

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 3, 2024

RBGO

**Integrando CNEs
e periódicos
da Febrasgo**

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

**Por que a Febrasgo
é contra o uso do
termo e expressão
“violência obstétrica”?**

PROTOCOLO

**Prevenção,
diagnóstico e
tratamento da
dengue na gestação
e no puerpério**



**As experiências
das mulheres
com o
DIU
PÓS-PLACENTÁRIO**

Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é uma peça chave para determinar a sequência de atendimento, através de uma representação gráfica CLICÁVEL que demonstra a direção do fluxo das atividades relacionadas ao atendimento de uma paciente.

2 IMPORTÂNCIA

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é útil para estabelecer um diagnóstico ou conduta de forma ágil, a partir dos sintomas relatados pela paciente.

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

- Falta de padrão no atendimento
- Falta de conhecimento a respeito dos papéis dos envolvidos na atividade
- Atrasos nos diagnósticos e retrabalhos

4 COMO VAI FUNCIONAR?

A partir do estado físico em que se encontra a paciente e a cada clique você será orientado a uma continuidade de ações. Você deverá clicar nos "botões" que irão te direcionar às informações sequenciais e a conduta ideal. Clique nos botões "Sim" ou "Não", e serão sugeridas ou não próximas etapas da atividade. Além disso, serão demonstrados através de imagens (👤) ou vídeos (🎥) exemplos relacionados a prática clínica ou cirúrgica do assunto em questão. Clique também para visualizar na tela do seu celular ou computador.



Confira as publicações em nosso portal!

www.febrasgo.org.br/febrasgo-online/fluxogramas

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

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.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

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 Picolo Coimbra. *Correspondência*: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br



Publicação oficial da Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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



EDITORIAL

A satisfação da mulher com o uso de qualquer método contraceptivo é crucial para igualar a eficácia teórica à eficácia prática. *Femina*, com capa belíssima, revela a experiência das usuárias do dispositivo intrauterino inserido após o parto. O artigo destaca as vantagens do método na ótica da mulher: envolvimento no momento de inserção (oportunidade), acessibilidade ao método sem custos, reversibilidade e eficiência, e não interferência do método na lactação. O texto todo, de professores de Campinas, é robusto na metodologia e na análise dos resultados. Leitura mandatória! A relevância do entendimento acerca do método, cerne para a aceitação, é explorada pela jornalista Letícia em entrevista com duas das autoras e duas professoras de outras universidades, com esclarecimentos acerca da oportunidade já durante o pré-natal, do acolhimento e da desmistificação. São três páginas de motivação para todos nós. Em outras duas páginas, Letícia “ouve o sentimento” de dois membros da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, um de São Paulo e outro de Brasília. Os dois são cômicos de que o reconhecimento pela dedicação à Ginecologia e Obstetrícia (GO) ao longo da vida está alicerçado na ocupação das duas cadeiras e as assumem como guardiões da história da GO no Brasil.

Nesta nova gestão da Febrasgo, movimentos fortes têm sido feitos em direção à qualidade das revistas *Femina* e RBGO. Essa nova visão, e compromisso, liderada pelos esforços do professor Marcos Felipe, é claramente definida em texto esclarecedor a todos os membros das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) e dos Conselhos Editoriais das duas revistas. Há preocupação com a manutenção da qualidade dos textos publicados nas revistas da Febrasgo. Aí entra o papel relevante dos revisores: textos com objetivos claros, definição de metodologia usada para responder à questão principal, uso adequado dos métodos estatísticos e sistematização da apresentação dos resultados. Pilares da qualidade científica! Em reconhecimento aos esforços dos autores, a Febrasgo disponibiliza incentivo a eles. Isso é novo! A presidente da Febrasgo, Dra. Maria Celeste, e a presidente da Comissão de Valorização e Defesa Profissional, Dra. Lia, justificam a posição contrária da Febrasgo à utilização do termo “violência obstétrica”. Não há espaço para o uso dessa expressão quando se pretende críticas construtivas. Imaginar e colocar o médico da mulher contra a integridade física e emocional dela é inconcebível, a não ser na visão dos agressores verbais misturados numa sociedade saudável e construtiva. Fica bem claro no texto das duas autoras, mulheres, que a Febrasgo não aceita, e não aceitará, rótulo pejorativo na execução da ciência e da arte na especialidade.

O Caderno Científico nos premia com doze páginas douradas. A CNE em Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo premia os leitores de *Femina* com texto robusto sobre vulvovaginites em gestantes. São onze pontos-chave examinando aspectos fisiológicos e apontando as alterações mais frequentes. O texto segue com nove recomendações acerca das melhores opções no diagnóstico e tratamento. O envolvimento do parceiro é destacado. Relevante é que a mulher chegue ao término da gravidez com sua flora vaginal normal, medida ímpar na prevenção das infecções pós-parto. O texto supera também por sua riqueza em referências atualizadas. Uma síntese do *Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Dengue na Gestação e no Puerpério* também beneficia o Caderno Científico. A síntese é eclética e mostra as mãos de dez expoentes-cientistas de nosso país, debruçados na epidemia de dengue no Brasil. Os ensinamentos são muitos e a leitura é convidativa.

Os editores da *Femina* e RBGO estão certos de que caminharão juntos com os membros das CNEs ao longo dos próximos anos, assegurando uma Febrasgo forte.

Outro volume imperdível de *Femina*. Boa leitura.

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR

SUMÁRIO



126 Capa

Experiências de mulheres com o dispositivo intrauterino pós-placentário: um estudo qualitativo

136 Entrevista

Uma conversa sobre o DIU pode mudar tudo

140

Anago

Acadêmicos imortais da Anago

142

ESPAÇO RBGO

É imprescindível uma maior participação das CNEs da Febrasgo para a sustentabilidade dos periódicos RBGO e *Femina*

146

Federada

“Nasci dentro da Sogomat-Sul”



148

Workshop

Febrasgo apresenta seu planejamento estratégico durante *workshop* no Rio de Janeiro

150

Defesa e Valorização Profissional

Por que a Febrasgo é contra o uso do termo e expressão “violência obstétrica”?



