. doi: 10.1055/s-0042-1751331
55. Jentschke M, Kampers J, Becker J, Sibbertsen P, Hillemanns P. Prophylactic HPV vaccination after conization: a systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2020;38(41):6402-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.07.055
56. Silva-Filho AL, Marinho AK, Santos AL, Maia AF, Roteli-Martins CM, Fernandes CE, et al. Immunization in women's lives: present and future. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46:e-FPS10. doi: 10.61622/rbgo/2024FPS10

Gravidez e depressão

HIGHLIGHTS

1. Grávidas com depressão apresentam mais risco de pré-eclâmpsia, *diabetes mellitus* gestacional, tabagismo, uso de álcool, depressão pós-parto, abortamento autoinduzido, habilidades de enfrentamento mal adaptativas, alterações cerebrais e comportamentais na prole, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e baixo peso ao nascer.
2. A etiologia ainda é desconhecida, mas parece estar vinculada às oscilações intensas dos hormônios sexuais e às suas implicações em monoaminas.
3. Disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e alterações neuroendócrinas gestacionais podem ser fatores precipitantes. A placenta produz hormônios como o cortisol, que levam à infrarregulação de receptores no hipotálamo e na hipófise.
4. A depressão na gestação pode ser subestimada, pela sobreposição de determinadas manifestações depressivas com queixas típicas da gravidez, como fadiga e distúrbios do sono, da alimentação ou sexuais.
5. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é o instrumento mais recomendado e utilizado na avaliação de cenários de risco de depressão pós-parto.
6. A gestação é o período de maior vulnerabilidade para recorrência de episódios de transtorno bipolar, diagnóstico diferencial essencial a ser realizado.
7. A abordagem terapêutica de quadros depressivos deve incluir intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas de forma isolada ou combinada.
8. Evitar o uso racional de medicamentos psiquiátricos para garantir uma gravidez livre de riscos é uma estratégia clínica frágil e contestável.
9. O tratamento medicamentoso é recomendado nas seguintes situações: sintomas depressivos que não se resolvem apenas com tratamento psicoterápico, necessidade de tratamento rápido em função de sintomas graves ou quando a paciente prefere a intervenção medicamentosa.
10. O uso de sertralina tem se mostrado uma opção segura no tratamento de sintomas depressivos perinatais.

Descritores

Depressão; Antidepressivos; Gravidez

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Gravidez e depressão. Femina. 2025;53(9):1092-7.

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

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

INTRODUÇÃO

Gestantes com depressão têm risco aumentado de desfecho obstétrico adverso.^(1,2) O transtorno é fator de risco independente para a suicidalidade^(3,4) e causa comum de mortalidade na gestação em diversos países.^(5,6)

Grávidas com depressão apresentam mais risco de pré-eclâmpsia, *diabetes mellitus* gestacional, tabagismo, uso de álcool, depressão pós-parto, abortamento autoinduzido, habilidades de enfrentamento mal adaptativas – como redução na busca por cuidados e na capacidade de reavaliação positiva, alterações cerebrais e comportamentais na prole, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e baixo peso ao nascer.^(7,8)

No Brasil, estudos heterogêneos constataram prevalência entre 12,9% e 37,9% para depressão na gestação, e um estudo de melhor desenho indicou prevalência de 14,2%.⁽⁹⁾ Dentre os fatores de risco para depressão na gravidez,

destaca-se o episódio depressivo prévio, que pode elevar o risco em dez vezes.^(10,11)

Aproximadamente 50% das gestações no Brasil não são planejadas e demonstram forte associação com depressão durante a gravidez, sendo consideradas fator de risco independente. Outros fatores relevantes são suporte social ausente, ser mãe solteira, violência doméstica e níveis econômico e educacional baixos.^(12,13)

Com frequência, sintomas e sinais indicativos de depressão não são adequadamente percebidos pelas próprias gestantes e pelos familiares, em função da expectativa de que a gravidez deva ser um período de bem-estar mental e, portanto, protetor de doenças psiquiátricas. Assim, muitas gestantes sentem-se constrangidas por não estarem bem psicologicamente, o que pode as afastar ainda mais da busca por ajuda médica. Nesse contexto cultural, ocorre o estigma das pacientes, dos médicos e dos tratamentos envolvidos, ou seja, a psicofobia perinatal.⁽¹⁴⁾

A depressão periparto é descrita no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais*, 5ª edição (DSM-5), como um dos especificados para transtorno depressivo maior.⁽¹⁵⁾ Já a 11ª edição da *Classificação Internacional de Doenças*, apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não identifica sob seus códigos nenhuma condição nosológica que contemple o período gestacional em pacientes que apresentem um primeiro episódio depressivo, F32, ou um transtorno depressivo recorrente, F33.

ETIOLOGIA

Estudos genéticos e de família indicam que um subgrupo de mulheres apresenta mais risco para a depressão na gravidez. Os mecanismos ainda são pouco conhecidos, mas parecem estar vinculados às oscilações intensas dos hormônios sexuais e às suas implicações em monoaminas. Os hormônios esteroides femininos estrogênio e progesterona possuem potentes efeitos neurorreguladores em diversas funções mentais, incluindo o humor. Principalmente no segundo e terceiro trimestres da gestação ocorrem mudanças endócrinas marcantes, com grande elevação nos níveis de estrogênio e progesterona. Em mulheres suscetíveis a tais oscilações, essas alterações hormonais compõem a etiopatogênese da depressão na gravidez.⁽¹⁶⁾

Outros fatores etiológicos gestacionais sugeridos incluem desregulação hormonal da tireoide, níveis reduzidos de melatonina e alterações do cortisol e de fatores imunológicos. A relevância dos mecanismos inflamatórios na etiopatologia da depressão perinatal também é cada vez mais reconhecida. Sintomas depressivos estão relacionados à elevação da expressão de certas citocinas pró-inflamatórias, como a interleucina 6, que ativa uma enzima metabolizadora de triptofano, reduzindo a disponibilidade de serotonina na sinapse. De fato, alguns estudos identificam a associação dos níveis de interleucina 6 com a depressão pré-natal.⁽¹⁷⁾

FISIOPATOLOGIA

A depressão tem sido associada a disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, e alterações neuroendócrinas gestacionais podem ser fatores precipitantes. A placenta produz hormônios como o cortisol, que levam à infrarregulação de receptores no hipotálamo e na hipófise. Esse processo parece ser um elemento significativo de vulnerabilidade para manifestações de alteração do humor. Com efeito, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é a maior ligação neurobiológica entre fatores fisiopatológicos da depressão, que atuam por meio de respostas imunológicas e endócrinas.⁽¹⁸⁾

Assim, buscando investigar a fisiopatologia da depressão gestacional, foi estudado o nível do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) durante a gravidez e sua relação com a depressão materna. Observou-se que mulheres com níveis inferiores de BDNF no segundo e terceiro trimestres foram significativamente mais propensas a reportar sintomas depressivos durante o terceiro trimestre. Estudos relacionados apontam o BDNF como marcador biológico promissor para auxiliar no diagnóstico da depressão na gravidez, ao identificar mulheres mais vulneráveis à doença. O BDNF é uma neurotrofina envolvida na modulação da plasticidade sináptica que promove a sobrevivência dos neurônios, seu crescimento e a diferenciação em novos neurônios e sinapses. Durante a gravidez, o BDNF participa do desenvolvimento folicular, da implantação e da placentação nos tecidos reprodutivos.⁽¹⁹⁾

DIAGNÓSTICO

As características clínicas depressivas mais típicas são anedonia (perda de interesse ou prazer), fadigabilidade (energias psíquica e psicomotora reduzidas) e rebaixamento do humor (humor depressivo), no qual, frequentemente, há pouca ou nenhuma responsividade a circunstâncias positivas. Outros sintomas e sinais comuns são os sentimentos de culpa e inutilidade, distúrbios do sono e alterações alimentares. Necessariamente, e de modo marcante, as manifestações devem impactar negativamente as atividades sociais e ocupacionais da pessoa. Usualmente, os sintomas e sinais devem durar pelo menos duas semanas para a caracterização do episódio depressivo (Quadro 1). Há permanente necessidade de excluir outras doenças e estados psíquicos do ciclo vital humano.⁽¹⁵⁾

A depressão na gestação pode ser subestimada pela sobreposição de determinadas manifestações depressivas com queixas típicas da gravidez, como fadiga e distúrbios do sono, da alimentação ou sexuais. Logo, o médico deve estar particularmente atento a outros sintomas e sinais depressivos importantes, como anedonia e isolamento social.⁽²⁰⁾

Um estudo realizado em uma maternidade de São Paulo constatou que aproximadamente 79% das mulheres que apresentavam depressão de moderada a grave não foram diagnosticadas ao longo do pré-natal.⁽²¹⁾

Quadro 1. Critérios diagnósticos para quadro de depressão maior

Pelos menos 5 sintomas dos descritos a seguir, por pelo menos 2 semanas, quase todos os dias, e pelo menos um deles deve ser: • Humor deprimido • Perda de interesse ou prazer Outros sintomas são: • Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite • Insônia ou hipersonia • Agitação ou retardo psicomotor • Fadiga ou perda de energia • Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada • Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão • Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio
Há sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Excluir efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.
Especificador: com início no periparto Pode ser aplicado ao episódio atual ou ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gravidez ou nas 4 semanas seguintes ao parto.

Fonte: Adaptado de *American Psychiatric Association* (2013).⁽¹⁵⁾

Em outra pesquisa na mesma cidade, gestantes de alto risco acompanhadas em pré-natal de um hospital público universitário foram investigadas a respeito da presença de depressão moderada a grave. Constatou-se que 9% das mulheres participantes apresentavam a doença, porém nenhuma utilizava tratamento farmacológico para depressão. De acordo com os pesquisadores, a carência terapêutica indica provável ausência do diagnóstico.⁽²²⁾

As seguintes instituições recomendam formalmente o rastreamento rotineiro da depressão na gestação: *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG); *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG); *American Medical Association* (AMA); *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE); *American Pediatrics Association* (AAP); *American Academy of Family Physicians* (AAFP).^(7,8)

O obstetra está em posição privilegiada para realizar o rastreamento da depressão nas gestantes, mas existem obstáculos para essa conduta, como carência de tempo, estigma relacionado às doenças psiquiátricas na gravidez e no pós-parto – denominado de psicofobia perinatal – e treinamento insuficiente ou inadequado. Assim, os índices de referência e encaminhamento de gestantes com depressão à psiquiatria, segundo os obstetras, ainda são incipientes.^(7,8)

As diretrizes citadas a respeito da prevenção secundária da depressão orientam que obstetras sejam ativos perante as gestantes e realizem o rastreamento empregando instrumento padronizado e validado. O Nice, em

suas recomendações mais recentes, sugere que seja feito breve rastreio para depressão por meio de duas perguntas simples, que abordam a presença de sentimentos depressivos e a percepção de pouco interesse pelas atividades diárias no último mês (Quadro 2). A resposta positiva para uma dessas perguntas pode indicar que a mulher apresenta mais risco para quadro depressivo, devendo-se, então, aplicar um instrumento validado para uma avaliação mais completa.⁽⁸⁾

Quadro 2. Rastreio para depressão periparto

Em consulta pré-natal ou de avaliação pós-parto, fazer estas perguntas, de forma sistemática, a todas as pacientes: 1. Durante o mês passado, você se sentiu incomodada com frequência por se sentir deprimida ou sem esperança? 2. Durante o mês passado, você se sentiu incomodada com frequência por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Uma resposta positiva indica a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Fonte: Adaptado de *National Institute for Health and Care Excellence* (2020).⁽⁸⁾

Na gravidez, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é o instrumento mais recomendado e utilizado.⁽²³⁾ Essa escala foi traduzida, adaptada e validada para brasileiros. Sua aplicação é relativamente rápida e simples. É de domínio público, portanto gratuita, e pode ser reproduzida desde que sua referência original seja citada em cada cópia.⁽²⁴⁾

Um diagnóstico diferencial essencial a ser realizado é o de transtorno bipolar.⁽²⁵⁾ O diagnóstico incorreto de depressão em gestantes com tal doença pode levar a tratamento inefetivo, induzir episódio maníaco ou psicótico e aumentar o risco de suicídio. A gestação é o período de maior vulnerabilidade para recorrência de episódios de transtorno bipolar, particularmente em mulheres que apresentam história de tratamento psiquiátrico hospitalar, comorbidades psiquiátricas em curso ou suspensão de medicamento pertinente durante a gravidez.⁽²⁶⁾

TRATAMENTO

A abordagem terapêutica de quadros depressivos deve incluir intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas de forma isolada ou combinada.⁽²⁷⁾

Segundo manual do NICE, diretrizes atuais sobre o tratamento da depressão em grávidas dividem o manejo no primeiro episódio de depressão e os casos de depressão recorrente, incluindo mulheres que já estavam tomando antidepressivos antes da gravidez. No primeiro grupo, intervenções não farmacológicas devem ser enfatizadas, mas a combinação com tratamento medicamentoso é recomendada quando sintomas moderados a graves são presentes ou se a psicoterapia não foi suficientemente eficaz. No segundo grupo, a descontinuação do tratamento deve ser considerada em mulheres minimamente sintomáticas há, pelo menos, seis meses e que não têm histórico de recidiva sintomática da medicação.⁽⁸⁾

Uma metanálise recente recomenda que centros que fazem acompanhamento pré-natal realizem, regularmente, avaliações psicoterapêuticas e terapias para aliviar a depressão e a ansiedade e melhorar a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez.⁽²⁸⁾ Essa é, portanto, uma estratégia interessante quando se deseja minimizar os potenciais riscos ao uso de psicofármacos na gestação.

Além disso, deve fazer parte do manejo clínico o fornecimento de informações claras para a gestante acerca de seu quadro, discutindo sobre as opções de tratamento e prevenção; os benefícios e danos potenciais de intervenções psicológicas ou medicamentosas; as possíveis consequências de não fazer tratamento e o que pode acontecer se o tratamento for alterado ou interrompido, especialmente se a medicação psicotrópica for interrompida abruptamente.⁽²⁹⁾

Evitar o uso racional de medicamentos psiquiátricos para garantir uma gravidez livre de riscos é uma estratégia clínica frágil e contestável. Ainda que existam estudos descrevendo riscos associados ao uso de antidepressivos durante a gravidez (Quadro 3), tais achados não foram encontrados em outras pesquisas primárias nem em metanálises. Ressalte-se que as características das amostras e dos métodos dos estudos citados e a magnitude dos efeitos estimados não permitem inferências definitivas a respeito de tais associações.⁽³⁰⁻³⁵⁾

Mulheres que tenham sintomas leves e moderados devem receber suporte psicossocial na Atenção Primária. Casos que não melhorem com esse suporte devem ter associação de acompanhamento psicoterápico. O tratamento medicamentoso é recomendado quando os sintomas depressivos não se resolvem apenas com tratamento psicoterápico, quando os sintomas são graves e requerem tratamento rápido ou quando a paciente prefere medicação antidepressiva.⁽³⁷⁾

Quadro 3. Possíveis riscos do uso de antidepressivos durante a gravidez

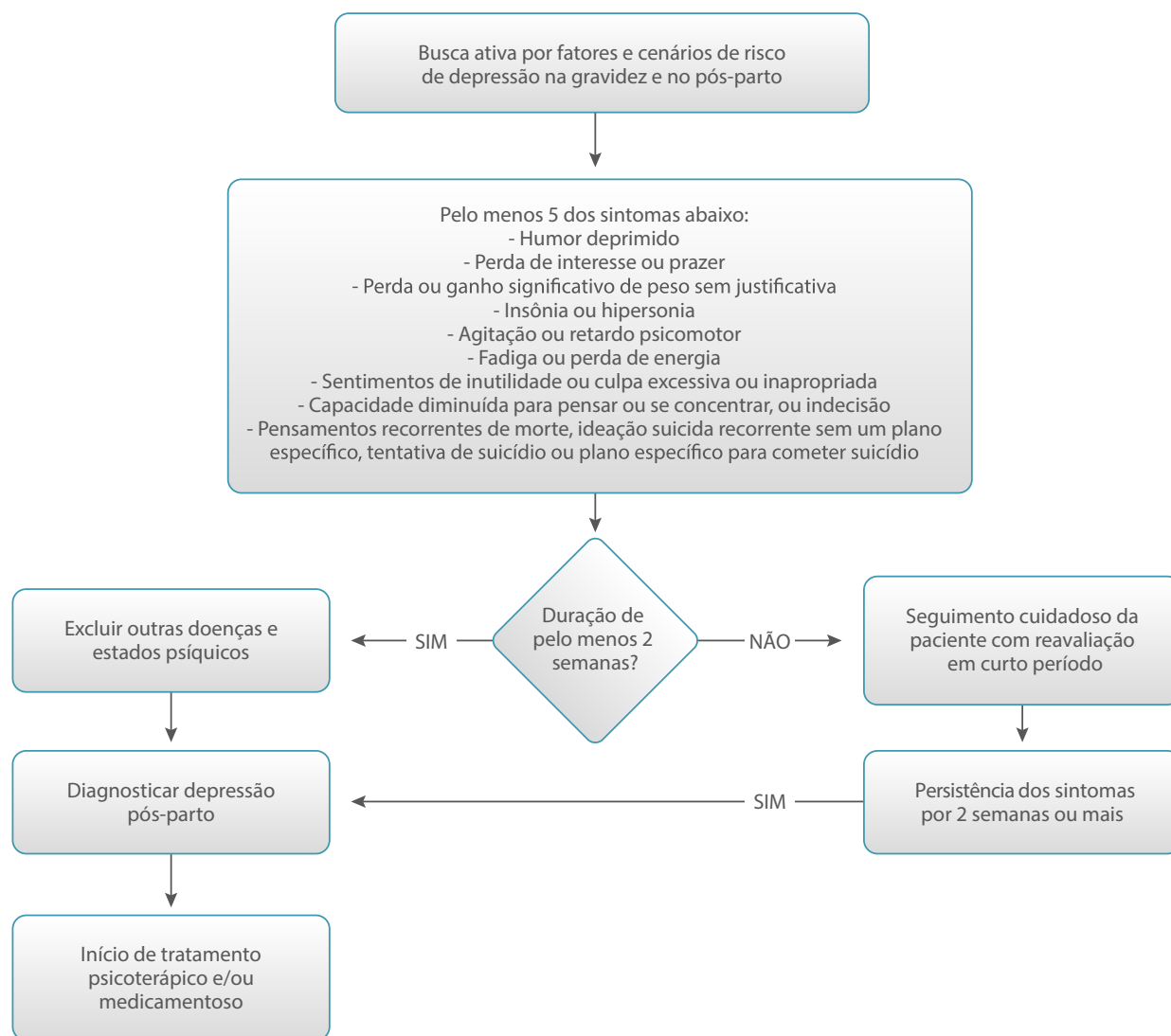
Paroxetina e malformações cardiovasculares – principalmente defeitos septais –, com magnitude de medidas de associação que oscilaram maiormente entre 1,5 e 2,5
ISRSs e hipertensão pulmonar persistente do neonato, estimada em 0,20% a 0,60% das grávidas expostas a antidepressivos, com magnitude de medidas de associação em torno de 1,28
ISRSs, tricíclicos e sinais heterogêneos de má adaptação neonatal aguda, uma síndrome associada a 15% até 30% das grávidas expostas a antidepressivos, habitualmente com duração limitada e sem sequelas para o neonato
Sertralina e atresia anal, com magnitude de medidas de associação que oscilaram entre 2,5 e 4,4

Fonte: Bérard *et al.* (2016);⁽³¹⁾ Bérard *et al.* (2017);⁽³²⁾ Kieviet *et al.* (2017);⁽³³⁾ Nörby *et al.* (2016);⁽³⁴⁾ Furu *et al.* (2015);⁽³⁵⁾ Louik *et al.* (2007)⁽³⁶⁾
ISRS: inibidor seletivo de recaptação da serotonina.

Ao escolher um antidepressivo, deve-se levar em consideração: se a mulher já usou essa medicação previamente e qual foi sua resposta; o estágio da gestação; dados atualizados sobre o uso desse medicamento na gestação; riscos em caso de descontinuação e a possibilidade da síndrome de má adaptação neonatal, que pode ocorrer com antidepressivos tricíclicos e inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina, em particular paroxetina e venlafaxina.

O uso de sertralina tem se mostrado opção segura no tratamento de sintomas depressivos perinatais, especialmente no pós-parto, em razão da disponibilidade de dados tranquilizadores quanto à lactação. Sugere-se iniciar o tratamento com dose de 50 mg por dia, reavaliando-o em uma semana para efeitos colaterais e tendência suicida. Aumentar a cada duas semanas, até remissão dos sintomas, com dose diária máxima de 200 mg.⁽³⁷⁾

FLUXOGRAMA DE CONDUTA



RECOMENDAÇÕES FINAIS

Deve haver diálogo e esclarecimentos médicos prévios à concepção para mulheres que apresentam ou apresentaram manifestações psiquiátricas depressivas ou que estão em uso de medicamentos psiquiátricos. A conduta ideal é realizar planejamento terapêutico pré-concepcional que envolva o obstetra e o psiquiatra da paciente, em mútua colaboração.

O obstetra está em posição privilegiada para realizar o rastreamento da depressão nas gestantes. A utilização das duas perguntas-chave para investigar depressão perinatal, complementada com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, é recomendada.

A abordagem terapêutica de quadros depressivos deve incluir intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas de forma isolada ou combinada.