153

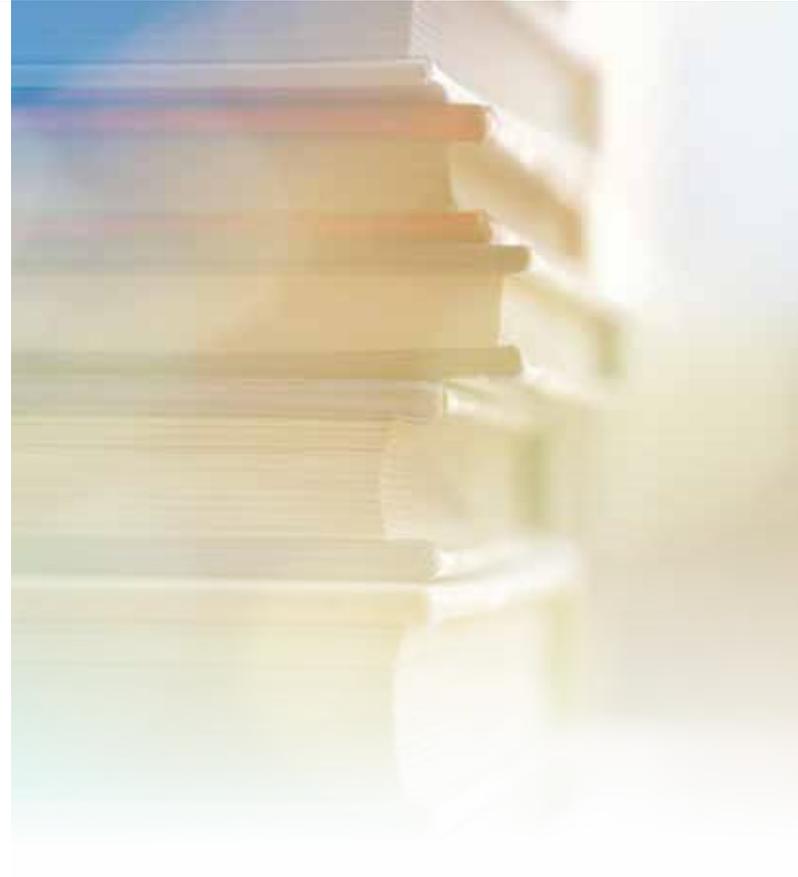
Caderno Científico

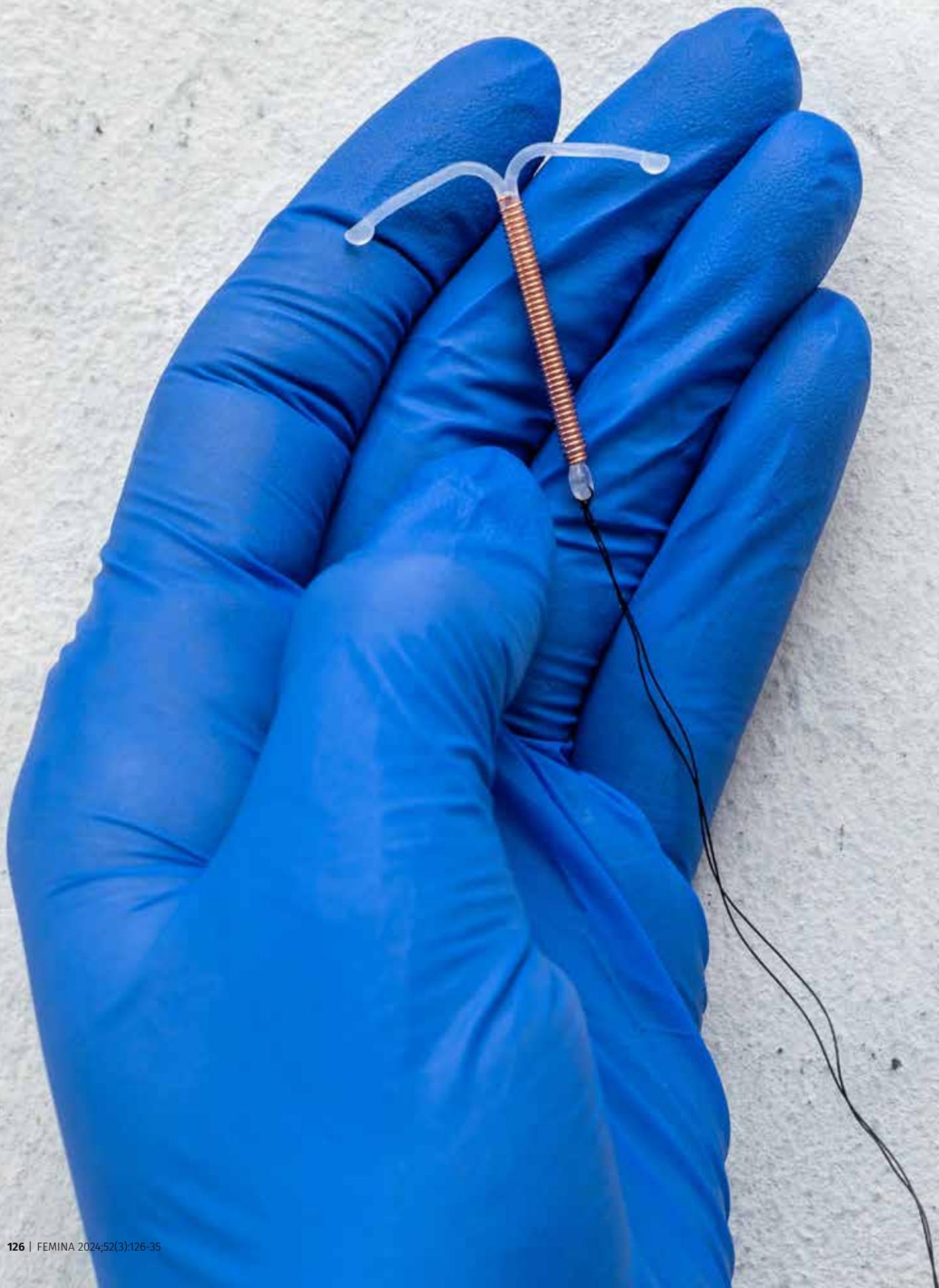
FEBRASGO POSITION STATEMENT

Vulvovaginites em gestantes

PROTOCOLO

Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério





Experiências de mulheres com o dispositivo intrauterino pós-placentário: um estudo qualitativo

Ana Beatriz Venturin¹, Débora Bicudo de Faria Schützer¹, Odette del Risco Sánchez¹, Larissa Rodrigues¹, Thuany Bento Herculano¹, Fernanda Garanhani de Castro Surita¹

Descritores

Dispositivo intrauterino; Período pós-parto; Contracepção reversível de longa duração; Pesquisa qualitativa; Saúde reprodutiva

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Fernanda Garanhani Surita
surita@unicamp.br

Como citar:

Venturin AB, Schützer DB, Sánchez OR, Rodrigues L, Herculano TB, Surita FG. Experiências de mulheres com o dispositivo intrauterino pós-placentário: um estudo qualitativo. *Femina*. 2024;52(3):126-35.

Este artigo é a versão traduzida do paper "Women's experiences with the post-placental intrauterine device: a qualitative study", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;e-46:rbgo44.

RESUMO

Objetivo: Explorar as experiências das mulheres com a inserção do dispositivo intrauterino pós-placentário e o processo de tomada de decisão no período pós-parto.

Métodos: Estudo qualitativo com entrevistas individuais utilizando roteiro semiestruturado de perguntas abertas. A amostra foi selecionada intencionalmente utilizando o conceito de saturação teórica de informações. **Resultados:** As entrevistas foram realizadas (1) no pós-parto imediato e (2) na consulta de revisão pós-parto. Foram entrevistadas 25 mulheres (N = 25) maiores de 18 anos que tiveram parto seguido de inserção de dispositivo intrauterino pós-placentário entre outubro de 2021 e junho de 2022. Foram construídas três categorias: (1) processo de escolha, (2) relacionamento com a equipe de saúde no momento do parto e no período pós-parto, e (3) saber ou não saber sobre contracepção, eis a questão. **Conclusão:** O manejo da comunicação dos profissionais, o conhecimento popular, as vantagens do dispositivo intrauterino e o momento de oferta do dispositivo intrauterino desempenham papel fundamental na construção do conhecimento sobre o dispositivo intrauterino. O processo de escolha não foi algo que se encerrou no tempo, mas, sim, continuou mesmo após a inserção do dispositivo intrauterino pós-placentário.

INTRODUÇÃO

O dispositivo intrauterino (DIU) é um método contraceptivo de longa duração (LARC) com alta eficácia comprovada.⁽¹⁾ A taxa de falha do DIU é inferior a 1% durante o primeiro ano de uso.⁽¹⁾ Em todo o mundo, a percentagem de uso do DIU é de 16,8%, variando de 6,5% em países de alta renda a 3% em países de baixa renda.⁽²⁾ Dados do Ministério da Saúde mostram que apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva utilizam o DIU de cobre, apesar de ser um método gratuito fornecido pelo Sistema Único de Saúde.^(3,4)

Os obstáculos à adesão ao DIU incluem a falta de informação das mulheres sobre o mecanismo de ação, os efeitos colaterais e a eficácia do DIU. Além disso, a falta de profissionais capacitados para inserção, protocolos rígidos que exigem a realização de diversos exames antes da inserção e idas frequentes ao serviço de saúde são desafios para a adesão ao DIU.^(5,6)

A inserção do DIU no pós-parto imediato também é chamada de DIU pós-placentário (DIUPP). Apesar de apresentar taxa de expulsão superior à da inserção de intervalo (seis semanas após o parto), os dados da análise de custo-benefício endossam a superioridade da inserção do DIUPP na redução de gravidezes não planejadas, sobretudo para mulheres em situação de vulnerabilidade, que têm maior probabilidade de faltar à consulta pós-parto.^(7,8)

Mulheres sentem-se satisfeitas quando são ouvidas ou quando são atendidas as suas vontades individuais, quando têm autonomia na escolha sobre contracepção.⁽⁹⁾ A literatura aponta para a necessidade de que sejam realizadas mais pesquisas qualitativas que evidenciem a perspectiva das mulheres sobre promoção, acessibilidade e aceitabilidade dos LARCs.⁽¹⁰⁾ Nesse contexto, pesquisas qualitativas na área podem ampliar a compreensão sobre a experiência vivida, dando voz às mulheres acerca de questões reprodutivas.⁽¹¹⁾ Com isso, elas podem instrumentalizar as equipes de saúde, de forma naturalística, para uma abordagem mais humanizada e acompanhamento mais efetivo dessa população.

Portanto, o objetivo deste estudo foi explorar o relato de mulheres sobre a inserção do DIUPP e revisitar o processo de tomada de decisão sobre contracepção no pós-parto imediato.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas individuais seguindo roteiro semiestruturado de questões abertas realizadas no pós-parto imediato e na consulta de revisão pós-parto. A pesquisa qualitativa torna compreensíveis as experiências vividas por meio dos significados atribuídos pelas próprias participantes em suas experiências. Nesse método, as entrevistas individuais são consideradas uma ferramenta de pesquisa que busca interpretar em profundidade as descrições das experiências vividas no contexto de saúde.⁽¹¹⁾

A pesquisa foi realizada no Hospital da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, Brasil – hospital universitário terciário especializado em saúde da mulher do sistema público de saúde.

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos que realizaram parto no Hospital da Mulher, seguido de inserção de DIUPP. A construção da amostra foi realizada por conveniência, considerando o critério de saturação teórica em que os pesquisadores identificaram os principais padrões de significados relevantes frequentes e

comuns entre as entrevistas. Esses padrões foram organizados em categorias e subcategorias.⁽¹²⁾

Inicialmente, a pesquisadora principal (ABV), psicóloga com experiência em entrevistas qualitativas e psicologia clínica, realizou uma fase de aculturação na enfermaria de alojamento conjunto do Hospital da Mulher, entre julho e setembro de 2021. Essa fase consistiu em momentos em que a pesquisadora se inseriu no ambiente em que a pesquisa foi conduzida e observou as relações entre usuárias do serviço e profissionais de saúde, além da observação de condução de procedimentos e relações de trabalho. As informações provenientes dessa fase do estudo foram registradas no diário de campo e utilizadas para refinar as perguntas inicialmente propostas para as entrevistas.

As participantes foram convidadas para o estudo durante o período pós-parto imediato, enquanto estavam em alojamento conjunto, nas primeiras 48-72 horas após o parto. A primeira autora (ABV) acessou os prontuários das usuárias e convidou todas as mulheres que haviam inserido o DIUPP.

A abordagem das voluntárias incluiu os seguintes momentos: (a) apresentação mútua entre pesquisador e entrevistada, com exposição dos objetivos da entrevista, explicação e assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (b) coleta de dados sociodemográficos, cuja aplicação cooperou para o estabelecimento de um *rapport*; (c) entrevista semidirigida em profundidade com roteiro com questões abertas, favorecendo que a entrevistada falasse o máximo possível sobre o tema do estudo e garantindo o respeito às falas da entrevistada; e (d) finalização da entrevista, perguntando à entrevistada se ela queria complementar ou perguntar algo que não foi previamente colocado.

As entrevistas foram realizadas em dois momentos com cada uma das participantes: 1) antes da alta hospitalar e 2) na consulta de revisão pós-parto, entre 40 e 60 dias após o parto, ambos os momentos em espaço silencioso e com privacidade. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise (Figura 1).

ROTEIRO DE ENTREVISTA	
<ul style="list-style-type: none"> • Como está sendo a experiência de ser mãe? • Conte-me o que pensa sobre métodos contraceptivos no pós-parto • Quais métodos contraceptivos você conhece? Como foi que os conheceu? • Você já colocou/usou métodos contraceptivos? Quais? • Você conhece o DIU de cobre? O que sabe sobre ele? • O que é importante para você na hora de decidir sobre o uso de contraceptivos? • Pensa em engravidar novamente? Quando? • O que pensa sobre o uso de contraceptivos logo após o parto? • A equipe de saúde lhe apresentou formas de contracepção no pós-parto? Quais? Como foi essa experiência? 	<ul style="list-style-type: none"> • O que você pensa da decisão que tomou sobre a inserção do DIU logo após o parto? Está satisfeita? Arrepende-se? • Como tomou a decisão? • O que você considera que influenciou sua decisão? Conte-me sobre isso. • Você conversou sobre isso com família/amigos(as)/parceiros(as)? Se sim, como foi? Se não, por quê? • Conte-me sobre como você tem se sentido em relação ao atendimento da equipe de saúde. • Como foi a interação com os profissionais de saúde em relação ao pós-parto? • Como você se sentiu durante as conversas com os profissionais de saúde?

DIU: dispositivo intrauterino.

Figura 1. Roteiro de entrevista

Foram realizados seis encontros entre maio de 2022 e abril de 2023 para abordar as seis primeiras das sete etapas previstas para a Análise de Conteúdo Clínico-qualitativa.

Todas as entrevistas realizadas durante o pós-parto imediato e nas consultas de revisão pós-parto foram analisadas em conjunto. Para análise dos dados, foi utilizada análise temática seguindo os sete passos previstos para Análise de Conteúdo Clínico-qualitativa.^(13,14) A análise clínico-qualitativa envolve reflexão crítica sobre os processos realizados em cada etapa com outros pesquisadores qualitativos, razão pela qual as etapas 1 a 4 da análise foram realizadas por três autoras e as etapas 4 e 5 envolveram outra autora do artigo para refinar e ampliar a compreensão dos resultados.⁽¹⁴⁾

A validação dos resultados foi realizada em duas reuniões com o Grupo de Pesquisa SARHAS (Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis), composto por

uma equipe multidisciplinar de pesquisadores. Além disso, resultados parciais foram apresentados no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria de 2022.⁽¹⁵⁾ O *checklist COnsolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) também foi utilizado para garantir o rigor qualitativo do estudo.⁽¹⁶⁾

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) 4.956.066 sob o número CAAE 50670921.9.0000.5404.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 25 mulheres entre outubro de 2021 e junho de 2022. As participantes tinham entre 18 e 42 anos. Todas as participantes realizaram pré-natal (número de consultas autodeclaradas pelas participantes) e a maioria possuía ensino médio completo e vivia com companheiro(a), conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Características das entrevistadas

# Entrevistada	Idade (anos)	Cor da pele	Escolaridade	Companheiro(a)	Entrevista de revisão pós-parto
1	30	Branca	Ensino Médio	Sim	Sim
2	42	Branca	Ensino Fundamental	Não	Não
3	21	Parda	Ensino Médio	Não	Sim
4	34	Parda	Ensino Médio	Sim	Sim
5	20	Parda	Ensino Médio	Sim	Sim
6	25	Parda	Ensino Médio	Não	Não
7	25	Parda	Ensino Médio	Sim	Sim
8	24	Parda	Ensino Médio	Sim	Sim
9	32	Branca	Ensino Médio	Sim	Não
10	19	Preta	Ensino Médio	Não	Não
11	21	Branca	Ensino Médio	Sim	Sim
12	35	Preta	Ensino Médio	Não	Sim
13	35	Branca	Ensino Médio	Sim	Não
14	32	Parda	Ensino Médio	Sim	Sim
15	21	Branca	Ensino Fundamental	Não	Não
16	23	Preta	Ensino Fundamental	Não	Sim
17	34	Parda	Ensino Médio	Sim	Não
18	37	Branca	Ensino Superior	Sim	Não
19	26	Preta	Ensino Médio	Sim	Não
20	18	Parda	Ensino Fundamental	Não	Não
21	42	Branca	Ensino Superior	Sim	Não
22	25	Parda	Ensino Fundamental	Não	Não
23	27	Preta	Ensino Médio	Sim	Sim
24	20	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	Não	Não
25	26	Branca	Ensino Médio	Sim	Não

Durante a análise de conteúdo, foram construídas três categorias e sete subcategorias, conforme descrito na figura 2.