Não há um antidepressivo único que possa ser considerado a melhor opção para todas as pacientes com depressão durante a gestação nem antidepressivo que seja absolutamente contraindicado. Assim, recomenda-se sempre conduta individualizada, proveniente da análise minuciosa das particularidades de cada caso e do discernimento rigoroso das melhores evidências disponíveis. Portanto, o exame crítico de cada estudo primário à luz do conhecimento em epidemiologia clínica perinatal é um trabalho insubstituível.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Manual de orientação gestação de alto risco. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2011 [citado 2024 Jun 23]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTAO-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf>

2. James D. High risk pregnancy. In: Studd J (ed.). *Progress in obstetrics & gynecology*. London: Churchill Livingstone; 1989. p. 53-73.
3. Castro e Couto T, Brancaglion MY, Cardoso MN, Faria GC, Garcia FD, Nicolato R, et al. Suicidality among pregnant women in Brazil: prevalence and risk factors. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(2):343-8.
4. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(5):741-51.
5. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. 2011;118(5):1056-63.
6. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. *BMJ Open*. 2014;4(11):e004883.
7. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. 2015;125(5):1268-71.
8. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2020 Dec Feb 11. (NICE Clinical Guidelines, No. 192).
9. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(12):2725-36.
10. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):122-5.
11. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31(6):799-804.
12. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga AC, Ayers S, da Gama SG, Leal MD. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016;13(3 Suppl 3):118.
13. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5-14.
14. Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, Pilling S. Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(6):745-59.
15. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.
16. Lokuge S, Frey BN, Foster JA, Soares CN, Steiner M. Depression in women: windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(11):e1563-9.
17. Bränn E, Papadopoulos F, Fransson E, White R, Edvinsson Å, Hellgren C, et al. Inflammatory markers in late pregnancy in association with postpartum depression-A nested case-control study. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;79:146-59.
18. Orta OR, Gelaye B, Bain PA, Williams MA. The association between maternal cortisol and depression during pregnancy, a systematic review. *Arch Women Ment Health*. 2018;21(1):43-53.
19. Fung J, Gelaye B, Zhong QY, Rondon MB, Sanchez SE, Barrios YV, et al. Association of decreased serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) concentrations in early pregnancy with antepartum depression. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):43.
20. Matthey S, Ross-Hamid C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord*. 2011;133(3):546-52.
21. Chalem E, Mitsuhiro SS, Manzolli P, Barros MC, Guinsburg R, Sass N, et al. Underdetection of psychiatric disorders during prenatal care: a survey of adolescents in Sao Paulo, Brazil. *J Adolesc Health*. 2012;50(1):93-6.
22. Benute GR, Nomura RM, Reis JS, Fraguas Junior R, Lucia MC, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(11):1127-31.
23. Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):112.
24. Castro e Couto T, Martins Brancaglion MY, Nogueira Cardoso M, Bergo Protzner A, Duarte Garcia F, Nicolato R, et al. What is the best tool for screening antenatal depression? *J Affect Disord*. 2015 Jun 1;178:12-7.
25. Merrill L, Mittal L, Nicolero J, Caiozzo C, Maciejewski PK, Miller LJ. Screening for bipolar disorder during pregnancy. *Arch Women Ment Health*. 2015;18(4):579-83.
26. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(2):117-27.
27. American Psychological Association (APA). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Arlington (VA): APA; 2019.
28. Li C, Sun X, Li Q, Sun Q, Wu B, Duan D. Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(27):e20947.
29. Cabaillet A, Boursset A, Mulliez A, Delorme J, Orri M, Vicard-Olagne M, et al. Trajectories of antidepressant drugs during pregnancy: A cohort study from a community-based sample. *Br J Clin Pharmacol*. 2020 Aug 4.
30. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Committee Opinion No. 390, December 2007. Ethical decision making in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1479-87.
31. Bérard A, Iessa N, Chaabane S, Muanda FT, Boukhris T, Zhao JP. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;81(4):589-604.
32. Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Vinet É, Bernatsky S, Abrahamowicz M. SSRI and SNRI use during pregnancy and the risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(5):1126-33.
33. Kieviet N, de Jong F, Scheele F, Dolman KM, Honig A. Use of antidepressants during pregnancy in the Netherlands: observational study into postpartum interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):23.
34. Nörby U, Forsberg L, Wide K, Sjörs G, Winblad B, Källén K. Neonatal morbidity after maternal use of antidepressant drugs during pregnancy. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20160181.
35. Furu K, Kieler H, Haglund B, Engeland A, Selmer R, Stephansson O, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population based cohort study and sibling design. *BMJ*. 2015;350:h1798. - Erratum in: *BMJ*. 2015;350:h2235.
36. Louik C, Lin AE, Werler MM, Hernández-Díaz S, Mitchell AA. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2007;356(26):2675-83.
37. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-86.

Cirurgia minimamente invasiva no câncer ginecológico

GRAU DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

- A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados).
- B: Estudos experimentais ou observacionais de menos consistência (outros ensaios clínicos não randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle).
- C: Relatos ou série de casos (estudos não controlados).
- D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

HIGHLIGHTS

1. A via minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) apresenta múltiplas vantagens, como melhor magnificação, menos dor pós-operatória, menor sangramento, menor internação, mais rápido retorno às atividades cotidianas, qualidade de vida melhor em curto prazo e possibilidade de iniciar os tratamentos adjuvantes mais precocemente.
2. O câncer de colo uterino invasor até 4 cm pode ser tratado por cirurgia ou radioterapia. Se a cirurgia for escolhida para tratamento, a via de abordagem deve ser laparotômica.
3. O câncer de endométrio limitado ao útero deve ser manejado por cirurgia e estadiamento linfonodal, e a via de abordagem preferencial é a minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica).
4. No câncer de ovário em estágio inicial com doença limitada aos ovários, a cirurgia minimamente invasiva poderá ser usada para estadiamento. No cenário de doença avançada, a laparoscopia pode ser empregada para avaliar possibilidade de ressecção de doença. Para citorredução inicial ou de intervalo, na doença avançada, a via de acesso de preferência é a laparotômica com incisão vertical. No cenário de recidiva de doença, de acordo com o padrão de recidiva, a citorredução secundária poderá ser realizada pela via minimamente invasiva, respeitando os preceitos oncológicos.

Descritores

Neoplasias dos genitais femininos; Laparoscopia; Procedimentos cirúrgicos robóticos; Estadiamento de neoplasias; Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Cirurgia minimamente invasiva no câncer ginecológico. Femina. 2025;53(9):1098-104.

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.

INTRODUÇÃO

A laparoscopia iniciou seu uso em torno de 1970 na cirurgia de *second-look* em câncer de ovário. Em 1990, com o avanço dos equipamentos, a laparoscopia começou a ser empregada para manejo de tumores ginecológicos. Ela apresenta múltiplos benefícios, como melhor magnificação, menos dor pós-operatória, menor sangramento, menor internação e mais rápido retorno às atividades cotidianas. Outra vantagem é a possibilidade de iniciar os tratamentos adjuvantes mais precocemente.

Dargent, em 1987, foi o primeiro a descrever o uso da laparoscopia para linfadenectomia pélvica associado à histerectomia radical (HR) vaginal para tratamento da neoplasia de colo uterino (C).⁽¹⁾ Após, Querleu *et al.* publicaram

uma série de casos de câncer de colo uterino, estágio IB-IIB, na qual foi realizada linfadenectomia pélvica laparoscópica (C).⁽²⁾ Na sequência, Nezhat *et al.* e Childers *et al.* publicaram os primeiros casos de linfadenectomia para-aórtica laparoscópica para tratamento de neoplasia de colo e endométrio, respectivamente (C, C).^(3,4) Houve ainda a introdução da cirurgia robótica, que possibilitou avanços no manejo de tumores ginecológicos, principalmente em pacientes de difícil acesso cirúrgico, como obesidade mórbida.

NEOPLASIA DE COLO UTERINO

Estágios iniciais

Pacientes com câncer do colo de útero em estágios iniciais (IA1, com invasão linfovascular, a IIA1) são, em sua maioria, tratadas com HR (A).⁽⁵⁾ Estudos observacionais demonstraram a segurança oncológica da HR por via minimamente invasiva (VMI) (B).⁽⁶⁾ Em 2015, o *National Comprehensive Cancer Network* descreveu a VMI como a técnica padrão para a abordagem dessas pacientes. Porém, em 2018 e 2024 foram publicados os resultados do estudo LACC (*Laparoscopic Approach to Cervical Cancer*) (A),^(7,8) que demonstraram que a VMI foi associada a menores taxas de sobrevida livre de doença e de sobrevida global, quando comparada com a via laparotômica, para a realização da HR. Os grupos foram balanceados em relação a tipo histológico, grau, invasão linfovascular, envolvimento parametrial e linfonodal, tamanho e tratamento adjuvante. Especulou-se que os motivos para a inferioridade do método foram o uso do manipulador uterino associado à colpotomia sob pneumoperitônio com consequente disseminação das células neoplásicas (B).⁽⁹⁾ Também foi evidenciado que não houve diferença nas complicações intra e pós-operatórias e na qualidade de vida seis semanas após a cirurgia, comparando as duas vias (A).⁽¹⁰⁾

Pontos controversos

- Tumores menores que 2 cm: estudos retrospectivos recentes evidenciaram resultados variados, e alguns estudos mostraram pior prognóstico nesse subgrupo de pacientes, manejados por VMI (B).⁽¹¹⁾ Na publicação final do LACC, não foi possível testar a interação com a via cirúrgica, porque não houve eventos (recorrência) no grupo de pacientes de cirurgia laparotômica. Entretanto, por haver recorrências no grupo de VMI, parece haver um efeito do tratamento (A).⁽⁸⁾
- Traquelectomia radical: em recente revisão sistemática (B),⁽¹²⁾ não se observaram diferenças nos desfechos oncológicos nas pacientes submetidas à traquelectomia radical por VMI e laparotômica.
- Conização prévia à HR: no intuito de evitar a manipulação do tumor por VMI, cogitou-se realizar conização antes da HR para retirar o

tumor e, assim, neutralizar os efeitos deletérios da técnica. Uma coorte retrospectiva⁽¹³⁾ (B) observou efeito protetor da conização, porém com limitações. Na publicação final do LACC, avaliando as pacientes que realizaram conização antes da HR, não houve diferença de sobrevida comparando as vias laparotômica e VMI (A).⁽⁸⁾

- Estádio IA: seguindo o raciocínio da segurança de se realizar cirurgia por VMI não havendo doença residual, alguns autores pregam a segurança nas pacientes com estágio IA (B).⁽¹⁴⁾ Dados retrospectivos em pacientes com estágio IA com invasão angiolinfática e IA2 mostram resultados semelhantes entre as vias cirúrgicas. No momento, as pacientes com câncer de colo uterino e candidatas à HR devem ser tratadas pela via laparotômica.

Estágios avançados

A metástase linfonodal é o fator prognóstico mais importante nessa doença. A detecção de metástase para-aórtica (10% a 50%) tem a importância de permitir a adequação do campo da radioterapia (A).⁽¹⁵⁾ Os métodos de imagem, incluindo a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), têm limitações, principalmente em metástases <1 cm, com taxas de falso-negativo de até 20% (A).⁽¹⁵⁾ Estudos retrospectivos mostraram que a linfadenectomia para-aórtica estadiadora é factível, tanto por via transperitoneal como extraperitoneal, com baixa morbidade e, quando realizada por VMI, não atrasa o início do tratamento (A).⁽¹⁵⁾ O ensaio clínico publicado recentemente (*Uterus-11*) que comparou estadiamento cirúrgico por VMI versus por imagem em pacientes estágio IB3 a IVA não evidenciou diferença em sobrevida livre de progressão e sobrevida geral, porém demonstrou que o estadiamento cirúrgico apresentou menor mortalidade câncer-específica e maior sobrevida no estágio IIB (A).⁽¹⁶⁾ Apesar desses resultados, ainda há dificuldade de implementar o estadiamento cirúrgico como rotina, por se tratar de procedimento de alta complexidade e, muitas vezes, indisponível.

NEOPLASIA DE ENDOMÉTRIO

A neoplasia de endométrio se apresenta na maioria dos casos em estadiamentos iniciais, o que possibilita o tratamento cirúrgico. A cirurgia envolve histerectomia total, salpingo-ooforectomia com ou sem linfadenectomia pélvica ou para-aórtica. Apesar de esse procedimento não ser associado com grande número de complicações, o problema está no fato de que a maioria das pacientes com essa neoplasia apresenta comorbidades, como idade avançada, diabetes, hipertensão e obesidade. Essas comorbidades trazem um risco maior de morbidade e mortalidade perioperatória. Com isso, a adoção e a utilização da VMI é uma opção atrativa, com o intuito de otimizar os desfechos cirúrgicos e oncológicos. A VMI é

empregada na neoplasia de endométrio em três condições: estadiamento cirúrgico inicial; completar o estadiamento em casos de cirurgias não oncológicas; na avaliação e no possível manejo da recorrência.

Há dados robustos suportando o emprego da VMI no câncer de endométrio. Atualmente, a VMI é considerada a via de acesso indicada para estadiamento dessa neoplasia, segundo os principais consensos europeus e americanos. Existem três ensaios clínicos randomizados comparando laparoscopia *versus* laparotomia que demonstraram os benefícios da via laparoscópica (A).⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ O ensaio clínico LAP2 incluiu 2.600 pacientes e foi publicado em duas partes: a primeira, em 2009, avaliou desfechos perioperatórios e evidenciou um índice de conversão de 25,8%, e a laparoscopia esteve associada a menor taxa de complicações perioperatórias e menor tempo de internação (A).⁽¹⁷⁾ Na sequência, outro ensaio clínico, o LACE, também evidenciou que a laparoscopia foi associada à redução de complicações pós-operatórias (A).⁽¹⁸⁾ Ambos os estudos demonstraram melhora da qualidade de vida em curto prazo com a laparoscopia (A).^(17,18)

Do ponto de vista oncológico, é importante frisar que a VMI não esteve associada à piora de desfechos oncológicos. Em 2012, ocorreu a publicação dos dados de seguimento do LAP2, que evidenciaram índices semelhantes de recorrência e sem diferença na sobrevida geral (A).⁽¹⁹⁾ Uma análise *post hoc* demonstrou que, mesmo estratificando por histologia de baixo e alto risco, não houve diferença no prognóstico oncológico, comparando as duas técnicas (A).⁽²⁰⁾ Mais recentemente, os dados de seguimento oncológico do LACE foram publicados, demonstrando taxas semelhantes de sobrevida livre de doença e sobrevida geral, confirmando que a VMI deveria ser considerada para todas as pacientes com neoplasia de endométrio limitada ao útero (A).⁽¹⁸⁾

Nos últimos anos, houve um crescimento no número de casos manejados por cirurgia robótica. Os benefícios da cirurgia robótica no tratamento da neoplasia de endométrio foram similares aos da laparoscopia, em termos de menor sangramento e redução de internação hospitalar (B).⁽²¹⁻²³⁾ A cirurgia robótica se demonstrou muito vantajosa para manejo das pacientes obesas mórbidas, comparada à laparoscopia (B).⁽²⁴⁾ Uma coorte prospectiva recente que comparou qualidade de vida e desfechos perioperatórios evidenciou benefícios para as pacientes manejadas pela VMI, comparada à laparotomia. Além disso, não evidenciou diferenças em termos de desfechos em curto e longo prazo entre a laparoscopia e via robótica. A VMI apresentou melhores escores de qualidade de vida, com menos dor, comparada à laparotomia (B).⁽²⁵⁾ Em relação ao uso de manipulador uterino no estadiamento dessa neoplasia, revisão sistemática com metanálise publicada em 2020 evidenciou que o uso do manipulador não esteve associado à citologia peritoneal positiva e nem à maior taxa de recorrência (A).⁽²⁶⁾ Até o momento, não existem dados robustos publicados contraindicando seu uso.

NEOPLASIA DE OVÁRIO

A utilização da laparoscopia no manejo do câncer ovariano data de 1970 no diagnóstico de carcinomatose peritoneal. Diversos questionamentos foram feitos quanto à segurança e à eficácia e foram sendo respondidos por inúmeros autores. Em 2004, após 10 anos de seguimento pós-tratamento de câncer de ovário inicial por laparoscopia, surgem as primeiras evidências retrospectivas de exequibilidade, eficácia e segurança oncológica (B).^(27,28) Vantagens como menores incisões, magnificação da imagem, avaliação do andar superior do abdome, menor perda sanguínea, redução do uso de analgésicos, redução da morbidade, mais rápida recuperação e menor tempo de hospitalização e de intervalo para quimioterapia adjuvante são observados, assim como o bom registro de imagens, permitindo sua análise por diferentes profissionais. Enquanto dúvidas que, ao longo dos anos, foram sendo dirimidas — como a segurança do procedimento, a linfadenectomia insuficiente, os implantes neoplásicos no sítio dos trocartes, a ruptura e fragmentação tumoral⁽²⁹⁾ (B) e a avaliação limitada do mesentério — eram destacadas.^(30,31)

Estágios iniciais

O principal foco no manejo das massas anexais é a exclusão de malignidades suspeitas na imagem (ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética), uma vez que essas mulheres devem preferencialmente ser tratadas em centros de referência oncológica e o mais rapidamente possível (D).⁽³²⁾ Procedimentos relacionados ao diagnóstico e ao estadiamento cirúrgico, como excisão da massa anexial íntegra, histerectomia, omentectomia e linfadenectomia pélvica e retroperitoneal, fazem parte do arsenal de procedimentos realizados rotineiramente pela laparoscopia. Se, assim, os preceitos oncológicos forem seguidos na cirurgia laparoscópica, com o máximo cuidado na introdução dos trocartes, mínima manipulação tumoral e sua extração protegida, reduzem-se os desvios na condução do ato operatório pelo cirurgião e que, posteriormente, poderiam ser atribuídos à técnica cirúrgica (D).⁽³²⁾ A laparoscopia também é realizada para a cirurgia redutora de risco (salpingo-ooforectomia, com ou sem histerectomia, e rigoroso inventário da cavidade abdominal) na síndrome de predisposição hereditária ao câncer de mama e ovário (BRCA1, BRCA2) ou na síndrome de Lynch e na síndrome do câncer colônico hereditário não polipoide (MSH2, MSH6 e MLH1) (B).⁽³³⁾

Estágios avançados

Na carcinomatose peritoneal, a laparoscopia é utilizada no discernimento das pacientes que se beneficiariam ou não da laparotomia inicial para a completa citorredução (A),⁽³⁴⁾ aplicando o índice de carcinomatose peritoneal de Sugarbaker ou o índice de Fagotti para predizer a ressecabilidade da doença (B).⁽³⁵⁾ Estudo refere, como viável e

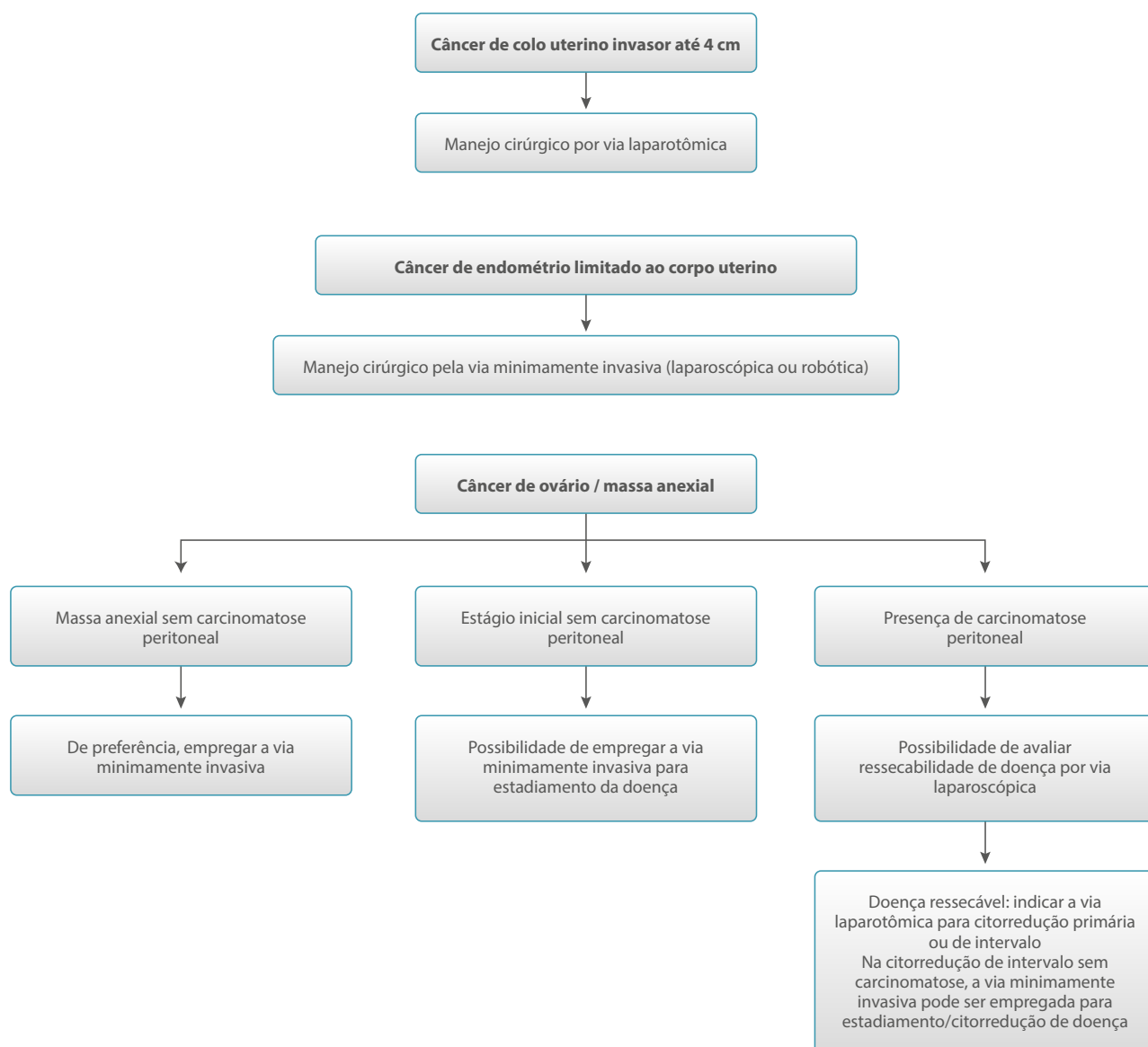
com menor morbidade perioperatória, a citorredução de intervalo com infusão de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica realizada por VMI (B).⁽³⁶⁾ Recentemente, validou-se a utilização de biomarcador de folato fluorescente, a pafolacianina, para auxiliar a identificar áreas de doença residual pós-quimioterapia neoadjuvante com o auxílio de imagem capaz de detectar a fluorescência (A).⁽³⁷⁾ O conhecimento e a experiência clínica no manejo dessa doença e os cuidados oncológicos e treinamento específicos das diferentes modalidades cirúrgicas tornam tal abordagem minimamente invasiva segura, reprodutível e confiável, seguindo critérios oncológicos rigorosos e boa seleção de pacientes.

QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DA VIA MINIMAMENTE INVASIVA

As pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico normalmente apresentam pior qualidade de vida a partir do momento do diagnóstico, e o tratamento pode impactar a vida familiar, sexual e social e o trabalho (B).⁽³⁸⁾ Nas últimas décadas, o uso da VMI no tratamento de pacientes com câncer ginecológico gerou entusiasmo, porém apresentou preocupações em relação à eficácia, à segurança, aos custos e aos impactos na qualidade de vida (A).⁽³⁹⁾ As técnicas de cirurgia por VMI, quando comparadas com cirurgias por laparotomia, proporcionam vantagens como menor período de internação, redução de perda sanguínea, menor taxa de infecção e retorno mais precoce às atividades profissionais, além de início

precoce de outras modalidades de tratamento adjuvante. No entanto, o tempo de cirurgia pode ser aumentado, além de ser necessária uma curva de aprendizado mais longa; o custo pode ser mais elevado; e poucos são os estudos de não inferioridade quanto ao resultado de sobrevida, em comparação com a laparotomia (B).⁽⁴⁰⁾ No câncer de endométrio, a VMI se mostra benéfica nos parâmetros de qualidade de vida em curto e longo prazo, em especial para as pacientes que, em sua maioria, têm idade mais avançada e comorbidades associadas e são obesas (B).^(41,42) No câncer do colo do útero, publicações demonstraram que a VMI não está associada com melhor qualidade de vida após a cirurgia, comparada com a técnica aberta. Além disso, o custo da VMI é significativamente maior, o que representa um problema para países onde a realidade tem cenários discrepantes (B).⁽⁴³⁾ No geral, considerando os dados existentes sobre esses quatro aspectos (sobrevivência, complicações perioperatórias, qualidade de vida e considerações financeiras), é difícil concluir que a HR por VMI seja de benefício significativo no tratamento do câncer do colo do útero em estágio inicial (B).⁽⁴³⁾ No câncer do ovário, quanto à qualidade de vida, por se tratar de uma doença com diagnóstico em fase avançada na maioria das vezes com prognóstico pior, temos poucos estudos sobre qualidade de vida. Entretanto, o uso da VMI pode propiciar o início mais precoce do tratamento oncológico (neoadjuvante), e esse é um fator que melhora a qualidade de vida por abreviar os sintomas e estabelecer o tratamento definitivo (A).⁽⁴⁴⁾

FLUXOGRAMA DE CONDUTA



RECOMENDAÇÕES FINAIS

A neoplasia de endométrio é a neoplasia ginecológica para a qual está consagrado o uso da cirurgia minimamente invasiva como via padrão para tratamento e estadiamento da doença, nos estádios iniciais. No ovário, o manejo da massa anexial, de preferência, deverá ser realizado por laparoscopia, porém, na eventual malignidade, a laparoscopia poderá ser empregada para estadiamento nos estádios iniciais sem carcinomatose. Quando houver carcinomatose, a via laparotômica é a preferida. No colo uterino, apesar de múltiplos estudos observacionais terem demonstrado a segurança da VMI, em 2018 e 2024, o LACC demonstrou desfechos oncológicos piores para essa via de acesso, consagrando a via laparotômica para tratamento da neoplasia de colo uterino inicial.

REFERÊNCIAS

1. Dargent D. A new future for Schauta's operation through the pre-surgical retroperitoneal pelviscopy. *Eur J Gynecol Oncol.* 1987;8:292-6.
2. Querleu D, Leblanc E, Castelain B. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164(2):579-81.
3. Nezhat C, Nezhat F, Burrell MO, Benigno B, Welander CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(2):699.
4. Childers JM, Surwit EA. Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 1992;45(1):46-51.
5. Sedlis A, Bundy BN, Rotman MZ, Lentz SS, Muderspach LI, Zaino RJ. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol.* 1999;73(2):177-83.

6. Frumovitz M, dos Reis R, Sun CC, Milam MR, Bevers MW, Brown J, et al. Comparison of total laparoscopic and abdominal radical hysterectomy for patients with early-stage cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 2007;110(1):96-102.
7. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 2018;379(20):1895-904.
8. Ramirez PT, Robledo KP, Frumovitz M, Pareja R, Ribeiro R, Lopez A, et al. LACC Trial: Final Analysis on Overall Survival Comparing Open Versus Minimally Invasive Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer. *J Clin Oncol.* 2024;JCO2302335.
9. Kohler C, Hertel H, Herrmann J, Marnitz S, Mallmann P, Favero G, et al. Laparoscopic radical hysterectomy with transvaginal closure of vaginal cuff - a multicenter analysis. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(5):845-50.
10. Obermair A, Asher R, Pareja R, Frumovitz M, Lopez A, Moretti-Marques R, et al. Incidence of adverse events in minimally invasive vs open radical hysterectomy in early cervical cancer: results of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(3):249.e1-249.e10. Erratum in: *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(5):757.
11. Uppal S, Gehrig PA, Peng K, Bixel KL, Matsuo K, Vetter MH, et al. Recurrence Rates in Patients With Cervical Cancer Treated With Abdominal Versus Minimally Invasive Radical Hysterectomy: A Multi-Institutional Retrospective Review Study. *J Clin Oncol.* 2020;38(10):1030-40.
12. Salvo G, Pareja R, Ramirez PT. Minimally invasive radical trachelectomy: Considerations on surgical approach. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;75:113-22.
13. Casarin J, Bogani G, Papadia A, Ditto A, Pinelli C, Garzon S, et al. Preoperative Conization and Risk of Recurrence in Patients Undergoing Laparoscopic Radical Hysterectomy for Early Stage Cervical Cancer: A Multicenter Study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(1):117-23.
14. Wright JD. Minimal risk for minimally invasive hysterectomy for stage IA cervical cancer? *Int J Gynecol Cancer.* 2021;31(8):1104-05.
15. Tsunoda AT, Marnitz S, Soares Nunes J, Mattos de Cunha Andrade CE, Scapulatempo Neto C, Blohmer JU, et al. Incidence of Histologically Proven Pelvic and Para-Aortic Lymph Node Metastases and Rate of Upstaging in Patients with Locally Advanced Cervical Cancer: Results of a Prospective Randomized Trial. *Oncology.* 2017;92(4):213-20.
16. Marnitz S, Tsunoda AT, Martus P, Vieira M, Affonso Junior RJ, Nunes J, et al. Surgical versus clinical staging prior to primary chemoradiation in patients with cervical cancer FIGO stages IIB-IVA: oncologic results of a prospective randomized international multicenter (Uterus-11) intergroup study. *Int J Gynecol Cancer.* 2020;30(12):1855-61.
17. Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, et al. Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2. *J Clin Oncol.* 2009;27(32):5331-6.
18. Janda M, Gebiski V, Brand A, Hogg R, Jobling TW, Land R, et al. Quality of life after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for stage I endometrial cancer (LACE): a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2010;11(8):772-80.
19. Mourits MJ, Bijen CB, Arts HJ, ter Brugge HG, van der Sijde R, Paulsen L, et al. Safety of laparoscopy versus laparotomy in early-stage endometrial cancer: a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2010;11(8):763-71.
20. Fader AN, Java J, Tenney M, Ricci S, Gunderson CC, Temkin SM, et al. Impact of histology and surgical approach on survival among women with early-stage, high-grade uterine cancer: An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group ancillary analysis. *Gynecol Oncol.* 2016;143(3):460-5.
21. Veljovich DS, Paley PJ, Drescher CW, Everett EN, Shah C, Peters WA 3rd. Robotic surgery in gynecologic oncology: program initiation and outcomes after the first year with comparison with laparotomy for endometrial cancer staging. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(6):679.e1-9; discussion 679.e9-10.
22. Seamon LG, Cohn DE, Valmadre S, Richardson DL, Jayjohn LA, Jenson C, et al. Robotic hysterectomy and lymphadenectomy for endometrial cancer: technical aspects and details of success-the Ohio State University method. *J Robot Surg.* 2008;2(2):71-6.
23. Boggess JF, Gehrig PA, Cantrell L, Shafer A, Ridgway M, Skinner EN, et al. A case-control study of robot-assisted type III radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection compared with open radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(4):357.e1-7.
24. Stephan JM, Goodheart MJ, McDonald M, Hansen J, Reyes HD, Button A, et al. Robotic surgery in supermorbidly obese patients with endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(1):49.e1-49.e8.
25. Ferguson SE, Panzarella T, Lau S, Gien LT, Samouëlian V, Giede C, et al. Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2018;149(3):476-83.
26. Meng Y, Liu Y, Lin S, Cao C, Wu P, Gao P, et al. The effects of uterine manipulators in minimally invasive hysterectomy for endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46(7):1225-32.
27. Leblanc E, Querleu D, Narducci F, Occelli B, Papageorgiou T, Sonoda Y. Laparoscopic restaging of early stage invasive adnexal tumors: a 10-year experience. *Gynecol Oncol.* 2004;94(3):624-9.
28. Chi DS, Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Ivy J, Rhee E, Moore K, et al. The safety and efficacy of laparoscopic surgical staging of apparent stage I ovarian and fallopian tube cancers. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1614-9.
29. Li J, Duan J, Mao R, Jiang W. A Way to Reduce the Occurrence of Intraoperative Capsule Rupture in Presumed Clinically Early-stage Ovarian Cancer with Adhesions to the Abdominal Wall. *J Minim Invasive Gynecol.* 2022;29(1):16.
30. Nezhat FR, Ezzati M, Chuang L, Shamshirsaz AA, Rahaman J, Gretz H. Laparoscopic management of early ovarian and fallopian tube cancers: surgical and survival outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(1):83.e1-6.
31. Ramirez PT, Wolf JK, Levenback C. Laparoscopic port-site metastases: etiology and prevention. *Gynecol Oncol.* 2003;91(1):179-89.
32. Tsunoda AT, Ribeiro R, Reis RJ, da Cunha Andrade C, Moretti Marques R, Baiocchi G, et al. Surgery in ovarian cancer - Brazilian Society of Surgical Oncology consensus. *BJOG.* 2018;125(10):1243-52.
33. Oliver Perez MR, Magriñá J, García AT, Jiménez Lopez JS. Prophylactic salpingectomy and prophylactic salpingoophorectomy for adnexal high-grade serous epithelial carcinoma: A reappraisal. *Surg Oncol.* 2015;24(4):335-44.
34. du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, Harter P, Ray-Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer.* 2009;115(6):1234-44. Erratum in: *Cancer.* 2024 Jun 7.
35. Fagotti A, Vizzielli G, Costantini B, Lecca A, Gallotta V, Gagliardi ML, et al. Learning curve and pitfalls of a laparoscopic score to describe peritoneal carcinosis in advanced ovarian cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(10):1126-31.
36. Fagotti A, Gueli Alletti S, Corrado G, Cola E, Vizza E, Vieira M, et al. The INTERNATIONAL MISSION study: minimally invasive surgery in ovarian neoplasms after neoadjuvant chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(1):5-9.
37. Randall LM, Wenham RM, Low PS, Dowdy SC, Tanyi JL. A phase II, multicenter, open-label trial of OTL38 injection for the intra-operative imaging of folate receptor-alpha positive ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2019;155(1):63-8.
38. De Rosa N, Della Corte L, Giannattasio A, Giampaolino P, Di Carlo C, Bifulco G. Cancer-related cognitive impairment (CRCI), depression and quality of life in gynecological cancer patients: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;303(6):1581-8.

39. Frumovitz M, Obermair A, Coleman RL, Pareja R, Lopez A, Ribero R, et al. Quality of life in patients with cervical cancer after open versus minimally invasive radical hysterectomy (LACC): a secondary outcome of a multicentre, randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2020;21(6):851-60. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2020;21(7):e341.
40. Kristensen SE, Mosgaard BJ, Rosendahl M, Dalsgaard T, Bjørn SF, Frøding LP, et al. Robot-assisted surgery in gynecological oncology: current status and controversies on patient benefits, cost and surgeon conditions - a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(3):274-85.
41. Berretta R, Gizzo S, Noventa M, Marrazzo V, Franchi L, Migliavacca C, et al. Quality of life in patients affected by endometrial cancer: comparison among laparotomy, laparoscopy and vaginal approach. *Pathol Oncol Res.* 2015;21(3):811-6.
42. Moss EL, Morgan G, Martin A, Sarhanis P, Ind T. Economic evaluation of different routes of surgery for the management of endometrial cancer: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2021;11(5):e045888.
43. Matsuo K, Matsuzaki S, Mandelbaum RS, Klar M, Roman L. Financial viewpoint of minimally invasive radical hysterectomy for early cervical cancer: another disadvantage? *Int J Gynecol Cancer.* 2020;30(9):1464.
44. Kong Q, Wei H, Zhang J, Li Y, Wang Y. Comparison of the survival outcomes of laparoscopy versus laparotomy in treatment of early-stage ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Ovarian Res.* 2021;14(1):45.

Infecção do trato urinário

HIGHLIGHTS

1. Infecção do trato urinário complicada e não complicada.
2. Como fazer a profilaxia da infecção do trato urinário recorrente.

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) afeta mais de 10% das mulheres, e aproximadamente 50% delas apresentam pelo menos um episódio durante a vida. A infecção urinária de repetição (ITUr) ocorre entre 10% e 15% das mulheres com mais de 60 anos de idade. Bacteriúria assintomática (BA) ocorre entre 2% e 10% das mulheres.^(1,2)

Em mais de 75% das ITUs em mulheres, o agente etiológico é a *Escherichia coli*, seguido de outros patógenos como *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus saprophyticus* e *Streptococcus agalactiae*. Em um estudo feito no Brasil, a *E. coli* foi responsável por 75,5% das cistites agudas, seguida de *Enterococcus* (10%) e *Klebsiella* (6,4%).⁽²⁾

Um grande desafio para a escolha empírica de antibióticos é a crescente resistência bacteriana. O estudo ARESC de 2008 demonstrou haver menor grau de resistência de *E. coli* à fosfomicina e à nitrofurantoína (3% e 5,7%, respectivamente). Um estudo feito na Suíça verificou resultado semelhante (1,5% e 1%, respectivamente).^(2,3)

CLASSIFICAÇÃO

Existem diferentes sistemas de classificação da ITU. O mais amplamente utilizado é aquele desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) e *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ESCMID),^(4,5) que classificam as ITUs em:

- ITU não complicada: quadro agudo, esporádico ou recorrente, no trato urinário inferior (cistite) ou superior (pielonefrite), limitado a mulheres não grávidas, sem anormalidades anatômicas e funcionais no trato urinário ou comorbidades.
- ITU complicada (cistite e pielonefrite): ocorre em pacientes com chance aumentada de evolução desfavorável, ou seja, grávidas, pacientes com anormalidades anatômicas ou funcionais do trato urinário, presença de cateteres urinários de demora, doenças renais ou concomitantes, como *diabetes mellitus*, imunossupressão ou transplante renal, pacientes com infecções urinárias por bactérias multirresistentes.
- BA: caracterizada pela presença de bactérias em meio de cultura (consideram-se 100 mil unidades formadoras de colônia por mL como bacteriúria significativa) na ausência de sinais e sintomas de ITU.
- Infecção recorrente do trato urinário: ocorrência de dois episódios de ITU em seis meses ou três nos últimos 12 meses, com confirmação com urocultura.
- Urosepsis: é definida como disfunção orgânica com risco de morte causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção originada do trato urinário.

FISIOPATOLOGIA

Na teoria clássica para o desenvolvimento de ITU, o uropatógeno, oriundo da flora fecal, coloniza a vagina e a uretra distal. Posteriormente, ascende para

Descritores

Infecções urinárias; Profilaxia; Infecções do trato urinário

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Infecção do trato urinário. Femina. 2025;53(9):1105-9.

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

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

a bexiga e promove infecção. A ITU resulta da interação de fatores biológicos e comportamentais do hospedeiro e da virulência do microrganismo.^(6,7)

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE

Na pré-menopausa, os fatores comportamentais são os que predominam, como frequência das relações sexuais, número de parceiros, novos parceiros e uso de espermicida e diafragma.

Para mulheres na pós-menopausa, os fatores de risco são diferentes e incluem deficiência de estrogênio, diminuição de lactobacilos vaginais, prolapso genital, cirurgia vaginal prévia, volume urinário residual elevado e ITU prévia.

Há, também, evidências que indicam que o envolvimento genético, associado à alteração na resposta do hospedeiro, pode predispor algumas mulheres a desenvolver ITU de repetição. Interleucina (IL)-8, receptor de IL-8R ou CXCR1 foram relacionados com variabilidade genética e apresentam expressão reduzida em crianças com tendência à pielonefrite.^(2,8)

DIAGNÓSTICO

Os sintomas clássicos da ITU incluem disúria, aumento da frequência urinária, urgência miccional e, ocasionalmente, dor suprapúbica e hematúria.

Os diagnósticos diferenciais incluem vaginite, uretrite aguda, síndrome da bexiga dolorosa, síndrome da bexiga hiperativa e doença inflamatória pélvica

A avaliação diagnóstica deve se iniciar com história clínica e exame físico detalhado, para excluir alterações anatômicas e infecções vaginais.

Em mulheres com disúria e polaciúria, sem vaginite, o diagnóstico de ITU é feito em 80% dos casos. Febre, sensibilidade ou dor em região lombar (sinal de Giordano) indicam comprometimento do trato urinário superior.

Estudos mostram que a realização do exame de sedimento quantitativo ou cultura de urina em pacientes com quadro de ITU não complicada é dispensável, pela natureza previsível das bactérias causadoras.

Recomenda-se cultura de urina somente para ITU recorrente, na presença de complicações associadas ou na vigência de falha do tratamento inicial, devendo ser feita com jato médio.

O teste de nitrito positivo, feito em exame de urina com tiras reativas para uroanálise, é altamente específico.

Em relação aos exames de imagem, em mulheres com sintomas atípicos de doença aguda, assim como naquelas que falham em responder à antibioticoterapia adequada ou permanecem febris após 72 horas de tratamento, deve-se considerar investigação diagnóstica adicional com ultrassonografia, tomografia computadorizada helicoidal das vias urinárias ou uroressonância magnética.^(3,9-11)

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

O rastreamento e o tratamento de bacteriúria em mulheres assintomáticas são indicados apenas a gestantes, já que a presença de bactérias na urina, nessa situação, eleva o risco de pielonefrite, prematuridade e baixo peso ao nascer, e a pacientes que vão se submeter à cirurgia urológica eletiva, principalmente procedimentos endoscópicos que penetrem no trato urinário. Nível de evidência: 1a.^(2,12)

Não se indica rastreamento de rotina a mulheres diabéticas, com ITU de repetição, na pós-menopausa, transplantadas renais, idosas, com neutropenia e cateter urinário de demora. Nessas situações, não há evidência de que tratar BA possa diminuir novos episódios de ITU e pielonefrite, além do risco de os efeitos colaterais do uso de antibióticos poderem aumentar o grau de resistência bacteriana e de serem fatores de risco independente para episódio de ITU sintomática.^(2,12,13)

TRATAMENTO

Cistite aguda não complicada^(2,5,11,12)

Como primeira escolha para tratamento empírico, recomendam-se nitrofurantoína (100 mg, a cada seis horas, por cinco dias) ou fosfomicina/trometamol (3 g em dose única).

Outras opções incluem cefuroxima (250 mg, a cada 12 horas, por sete dias) ou amoxicilina/clavulanato (500/125 mg, a cada oito horas, durante sete dias). Não devem ser usados antibióticos cuja resistência bacteriana local é maior que 20%.