Processo de escolha

A escolha do método contraceptivo compreende um processo dinâmico que envolve elaborações psicossociais e intrapsíquicas. A escolha do método contraceptivo não termina no momento da decisão ou no ato de escolher. Portanto, devemos compreender a escolha como um processo complexo que não pode ser isolado no tempo. Esse processo é influenciado por aspectos psicossociais construídos durante as experiências das mulheres relacionadas à contracepção durante a vida reprodutiva.

Influência de outros

As mulheres recorreram às experiências e opiniões de outras pessoas sobre o DIU para tomar a sua decisão sobre o uso de contraceptivos. As pessoas citadas são figuras próximas que ocuparam um lugar de afeto na vida das mulheres, como mostram os depoimentos a seguir:

“Na verdade, uma amiga minha disse que colocou o DIU e se sentiu muito melhor. Ela disse: ‘Ao invés de tomar pílula, tomar injeção, que pode causar alguma outra reação, vai atrás do DIU, porque você não tem aquela preocupação: Ah, vou falhar, aí deixei de tomar o remédio, esqueci.’ Ela disse: ‘Com o DIU não existe esse problema’, então conversamos e acabei me interessando por essa opção.” (M9)

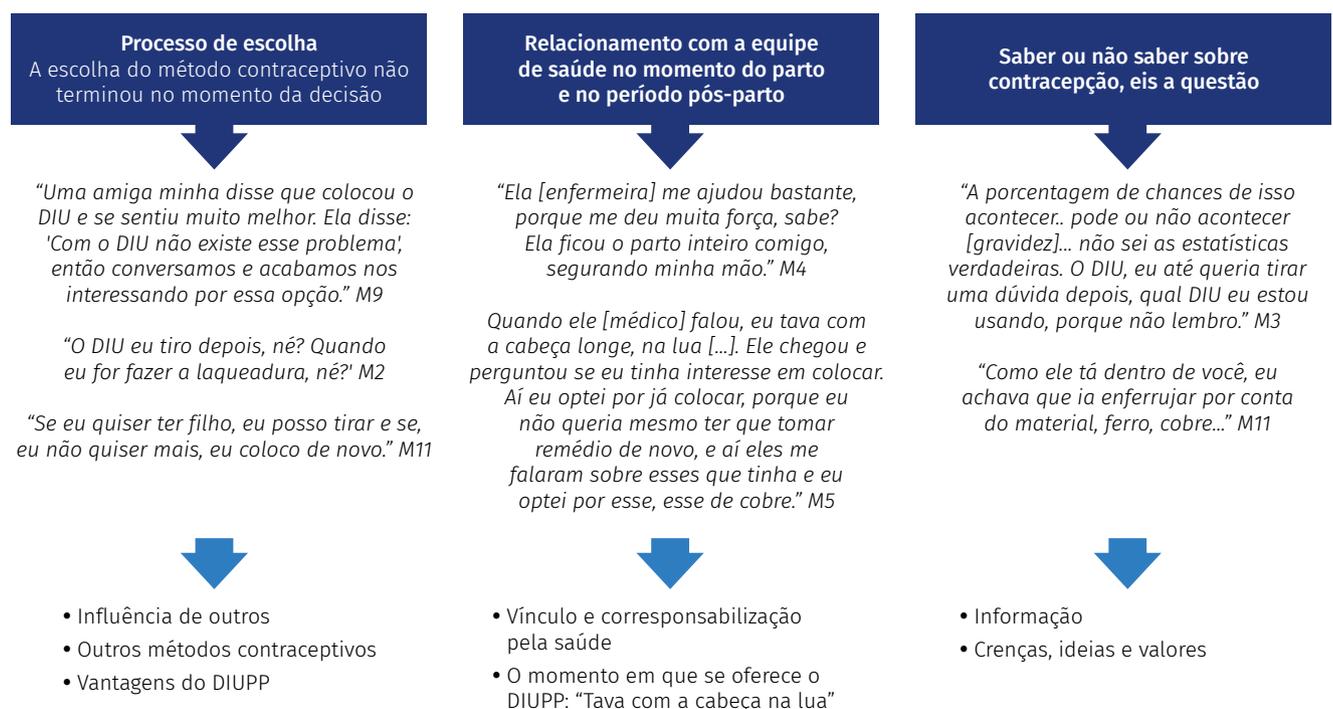
“Estávamos eu e minha mãe no quarto [no parto], aí minha mãe, que usou por muito tempo o DIU, falou assim: ‘Coloca, porque eu usei muito tempo e ele é muito bom’. Aí, falei: ‘Então, tá bom’. Ela falou que era bom, aí eu falei [para os profissionais de saúde]: ‘Então pode colocar.’” (M12)

Às vezes, o parentesco era desnecessário para que a opinião da pessoa próxima fosse relevante para a mulher. O que contou foi o afeto e a referência que as pessoas envolvidas tiveram na vida da mulher.

“Até a minha assistente social, ela também faz o uso do DIU, ela me aconselhou bastante. Procurei bastante, também, referência na internet, procurei me informar mais um pouco... E foi isso. [...] Ela é uma excelente assistente social, sabe? Tem um cuidado, assim, enorme com a gente aqui. E ela me aconselhou bastante, me passou bastante confiança, porque ela faz uso do mesmo DIU, faz uso do de cobre também.” (M14)

Outros métodos contraceptivos

A decisão sobre o uso do DIU passou pela experiência com outros métodos contraceptivos e desejo por algo definitivo e prático. As mulheres frequentemente disseram que chegaram à unidade de saúde com vontade de fazer o procedimento de laqueadura ou fazer uso de outro LARC, como os implantes subdérmicos. Além disso, disseram que não se sentiam confortáveis em utilizar outros métodos contraceptivos, como pílulas anticoncepcionais e injeções, devido aos efeitos colaterais e à necessidade de reaplicação das doses periodicamente. Assim, estavam mais propensas



DIUPP: dispositivo intrauterino pós-placentário; DIU: dispositivo intrauterino.

Figura 2. Processo de construção das categorias

a usar o DIU. Houve casos de mulheres que aceitaram o uso do DIU até que pudessem realizar o procedimento de laqueadura, como mostra o depoimento a seguir:

“O DIU eu tiro depois, né? Quando eu for fazer a laqueadura, né?” (M2)

Outras comentaram sobre suas experiências anteriores com contraceptivos e a possibilidade de tentar algo novo:

“Eu optei por ele mesmo, porque remédio já não confio mais e a injeção eu também não confio, então eu optei pelo DIU.” (M5)

Foram citados efeitos colaterais dos métodos contraceptivos com hormônio como motivos para o desejo de uso do DIU:

“Só que eu sempre tive muito medo, porque eu sempre li sobre trombose, sobre os riscos da contracepção em alguns casos por conta do hormônio.

Então, eu sempre me senti muito insegura e aí eu acabava optando por não me proteger com hormônio, somente com a camisinha ou ali acompanhando pela tabela. Porque eu tinha muito medo de ter algum... trombose, efeito colateral que fala.” (M7)

Vantagens do DIUPP

Alguns pontos foram levantados em relação ao que era vantajoso e prático no uso do DIU e na inserção no pós-parto imediato (Quadro 2).

Relacionamento com a equipe de saúde no momento do parto e pós-parto

O relacionamento com a equipe de saúde foi descrito como geralmente bom durante o parto e pós-parto. As mulheres às vezes eram mais específicas sobre os cuidados com a inserção do DIU e do DIU.

Vínculo e corresponsabilização pela saúde

O afeto e a confiança nos profissionais de saúde vieram na forma de contato corporal e comunicação não verbal:

“Ela [enfermeira] me ajudou bastante, porque me deu muita força, sabe? Ela ficou o parto inteiro comigo, segurando minha mão [...]. Então, quando eu cheguei aqui, na sala de parto, a enfermeira veio falando, conversando comigo, então, aquilo eu achei muito importante, porque, pra mim, que não tava nem pensando naquele momento sobre o método, foi muito bom. Assim, foi uma solução muito rápida, prática, que acho que vai ajudar muita gente.” (M4)

O respeito pelo corpo da mulher apareceu quando os profissionais de saúde comunicaram o que estavam fazendo:

“Eu achei bom, porque eles foram explicando tudo, como iam colocar, já sei até como colocar (risos). Eles explicaram o que ia fazer, como ia fazer, então isso deu mais propriedade pra gente, porque a gente tá deitado, não sabe o que tá acontecendo lá embaixo.” (M11)

O momento em que se oferece o DIUPP: “Tava com a cabeça na lua”

Os resultados mostraram que o momento em que o método contraceptivo é oferecido gera diferentes reações entre as mulheres quanto à percepção da escolha do método, à cognição e ao tempo envolvido na tomada de decisão.

Oferecimento do método no pré-natal

Quando o método contraceptivo foi oferecido durante o pré-natal, o relato das mulheres englobava uma satisfação com o atendimento e um desejo pelo método que, ao contrário das outras participantes, não afetou a cognição ou a memória no momento do parto.

Quadro 2. Vantagens do DIUPP na perspectiva das mulheres

Vantagens do DIUPP	Citações das participantes
Praticidade da inserção	<i>“Lá na hora do parto já fazia tudo de uma vez.” (M1) “Perfeito, porque já estava ali naquela emoção [parto/pós-parto imediato], naquela coisa toda e essa minha vizinha falou que, quando ela foi colocar, incomodou um pouco, realmente senti esse incômodo. Mas, pra quem já tava na chuva, falei: ‘não, vamos molhar de vez! Já vamos colocar’. Então já aproveitei o embalô e já coloquei.” (M9)</i>
Acessibilidade aos serviços de saúde e acesso gratuito ao DIU	<i>“A diferença é que o nosso colo tá mais aberto, acho que é, né? A diferença é essa. Depois, eu não sei se tem algum empecilho pra passar [inserir o DIU], mas acredito que não.[...] Ah, é o benefício, né, que eu já estou aqui... Não tenho que vir aqui de novo... Ah, pelo fato de a gente ter fácil acesso nesse pós-parto, e é gratuito... E não tem que ficar lembrando de ‘Ah, tem que tomar alguma coisa!’” (M21)</i>
Método reversível	<i>“Eu achei bom colocar depois do parto [...]. Porque não precisa ficar lembrando dele toda vez pra trocar e, se eu quiser ter filho, eu posso tirar, e se eu não quiser mais, eu coloco de novo, então ele é mais prático também [...].” (M11)</i>
Método seguro e duradouro	<i>“Em relação a minha rotina mesmo, é... O fato de eu não esquecer de tomar ou de injetar se for o caso do mensal, de ir na farmácia para tomar a injeção. É isso que eu quero dizer em relação ao mais seguro. É falta de preocupação mesmo e da rotina, que, às vezes, acabo esquecendo.” (M7)</i>
Não interferência durante o período de amamentação	<i>“Conversando com a minha médica, ela deu a opção desse DIU. Aí eu falei com ele [marido] e ele topou, porque o DIU não iria prejudicar a amamentação pra neném. Porque, no momento, a gente viu mais seguro, fora a camisinha, de se proteger em questão de conseguir amamentar ela.” (M18)</i>

DIUPP: dispositivo intrauterino pós-placentário; DIU: dispositivo intrauterino.

“Ah, eu achei legal. Porque, mesmo que a intenção dela [médica] fosse essa [falar sobre contracepção], eu achei que ela foi muito... não direta, mas muito... ela soube chegar no assunto sem falar assim ‘não é para você engravidar agora.’” (M25)

Algumas mulheres se convenceram da decisão do dia do parto:

“E tava no meu cartão, né, escrito no meu cartão lá que queria o DIU. Mas, assim que eu entrei na sala, eu falei: ‘ó, tenho o DIU para pôr, hein’. As enfermeiras correndo pegaram o DIU: ‘não, já está aqui já’. ‘Magina’, eu que lembrei.” (M16)

Oferecimento do método no momento do parto

As mulheres recorrentemente disseram que os profissionais de saúde ofereceram o DIU no dia do parto/durante o parto/no pós-parto imediato e sobre o nível de consciência e atenção no momento: *“com a cabeça na lua”*. Ou seja, as mulheres consideraram não estarem muito atentas ao que o profissional de saúde dizia no momento do oferecimento do método, como descrito nas falas:

Quando ele [médico] falou, eu tava com a cabeça longe, na lua [...]. Ele chegou e perguntou se eu tinha interesse em colocar... Porque eles colocam, né... Assim, a criança nasce e eles colocam ou na revisão do pós-parto... Aí eu optei por já colocar, porque eu não queria mesmo ter que tomar remédio de novo, e aí eles me falaram sobre esses que tinha e eu optei por esse, esse de cobre. [...] Foi bem interessante... porque eu já queria que alguém tivesse falado comigo sobre isso, só que eu achei que só seria depois da revisão e foi bom.” (M5)

“Eu estava tão nervosa [no parto] que eu queria que acabasse logo que eu nem cheguei a perguntar, mas, como eu tenho que marcar as consultas tudo, eu vou chegar e perguntar. Tirar minhas dúvidas sobre. [...] A paciência deles, a compreensão que eles têm pelos pacientes, a igualdade...cada paciente ele trata igual também. Acho que tudo, tudo que os médicos fazem aqui é muito bom.” (M20)

Também surgiram falas de mulheres que já queriam usar algum método ou já tinham interesse no DIU antes do oferecimento do dispositivo pelos médicos:

“Ela [enfermeira] falou: ‘Você sabia que agora pode colocar no pós-parto?’. Eu falei: ‘Não’. Aí ela falou: ‘Se você quiser colocar, a gente vai tentar colocar’. Eu falei: ‘Ótima ideia!’. Não perguntei nem pro meu marido, eu falei: ‘Eu quero!’. Aquilo ali foi, assim, não deu tempo de eu pensar, foi muito rápida a resposta, mas eu gostei muito.” (M4)

“Eu estava bem lúcida, ciente do que estava acontecendo. Quando ele perguntou, na hora eu respondi ‘sim’, mas porque eu já tinha esse pensamento de não querer mais ter filhos. Então, pra mim foi supertranquilo.” (M19)

Saber ou não saber sobre contracepção, eis a questão

Durante as entrevistas, as mulheres responderam que não sabiam nada sobre o DIU e, apesar de a falta de informação ter sido algo muito recorrente, muitas vezes o “saber” que as mulheres falavam sobre ignorava, na visão delas mesmas, todo o conhecimento popular que possuíam. Possivelmente, ao serem questionadas sobre a vivência com o método por uma pesquisadora vinculada à universidade, elas se sentiam intimidadas e acabavam relacionando o saber ao saber técnico-científico. Isso nos permite supor que essa experiência também é vivida na relação médico-paciente.

Informação

As mulheres se referiam à própria experiência com o DIU quando diziam que não sabiam nada sobre o método. Algumas outras vezes, realmente faltavam informações sobre o funcionamento do DIU, material do DIU, acompanhamento e como é feita a inserção. As mulheres, inclusive, associaram a pesquisadora a uma médica/enfermeira que poderia tirar suas dúvidas durante a entrevista. As participantes falaram sobre como os médicos e enfermeiros falaram sobre o DIU quando ofereceram o método, mas que não conseguiam lembrar o que foi dito.