Fluorquinolonas não são recomendadas como tratamento empírico, em razão do aumento de resistência bacteriana e dos efeitos colaterais adversos (tendinite, ruptura de tendão, neuropatia periférica e ruptura de aneurisma de aorta). Em 2019, a *European Medicines Agency* (EMA) recomendou restrição ao uso das fluorquinolonas devido aos efeitos colaterais incapacitantes e permanentes.^(14,15)

Aminopenicilinas e cefalosporinas de primeira geração também não são recomendadas como primeira escolha, pois apresentam eficácia limitada.⁽²⁾

Pielonefrite não complicada⁽¹²⁾

Deve-se iniciar tratamento oral com fluoroquinolonas (ciprofloxacino 500 mg, a cada 12 horas, durante sete dias, ou levofloxacino 750 mg/dia, durante cinco dias). Se houver necessidade de internação, recomenda-se usar esquema endovenoso com fluoroquinolonas (ciprofloxacino 400 mg, duas vezes ao dia, ou levofloxacino 750 mg/dia) ou, ainda, cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona 2 g/dia). Deve-se aguardar o resultado da cultura para, se necessário, adequar o antibiótico.

Infecções do trato urinário complicadas⁽¹²⁾

São opções de tratamento amoxicilina associada a aminoglicosídeo; cefalosporina de segunda geração

associada a aminoglicosídeo; cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona 2 g/d).

Infecções do trato urinário complicadas **Urosepsis⁽¹²⁾**

Como alternativas de tratamento, incluem-se ceftolozano/tazobactam; imipenem/cilastatina; ceftazidima/avibactam; meropenem; piperacilina/tazobactam. Deve-se aguardar o resultado da cultura para, se necessário, adequar o antibiótico.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE

Define-se como ITU recorrente a presença de dois episódios de ITU em seis meses ou três em um ano.⁽¹¹⁾

Dentre as opções para profilaxia de ITU recorrente, destacam-se mudanças comportamentais e uso de imunomoduladores ou de antibioticoprofilaxia.^(2,5,11,16)

- Mudanças comportamentais e de higiene pessoal: adequar ingesta hídrica, micção pós-coito, enxugar de frente para trás após defecar, evitar ducha vaginal e uso de roupa íntima oclusiva. Os estudos não são consistentes quanto aos resultados dessas medidas. Nível de evidência: 3.⁽¹²⁾
- Profilaxia antimicrobiana:^(2,11,12) as três estratégias antibióticas utilizadas são profilaxia pós-coito, profilaxia contínua e tratamento autoiniciado.

Uma revisão da Cochrane de 19 ensaios clínicos, incluindo 1.120 pacientes, indica que antibióticos são melhores do que placebo na redução do número de recidivas. A escolha do antibiótico deve seguir padrões de resistência da comunidade, eventos adversos e custos locais.⁽¹⁷⁾

Profilaxia contínua

A maioria dos estudos recomenda uso de subdose diária com macrodantina 50 a 100 mg ao dia ou com fosfomicina 3 g a cada 10 dias, por 6 a 12 meses. Nível de evidência: 1b.⁽¹²⁾

Profilaxia pós-coito

Pode-se suspeitar de relação causal entre infecções e relações sexuais quando o intervalo entre a infecção e a relação sexual é entre 24 e 48 horas. Em pacientes que apresentam esse tipo de infecção com frequência, a profilaxia pós-coito é indicada, com dose única de nitrofurantoína 50 a 100 mg. Nível de evidência: 1b.⁽¹²⁾

AUTOTRATAMENTO

Essa estratégia deve ser restrita a mulheres com infecções recorrentes bem documentadas, que iniciam o tratamento de curta duração assim que percebem os sintomas. Devem estar motivadas e bem orientadas a procurar um médico caso não haja regressão dos sintomas em até 48 horas. Nível de evidência: 1b.⁽¹²⁾

Estrogênio vaginal^(2,11,12)

O uso de estrogênios por via vaginal na pós-menopausa estimula a proliferação de lactobacilos no epitélio vaginal, reduz o pH e evita a colonização vaginal por uropatógenos. A estrogenerioterapia vaginal reduz a recorrência de ITUs em 36% a 75% e tem mínima absorção sistêmica.⁽¹⁸⁾ Podem ser usados estriol (1 mg) ou promestrieno (10 mg), uma vez por dia, durante 15 dias, os quais podem ser mantidos duas ou três vezes por semana. Nível de evidência: 1b.⁽¹²⁾

Imunomoduladores

A imunoterapia OM-89 (Uro-Vaxom®) é o imunomodulador com mais evidências na literatura. Consiste em administração de cápsula oral composta de fragmentos de 18 cepas de *E. coli*. Esse extrato de lisado bacteriano pode agir como imunoestimulante mediante a ativação de células dendríticas derivadas de monócitos, estimulando a produção de anticorpos para *E. coli*.^(19,20)

Recomenda-se uma cápsula ao dia, durante 90 dias, com três meses de pausa e tratamento adicional do sétimo ao nono mês (uma cápsula ao dia, durante 10 dias por mês).

Recomendado pela *European Association of Urology* (EAU) (nível de evidência: 1a)⁽¹²⁾ e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)/Sociedade Brasileira de Urologia/Sociedade Brasileira de Infectologia.⁽²⁾

Cranberry

Evita a adesão de fímbrias bacterianas no urotélio. Tem diferentes doses e apresentações (suco, cápsula),⁽²¹⁾ com praticamente ausência de efeitos adversos. Recente metanálise com 50 estudos mostrou que o *cranberry* reduz o risco de infecções sintomáticas em mulheres com infecção urinária de repetição, mas as evidências atuais não sustentam o uso em pacientes idosas, gestantes ou com dificuldade de esvaziamento vesical.⁽²²⁾ Por outro lado, outros estudos concluíram que, por falta de evidências robustas quanto à eficácia, não há recomendação formal, devendo a indicação ser discutida com a paciente. Nível de evidência: 1a.^(2,12,22,23)

Probióticos

Faltam estudos robustos confirmando sua eficácia, tanto em apresentação oral quanto vaginal.^(2,11,12,24,25) Probióticos contendo *Lactobacillus rhamnosus* GR-1, *Lactobacillus reuteri* B-54 e RC-14, *Lactobacillus casei shirota* ou *Lactobacillus crispatus* CTV-05 são efetivos na restauração da flora vaginal e têm mostrado tendência na prevenção de ITU de repetição. Nível de evidência: 1b.⁽¹²⁾

D-manose

Apresenta ação de evitar a adesão de fímbrias bacterianas ao urotélio.⁽²⁶⁾ Porém, as evidências para redução do número de episódios de ITU são contraditórias. Nível de evidência: 2⁽¹²⁾

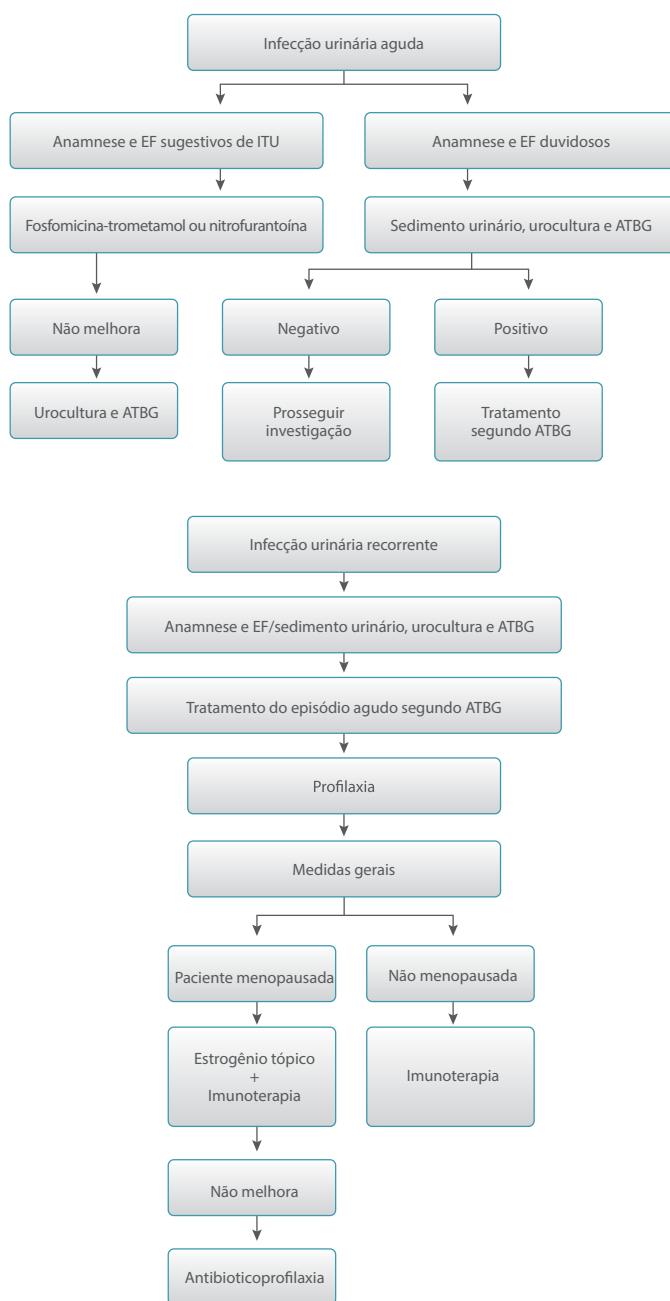
Hipurato de metenamina

Tratamento não antibiótico que tem ação bactericida por meio da desnaturação das proteínas e ácidos nucleicos das bactérias. São necessárias mais evidências para recomendação.^(2,11)

Instalações vesicais com componentes da camada de glicosaminoglicanas

O ácido hialurônico e o sulfato de condroitina podem ser instilados na bexiga para reconstituição da camada de glicosaminoglicanas. São necessárias mais evidências para recomendação.^(2,11)

FLUXOGRAMA DE CONDUTA



Deve-se discutir com a paciente o uso de *cranberry*, D-manose, probióticos, instilação vesical com glicosaminoglicanas e hipurato de metenamina, em virtude dos baixos graus de evidência

ITU: infecção do trato urinário; EF: exame físico; ATBG: antibiograma.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

A triagem e o tratamento da bacteriúria assintomática são recomendados apenas para gestantes e pacientes que serão submetidas à cirurgia urológica eletiva do trato urinário. Grau de recomendação: A.

O tratamento inicial de uma infecção sintomática do trato urinário inferior não complicada não exige que se realize exame de urina (sedimento urinário quantitativo e urocultura). Grau de recomendação: A.

No caso de cistite bacteriana aguda não complicada, recomenda-se tratamento antimicrobiano com nitrofurantoína por cinco dias ou fosfomicina trometamol em dose única. Grau de recomendação: A.

Deve-se iniciar o tratamento da ITU de repetição por medidas comportamentais (Grau de recomendação: C) e medidas não antimicrobianas: estrogênio vaginal (Grau de recomendação: A) e imunoprophilaxia (Grau de recomendação: A); se persistir, fazer uso de antibioticoprofilaxia por 6 a 12 meses (Grau de recomendação: B).

A profilaxia com *cranberry*, apesar de avaliada em vários estudos, ainda não possui consenso na literatura (Grau de recomendação: C).

Não há evidências suficientes para indicar o uso de lactobacilos, D-manose, instilação vesical de glicosaminoglicanas, nem hipurato de metenamina na prevenção de ITU recorrente (Grau de recomendação: C).

REFERÊNCIAS

1. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003;49(2):53-70.
2. de Rossi P, Cimerman S, Truzzi JC, Cunha CA, Mattar R, Martino MD, et al. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. *Braz J Infect Dis.* 2020;24(2):110-9.
3. Betschart C, Albrich WC, Brandner S, Faltin D, Kuhn A, Surbek D, et al. Guideline of the Swiss Society of Gynaecology and Obstetrics (SSGO) on acute and recurrent urinary tract infections in women, including pregnancy. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20236.
4. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al.; Infectious Diseases Society of America; European Society for Microbiology and Infectious Diseases. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis.* 2011;52(5):e103-20.
5. Haddad JM, Ubertazzi E, Cabrera OS, Medina M, Garcia J, Rodriguez-Colorado S, et al. Latin American consensus on uncomplicated recurrent urinary tract infection-2018. *Int Urogynecol J.* 2020;31(1):35-44.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 91: treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. *Obstet Gynecol.* 2008;111(3):785-94.
7. Zaffanello M, Malerba G, Cataldi L, Antoniazzi F, Franchini M, Monti E, et al. Genetic risk for recurrent urinary tract infections in humans: a systematic review. *J Biomed Biotechnol.* 2010;2010:321082.
8. Gupta K, Stamm WE. Pathogenesis and management of recurrent urinary tract infections in women. *World J Urol.* 1999;17(6):415-20.
9. Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, Fihn SD, Saint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? *JAMA.* 2002;287(20):2701-10.
10. Nys S, van Merode T, Bartelds AI, Stobberingh EE. Urinary tract infections in general practice patients: diagnostic tests versus bacteriological culture. *J Antimicrob Chemother.* 2006;57(5):955-8.
11. Anger J, Lee U, Ackerman AL, Chou R, Chughtai B, Clemens JQ, et al. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women: AUA/CUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2019;202(2):282-9.
12. Kranz J, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings SE, Köves B, et al. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. *Eur Urol.* 2024;86:27-41.
13. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2019;68(10):1611-5.
14. Food Administration (FDA). FDA updates warnings for fluoroquinolone antibiotics: Limits use for acute bacterial sinusitis, acute bacterial exacerbation of chronic bronchitis and uncomplicated urinary tract infections. USA: FDA; 2018 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-updates-warnings-fluoroquinolone-antibiotics>
15. European Medicines Agency (EMA). Disabling and potentially permanent side effects lead to suspension or restrictions of quinolone and fluoroquinolone antibiotics. United Kingdom: EMA; 2019 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/news/disabling-potentially-permanent-side-effects-lead-suspension-restrictions-quinolone-fluoroquinolone>
16. Brubaker L, Carberry C, Nardos R, Carter-Brooks C, Lowder JL. American Urogynecologic Society Best-Practice Statement: Recurrent Urinary Tract Infection in Adult Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2018;24(5):321-35.
17. Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfeliú J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD001209.
18. Buck ES, Lukas VA, Rubin RS. Effective Prevention of recurrent UTIs with vaginal estrogen: pearls for a urological approach to genitourinary syndrome of menopause. *Urology.* 2020;S0090-4295(20)30655-5.
19. Bauer HW, Alloussi S, Egger G, Blümlein HM, Cozma G, Schulman CC; Multicenter UTI Study Group. A long-term, multicenter, double-blind study of an *Escherichia coli* extract (OM-89) in female patients with recurrent urinary tract infections. *Eur Urol.* 2005;47(4):542-8.
20. Prattley S, Geraghty R, Moore M, Somani BK. Role of vaccines for recurrent urinary tract infections: a systematic Review. *Eur Urol Focus.* 2020;6(3):593-604.
21. Juthani-Mehta M, Van Ness PH, Bianco L, Rink A, Rubeck S, Ginter S, et al. Effect of cranberry capsules on bacteriuria plus pyuria among older women in nursing homes: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316(18):1879-87.
22. Williams G, Hahn D, Stephens JH, Craig JC, Hodson EM. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;4(4):CD001321.
23. Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD001321.
24. Gill CM, Hughes MA, LaPlante KL. A review of nonantibiotic to prevent urinary tract infections in older women. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(1):46-54.
25. Schwenger EM, Tejani AM, Loewen PS. Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD008772.
26. Sihra N, Goodman A, Zacri R, Sahai A, Malde S. Nonantibiotic prevention and management of recurrent urinary tract infection. *Nat Rev Urol.* 2018;15(12):750-76.

Puberdade tardia

INTRODUÇÃO

A puberdade é o período da vida em que ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, alterações significativas do crescimento e aquisição da fertilidade. Representa a transição entre a infância e a vida adulta. Há uma variação considerável na idade de início e na duração da puberdade, que ocorre entre 8 e 12 anos, com média aos 10 anos.^(1,2)

A puberdade feminina manifesta-se pela reativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (HHO), que sofre ativação nos períodos fetal e neonatal, mas permanece quiescente durante a infância. A reativação desse sistema HHO deve-se à liberação pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), com síntese e liberação hipofisária das gonadotrofinas, hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH), além da produção de estradiol pelos folículos ovarianos.^(2,3)

PUBERDADE TARDIA

A puberdade tardia é definida como ausência dos caracteres sexuais secundários em meninas aos 13 anos de idade. Pode também ser considerada a ausência de desenvolvimento puberal em uma idade que está a 2 a 2,5 desvios-padrão acima da média da ocorrência da puberdade na população geral.

O atraso da puberdade pode resultar de hipogonadismo decorrente de uma inatividade do eixo hipotálamo-hipofisário (hipogonadismo hipogonadotrófico) ou de uma falha gonadal primária (hipogonadismo hipergonadotrófico).⁽³⁾

ETIOLOGIA

A causa mais comum de hipogonadismo hipogonadotrófico é a deficiência funcional do GnRH, refletindo o atraso constitucional do desenvolvimento, mas pode ocorrer também por efeito supressivo no eixo hipotálamo-hipofisário devido a doenças crônicas, desnutrição, distúrbios alimentares ou exercícios físicos. A deficiência do GnRH também pode ser ocasionada por doenças genéticas (síndrome de Kallmann) ou tumores hipotalâmicos ou hipofisários. Outras causas de hipogonadismo hipogonadotrófico incluem a hiperprolactinemia e o hipotireoidismo.

O hipogonadismo hipergonadotrófico pode ser resultante de falência gonadal primária idiopática (insuficiência ovariana primária) por doenças genéticas, como síndrome de Turner, disgenesias puras, mosaicos ou após tratamentos prévios, como gonadectomia, radioterapia e quimioterapia.⁽⁴⁻⁶⁾

DIAGNÓSTICO

Anamnese

Os motivos principais da consulta são amenorreia primária e ausência de desenvolvimento mamário.

É importante pesquisar:

- História familiar de atraso puberal, uma vez que a puberdade tardia tem base genética significativa⁽⁷⁾ e é uma das principais causas de atraso puberal;
- Hábitos nutricionais, prática de atividade física e sua intensidade, presença de doença crônica e uso de medicações;⁽⁵⁾
- Sintomas neurológicos, como cefaleia, distúrbios visuais, anosmia, convulsões e deficiência mental, que sugerem um problema no sistema nervoso central;

Descritores

Puberdade tardia; Maturidade sexual

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Puberdade tardia. Femina. 2025;53(9):1110-3.

Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia na Infância e Adolescência 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.

- História prévia de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A quimioterapia prévia está mais relacionada a insuficiência ovariana, enquanto a radioterapia do sistema nervoso central se associa a quadro de hipogonadismo. Doses maiores que 45 *grays* estão relacionadas a até 100% de perda da função gonadotrófica, enquanto já há algum risco com doses de 30 *grays*.⁽⁴⁾

Exame físico e ginecológico

As medidas de peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), avaliação do estágio puberal de Tanner e a presença de estigmas da síndrome de Turner — como pescoço alado, cúbito valgo, nevos e implantação baixa dos cabelos — devem ser avaliadas no exame clínico geral. O exame ginecológico consistirá na avaliação da genitália externa.

Exames complementares

Os exames complementares devem ser solicitados com critério. O fluxograma diagnóstico é apresentado na figura 1.

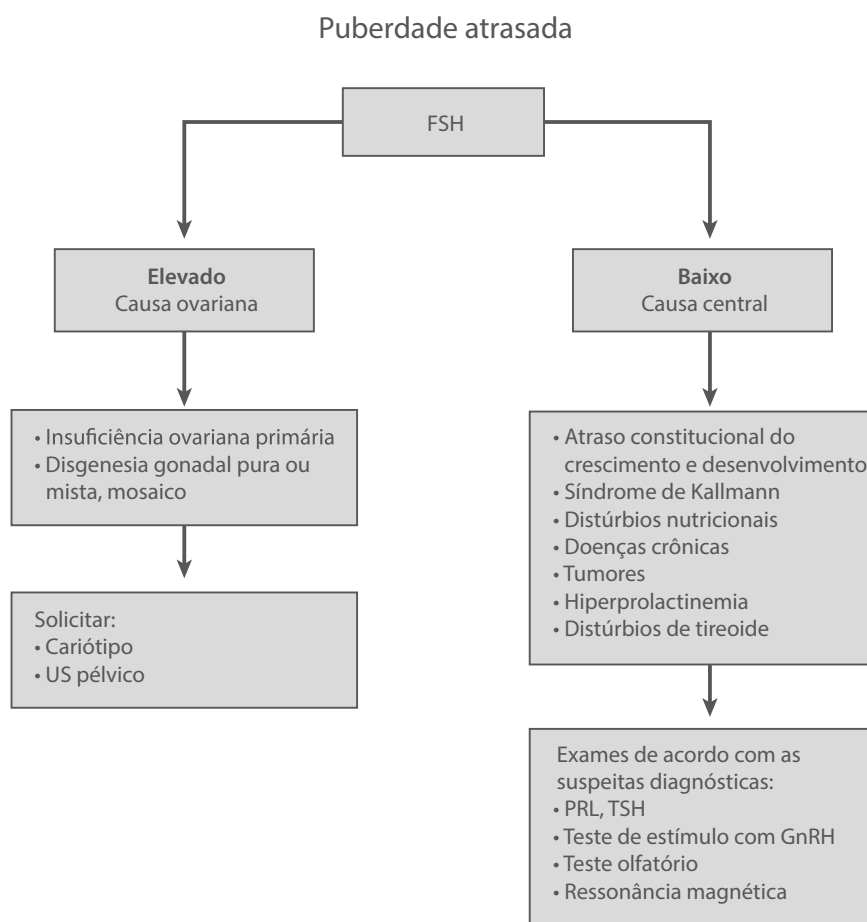
A dosagem do FSH é o exame principal para identificar se a causa é central (FSH diminuído) ou ovariana (FSH aumentado). Dosagens de prolactina e hormônio tireoestimulante (TSH) podem ser solicitadas quando a causa for central.