“A porcentagem de chances de isso acontecer... pode ou não acontecer [gravidez]... não sei as estatísticas verdadeiras. O DIU, eu até queria tirar uma dúvida depois, qual DIU eu estou usando, porque não lembro.” (M3)

Por outro lado, as mulheres falaram sobre como as informações fornecidas pelos profissionais de saúde fizeram elas sentirem-se mais seguras após a expulsão do DIU:

“Já conhecia assim entre aspas, saber que existia o DIU de cobre, o outro DIU, né, que não é o de cobre, que é o hormonal, mas nunca tinha tido contato. E, aí, quando saiu [corpo expulsou] também, eu olhei e tudo mais, vi e as meninas me explicaram bastante como ele funciona e tudo mais. Aí, foi mais uma segurança pra mim também.” (M7)

As participantes também falaram sobre a desinformação veiculada por médicos e profissionais de saúde de outros serviços de saúde sobre a inserção do DIUPP:

“A minha médica falou que não se coloca DIU no pós-parto, porque o útero tá inchado e automaticamente, quando o útero fica normal, ele vai expulsar o DIU. Não sei se isso é verdade ou não, então era bom passar essa informação, porque eu não sei se eu fui a primeira que o DIU não deu certo ou se várias pessoas já passaram antes de mim, no mesmo processo que eu tive e também não deram certo...” (M12)

Crenças, ideias e valores

As ideias descritas pelas mulheres acerca do DIU eram ideias construídas a partir de relatos de pessoas próximas e crenças individuais. Muitas delas mostraram não

ter informações suficientes ou se sentir confusas para falar sobre esse método. Crenças sobre a duração do DIU surgiram por conta do material de cobre presente no dispositivo. Uma participante associou o cobre ao ferro, podendo enferrujar com o tempo.

“Mas eu não sabia que ele durava 10 anos, que não precisava trocar, pensava que toda vez precisava trocar, porque, como ele é de ferro, de cobre, eu achava que tinha que estar trocando. Porque falam que enferruja. Eu pensei que tinha que trocar, mas agora ela [profissional de saúde] me passou que vai até 10 anos [...]. Como ele tá dentro de você, eu achava que ia enferrujar por conta do material, ferro, cobre...”

Daí eu pensei: ‘nossa, já pensou colocar lá dentro e enferrujar?’. Daí, eu fiquei com medo, mas depois ela me passou que não enferruja.” (M11)

Muitas participantes trouxeram questões relacionadas às notícias brasileiras em que a mídia expôs fotos de crianças recém-nascidas com o DIU na mão/preso no cabelo:

“Já ouvi falar que o DIU andou, que a criança nasceu com o DIU na mão, essas histórias só.” (M13)

“Eu já vi no Facebook, algo assim, que o bebê chegou a nascer com o DIU enrolado no cabelo. É verdade isso? O DIU tem como tipo se soltar, né? [...] Então, no caso dessa mulher, eu acho que o DIU soltou e ela acabou engravidando.” (M20)

Houve relatos sobre crenças criadas para sanar dúvidas

“É porque a gente não vai pôr uma coisa dentro da gente que a gente não sabe o que significa, o que que vai acontecer, o que vai funcionar... Mas eu não tenho assim visão ‘como que é’, que muita gente fala, eu fiquei sabendo, que o DIU dá errado, que a criança nasce com o DIU na mão, essas coisas [...]. Eu tava meio assim de colocar o DIU, porque eu tava com medo do meu útero não aceitar, por conta dessa cirurgia que eu tinha feito dela. Eu tinha medo, porque eu achava que o DIU não ia fazer efeito nenhum [...]. O meu útero era virado. Eu achava que, por ele ser virado, por conta da minha última neném, penúltima neném, eu achava que ele não ia aceitar por isso. Só por conta disso, porque eu coloquei na minha cabeça: ‘Ah, o meu útero é virado, então não vai’. Não foi nem porque o médico falou: ‘Ah, seu útero é virado, não vai’. Eu coloquei na minha cabeça e achei.” (M16)

A importância de acolher crenças, ideias e valores

Muitas vezes, o profissional de saúde comunicou à mulher tudo o que ela deveria saber sobre o DIU antes da inserção, contudo, a mulher, por inúmeros motivos, não pôde assimilar as informações. Dessa forma, as mulheres trouxeram a vivência de inserção do DIU como um momento de submissão aos saberes médicos, e não como uma pessoa ativa no processo. A relação entre

profissionais de saúde e usuárias do serviço apareceu nas entrevistas por meio do medo de abordar os médicos e enfermeiros para tirar dúvidas e pedir orientações. As entrevistadas relataram que não tiraram suas dúvidas no momento em que o profissional ofereceu o DIU. As mulheres sentiram que poderiam ser “xingadas” pelos médicos se mostrassem as suas dúvidas sobre contraceção ou fizessem algo errado do ponto de vista do médico.

“Aí eles colocaram [o DIU]. Eu não sei como eles colocaram, porque minha perna estava adormecida. Eu não sei se foi pelo corte da cesárea [...]. [Sobre pedir orientações ao médico] Porque senão eles [médicos] iam brigar comigo tomando remédio sem eles mandar... Eles iam me xingar, porque eu tomei remédio sem eles mandarem, sem a orientação do médico. Porque não pode. [...] Minha irmã tomava [pílula anticoncepcional] para não descer [menstruação], ela pegou câncer, faleceu... Ela tomava direto, ela não parava, pra não descer. Que ela teve câncer por causa disso, por causa dos remédios que ela tomava... Que ela não deixava descer e é perigoso não deixar descer, né?” (M23)

Houve relato sobre a dificuldade em falar sobre contraceção com os médicos durante a gravidez por conta da ideia de que o bebê, dentro do útero, fosse se sentir rejeitado pela mãe.

“Você não quer falar, na verdade, você não quer falar: ‘Eu não quero mais ter filho’, principalmente porque... É o que eu penso... Tenho medo de ele se sentir rejeitado ao falar sobre esse assunto perante ele, esse é o meu pensamento, a minha visão. No entanto, quando eu descobri que tava grávida, por mais que eu não esperava estar grávida, eu aceitei numa boa, porque eu sabia que, se eu rejeitasse, ele estaria ciente de que eu estava rejeitando ele.” (M19)

DISCUSSÃO

As experiências das mulheres com o uso do DIU no pós-parto imediato envolvem a revisitação das próprias experiências com o uso de outros métodos contraceptivos, das experiências de outras pessoas com o DIU, do vínculo com o profissional de saúde que oferece o método e do momento da oferta do método.

Os resultados deste estudo também são consistentes com a literatura, que afirma que outras influências interpessoais contribuem para a decisão contraceptiva e como a família, por exemplo, exerce forte influência sobre a continuidade do uso do DIUPP.⁽¹⁷⁾ Nesse sentido, os dados atuais mostram que a vivência, tanto da própria mulher quanto de pessoas próximas, deve ser investigada nas consultas de pré-natal e planejamento familiar. A literatura já descreve que a autonomia reprodutiva também tem impacto na escolha de métodos mais eficazes, como os LARCs.⁽¹⁸⁾

As vantagens da DIUPP foram apresentadas como elementos-chave no discurso das mulheres durante o processo de escolha, e os achados são semelhantes aos

encontrados na literatura, em que as mulheres se sentem satisfeitas e entusiasmadas com a conveniência da inserção logo após o parto.^(9,19)

Receber orientações contraceptivas e ferramentas para planejamento reprodutivo ainda grávida permite que a mulher tome decisões autônomas e conscientes no pós-parto.^(20,21) Ouvir falar do DIU ainda grávida aumenta a chance de aceitá-lo no pós-parto. O pós-parto é um momento de vulnerabilidade psicológica para a mulher e a discussão sobre métodos contraceptivos nesse momento pode não ser bem assimilada e introjetada.^(22,23)

Por outro lado, os resultados deste estudo mostraram que as mulheres frequentemente descreveram o recebimento da oferta de inserção do DIU no dia do parto como uma boa oportunidade. Pensar em como oferecer métodos contraceptivos no pós-parto imediato àquelas mulheres que não tiveram acesso à orientação contraceptiva durante o pré-natal é um cuidado mais do que necessário, pois pode representar a única oportunidade de contracepção para muitas mulheres com acesso limitado aos serviços de saúde.

Portanto, é necessário considerar formas de acompanhamento da mulher no pós-parto para reavaliar a decisão de inserção do DIU, pois não é uma escolha que termina com a inserção, mas sim um processo que permanece mesmo após a escolha do método.⁽²⁴⁾ Por exemplo, houve casos em que as mulheres decidiram reinserir o DIU na consulta pós-parto e puderam entender mais sobre o dispositivo nesse segundo encontro com os profissionais de saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, o vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo”.⁽²⁵⁾ Nessa perspectiva, é no relacionamento que haverá espaço para ouvir as informações que a mulher já tem sobre o DIU e poder argumentar sobre o que diz a ciência para que a mulher possa tomar a decisão. Portanto, o acolhimento e a escuta ativa dos profissionais de saúde estão ligados à satisfação com o cuidado e ao vínculo.⁽⁹⁾

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos de outros estudos qualitativos que reforçam a importância das experiências, crenças e valores pessoais na escolha de como exercer os direitos sexuais e reprodutivos.^(19,26,27)

Os achados mostraram que as participantes possuíam crenças e ideias sobre o DIU, como a ideia do dispositivo enferrujar, não encaixar no útero e de mencionar no pré-natal a vontade de usar algum método no pós-parto como uma rejeição ao filho em gestação. As notícias sobre o DIU foram muito citadas pelas mulheres durante as entrevistas, e esse fato é uma forte representação da educação reprodutiva e do acesso à saúde no Brasil.

Apesar de distribuído pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, muitas barreiras são encontradas no acesso ao DIU. As falas podem estar ligadas à falta de discussão

e educação sobre métodos contraceptivos na educação formal, aos tabus relacionados ao tema e à falta de acesso ao DIU nos serviços de saúde.

Pessoas tendem a construir conhecimento sobre o método por meio do conhecimento popular, que, por vezes, pode ser desconsiderado pelos profissionais de saúde. Alspaugh *et al.* (2020)⁽²⁶⁾ encontraram resultados semelhantes ao discutirem a comunicação e as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde. A falta de acolhimento desses saberes pode levar à submissão das mulheres ao conhecimento médico, uma vez que elas podem entender que somente esse conhecimento é válido. A submissão se manifestou quando as mulheres nem sequer cogitaram em levar suas dúvidas aos médicos ou quando disseram abertamente que sentiam que os profissionais as reprimiriam se o fizessem. Dessa forma, ouvir sobre os significados atribuídos aos contraceptivos pode fornecer elementos importantes para a discussão sobre contracepção.

O estudo mostrou que há algo além do que é dito durante os questionários dos estudos quantitativos que é impossível captar sem uma entrevista aberta. As crenças e ideias das participantes só poderiam aparecer diante de perguntas abertas e da escuta da paciente. Contudo, este trabalho limitou-se às respostas de mulheres de um serviço de saúde específico e referenciado na região. Algumas questões podem não ter sido mencionadas pelas entrevistadas devido ao ambiente em que a entrevista foi realizada e a um possível receio de que a entrevistadora fizesse parte da equipe de saúde e, conseqüentemente, não oferecesse as condições mais confortáveis que permitissem à mulher fazer qualquer crítica ao serviço.

Os profissionais de saúde muitas vezes aconselham sobre métodos contraceptivos, mas o que a mulher ouve pode ser diferente do que o profissional diz. A ação de ouvir e aceitar as crenças e ideais das mulheres sem julgamento é uma forma de horizontalizar a relação e criar sentimento de segurança e satisfação nas usuárias do serviço. O afeto não só com as pessoas próximas à mulher, mas também com os profissionais de saúde, é considerado um aspecto crucial no processo de escolha do método contraceptivo. A família, os amigos, os parceiros e a história das suas experiências muitas vezes determinam o que a mulher escolherá.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a importância de ouvir as mulheres sobre suas experiências e de pessoas a seu redor acerca de métodos contraceptivos. O manejo da comunicação dos profissionais e o conhecimento popular desempenham papel fundamental na construção do saber sobre o DIU. O processo de escolha não foi algo que se encerrou no tempo, mas, sim, continuou mesmo após a inserção do DIU. As participantes mencionaram as vantagens do DIU como elementos importantes

para a escolha e discutiram sobre como puderam introduzir informações sobre o dispositivo quando elas foram passadas durante o parto/pós-parto imediato. Nesse sentido, o estudo reforça que o momento ideal para oferecimento e discussão sobre métodos contraceptivos no pós-parto imediato é o momento do pré-natal ou momentos anteriores durante o planejamento reprodutivo e familiar da mulher. Muitas vezes, os profissionais de saúde orientam sobre os métodos contraceptivos, mas aquilo que a mulher ouve pode ser diferente do que o profissional diz. A ação de escutar e acolher as crenças e ideais das mulheres sem julgamentos é uma forma de horizontalizar a relação e criar um sentimento de segurança e satisfação das usuárias do serviço. O afeto não só com pessoas próximas à mulher, mas, também, com profissionais de saúde, é considerado aspecto importante no processo de escolha sobre o método contraceptivo. Família, amigos(as), companheiros(as) e a história de suas vivências determinam, muitas vezes, qual vai ser a escolha da mulher. Trazer esse relato para dentro do serviço de saúde, além de respeitar a história da mulher, pode abrir espaço para debates em relação aos mitos sobre métodos contraceptivos. Quando o profissional escuta, ele tem um ponto de partida para iniciar a conversa sobre contracepção.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)/Brasil.

REFERÊNCIAS

- Trussell J. Contraceptive efficacy. *Glob Libr Women's Med.* 2014 [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.glowm.com/section-view/heading/Contraceptive%20Efficacy/item/374#>
- United Nations. Department of Economic and Social. World Family Planning 2022. New York: UN; 2022.
- Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e saúde infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2024 Jan 14]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- Machado RB. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. São Paulo: Febrasgo; 2017. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo; nº 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).
- Barreto DS, Maia DS, Gonçalves RD, Soares RS. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrative. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2021;16(43):2821. doi: 10.5712/rbmf16(43)2821
- Santos IN, Carvalho JS, Vila CM, Dias AC. Reproductive autonomy among women: an integrative literature review. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2022;96(37):1-16. doi: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1285
- Barbieri MM, Juliato CR, Surita FG. Provision and guidance for postpartum contraception - ensuring reproductive rights during times of crises. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(4):247-9. doi: 10.1055/s-0041-1729985
- Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, et al. FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rates across six countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143 Suppl 1:20-7. doi: 10.1002/ijgo.12600
- Sznajder K, Carvajal DN, Sufrin C. Patient perceptions of immediate postpartum long-acting reversible contraception: a qualitative study. *Contraception.* 2020;101(1):21-5. doi: 10.1016/j.contraception.2019.09.007
- Morison T, Eagar D. Women's perspectives on long-acting reversible contraception: a critical scoping review of qualitative research. *Women Health.* 2021;61(6):527-41. doi: 10.1080/03630242.2021.1927284
- Faria-Schützer DB, Surita FG, Rodrigues L, Turato ER. Eating behaviors in postpartum: a qualitative study of women with obesity. *Nutrients.* 2018;10(7):885. doi: 10.3390/nu10070885
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Routledge; 1999.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Faria-Schützer DB, Surita FG, Alves VL, Bastos RA, Campos CJ, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(1):265-74. doi: 10.1590/1413-81232020261.07622019
- 60º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria; 16-19 nov. 2022; Rio de Janeiro. São Paulo: Febrasgo; 2022.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Puri MC, Joshi S, Khadka A, Pearson E, Dhungel Y, Shah IH. Exploring reasons for discontinuing use of immediate post-partum intrauterine device in Nepal: a qualitative study. *Reprod Health.* 2020;17(1):41. doi: 10.1186/s12978-020-0892-5
- Greenwald RC, Keele R, Huttlinger K. Contraception among women on probation and parole on the United States-Mexico border. *Public Health Nurs.* 2021;38(3):374-81. doi: 10.1111/phn.12867
- Fortier E, Foster AM. Exploring young mothers' experiences with postpartum contraception in Ottawa: results from a multimethods qualitative study. *Contraception.* 2018;97(5):434-8. doi: 10.1016/j.contraception.2017.12.017
- Cameron ST, Craig A, Sim J, Gallimore A, Cowan S, Dundas K, et al. Feasibility and acceptability of introducing routine antenatal contraceptive counselling and provision of contraception after delivery: the APPLES pilot evaluation. *BJOG.* 2017;124(13):2009-15. doi: 10.1111/1471-0528.14674
- Geda YF, Berhe TM. A systematic review and meta-analysis of immediate postpartal intrauterine contraceptive device use in Ethiopia. *Heliyon.* 2022;8(11):e11657. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e11657
- de Caestecker L, Banks L, Bell E, Sethi M, Arulkumaran S. Planning and implementation of a FIGO postpartum intrauterine device initiative in six countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143 Suppl 1:4-12. doi: 10.1002/ijgo.12598
- Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry.* 2020;19(3):313-7. doi: 10.1002/wps.20769
- Downey MM, Arteaga S, Villaseñor E, Gomez AM. More than a destination: contraceptive decision making as a journey. *Womens Health Issues.* 2017;27(5):539-45. doi: 10.1016/j.whi.2017.03.004
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 [cited 2024 Jan 14]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Alsbaugh A, Barroso J, Reibel M, Phillips S. Women's contraceptive perceptions, beliefs, and attitudes: an integrative review of qualitative research. *J Midwifery Womens Health.* 2020;65(1):64-84. doi: 10.1111/jmwh.12992
- Kraft MB, Miadaira M, Marangoni Júnior M, Juliato CR, Surita FG. Postplacental placement of intrauterine devices: acceptability, reasons for refusal and proposals to increase its use. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(3):172-7. doi: 10.1055/s-0041-1725053