Ultrassom pélvico pode ser realizado para determinar a presença ou ausência de útero.

A radiografia de mão e punho não dominante para avaliar a idade óssea deve ser solicitada na primeira avaliação e repetida ao longo do tempo, quando necessário.

Nos casos de hiperprolactinemia, suspeita de síndrome de Kallmann ou lesão de sistema nervoso central, a ressonância magnética de crânio está indicada.

O exame de cariótipo é sugerido nos casos de hipogonadismo hipergonadotrófico para avaliar disgenesias gonadais.



FSH: hormônio folículo-estimulante; US: ultrassom; PRL: prolactina; TSH: hormônio tireoestimulante; GnRH: hormônio liberador de gonadotrofinas.

Figura 1. Fluxograma diagnóstico da puberdade atrasada

TRATAMENTO

Após a definição da causa da puberdade atrasada e da instituição do tratamento específico, a terapia hormonal para indução da puberdade deve ser iniciada.^(4,8)

Se a paciente já tem diagnóstico definido na infância (por exemplo: já veio com diagnóstico de síndrome de Turner), a indução puberal pode ser iniciada aos 11 ou 12 anos de idade. Na suspeita de atraso constitucional ou funcional (adolescente atleta, história familiar), o tratamento pode ser protelado até 14 anos.

A terapia para indução da puberdade é realizada inicialmente com estrogênio isolado em baixas doses (oral ou adesivo transdérmico) para imitar a puberdade normal e preservar o potencial de crescimento. No Brasil, não há a opção do uso de doses fisiológicas de 17-beta-estradiol, portanto é necessário ajustar as doses das preparações disponíveis.

A via transdérmica é a primeira escolha, uma vez que contorna o efeito hepático de primeira passagem. Adesivos de 17-beta-estradiol apresentam 25 ou 50 mg, podendo ser cortados em quatro ou oito partes, respectivamente, para se obter a dose de 6,25 µg (Figura 2).

O aumento da dose deve ser gradativo, a cada 6 meses, até chegar à dose adulta (leva a dois a três anos).

A menor dose de 17-beta-estradiol, por via oral, é na forma de comprimido ou drágea de 1 mg, não sendo permitido seu fracionamento. O comprimido de estradiol está indicado no tratamento de manutenção após o desenvolvimento dos caracteres sexuais ou como segunda escolha na indução puberal, quando da impossibilidade do uso do adesivo.

O estradiol transdérmico na forma de gel não apresenta biodisponibilidade para doses menores que 0,5 mg, não sendo indicado para induzir a puberdade, apenas para tratamento de manutenção.

A tabela 1 apresenta os esquemas de indução da puberdade com estrogênio isolado.

Quando ocorre menarca ou quando o desenvolvimento dos caracteres sexuais se estabelece, o progestogênio é adicionado de maneira cíclica ou de forma contínua, para a proteção da hiperplasia do endométrio.^(3,9) Várias apresentações de progestogênio estão disponíveis:

Tabela 1. Esquemas de indução da puberdade com estrogênio isolado

Indução	Dose
17-β-estradiol adesivo transdérmico de 25 µg	1/4 de adesivo por 3 dias e 4 dias sem adesivo – 6 meses 1/4 de adesivo 2 vezes por semana – 6 meses Aumentar gradativamente a cada 6 meses até atingir a dose de 25 a 50 µg
17-β-estradiol adesivo transdérmico de 50 µg	1/8 de adesivo por 3 dias e 4 dias sem adesivo – 6 meses 1/8 de adesivo 2 vezes por semana – 6 meses Aumentar gradativamente a cada 6 meses até atingir a dose de 25 a 50 µg
Valerato de estradiol comprimido oral de 1 mg	1 comprimido por dia

- Acetato de medroxiprogesterona: 10 mg/dia via oral (primeiro ao 14º dia de cada mês) ou 5 mg/dia em uso contínuo;
- Didrogesterona: 10 mg/dia via oral (primeiro ao 14º dia de cada mês) ou 5 mg/dia em uso contínuo;
- Acetato de noretisterona: 0,7 mg em uso contínuo (dois comprimidos de 0,35 de noretisterona);
- Progesterona micronizada: 200 a 300 mg/dia via oral (primeiro ao 14º dia de cada mês) ou 100 a 200 mg/dia em uso contínuo.⁽¹⁰⁾

O dispositivo intrauterino com levonorgestrel (DIU-LNG) pode ser indicado nas pacientes que tiverem vida sexual e apresentarem risco de gravidez.

Após atingir a dose de adulto, as pacientes podem fazer uso de terapia hormonal combinada ou contraceptivo combinado contendo estradiol ou valerato de estradiol. Nos casos de contraceptivos, o regime estendido sem pausa deve ser orientado para evitar períodos sem hormônios, uma vez que essas pacientes não têm reserva hormonal.

É muito importante que a paciente portadora de hipogonadismo permanente compreenda a importância

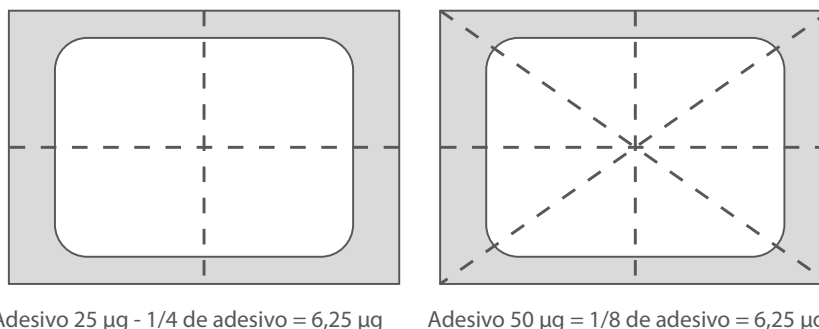


Figura 2. Cortes de adesivo transdérmico de estradiol para atingir a dose de 6,25 µg

da manutenção da terapia hormonal e não a interrupção sem orientação médica. A terapia hormonal pode ser mantida até o tempo usual da menopausa – em torno de 50 a 55 anos. Os riscos e benefícios da continuidade da terapia hormonal após essa idade devem ser avaliados e discutidos com a paciente.

REFERÊNCIAS

1. Klein DA, Emerick JE, Sylvester JE, Vogt KS. Disorders of puberty: an approach to diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2017;96(9):590-9.
2. Palmert MR, Boepple PA. Variation in the timing of puberty: clinical spectrum and genetic investigation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(6):2364-8.
3. Sedlmeyer IL, Hirschhorn JN, Palmert MR. Pedigree analysis of constitutional delay of growth and maturation: determination of familial aggregation and inheritance patterns. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(12):5581-6.
4. Edouard T, Tauber M. [Delayed puberty]. *Arch Pediatr*. 2010 Feb;17(2):195-200. French.
5. Palmert MR, Dunkel L. Clinical practice: delayed puberty. *N Engl J Med*. 2012;366(5):443-53.
6. Crowley WF, Pitteloud N. Approach to the patient with delayed puberty. UpToDate. 2020 [cited 2025 Jan 24]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-delayed-puberty?search>
7. Saengkaew T, Patel HR, Banerjee K, Gary Butler G, Dattani MT, McGuigan M, et al. Genetic evaluation supports differential diagnosis in adolescent patients with delayed puberty. *Eur J Endocrinol*. 2021;185(5):617-27.
8. Pugliese MT, Lifshitz F, Grad G, Fort P, Marks-Katz M. Fear of obesity. A cause of short stature and delayed puberty. *N Engl J Med*. 1983;309(9):513-8.
9. Macgillivray MH. Induction of puberty in hypogonadal children. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2004;17 Suppl 4:1277-87.
10. Federici S, Goggi G, Quinton R, Giovanelli L, Persani L, Cangiano B, et al. New and consolidated therapeutic options for pubertal induction in hypogonadism: in-depth review of the literature. *Endocr Rev*. 2022;43(5):824-51.

Impacto da COVID-19 no panorama do câncer de colo uterino no Sudeste: análise epidemiológica entre 2019 e 2020

Impact of COVID-19 on the cervical cancer overview in the Southeast: epidemiological analysis between 2019 and 2020

Rayssa Almeida Nogueira¹, Lavínia Lages Almeida¹, Gustavo Henrique Silva Rocha¹, Alana Cristina Canceglieri Stühr¹, Robison Antônio Coelho Junior¹, Larissa Rocha Barbosa Moraes²

Descritores

Câncer de colo do útero; COVID-19; Diagnóstico precoce; Infecção por SARS-CoV-2; Isolamento social

Keywords

Cervical cancer; COVID-19; Early diagnosis; SARS-CoV-2 infection; Social isolation

Submetido:

20/03/2024

Aceito:

20/03/2025

1. Centro Universitário Redentor, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.
2. Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Cristiano Salles Rodrigues
salles.csr@gmail.com

Como citar:

Nogueira RA, Almeida LL, Rocha GH, Stühr AC, Coelho Junior RA, Moraes LR. Impacto da COVID-19 no panorama do câncer de colo uterino no Sudeste: análise epidemiológica entre 2019 e 2020. Femina. 2025;53(9):1114-9.

RESUMO

Objetivo: Diante da mortalidade relacionada ao câncer e da possibilidade de rastreamento precoce, justifica-se o presente estudo, que objetiva avaliar o impacto do isolamento social no panorama do câncer de colo uterino no Sudeste, contrapondo o cenário em saúde no período antecedente e concomitante à pandemia de SARS-CoV-2, de 2019 a 2020. **Métodos:** Realizou-se um estudo ecológico baseado em dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Câncer, Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde e Programa Nacional de Imunizações. **Resultados:** Percebeu-se, no período, uma redução significativa nos preventivos realizados, indo de 3.630.786, em 2019, para 2.194.058, em 2020, predominantemente em mulheres com baixo nível socioeconômico e escolar. Considerando o diagnóstico precoce, a colposcopia e a biópsia apresentaram redução de 132.191 para 85.469 (35,35) e de 21.513 para 13.229 (38,51), respectivamente. Ainda, a imunização para o papilomavírus humano diminuiu abruptamente devido ao isolamento social, enquanto a incidência e a mortalidade relativas à neoplasia tiveram aumento significativo, porém sem consistência analítica, visto que o isolamento e os óbitos por COVID-19 podem ter levado à sub ou superestimação dos dados epidemiológicos. **Conclusão:** Portanto, a adesão ao rastreamento e ao diagnóstico precoce do câncer de colo uterino teve considerável déficit concomitantemente à pandemia de COVID-19, podendo trazer desfechos negativos em longo prazo. Assim, o retardo no diagnóstico e no tratamento diminui o sucesso terapêutico e amplia a morbimortalidade relacionada à doença.

ABSTRACT

Objective: Thus, in view of cancer-related mortality and the possibility of early screening, the present study is justified, which aims to assess the impact of social isolation on the panorama of cervical cancer in the Southeast, contrasting the health scenario in the period preceding and concomitant to the SARS-CoV-2 pandemic, from 2019 to 2020. **Methods:** To this end, an ecological study was carried out based on data made available by Instituto Nacional de Câncer, Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde and the National Immunization Program. **Results:** In the period analyzed, a significant reduction in preventive examinations was observed, from 3,630,786 in 2019 to 2,194,058 in 2020, predominantly in women with low socioeconomic and educational levels. Considering early diagnosis, colposcopy and

biopsy showed a reduction of 132,191 to 85,469 (35,35) and of 21,513 for 13,229 (38,51), respectively. In addition, HPV immunization decreased sharply due to social isolation, while the incidence and mortality of the neoplasm increased significantly, but without analytical consistency, since isolation and deaths from COVID-19 may have led to underestimation or overestimation of epidemiological data. **Conclusion:** Therefore, adherence to screening and early diagnosis of cervical cancer has fallen considerably during the COVID-19 pandemic, which can lead to negative long-term outcomes. Thus, delays in diagnosis and treatment reduce therapeutic success and increase morbidity and mortality related to the disease.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna que se origina nas células do colo do útero, a parte inferior do útero que se conecta à vagina. Esse tipo de câncer é majoritariamente associado à infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV), especialmente pelos subtipos oncogênicos 16 e 18, que possuem pior prognóstico e respondem por cerca de 70% dos casos. A neoplasia originária do contágio pelo vírus representa um problema socioeconômico e de saúde pública, apresentando elevada incidência e alto índice de mortalidade, principalmente quando descoberta de forma tardia.⁽¹⁻⁴⁾

De acordo com dados do Globocan 2020,^(5,6) a incidência global de câncer de colo uterino foi de aproximadamente 604.000 novos casos, e a doença causou cerca de 342.000 mortes. Fatores como o início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, imunossupressão e tabagismo aumentam o risco de desenvolvimento da doença. A prevalência e a mortalidade variam significativamente entre regiões, sendo maiores onde o rastreamento, mediante exame de Papanicolau, e a vacinação contra o HPV não são amplamente acessíveis. A mortalidade por câncer de colo uterino é elevada em estágios avançados, com uma taxa de sobrevivência de cinco anos inferior a 50% nesses casos. A implementação de programas de prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz são essenciais para a redução dessas estatísticas alarmantes.^(6,7)

O rastreio e o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero são estratégias fundamentais para a redução da morbimortalidade associada a essa doença, especialmente em países de baixa e média renda. O exame de Papanicolau, amplamente utilizado para o rastreio, permite a detecção de lesões precursoras e câncer em estágios iniciais, quando as chances de cura são significativamente maiores. Estudos demonstram que a introdução de programas de rastreamento populacional levou a uma diminuição drástica nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical, com reduções superiores a 70% em alguns países desenvolvidos, onde esses programas são sistematicamente implementados.⁽⁸⁾

Além disso, a implementação da vacinação contra o HPV, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro, para os sexos feminino e masculino, em

esquema de duas a três doses intervaladas, em combinação com o rastreamento regular, potencializa a redução na incidência do câncer de colo uterino, ao prevenir infecções pelos principais tipos oncogênicos do vírus. A detecção precoce possibilita tratamentos menos invasivos, com menores taxas de complicações e de morbimortalidade e melhor qualidade de vida para as pacientes.⁽⁷⁾

No entanto, no ano de 2020, teve início a pandemia de COVID-19 no Brasil, que culminou com o isolamento social em massa e o fechamento de inúmeros serviços públicos e de saúde, que tiveram impacto significativo na realização de exames, incluindo aqueles essenciais para o rastreamento de diversas doenças, como o câncer. Devido às restrições impostas para conter a propagação do vírus, muitos serviços de saúde foram interrompidos ou sofreram reduções drásticas, resultando em atrasos na realização de exames de rotina, como mamografias, colonoscopias e testes de Papanicolau.⁽⁹⁾

Estudos indicam que, durante os períodos mais críticos da pandemia, a realização desses exames caiu entre 40% e 90%, dependendo da região e do tipo de teste. Essa redução acentuada pode levar a um aumento no diagnóstico tardio de doenças, o que, por sua vez, pode resultar em piores prognósticos e maior morbimortalidade em longo prazo. Além disso, o medo de contaminação nos ambientes de saúde também contribuiu para que muitos pacientes evitassem buscar atendimento médico, agravando ainda mais esse cenário.^(10,11)

Com a diminuição drástica no rastreamento de condições como o câncer de colo do útero, há um risco significativo de subnotificação dos casos incidentes, o que pode mascarar a real incidência atual dessas doenças e criar uma falsa percepção de controle epidemiológico. Além disso, a ausência de diagnóstico precoce, associada à interrupção dos cuidados preventivos, provavelmente levará a um aumento nos casos diagnosticados em estágios mais avançados no futuro, o que implica tratamentos mais complexos, maior mortalidade e custos elevados para o sistema de saúde.⁽¹²⁾ Estima-se que a interrupção dos exames preventivos e o adiamento de consultas possam resultar em aumento da mortalidade por câncer nos próximos anos, retrocedendo o progresso, ainda que diminuto, conquistado até então com os incentivos à saúde básica.⁽⁹⁾

Diante disso, tendo em vista o risco elevado de morbimortalidade relacionado ao câncer de colo do útero, que gera vultosos gastos ao sistema de saúde público, além da possibilidade de prevenção, diagnóstico precoce e limitação de danos inerentes à doença, justifica-se o presente estudo, que objetiva avaliar os possíveis impactos da pandemia de COVID-19 e o efeito do isolamento social no diagnóstico e rastreio do câncer de colo uterino, por meio de um estudo ecológico.

MÉTODOS

Para a construção do presente projeto, realizou-se um estudo analítico, de caráter ecológico, por meio de

dados disponibilizados no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), no PNI e no Relatório Anual de Dados e Números sobre Câncer do Colo do Útero do Instituto Nacional de Câncer (Inca). Isso permitiu avaliar o panorama da doença no país, considerando o período anterior e concomitante à pandemia de COVID-19 (2019-2020), além da possível consequência do isolamento social no agravamento das taxas relativas à doença. Analisaram-se, de forma direcionada, os dados referentes às colpocitologias oncológicas realizadas na região Sudeste e em cada estado específico no período compreendido pelo estudo, os dados de imunizações, além dos exames diagnósticos, como colposcopia e biópsia, e os fatores socioeconômicos que mais interferiram na adesão ao rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino.

Ademais, para a construção da base teórica do estudo, foram coletados artigos em inglês e português, contidos nas bases bibliográficas de referência, como SciELO e PubMed, por meio dos descritores “Câncer de Colo do Útero”, “COVID-19”, “Diagnóstico Precoce”, “Infecção por SARS-CoV-2” e “Isolamento Social”, contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), com o auxílio do operador booleano OR. Os artigos foram selecionados conforme sua relevância e compatibilidade com a temática central do projeto.

RESULTADOS

Com a análise dos dados, percebeu-se que o número de exames de colpocitologia oncológica realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) em mulheres de 25 a 64 anos, na região Sudeste, passou de 3.630.786, em 2019, para 2.194.058, em 2020, o que representa uma queda percentual de 39,57%. Além disso, ao observar o padrão de exames em cada estado do Sudeste, houve uma diminuição relativa de 108.929 (47,79) no número de exames preventivos realizados entre 2019 e 2020 no Espírito Santo, seguido por 170.664 (46,36) no Rio de Janeiro, 423.731 (42,81) em Minas Gerais e 733.404 (35,87) em São Paulo (Tabela 1).

Tabela 1. Número de exames de colpocitologia oncológica realizados entre 2019 e 2020

Estado	2019	2020	Relação
Espírito Santo	227.924	118.995	↓ 47,79%
Minas Gerais	989.857	566.126	↓ 46,36%
Rio de Janeiro	368.099	197.435	↓ 42,81%
São Paulo	2.044.906	1.311.502	↓ 35,87%

Aliado a isso, constatou-se que a realização de Papanicolau está intimamente relacionada a fatores socioeconômicos, como o grau de escolaridade e a renda *per capita*, por exemplo. Mulheres com baixo nível escolar, principalmente com o ensino fundamental

incompleto, e com renda familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo apresentaram adesão aos preventivos aproximadamente 20% inferior, quando comparadas a mulheres graduadas e com renda *per capita* superior a cinco salários mínimos. Além disso, até 2019, cerca de 73% das mulheres que relataram não ter realizado exames de colpocitologia oncológica alegaram achar desnecessário ou ter vergonha ou, ainda, não receber a devida orientação para sua realização. No entanto, em 2020, esse panorama sofreu alterações devido ao isolamento social provocado pela pandemia de SARS-CoV-2, que limitou ainda mais o acesso ao exame, gerando subnotificação de dados epidemiológicos.

Avaliando a incidência de câncer de colo do útero, para cada 100.000 habitantes, as taxas passaram de 8,61, em 2019, para 15,43, em 2020, acometendo cerca de 16.590 novas mulheres durante o ano no Brasil, sendo a região Sudeste responsável por cerca de 6.020 (36) novos casos, configurando-se o câncer de colo do útero, assim, como o sexto tipo de câncer mais frequente na região. Ainda, a maior prevalência relacionada ao câncer no Sudeste está concentrada no estado do Rio de Janeiro, com cerca de 16 novos casos para cada 100.000 mulheres, situando-se acima da média nacional.

Em relação às taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, estimou-se, em 2019, a ocorrência de, aproximadamente, 5,41 óbitos para cada 100.000 mulheres na região Sudeste, com taxa bruta de 4,01 em São Paulo, 4,22 em Minas Gerais, 6,16 no Rio de Janeiro e 7,25 no Espírito Santo. Já em 2020, a média passou a ser de 5,6 óbitos, com taxa bruta de 4,33 em São Paulo, 4,22 em Minas Gerais, 6,14 no Rio de Janeiro e 7,71 no Espírito Santo. Isso representa um aumento proporcional de 3,51% na média regional. Ainda, sabe-se que a evolução para óbito ocorre mais frequentemente com o aumento da idade. Assim, comparando-se as taxas de óbito por faixa etária, tem-se os dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Taxas de óbito para cada 100.000 mulheres, por faixa etária, na região Sudeste, considerando-se o período de 2019 e 2020

Ano	Faixa etária (em anos)						
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80
2019	1,05	3,41	6,35	7,95	10,53	12,64	15,01
2020	1,13	3,97	6,20	7,76	10,28	13,13	16,80

Ademais, percebeu-se um declínio significativo na realização de exames diagnósticos para o câncer de colo uterino, como a colposcopia e a biópsia, no ano anterior e concomitante à pandemia de COVID-19. Em 2019, foram realizadas 296.177 colposcopias no SUS, sendo a região Sudeste responsável por 132.191 (44,63) exames. Já em relação às biópsias, foram totalizadas 47.058 no país, das quais 21.513 se realizaram no Sudeste. Em comparação aos índices de 2020, foi percebida uma redução estimada de 35,35% no número de colposcopias e de 38,51% no total

de biópsias realizadas no mesmo período, o que pode sugerir uma queda nos diagnósticos por baixa adesão.

Além do déficit na adesão pelas terapias diagnósticas durante a pandemia de COVID-19, foi possível constatar uma falha na abrangência do sistema público de saúde, quando comparada a proporção de exames realizados com a demanda necessária para garantir cobertura integral da população-alvo. Em período anterior à pandemia, a colposcopia possuía cobertura de 45% da população no Sudeste, enquanto a biópsia cobria 50%. Durante a pandemia, essa cobertura sofreu uma queda para 29% na colposcopia e 30% na biópsia, respectivamente, o que implica a necessidade de ações públicas voltadas ao incentivo à saúde e a práticas preventivas adequadas.

Por fim, foram analisados os dados referentes à imunização contra o HPV, o principal responsável pela oncogênese no colo do útero. Percebeu-se que a cobertura vacinal, em 2019, era de 87,08% em meninas e de 61,55% em meninos. Com o isolamento proposto pela pandemia de COVID-19, as vacinações sofreram déficit de oferta e adesão e, mesmo dois anos após o pico de contágio pelo SARS-CoV-2 no país, a cobertura não foi completamente reestabelecida, atingindo 75,81% das meninas e 52,16% dos meninos, o que representa um alerta para o sistema público de saúde.

DISCUSSÃO

A colpocitologia oncótica é um exame de rastreio preconizado pelo Ministério da Saúde, devendo ser realizado em todas as mulheres em idade fértil, entre os 25 e 64 anos de idade. Ela permite avaliar, com acurácia, a composição celular uterina e localizar, precocemente, alterações sugestivas de malignidade, que requerem rápida intervenção.⁽¹³⁾ Embora seja um exame amplamente disponível no serviço público, a cobertura ideal da população-alvo ainda está distante de ser atingida, uma vez que inúmeros fatores dificultam o acesso universal ao sistema de saúde.⁽¹⁴⁾

Sabe-se que a baixa escolaridade e a renda familiar precária são fatores intimamente ligados à pobreza educacional em saúde, o que pode, por vezes, levar ao desconhecimento e à desassistência. Cerca de 45,1% das mulheres que nunca realizaram o exame de preventivo alegaram não achar necessária sua adesão, enquanto 14,8% não tiveram a devida orientação e 13,1%, afirmaram ter vergonha da exposição causada pelo Papanicolau. Isso retrata a deficiência da atenção básica na captação de grupos vulneráveis, bem como na conscientização acerca da importância da realização do exame ginecológico de rotina para a prevenção e redução de danos, além de evidenciar a prestação de serviços não igualitária entre os grupos populacionais, o que torna os socialmente marginalizados mais distantes de serviços de promoção à saúde.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Apesar da cobertura do exame de Papanicolau não ser completamente satisfatória, a pandemia de COVID-19 agravou ainda mais os índices de captação da

população-alvo, uma vez que as medidas adotadas para a contenção da disseminação viral envolveram a suspensão de serviços eletivos e o isolamento social estrito. Nesse contexto, diversos pacientes deixaram de buscar a devida assistência à saúde, uma vez que o contágio pelo SARS-CoV-2 apresentou índices alarmantes e os serviços públicos passaram a se dedicar, integralmente, à triagem de potenciais contaminados. Desse modo, o número de exames de rastreio para câncer de colo do útero reduziu abruptamente no período pandêmico, com quedas estimadas em quase 50% em três dos quatro estados da região Sudeste, o que pode representar um risco em longo prazo.^(2,17,18)

Analisando a incidência e a mortalidade do câncer de colo do útero nesse mesmo período, não foi possível traçar um perfil epidemiológico completamente determinado. Embora a incidência dessa neoplasia esteja aumentando consideravelmente, de forma anual, a pandemia de COVID-19 implicou o afastamento em massa da população-alvo dos serviços de saúde, o que pode ter levado ao prejuízo na análise da real incidência de casos nesse período. Além disso, sabe-se que as taxas de mortalidade pelo câncer de colo uterino e seus agravos atingem, mais frequentemente, pacientes com maior idade, a partir da quinta década de vida, e esse grupo populacional também foi amplamente afetado durante a pandemia, o que desencadeou inúmeros óbitos.⁽²⁾ Esses vieses, inevitavelmente, podem afetar os dados relativos à doença, levando a uma sub ou supernotificação de dados, o que compromete uma análise epidemiológica eficaz.^(19,20)

Ademais, em relação à realização de exames diagnósticos de câncer de colo do útero, como a colposcopia e a biópsia, sabe-se que a cobertura está aquém da estimada para abranger toda a população requerente, mesmo anteriormente à pandemia. De acordo com os dados contidos no Relatório Anual de Dados e Números sobre Câncer do Colo do Útero de 2023, a cobertura da colposcopia, ainda em 2019, envolvia apenas 45% da população feminina no Sudeste, enquanto a biópsia, 50%. Nesse cenário, percebe-se a fragilidade estrutural do sistema de saúde, que consegue abranger apenas metade da população que necessitaria de um diagnóstico precoce. Isso retrata a urgência na adoção de medidas públicas voltadas ao incentivo de educação em saúde, ao diagnóstico precoce e ao estímulo à prevenção adequada, que, além de minimizar os danos, diminui a morbimortalidade.^(21,22)

Considerando esse cenário ineficaz de cobertura diagnóstica para o câncer de colo uterino, compreende-se a gravidade do isolamento social nesse contexto. Se o número anteriormente à pandemia não atingia metade da população necessária, as medidas de contenção do vírus potencializaram ainda mais esse distanciamento, passando a abranger 29% das mulheres com a colposcopia diagnóstica e 30% com a biópsia. Dessa forma, entende-se que a baixa realização desses exames

pode ter retardado, consideravelmente, o diagnóstico de mulheres afetadas pelo câncer, além de postergar o início do tratamento, que apresenta maior eficácia quando iniciado de forma precoce.^(22,23)

Ademais, outro importante fator relacionado ao aumento no índice de câncer de colo uterino é a taxa de imunização contra o HPV, principal agente causador da neoplasia. A vacina contra o HPV foi implementada pelo PNI em 2014, abrangendo a população feminina e a masculina, que podem ser afetadas por diversos tipos de cânceres, como o de colo de útero e de pênis, respectivamente.⁽²⁴⁾ Embora a contaminação pelo vírus não seja extinguida, a vacina previne contra as formas graves, que geram lesões mediante a infecção por subtipos oncogênicos.⁽²⁵⁾

Mesmo com a ampla disponibilidade da vacina no SUS, sua adesão ainda é inferior à esperada, abrangendo menos de 88% da população feminina em período anterior à pandemia de COVID-19. Com o efeito do isolamento social, a busca pela vacinação diminuiu ainda mais e, mesmo após o fim da pandemia, a taxa de imunizados ainda não havia retomado as proporções de 2019, atingindo menos de 76% da população-alvo em 2022. Essa situação, em longo prazo, caso não haja uma mudança no panorama vacinal, tende a diminuir a população devidamente protegida contra o vírus e aumentar a incidência de casos de câncer de colo do útero e a gravidade de acometimento por subtipos oncogênicos.⁽¹²⁾

Diante desse cenário, compreende-se que o isolamento social estrito adotado como medida de contenção da disseminação do SARS-CoV-2 pode agravar os índices relacionados ao câncer de colo do útero, uma vez que reduziu, exponencialmente, a adoção a medidas de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce relacionados à doença. Isso pode gerar dano imensurável em longo prazo, com elevação das taxas de incidência e da gravidade associada à neoplasia, culminando em onerosos gastos à saúde pública decorrentes do tratamento e do aumento da morbimortalidade feminina.^(9,26)

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, constatou-se que a pandemia de COVID-19 pode trazer consequências negativas à saúde pública em longo prazo, tratando-se do câncer de colo uterino. Os dados epidemiológicos existentes até o momento podem não refletir o real cenário da neoplasia no contexto de saúde, uma vez que subnotificações ou superestimações de dados podem ter ocorrido durante o período de isolamento social estrito, mediante a baixa adesão aos métodos de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce. No entanto, essas taxas podem se agravar nos próximos anos, ampliando a prevalência e a incidência da doença, com danos irreparáveis à saúde feminina. Assim, torna-se indispensável a adoção de medidas de educação em saúde, com incentivo ao reestabelecimento da cobertura apropriada de rastreamento e prevenção contra o câncer de colo uterino, além de

estímulo ao diagnóstico precoce, o que pode minimizar os danos da evolução da doença em longo prazo, atenuar a morbimortalidade e evitar a sobrecarga do serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Câncer do colo do útero. 2021. [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual. 2022 [cited 2024 Sep 2]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22setembro2022.pdf
3. World Health Organization. Cervical cancer. 2022 [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
4. Oliveira NP, Cancela MC, Martins LF, Castro JL, Meira KC. Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2024;29(6):e03872023. doi: 10.1590/1413-81232024296.03872023
5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: IARC; 2020 [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
6. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. Int J Cancer. 2020;144(8):1941-53. doi:10.1002/ijc.31937
7. World Health Organization. Cervical cancer. 2021 [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer>
8. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health. 2020;8(2):e191-e203. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6
9. Lai AG, Pasea L, Banerjee A, Hall G, Denaxas S, Chang WH, et al. Estimated impact of the COVID-19 pandemic on cancer services and excess 1-year mortality in people with cancer and multimorbidity: near real-time data on cancer care, cancer deaths and a population-based cohort study. BMJ Open. 2020;10(11):e043828. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043828
10. Miller MJ, Xu L, Qin J, Hahn EE, Ngo-Metzger Q, Mittman B, et al. Impact of COVID-19 on cervical cancer screening rates among women aged 21-65 years in a large integrated health care system - Southern California, January 1-September 30, 2019, and January 1-September 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(4):109-13. doi: 10.15585/mmwr.mm7004a1
11. Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RH, Louwman MWJ, van Nederveen FH, Willems SM, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. Lancet Oncol. 2020;21(6):750-1. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30265-5
12. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol. 2020;21(8):1023-34. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0
13. Stabile SA, Evangelista DH, Talamonte VH, Lippi UG, Lopes RG. Comparative study of the results from conventional cervico-vaginal oncotoc cytology and liquid-based cytology. Einstein (São Paulo). 2012;10(4):466-72. doi: 10.1590/S1679-45082012000400013
14. Viana JN, Moysés RP, Espir TT, Sousa GA, Barcellos JF, Alves MG. Determinantes sociais da saúde e prevenção secundária do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas, Brasil. Medicina (Ribeirão Preto). 2019;52(2):110-2. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v52i2p110-120
15. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CI, Araújo DS, Teles DA, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. Rev Saúde Pública. 2015;49:1-8. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005554

16. Garcia M, Campos GK, Patrício JA, Rodrigues LA, Rodrigues AF. Identificação dos fatores que interferem na baixa cobertura do rastreamento do câncer de colo uterino através das representações sociais de usuárias dos serviços públicos. *Braz J Health Rev.* 2021;4(1):1462-77. doi: 10.34119/bjhrv4n1-123
17. Dias LM, Montagner MI. O efeito da pandemia de COVID-19 na coleta de material do colo do útero para exame citopatológico no Brasil. *Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2023;17(4):169-89. doi: 10.18569/tempus.v17i4.3157
18. Malta DC, Gomes CS, Prates EJ, Bernal RT. Mudanças nas doenças crônicas e os fatores de risco e proteção antes e após a terceira onda da COVID-19 no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2023;28(12):3659-71. doi: 10.1590/1413-812320232812.08252022
19. Costa FA, Silva A, Oliveira CB, Costa LC, Paixão ME, Celestino MN, et al. COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Braz J Dev.* 2020;6(7):49811-24. doi: 10.34117/bjdv6n7-580
20. Sousa NO. O impacto da subnotificação de dados no rastreamento do câncer de colo de útero [trabalho de conclusão de curso]. São Luís: Centro Universitário UNDB; 2021.
21. Paiva DC, Bersusa AA, Escuder MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(2):377-85. doi: 10.1590/S0102-311X2006000200015
22. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual. 2023 [cited 2024 Sep 2]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf
23. Franciosi ML, Lima MD, Preci DP, Weiler AL, Wagner A, Cardoso AM. Análise epidemiológica do diagnóstico do câncer de colo uterino em Santa Catarina. In: 2º Simpósio de Neurociência Clínica e Experimental; 2021 Oct 21-23; Chapecó, Brasil. 2021 [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://portaleventos.ufrs.edu.br/index.php/SIMPNEURO/article/view/16081/10306>
24. Santos JG, Dias JM. Vacinação pública contra o papilomavirus humano no Brasil. *Rev Med Minas Gerais.* 2018;28(1):e-1982. doi: 10.5935/2238-3182.20180004
25. Cheffer MH, Ribeiro CG, Santos AC, Caldeira LO, Karas GP, Santos MS, et al. Mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil no período de 2010 a 2019. *Sci Electron Arch.* 2022;15(8). doi: 10.36560/15820221578
26. Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saúde.* 2022;31(1):e2021405. doi: 10.1590/S1679-49742022000100010

A influência do exercício físico no parto e saúde materno-fetal de pacientes internadas em maternidade pública no Paraná (Brasil)

The influence of physical exercise on delivery and maternal-fetal health in patients hospitalized in a public maternity hospital in Paraná (Brazil)

Gleyse Maria Rubio Oliveira¹, Jan Pawel Andrade Pachnicki¹, Maria Luiza Vaz Ferraz², Pamela Marques Vidolin²

Descritores

Gravidez; Exercício físico; Saúde materna; Parto normal; Cesárea

Keywords

Pregnancy; Exercise; Maternal health; Natural childbirth; Cesarean section

Submetido:

21/12/2024

Aceito:

17/07/2025

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.
2. Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Pamela Marques Vidolin
pamelasetembro@hotmail.com

Como citar:

Oliveira GM, Pachnicki JP, Ferraz ML, Vidolin PM. A influência do exercício físico no parto e saúde materno-fetal de pacientes internadas em maternidade pública no Paraná (Brasil). Femina. 2025;53(9):1120-6.

RESUMO

Objetivo: Analisar a influência da atividade física nos dados do parto e saúde materno-fetal de gestantes atendidas em uma maternidade pública no Paraná (Brasil). **Métodos:** Foi desenhado um estudo observacional transversal, baseado em dados obtidos a partir dos prontuários e pela aplicação de um questionário. A coleta foi realizada na maternidade do Hospital do Trabalhador (HT) em Curitiba – Paraná, de novembro de 2022 a maio de 2023. O cálculo amostral foi baseado no número de nascimentos/ano do serviço, resultando em 361 mulheres. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 63614822.0.0000.0093). **Resultados:** Das entrevistadas, 211 (58,6) não fizeram exercício durante a gestação, enquanto 150 (41,4) realizaram. Identificou-se que 188 (52,1) mulheres não tiveram nenhuma orientação médica quanto ao tema. Entre as que não praticaram, observou-se discreta prevalência de parto cesáreo: 102 (28,3) partos normais contra 110 (30,5) cesáreas. Também, a taxa de laceração foi maior nas que não fizeram exercício (79% ou 41,8%). Além disso, as que não fizeram exercício tiveram maior ganho de peso gestacional e maior taxa de complicações no parto. Outrossim, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico evidenciou um significativo papel na via de parto e na taxa de laceração. **Conclusão:** Evidenciou-se que a atividade física durante a gestação influencia positivamente dados do parto, como a via de parto, a taxa de laceração, o ganho de peso gestacional e a ocorrência de complicações. No entanto, não foram observadas associações significativas com desfechos neonatais, como o escore de Apgar. Conclui-se que a atividade física contribui para melhores desfechos maternos, mas seu impacto na saúde fetal parece limitado ou dependente de outros fatores.

ABSTRACT

Objective: To analyze the influence of physical activity on childbirth data and maternal-fetal health in pregnant women attended at a public maternity hospital in Paraná (Brazil). **Methods:** A cross-sectional observational study was designed, based on data obtained from medical records and the application of a questionnaire.

Data collection was carried out at the maternity ward of the Hospital do Trabalhador (HT) in Curitiba-Paraná, from November 2022 to May 2023. The sample size calculation was based on the number of births per year at the service, resulting in 361 women. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 63614822.0.0000.0093). **Results:** Of the respondents, 211 (58.6) did not exercise during pregnancy, while 150 (41.4) did. It was identified that 188 (52.1) women received no medical guidance on the subject. Among those who didn't exercise, there was a slight prevalence of cesarean delivery: 102 (28.3) normal deliveries versus 110 (30.5) cesareans. Additionally, the laceration rate was higher in those who did not exercise (79% or 41.8%). Furthermore, those who did not exercise had greater gestational weight gain and a higher rate of childbirth complications. Moreover, pelvic floor muscle training showed a significant role in the mode of delivery and the laceration rate. **Conclusion:** It was found that physical activity during pregnancy positively influences delivery-related outcomes, such as the mode of delivery, laceration rate, gestational weight gain, and the occurrence of complications. However, no significant associations were observed with neonatal outcomes, such as the Apgar score. It is concluded that physical activity contributes to better maternal outcomes, but its impact on fetal health appears to be limited or dependent on other factors.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase marcada por inúmeras alterações fisiológicas no corpo da mulher, necessitando de atenção redobrada aos cuidados de saúde. Nesse sentido, inclui-se a prática de exercícios físicos como algo fundamental durante a gravidez, garantindo inúmeros benefícios materno-fetais. Porém, observa-se que a maioria das gestantes não tem o hábito de praticar atividades físicas, principalmente devido à falta de informação dessas mulheres acerca da importância dessa prática.⁽¹⁾

No Brasil, um estudo realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrou que apenas 25% das mulheres foram informadas suficientemente sobre o exercício físico na gestação.⁽¹⁾ Essa falta de informação, somada a uma crença histórica de que a gravidez é um sinônimo de vulnerabilidade, resulta na diminuição dos níveis de atividade física entre as mulheres grávidas.⁽²⁾

Por outro lado, há uma porcentagem de gestantes que não segue as recomendações sobre a prática de exercício físico por outros motivos, que não a desinformação. Estudos demonstraram que as principais barreiras identificadas pelas mulheres grávidas são: a falta de tempo, o receio de machucar o seu bebê, a indisposição e o desinteresse na prática.⁽³⁾ É essencial entender os motivos que levam as gestantes a não praticarem atividade física, a fim de tentar solucioná-los.

A importância de reverter esse quadro de desinformação, entender as barreiras da prática e, conseqüentemente, aumentar a taxa de exercício físico das gestantes é traduzida pelos inúmeros benefícios proporcionados.

Dentre eles, destaca-se: a diminuição do ganho de peso na gestação, a prevenção de diabetes gestacional, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, a diminuição da duração do trabalho de parto em casos específicos e a diminuição da incidência de parto operatório.⁽³⁾

Diante disso, o objetivo geral da presente pesquisa foi avaliar o nível de atividade física das gestantes e puérperas internadas na Maternidade do Hospital do Trabalhador (HT), em Curitiba – PR, e correlacionar com os parâmetros do parto e saúde materno-fetal. Além disso, este estudo visou caracterizar a influência do exercício físico nos parâmetros do parto, na saúde materna e na saúde fetal, e conhecer o nível de informação das gestantes acerca da prática de atividades físicas e os motivos que levam as gestantes a não aderirem aos exercícios físicos durante a gravidez. Por fim, objetivou, ainda, determinar a necessidade de informar as gestantes e proporcionar o embasamento científico necessário para que isso seja feito.

METODOLOGIA

Foi desenhado um estudo observacional transversal, baseado na aplicação de um questionário e em informações retiradas dos prontuários.

A coleta de dados foi realizada na maternidade do HT, no período de novembro de 2022 a maio de 2023. Foram incluídas neste estudo as gestantes e puérperas de risco habitual. Pacientes que tiveram alguma intercorrência durante a gestação, a qual poderia interferir nos dados do parto e do nascimento, foram excluídas da amostra total.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado no número de nascimentos/ano que ocorrem no HT. Foi utilizado o nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, resultando em tamanho amostral de 347. Assim, considerando possíveis perdas durante a coleta dos dados, foram incluídas 361 mulheres neste estudo.

Todas as gestantes e puérperas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual explicava com detalhes os objetivos, riscos e benefícios do estudo, deixando claro que a participação era voluntária, por livre e espontânea vontade, sem prejuízo algum caso ela não quisesse participar.

O questionário e o TCLE foram aplicados pessoalmente pelos participantes da pesquisa em papéis impressos, conforme os horários do hospital.

As participantes responderam a perguntas acerca do seu nível de atividade física durante a gestação (a frequência, duração e tipo de atividade, o período da gestação em que praticou e os motivos, caso não tenha feito exercício físico) e sobre seu conhecimento e orientação quanto à prática de exercícios nesse período (se teve alguma orientação médica sobre o assunto e perguntas do tipo verdadeiro e falso para analisar suas crenças). Do prontuário, foram retiradas informações em

relação aos dados do parto (tipo de parto, intercorrências durante a gestação ou durante o parto, episiotomia e laceração) e do nascimento do recém-nascido (idade gestacional, peso e Apgar no primeiro e quinto minutos).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 15 de outubro de 2022. Com isso, foi elaborada uma análise para avaliar qual a relação entre a prática de exercício durante a gestação e os dados do parto e nascimento. Para comparar os dados e avaliar a significância estatística, foram empregados o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Ademais, foi observado o nível de conhecimento dessa população sobre o assunto e o quanto isso pode interferir.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 361 gestantes e puérperas. Entre essas mulheres, 2 (0,6%) tinham menos de 15 anos, 179 (49,6%) tinham entre 15 e 25 anos, 147 (40,7%) tinham entre 26 e 35 anos e 33 (9,1%) tinham mais de 35 anos. Em relação ao ganho de peso durante o período gestacional, 127 (35,2%) gestantes ganharam menos de 9 kg, 170 (47,1%), entre 9-15 kg, 61 (16,9%), entre 16-25 kg e 3 (0,8%), mais de 25 kg. Tendo em vista a escolaridade, 69 (19,1%) relataram ter ensino fundamental incompleto, 15 (4,2%), ensino fundamental completo, 57 (15,8%), ensino médio incompleto, 161 (44,6%), ensino médio completo, 23 (6,4%), ensino superior incompleto e 36 (10%), ensino superior completo.

Os dados encontrados indicam que a prática de atividade física durante a gestação não apresenta tendência linear em relação ao grau de escolaridade. Embora

seja comum associar níveis mais altos de instrução a maiores cuidados com a saúde, neste caso, as gestantes com ensino médio incompleto foram as que mais se exercitaram proporcionalmente (33 gestantes ou 57,9% praticaram). Por outro lado, as participantes com ensino fundamental incompleto foram as que menos praticaram exercícios proporcionalmente (23 gestantes ou 33,3% praticaram) (Tabela 1).

Das entrevistadas, 211 (58,6%) relataram que não fizeram nenhum tipo de exercício durante o período da gestação, enquanto 150 (41,4%) relataram ter realizado. Entre as que fizeram atividade física (41,4%), a maioria costumava praticar três vezes na semana ou mais, em média 30 minutos a cada vez, sendo caminhadas ou corridas leves o tipo de atividade mais praticada entre as gestantes (Tabela 2).

Ainda em relação às gestantes que costumavam fazer exercício físico, o período da gestação em que foram mantidas as práticas foi outra variável analisada. Observou-se que 6 (4%) praticaram por menos de três meses de gestação, 3 (2%), até os três meses de gestação, 5 (3,4%), menos de seis meses de gestação, 13 (8,7%), até os seis meses de gestação, 23 (15,4%), menos de nove meses de gestação e 99 (66,4%), até o final da gestação (Tabela 3).

Para as que não costumavam praticar atividade física durante a gestação, foi questionado o motivo de tal atitude, sendo eles: não ter tempo (89), ter contraindicações médicas (9), ter indisposição (117), não poder pagar (2), ter dificuldade de transporte (2), não gostar de praticar exercícios físicos (49), ter medo de se machucar ou de machucar o bebê durante a prática (22), sentir dor ao praticar

Tabela 1. Relação do nível de escolaridade com a prática ou não de exercícios físicos durante a gestação

Escolaridade	Não (n)	Sim (n)	Total	% Sim	% Não
Ensino fundamental incompleto	46	23	69	33,3%	66,7%
Ensino fundamental completo	8	7	15	46,7%	53,3%
Ensino médio incompleto	24	33	57	57,9%	42,1%
Ensino médio completo	98	63	161	39,1%	60,9%
Ensino superior incompleto	14	9	23	39,1%	60,9%
Ensino superior completo	21	15	36	41,7%	58,3%

Tabela 2. Análise descritiva com as médias referentes a frequência da prática de atividade física, duração e tipo de atividade

Frequência (semanal)	n (%)	Duração da atividade	n (%)	Tipo de atividade	n (%)
Não fez atividade física	211 (58,6)	Menos de 30 minutos	22 (14,8)	Caminhadas ou corridas leves	118 (79,2)
Fez três vezes ou mais na semana	118 (32,8)	30 minutos	58 (38,9)	Hidroginástica	3 (2)
Fez duas vezes na semana	23 (6,4)	Menos de 1 hora	14 (9,4)	Musculação	10 (6,7)
Fez uma vez na semana	8 (2,2)	1 hora	27 (18,1)	Pilates	11 (7,4)
		Mais de 1 hora	28 (18,8)	Ioga	2 (1,3)
				Bicicleta	3 (2)
				Outros	2 (1,3)

exercícios físicos (26), não achar que a atividade física seja importante durante a gestação (1), outros (3) (Tabela 4).

É importante ressaltar que 188 (52,1%) mulheres relataram não ter tido nenhuma orientação médica quanto à prática de exercício durante a gestação. Essa carência de informação pode ser observada pelas respostas dadas às perguntas do tipo verdadeiro ou falso que foram feitas com o objetivo de avaliar as suas crenças (Tabela 5).

Tabela 3. Distribuição das gestantes segundo o período da gestação em que mantiveram a prática de exercícios físicos

Período de prática de exercícios físicos	n (%)
Menos de 3 meses de gestação	6 (4)
Até os 3 meses de gestação	3 (2)
Menos de 6 meses de gestação	5 (3,4)
Até os 6 meses de gestação	13 (8,7)
Menos de 9 meses de gestação	23 (15,4)
Até o final da gestação	99 (66,4)
Total	149 (100)

Tabela 4. Motivos referidos pelas gestantes para não praticarem atividade física durante a gestação

Motivo relatado	n
Indisposição	117
Falta de tempo	89
Não gosto de praticar exercícios físicos	49
Tenho medo de me machucar ou machucar o bebê durante a prática	22
Sinto dor ao praticar exercícios físicos	26
Contra-indicações médicas	9
Não posso pagar	2
Dificuldade de transporte	2
Não acho que a atividade física seja importante durante a gestação	1
Outros	3

Tabela 5. análise descritiva com as médias referentes aos conhecimentos das gestantes e puérperas sobre a prática de exercício físico na gestação

Afirmativa	Marcaram como verdadeiro n (%)
A prática do exercício físico é importante durante toda a gestação	335 (92,8)
Os exercícios físicos de escolha durante a gestação são aqueles de maior impacto	59 (16,3)
Os melhores exercícios durante a gestação são os prolongados (aqueles com duração de mais de 60 minutos)	81 (22,4)
As recomendações quanto à prática do exercício físico são diferentes dependendo do trimestre da gestação	286 (79,2)
Deve-se evitar o esforço físico nos primeiros três meses de gestação	211 (58,4)
Deve-se evitar o esforço físico no final da gestação	162 (44,9)

Para finalizar o questionário, acerca do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, 217 (60,1%) puérperas relataram não saber do que se trata, 113 (31,3%) sabem o que é, mas não praticaram durante a gestação, e 31 (8,6%) praticaram.

As informações retiradas do prontuário foram primordiais para a correlação entre a prática de atividade física e os dados do parto. Das mulheres que não fizeram exercício físico, observou-se que houve discreta prevalência de parto cesáreo: 102 (28,3%) partos normais contra 110 (30,5%) cesáreas (Figura 1), não apresentando significância estatística ($p = 0,086$). É importante ressaltar que essa relação sofre a interferência de outros fatores, por exemplo, a indicação obstétrica e o desejo da paciente.

Também podemos analisar que a taxa de laceração foi maior nas mulheres que não fizeram exercício (79 puérperas ou 41,8%), em comparação com as que fizeram (50 puérperas ou 26,5%) (Figura 2). Quanto à orientação dessas mulheres, é importante ressaltar que, entre as pacientes que não fizeram exercício, 121 (57,07%) não foram orientadas, o que pode ter sido o motivo da escolha por não praticar atividade física nesse período. É importante ressaltar que ambas as associações supracitadas têm significância estatística ($p < 0,05$).

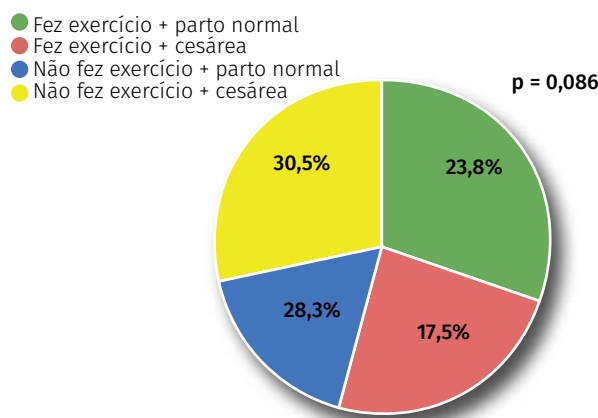


Figura 1. Análise comparativa entre a prática de exercício físico e o tipo de parto realizado ($p = 0,086$)

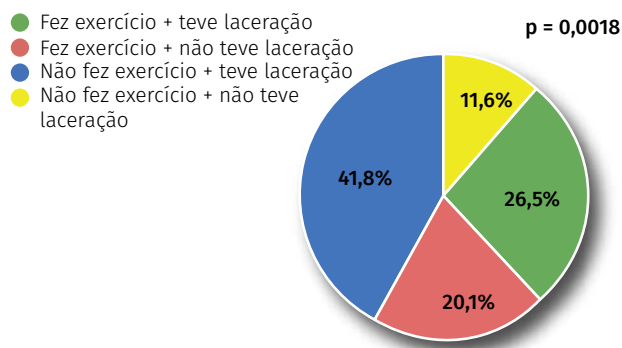


Figura 2. Análise comparativa entre a prática de exercício físico e a taxa de laceração no parto vaginal ($p = 0,0018$)

Uma análise comparativa da taxa de exercício físico e do ganho de peso dessas mulheres revelou que as que optaram pela prática apresentaram menor ganho em quilogramas, em comparação às que não fizeram nenhum tipo de atividade (Figura 3). Em análise estatística, essa comparação também apresenta significância ($p < 0,0001$).

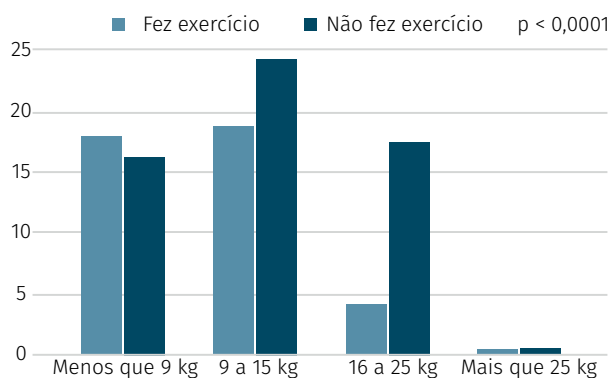


Figura 3. Análise comparativa entre a prática de exercício físico e o ganho de peso em quilogramas ($p < 0,0001$)

Além disso, observou-se que as gestantes que não fizeram nenhum tipo de exercício físico tiveram maior taxa de complicações durante o parto, independentemente da via: do total de 55 complicações listadas, 31 ocorreram com as mulheres que optaram por não praticar atividade física no período gestacional. Tais intercorrências foram: sofrimento fetal (6 casos), trabalho de parto prolongado (5 casos), parada secundária de dilatação (5 casos), hemorragia (4 casos), atonia uterina (3 casos), dequitação prolongada (3 casos), parada secundária de descida (2 casos), uso de fórceps (2 casos) e retenção placentária (1 caso).

Também é possível verificar que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico tem um significativo papel na via de parto e na taxa de laceração ($p = 0,007$). Das 30 gestantes que fizeram esse treinamento,

19 (63,3%) tiveram parto via vaginal. Dessas, 11 (58%) não tiveram laceração. Comparando com a taxa geral (52,1% de parto normal, sendo 34,8% sem laceração), podemos observar que a prática desse tipo de exercício favorece o parto vaginal, bem como diminui a probabilidade de ocorrência de laceração no momento do parto.

Uma limitação importante é que não foram avaliados aspectos relacionados ao profissional que conduziu o parto, como seu nível de experiência, nem a presença de acompanhante ou doula durante o trabalho de parto. Esses fatores podem ter influência direta na ocorrência de lacerações perineais, uma vez que condutas mais humanizadas e assistências mais qualificadas têm sido associadas à redução dessas complicações. Além disso, outra limitação do estudo foi a falta de avaliação sobre a motivação das gestantes em relação ao tipo de parto, ou seja, se as participantes já tinham uma preferência ou desejo prévio por parto normal ou cesárea antes da gestação. A motivação da paciente para o tipo de parto pode influenciar as escolhas feitas durante o pré-natal e o próprio curso do trabalho de parto, podendo afetar os desfechos obstétricos.

Por fim, foi analisada a relação entre a prática de atividade física durante a gestação e os escores de Apgar no 1º e 5º minuto de vida dos recém-nascidos. No que se refere ao Apgar no 1º minuto, observou-se que a maioria dos recém-nascidos apresentou escores adequados (8-10) em ambos os grupos: 178 (84,0%) casos entre as gestantes que não praticavam atividade física e 123 (82,6%) casos entre as gestantes ativas. Escores intermediários (6-7) foram observados em 24 (11,3%) casos no grupo sedentário e 19 (12,8%) casos, no grupo ativo. Já os escores 4-5 ocorreram em 4 (1,9%) casos entre as gestantes que não faziam exercícios e em 3 (2,0%) casos entre as que praticavam. Escores de Apgar muito baixos (0-3) foram raros, com 6 (2,8%) casos no grupo sedentário e 4 (2,7%) casos no grupo ativo. Já no 5º minuto, a proporção de recém-nascidos com Apgar entre 8-10 aumentou, atingindo 208 (98,1%) casos entre os filhos de gestantes que não praticavam atividade física e 143 (96,0%) casos entre os filhos de gestantes ativas. Escores entre 6-7 foram registrados em 3 (1,4%) casos no grupo sedentário e 4 (2,7%) casos no grupo ativo. Casos com Apgar 4-5 foram raros, com 1 (0,5%) caso entre as gestantes sedentárias e 2 (1,3%) casos entre as que faziam atividade física (Tabela 6).

A análise estatística foi realizada utilizando o teste do qui-quadrado de independência. Para o Apgar no 1º minuto, o valor de p obtido foi de 0,980, enquanto para o Apgar no 5º minuto foi de 0,457. Esses resultados indicam ausência de associação estatisticamente significativa entre a prática de atividade física na gestação e os escores de Apgar, reforçando a interpretação de que, neste conjunto de dados, a atividade física não influenciou de forma significativa os desfechos neonatais avaliados.

Tabela 6. Distribuição dos escores de Apgar no 1º e 5º minuto entre recém-nascidos de gestantes que fizeram ou não exercício físico durante a gestação

Escore de Apgar	Não fez exercício	Fez exercício
1º minuto	n (%)	n (%)
8-10	178 (84,0%)	123 (82,6%)
6-7	24 (11,3%)	19 (12,8%)
4-5	4 (1,9%)	3 (2,0%)
0-3	6 (2,8%)	4 (2,7%)
5º minuto	n (%)	n (%)
8-10	208 (98,1%)	143 (96,0%)
6-7	3 (1,4%)	4 (2,7%)
4-5	1 (0,5%)	2 (1,3%)

DISCUSSÃO

É indiscutível que a atividade física regular proporciona inúmeros benefícios fisiológicos para a população em geral. Na gestação, isso não é diferente. Os benefícios da prática de exercícios físicos durante esse período incluem: controle do ganho de peso gestacional, diminuição nas dores do trabalho de parto, nos períodos expulsivos prolongados, nos partos traumáticos e na incidência de partos cesáreos, além do controle do diabetes gestacional e prevenção de pré-eclâmpsia.⁽⁴⁾

O ganho de peso é um dado que deve ser rastreado durante toda a gestação, já que está intimamente ligado a desfechos maternos. O ganho de peso em excesso está associado a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e retenção de peso no período pós-parto. O ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*), no ano de 2013, estabeleceu uma relação entre as metas de ganho de peso gestacional e o IMC materno. Nesse sentido, um estudo apontou que, em média, 40% das mulheres com peso normal e 60% das mulheres com sobrepeso obtiveram ganho de peso acima do limite superior recomendado pela ACOG, em 2013.⁽⁴⁾ Se essas mulheres tivessem praticado exercícios físicos habitualmente, é provável que esses números alarmantes teriam sido consideravelmente menores.

Paralelamente ao menor ganho de peso, a prática de exercícios físicos durante a gestação também influencia diretamente na evolução e resultados do trabalho de parto, como observado nos resultados da presente pesquisa. Nesse âmbito, outro estudo também revelou que gestantes sedentárias apresentam maior risco de nascimentos por via cesárea, quando comparadas às gestantes que aderiram à prática do exercício físico. Ademais, esse estudo revelou uma diminuição nas dores do parto nas mulheres que apresentaram altos níveis de atividades físicas durante a gestação, fazendo com que o momento do parto seja mais bem tolerado.⁽⁵⁾

Ainda na literatura, estudos têm demonstrado que mulheres que realizaram exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica durante a gravidez tiveram

menor incidência de períodos expulsivos prolongados, de prática de episiotomia, laceração e parto instrumentalizado, de apresentações de pelve e de risco de incontinência urinária no pós-parto.⁽⁶⁾

Tendo em vista os benefícios supracitados, o exercício físico deve ser estimulado durante o período gestacional, seguindo as suas principais recomendações de acordo com o tipo de exercício, a frequência e a duração. As diretrizes de atividade física do *American College of Sports Medicine* (ACSM) recomenda (gestações de risco habituais): pelo menos 30 minutos de exercício diário, de intensidade moderada, por, no mínimo, cinco vezes por semana.⁽⁴⁾ O tipo de exercício a ser praticado deve respeitar os interesses de cada gestante, devendo-se evitar aqueles de alto impacto, com risco de queda ou trauma.⁽⁶⁾ Também é indicada a combinação de atividade aeróbica com exercício resistido.⁽⁷⁾

Entretanto, a maioria das gestantes não recebe a devida informação, o que faz com que mitos sem embasamento científico prevaleçam como verdades e, consequentemente, diminui a prática de atividade física por essas mulheres. Nesse contexto, estudos europeus demonstraram que o aconselhamento e a educação sobre dieta e atividade física na gestação reduziram as barreiras interpessoais relacionadas ao tema, diminuíram o ganho de peso gestacional excessivo e aumentaram a probabilidade de as gestantes seguirem adequadamente as recomendações de exercício.⁽⁸⁾

É importante salientar as contraindicações da prática de atividade física durante a gestação. Dentre elas, destaca-se: perda de líquido amniótico, dor no peito sem causa explícita, sangramento vaginal, enxaqueca, dispnéia, edema, lombalgia extrema, náuseas, dor abdominal extrema, presença de contrações uterinas, tontura, fraquezas musculares ou redução dos movimentos fetais.^(5,9) Na presença de algum desses sinais durante a prática, o exercício físico deve ser interrompido até que a causa do sintoma seja esclarecida e solucionada. É importante ressaltar que cada gestante deve receber um atendimento individualizado, analisando-se o risco e o benefício das atividades físicas de cada caso separadamente.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Embora tais benefícios da atividade física na gestação já sejam conhecidos, como visto na atual pesquisa, a maioria das mulheres não inclui a prática em suas rotinas, principalmente pela falta de orientação adequada. Nesse sentido, é notável a necessidade de criar estratégias para promover a disseminação da informação, que pode ser feita por meio do ambiente virtual e pelo treinamento dos profissionais da saúde, para que compreendam a importância de orientar as gestantes corretamente acerca do assunto. Logo, o presente estudo contribui com a base científica existente sobre a necessidade que essa orientação aborde a influência do exercício físico nos parâmetros do parto, na saúde materna e na saúde fetal.

CONCLUSÃO

Dessa forma, pode-se concluir com o presente estudo que há uma relação significativa entre o nível de atividade física das gestantes e diversos desfechos obstétricos. É possível observar que a prática regular de exercícios físicos influencia positivamente aspectos como a via de parto, a incidência de lacerações perineais, o ganho de peso durante a gestação e a ocorrência de complicações no momento do parto. Apesar desses benefícios, a adesão à atividade física entre gestantes ainda é baixa, sobretudo pela ausência de orientação adequada por parte dos profissionais de saúde. Por outro lado, não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a prática de atividade física e desfechos neonatais, como o escore de Apgar. Esses resultados sugerem que, embora o exercício físico contribua para melhores condições maternas no parto, seus efeitos sobre os parâmetros neonatais podem ser limitados ou influenciados por outros fatores.

REFERÊNCIAS

1. Godoy-Miranda AC, Cirelli JF, Pinho-Pompeu M, Paulino DS, Morais SS, Surita FG. Putting knowledge into practice-the challenge of acquiring healthy habits during pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(8):469-75. doi: 10.1055/s-0039-1692633
2. Amezcua-Prieto C, Olmedo-Requena R, Jiménez-Mejías E, Hurtado-Sánchez F, Mozas-Moreno J, Lardelli-Claret P, et al. Changes in leisure time physical activity during pregnancy compared to the prior year. *Matern Child Health J.* 2013;17(4):632-8. doi: 10.1007/s10995-012-1038-3
3. Haakstad LA, Vistad I, Sagedal LR, Lohne-Seiler H, Torstveit MK. How does a lifestyle intervention during pregnancy influence perceived barriers to leisure-time physical activity? The Norwegian fit for delivery study, a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):127. doi: 10.1186/s12884-018-1771-8
4. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM, Smith MS. Exercise in pregnancy: a clinical review. *Sports Health.* 2015;7(6):527-31. doi: 10.1177/1941738115599358
5. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin SA, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev Bras Saúde Matern Infantil.* 2003;3(2):151-8. doi: 10.1590/s1519-38292003000200004
6. Nascimento SL, Godoy AC, Surita FG, Pinto e Silva JL. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(9):423-31. doi: 10.1590/s0100-720320140005030
7. Santini C, Imakawa TS, Moisés EC. Physical activity during pregnancy: recommendations and assessment tools. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(8):424-32. doi: 10.1055/s-0037-1604180
8. Ruat S, Sinnapah S, Hue O, Janky E, Antoine-Jonville S. Prenatal counseling throughout pregnancy: effects on physical activity level, perceived barriers, and perinatal health outcomes: a quasi-experimental study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(23):8887. doi: 10.3390/ijerph17238887
9. Ribeiro MM, Andrade A, Nunes I. Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription. *J Perinat Med.* 2022;50(1):4-17. doi: 10.1515/jpm-2021-0315
10. Gascoigne EL, Webster CM, Honart AW, Wang P, Smith-Ryan A, Manuck TA. Atividade física e resultados da gravidez: uma revisão de especialistas. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023;5(1):100758. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100758
11. Morales-Suárez-Varela M, Clemente-Bosch E, Peraita-Costa I, Llopis-Morales A, Martínez I, Llopis-González A. Maternal physical activity during pregnancy and the effect on the mother and newborn: a systematic review. *J Phys Act Health.* 2021;18(1):130-47. doi: 10.1123/jpah.2019-0348
12. Ramón-Arbués E, Granada-López JM, Martínez-Abadía B, Echániz-Serrano E, Sagarra-Romero L, Antón-Solanas I. Actividad física durante el embarazo y su relación con la ganancia de peso gestacional. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2023;31:e3875. doi: 10.1590/1518-8345.6488.3875

Tumor miofibroblástico inflamatório – Relato de caso e revisão de literatura

Inflammatory myofibroblastic tumor – Case report and review of literature

Mariana Moreira Rizzolli¹, Alice Moreira Rizzolli²

RESUMO

Tumores miofibroblásticos inflamatórios ou pseudotumores inflamatórios são tumores de etiologia desconhecida e relativamente raros. Esse tipo de tumor geralmente aparece nos pulmões, abdome, mediastino e pelve. O diagnóstico clínico é difícil de ser estabelecido devido às diferentes formas de apresentação. Este artigo tem como objetivo relatar as manifestações da doença na cavidade abdominal, destacando a importância do diagnóstico preciso e correto para determinar o melhor tratamento. O presente relato é de uma paciente feminina de 42 anos com queixa de dor em baixo ventre e polaciúria com poucos dias de evolução.

ABSTRACT

Inflammatory myofibroblastic tumors or inflammatory pseudotumors are tumors of unknown etiology and relatively rare occurrence. This tumor usually appears in the lungs, abdomen, mediastinum and pelvis. The clinical diagnosis is difficult to establish due to its different forms of presentation. This article aims to report a case of the disease in the abdominal cavity, highlighting the importance of an accurate and correct diagnosis to determine the best form of treatment. The present case reports in a 42-year-old female patient, with complainment of lower right belly pain and increased urinary frequency with a few days of evolution.

Descritores

Pseudotumor inflamatório; Miofibroblastos; Cavidade abdominal; Quinase do linfoma anaplásico; Antígeno Ki-67

Keywords

Inflammatory pseudotumor; Myofibroblasts; Abdominal cavity; Anaplastic lymphoma kinase; Ki-67 antigen

Submetido:

09/08/2024

Aceito:

22/05/2025

1. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil.

2. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Mariana Moreira Rizzolli
mari.rizzolli@hotmail.com

Como citar:

Rizzolli MM, Rizzolli AM. Tumor miofibroblástico inflamatório – Relato de caso e revisão de literatura. Femina. 2025;53(9):1127-30.

INTRODUÇÃO

O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI), também denominado como pseudotumor inflamatório, é caracterizado por proliferação miofibroblástica pseudossarcomatosa associada a vísceras⁽¹⁾ e lesões extremamente raras, com baixa tendência à malignidade.⁽²⁾ Esse tumor ocorre geralmente em crianças e adultos jovens. Sua apresentação inclui infiltrado de células inflamatórias para dentro dos tecidos; no caso foi inicialmente reportado nos pulmões. No entanto, também pode ser observado em sítios extrapulmonares, como cavidade abdominal, tecidos moles, sistema genital e mediastino.⁽¹⁻³⁾

É difícil estabelecer o diagnóstico previamente à cirurgia, devido à variedade de manifestações clínicas que a patologia pode apresentar. Neste presente artigo, é apresentado um caso do TMI em uma paciente feminina hígida, adicionando-se uma revisão da literatura relevante ao assunto.

RELATO DE CASO

Uma mulher de 42 anos compareceu ao consultório médico privado queixando-se de dor em baixo ventre e aumento da frequência urinária, surgido há poucos dias. O exame físico revelou dor à palpação na região hipogástrica e

fossa ilíaca direita; toque vaginal bidigital com a presença de dor à direita. O ultrassom transvaginal, solicitado na consulta, mostrou o útero e anexo esquerdo normais. No anexo direito, constatou-se: massa complexa, bem delimitada com áreas hipoeoicas no seu interior, medindo 8,0 x 7,9 x 5,6 cm (volume: 191 cm³). A análise qualitativa de urina, a urocultura e a dosagem CA125 foram normais. A laparotomia mostrou útero e anexos normais e tumoração amolecida e de coloração amarronzada em fossa ilíaca direita, medindo entre 8-10 cm, com aderências frouxas a intestino delgado. Após ooforectomia direita, o exame histológico identificou células fusiformes miofibroblásticas caracterizadas por citoplasma eosinofílico e nucléolos distintos. Essas células estavam acompanhadas por células inflamatórias intercaladas. O diagnóstico foi de TMI. A paciente recuperou-se bem após a cirurgia e não houve recorrências observadas no acompanhamento de curto prazo.

ACHADOS PATOLÓGICOS E IMUNO-HISTOQUÍMICOS

O TMI neste caso foi localizado em região anexial direita, com aderências frouxas em alças intestinais. Macroscopicamente, o tumor apresentou aspecto amolecido e de coloração amarronzada, com tamanho medindo entre 8-10 cm. Na histologia, identificaram-se células fusiformes com citoplasma eosinofílico e nucléolo evidente e células inflamatórias de permeio. Não se identificou necrose na amostra (Figuras 1 e 2).

As células fusiformes presentes no TMIs não apresentam atipia citológica e hiperplasia nuclear de sarcomas.⁽⁴⁾ Sendo assim, a imuno-histoquímica é utilizada para confirmar o fenótipo miofibroblástico dessas células, normalmente por meio da expressão de marcadores como vimentina (99%), actina de músculo liso – SMA (92%), actina específica do músculo (89%) e desmina (69%). Ainda, a patologia apresentou KI67 (MIB1) positivo em cerca de 15% das células. A análise imuno-histoquímica revelou a expressão de podoplanina (D2-40), CD10 (56C6), RE (EP1) e RP (PgR636). Além disso, detectou-se marcação fraca e focal de coquetel de citoqueratinas (AE1+AE3). No entanto, não foi detectada na neoplasia a expressão de CD31 (JC78A), CD34 (QBE END 10), actina de músculo liso (1A4), actina (HHF-35), Desmina (D33), s100 (policlonal), sox10 (EP268-Cell Marque), c-kit/cd117 (YR145-Cell Marque), melanossomos (HMB-45) e inibina alfa (R1) (Figuras 3, 4 e 5).⁽⁴⁾ O caso acima apresentou aspectos imuno-histoquímicos inusitados, uma vez que não apresentou a expressão de marcadores musculares, como tipicamente se observa. Logo, essa peculiaridade postergou o diagnóstico definitivo em virtude da dificuldade de reconhecimento da lesão.

Após revisão de marcadores imuno-histoquímicos, foi solicitada a pesquisa de ALK (*anaplastic lymphoma kinase*) por imuno-histoquímica e por hibridização *in situ*, marcador que está elevado em aproximadamente

50%-60% dos casos de TMI, devido a uma translocação clonal que ativa o gene da tirosina quinase receptor do linfoma anaplásico (ALK) localizado no locus 2p23.^(5,6)

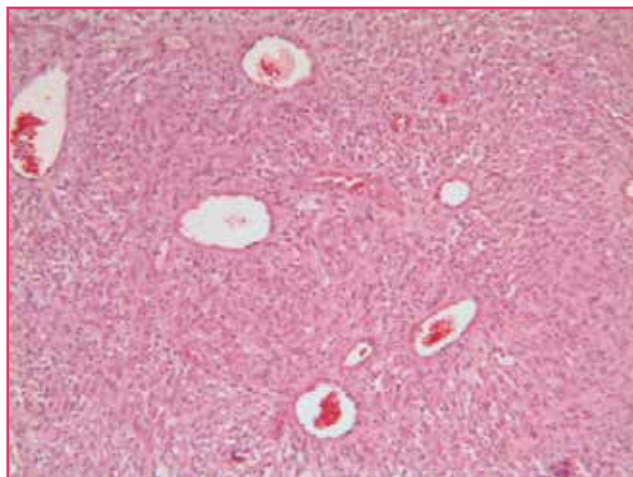


Figura 1. Exame histopatológico por meio da coloração H&E (100x) identificando um tumor miofibroblástico inflamatório

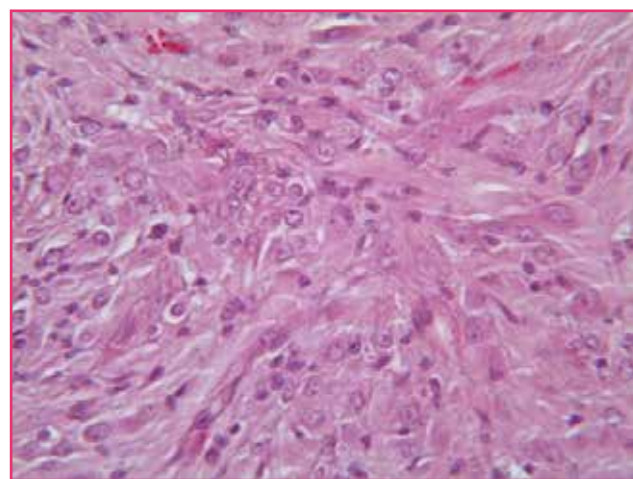


Figura 2. Exame histopatológico por meio da coloração H&E (400x) identificando um tumor miofibroblástico inflamatório

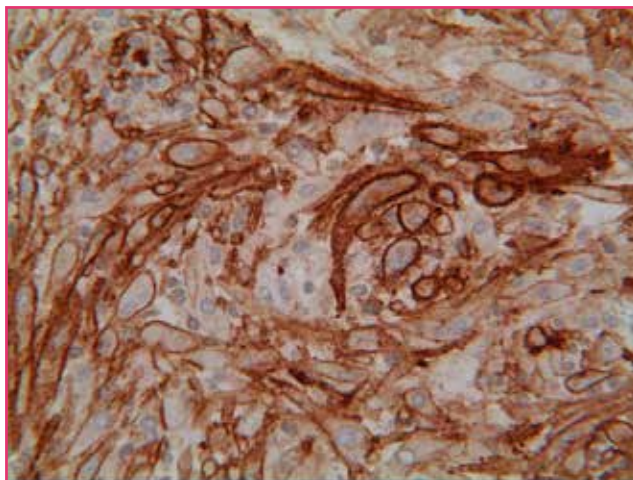


Figura 3. Exame imuno-histoquímico do marcador Podoplanina (D2-40)

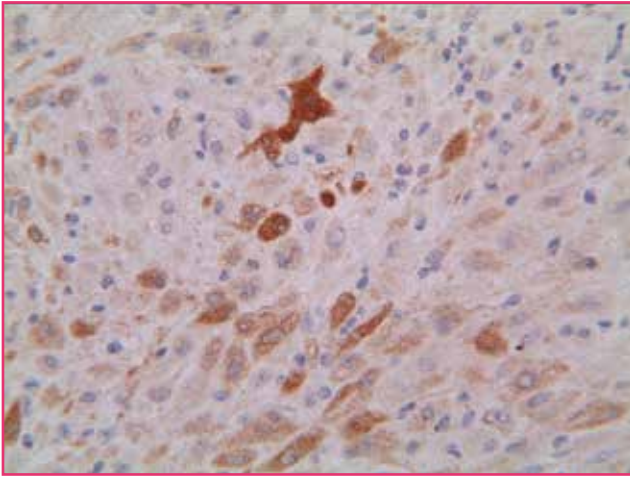


Figura 4. Exame imuno-histoquímico do marcador AE1 + AE3

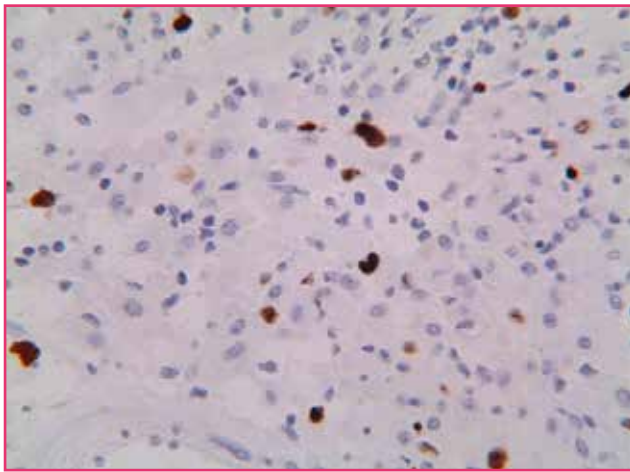


Figura 5. Exame imuno-histoquímico do marcador Ki67

Por isso, a procura de ALK auxilia a corroborar o diagnóstico de TMI. O presente caso obteve como resultado a ausência do marcador ALK pelo método de imuno-histoquímica. Pelo método de hibridização *in situ* fluorescente (FISH), foi observado o rearranjo do gene ALK em 6% das células, a partir da contagem de 50 células.

DISCUSSÃO

O TMI é muito raro e caracterizado por lesões benignas, com amplo desenvolvimento e etiologia desconhecida.⁽⁷⁾ Sabe-se que infiltra células inflamatórias de diversos tecidos do corpo, mas tem predileção por pulmões, abdome e pelve de crianças e adultos jovens, com predomínio maior do sexo feminino, além de apresentar maior tendência à recorrência local. A atividade metastática do tumor é rara.⁽⁸⁾ A etiologia desse tumor permanece incerta, porém alguns autores acreditam que ela possa estar relacionada a uma resposta imune a agentes infecciosos, como o vírus Epstein-Barr, ou a agentes não infecciosos, como o trauma, e genéticos, como a translocação cromossômica (2p23) e o gene ALK2. Já outros

autores acreditam que tumores miofibroblásticos são verdadeiras neoplasias.^(3,9) O TMI é conhecido como uma neoplasia intersticial composta por células fusiformes de miofibroblastos em um estroma mucóide. O infiltrado inflamatório consiste predominantemente de plasmócitos e linfócitos, de vez em quando associados a eosinófilos e neutrófilos.⁽¹⁰⁾

Os sintomas clínicos do TMI são inespecíficos. Alguns pacientes podem ser assintomáticos (15%-40%) e descobrem o tumor acidentalmente. Casos sintomáticos podem apresentar febre de longa duração, perda de peso, mal-estar, massa palpável no abdome, dor abdominal recorrente e desconforto e sintomas gastrointestinais, como náuseas e vômito.^(2,3,7,8,11) Os achados laboratoriais mais comuns relatados são anemia microcítica hipocrômica, deficiência de ferro sérico, taxa de hemossedimentação elevada, trombocitose e hipergamaglobulinemia policlonal relacionada à superprodução de interleucina IL-6.^(3,7,8) Como as manifestações clínicas da patologia são inespecíficas, o diagnóstico é basicamente histológico, o qual pode ser confirmado também por imuno-histoquímica e análise de anticorpos.⁽²⁾ Os diagnósticos diferenciais incluem lesões não tumorais, como abscessos, e tumores benignos e malignos, como tumor desmoplásico de pequenas células redondas, linfoma, tumor estromal gastrointestinal (GIST) e outros tumores malignos do trato intestinal.^(2,7)

Histologicamente, a característica mais aparente do TMI é a expressão do gene ALK, achado em 50% dos casos. Na macroscopia, é demonstrada uma massa multilobular de crescimento lento, não encapsulada, com superfície amarelo-amarronzada, que pode destruir o tecido adjacente. Além disso, pode apresentar hemorragias necróticas e calcificações. O tamanho pode variar de 1 a 20 cm.⁽⁷⁾ Microscopicamente, o TMI consiste em uma proliferação de células fusiformes associada a um componente inflamatório crônico formado por plasmócitos, linfócitos e histiócitos ocasionais, os quais apresentam pouca atividade mitótica, com imuno-histoquímica positiva para vimentina, músculo liso antiactina (LMA) e células Ki-67. O gene do linfoma anaplásico quinase (ALK), como mencionado anteriormente, presente em 2p23, é fortemente envolvido na patogenia da lesão.^(1,3,7) Portanto, deve ser diferenciado de miofibroblastoma, carcinoma fusiforme, fibrossarcoma, histiocitoma fibroso e tumor miogênico.⁽⁹⁾ Por isso, é difícil estabelecer o diagnóstico dessa patologia, devido à variedade de manifestações clínicas. O diagnóstico definitivo é feito por imuno-histoquímica, que é positiva para vimentina em aproximadamente 90% dos casos, além da actina de músculo liso, em 92% e músculo liso específico, em 89%.

Terapia cirúrgica com biópsia excisional da lesão é o tratamento de escolha, que se mostra ser a melhor abordagem, pois tem sido curativa em mais de 90% dos casos de TMI.^(1,9) Seu prognóstico é excelente, sendo possível recorrência local ou regional, mas metástases são raras.^(3,7) A paciente neste caso respondeu bem após ressecção local e encontra-se atualmente assintomática,

além de continuar em acompanhamento ambulatorial periódico sem maiores queixas até o momento.

CONCLUSÃO

O TMI apresenta-se como tumor de etiologia desconhecida e de ocorrência rara. Seus locais mais comuns de surgimento são os pulmões, abdome, mediastino e pelve. O diagnóstico, difícil de estabelecer devido às manifestações clínicas inespecíficas da patologia, pode ser determinado por meio de processos histológicos, sendo confirmado por imuno-histoquímicas e análise de anticorpos. Na análise histológica, a característica mais marcante é o predomínio da expressão do gene ALK, além disso, microscopicamente, consiste em proliferação de células fusiformes mescladas com componente inflamatório crônico. Como forma de tratamento, a excisão cirúrgica da lesão provou ser a melhor opção, com taxas de recorrências e metástases muito baixas.

REFERÊNCIAS

1. Silva WP, Zavarez LB, Zanferrari FL, Schussel JL, Faverani LP, Jung JE, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor: rare manifestation in face. *J Craniofac Surg*. 2017;28(8):e751-2. doi: 10.1097/SCS.0000000000003954
2. Samaritne Junior H, Teixeira GZ, Hardy AC, Machuca ME, Garisto AM, Alves Junior AJ, et al. Tumor miofibroblástico inflamatório: relato de caso. *J Coloproctol*. 2018;38(S1):91. doi: 10.1016/j.jcol.2018.08.195
3. Sawant S, Kasturi L, Amin A. Inflammatory myofibroblastic tumor. *Indian J Pediatr*. 2002;69(11):1001-2. doi: 10.1007/BF02726027
4. Palaskar S, Koshti S, Maralingannavar M, Bartake A. Inflammatory myofibroblastic tumor. *Contemp Clin Dent*. 2011;2(4):274-7. doi: 10.4103/0976-237X.91787
5. Antonescu CR, Suurmeijer AJ, Zhang L, Sung YS, Jungbluth AA, Travis WD, et al. Molecular characterization of inflammatory myofibroblastic tumors with frequent ALK and ROS1 gene fusions and rare novel RET rearrangement. *Am J Surg Pathol*. 2015;39(7):957-67. doi: 10.1097/PAS.0000000000000404
6. Siemion K, Reszec-Gielazyn J, Kisluk J, Roszkowiak L, Zak J, Korzynska A. What do we know about inflammatory myofibroblastic tumors? - A systematic review. *Adv Med Sci*. 2022;67(1):129-38. doi: 10.1016/j.advms.2022.02.002
7. Aptel S, Gervaise A, Fairise A, Henrot P, Leroux A, Guillemin F, et al. Abdominal inflammatory myofibroblastic tumour. *Diagn Interv Imaging*. 2012;93:410-2. doi: 10.1016/j.diii.2012.02.002
8. Surabhi VR, Chua S, Patel RP, Takahashi N, Lalwani N, Prasad SR. Inflammatory myofibroblastic tumors: current update. *Radiol Clin North Am*. 2016;54:553-63. doi: 10.1016/j.rcl.2015.12.005
9. Carlos F, Vida ML, Duarte BB, Sakae FA, Marone SA. Inflammatory myofibroblastic tumor: a rare laryngeal case. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(2):271. doi: 10.1590/S1808-86942010000200020
10. Zhang S, Wang Z. A case report on epithelioid inflammatory myofibroblastic sarcoma in the abdominal cavity. *Int J Clin Exp Pathol*. 2019;12(10):3934-9.
11. Zhao JJ, Ling JQ, Fang Y, Gao XD, Shu P, Shen KT, et al. Intra-abdominal inflammatory myofibroblastic tumor: spontaneous regression. *World J Gastroenterol*. 2014;20(37):13625-31. doi: 10.3748/wjg.v20.i37.13625

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)