Uma conversa sobre o DIU pode mudar tudo

Pode mudar a forma como as mulheres planejam a gravidez, como encaram esse método contraceptivo e até a decisão de inserir o dispositivo logo após o parto

Por Letícia Martins

Quantas incertezas, preocupações, medos e emoções podem habitar a mente e o coração de uma mulher grávida, que já está lidando com as mudanças hormonais e físicas da gestação? Em meio a um turbilhão de sentimentos e novidades, o dispositivo intrauterino pós-placentário (DIUPP) surge como uma opção eficaz e segura para evitar gestações futuras que não estejam nos planos.

Porém, muitas mulheres ainda têm dúvidas e inseguranças sobre o uso desse método contraceptivo de longa duração (LARC), e há aquelas que desconhecem a possibilidade de inseri-lo imediatamente após o parto. Mas quais são essas dúvidas realmente? Como os ginecologistas obstetras podem derrubar as barreiras invisíveis da insegurança e da falta de informação?

Uma equipe multidisciplinar de saúde da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) ouviu 25 mulheres com idades entre 18 e 42 anos sobre suas experiências com a inserção do DIUPP, bem como os motivos e o nível de informação recebida antes do processo. As voluntárias foram atendidas no Hospital da Mulher José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher

(CAISM), da Unicamp, onde há um protocolo assistencial definido para inserção desse método contraceptivo logo após o parto. Os resultados da pesquisa mostram a importância de uma abordagem humanística e qualificada por parte das equipes de saúde, visando a uma melhor compreensão e aceitação dos métodos contraceptivos pelas mulheres.

A médica ginecologista e obstetra **Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita**, professora titular de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e coordenadora do Grupo SARHAS (Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis), orientadora da pesquisa, destacou que a grande motivação para o estudo foi a necessidade de garantir um melhor acompanhamento e orientação para as mulheres no período pós-parto.

“Apesar de não termos dúvidas da importância do oferecimento do DIUPP, da facilidade da inserção, da efetividade do método e também da importância da educação em saúde desde o pré-natal para a escolha da contracepção pós-parto, em outros estudos do grupo fica evidente a falta de orientação adequada que muitas mulheres

recebem ao longo de suas vidas e como isso amplia tabus e informações equivocadas sobre os métodos contraceptivos”, ressaltou a Dra. Fernanda, que também é vice-presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Violência Sexual e Aborto Previsto por Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). A ausência de informação sobre os LARCs e outros métodos contraceptivos contribui para que mais da metade das gestações no Brasil não sejam planejadas.

“O pós-parto é um excelente período para iniciar o uso de métodos contraceptivos, especialmente os LARCs, uma vez que as pacientes reconhecidamente não estão grávidas, a maioria pode se candidatar à inserção do DIU e muitas ficam bastante motivadas para contracepção”, afirmou a médica ginecologista e obstetra **Dra. Melânia Maria Ramos de Amorim**, professora associada doutora de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e professora da Pós-graduação em Saúde Integral do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

As pacientes no pós-parto estão sob os cuidados de profissionais de saúde e podem solicitar ou ter a oferta de métodos contraceptivos, se for o desejo delas. “As evidências demonstram que a inserção de DIU no pós-parto imediato aumenta a taxa de início do método, e a probabilidade de usá-lo por longo prazo é maior. Dessa forma, há uma redução de quase 75% das chances de uma gravidez indesejada com um ano”, apontou a Dra. Melânia.

“Nós já tínhamos conhecimento de que a adesão das mulheres ao DIUPP contribui para a diminuição de gravidezes não planejadas e de gravidezes subsequentes. Mas ainda não sabíamos o que isso significava para elas. Às vezes, o que é importante para a equipe de saúde não faz sentido para a paciente. Queríamos entender em que momento a ciência e as vivências das mulheres poderiam se encontrar”, explicou **Ana Beatriz Venturin**, psicóloga e primeira autora do estudo, que foi seu trabalho de mestrado.

As respostas das voluntárias da pesquisa estão descritas no artigo de capa desta edição de *Femina*. Além da Dra. Fernanda e de Ana Beatriz, outras quatro profissionais assinam o artigo: as psicólogas Débora Bicudo de Faria Schützer e Odette del Risco Sánchez, a enfermeira Larissa Rodrigues e a médica ginecologista e obstetra Dra. Thuany Bento Herculano, que faz seu doutorado sobre os métodos de inserção do DIUPP.

ESCUA ATIVA

O artigo apontou que as mulheres se sentem satisfeitas quando são ouvidas e suas vontades individuais são atendidas. Nesse sentido, a Dra. Fernanda reforça que a satisfação delas está diretamente ligada à autonomia na escolha sobre contracepção. No entanto, a médica observa que, às vezes, os profissionais de saúde impõem tratamentos sem considerar as opiniões e desejos das pacientes, o que pode resultar em falta de adesão e

descontinuidade do tratamento. “Escutar as pessoas que atendemos e abordar a educação em saúde como parte de qualquer tratamento ou intervenção é fundamental para a aceitação e o sucesso da proposta. A escuta pode ser feita individualmente ou em grupo, mas é importante que aconteça de forma horizontal, sem julgamento”, disse a Dra. Fernanda.

Quando o médico pergunta, acolhe e se interessa pelo que a mulher tem a dizer, ele diminui essa barreira entre profissional e usuária do serviço de saúde. A psicóloga Ana Beatriz alerta de que as crenças, preconceitos e expectativas do próprio médico podem interferir na comunicação. “Por exemplo, será que o profissional de saúde está aberto para ouvir, sem julgamentos, as perguntas ou comentários das mulheres sobre conteúdos que ela viu nas redes sociais? Ao ouvir, o profissional de saúde pode encontrar formas de levar um contraponto para a informação apresentada, sem julgar a mulher por ter acreditado numa “fake news”, analisou.

É possível também educar sobre como identificar mentiras sobre saúde divulgadas na internet. “Ao criar essa possibilidade de troca, é provável que a mulher se sinta mais à vontade para trazer outros questionamentos em momentos futuros.”

Por isso, a psicóloga sugere que o profissional de saúde se questione também sobre seus próprios preconceitos ou expectativas com o atendimento. Algumas perguntas podem ajudar nessa reflexão, como: estou mais preocupado em convencer a mulher a aceitar o método contraceptivo oferecido ou em ouvir o que é importante para ela e oferecer métodos que mais atendam às necessidades dela? “Ao identificar qual é o objetivo do atendimento, o profissional de saúde poderá entender como a conversa será conduzida: o atendimento se encaminhará para o que ele planejou ou vai ser um processo construído em conjunto com a mulher? Ao seguir a última opção, uma das possibilidades é fazer perguntas abertas: o que você sabe sobre métodos contraceptivos? Como conheceu? O que é importante para você?”

MOMENTOS OPORTUNOS PARA FALAR SOBRE O DIU

Entre os resultados da pesquisa, o que mais impressionou a psicóloga foi notar a diferença na percepção das mulheres quando elas recebiam a oferta do DIU no momento do parto/pós-parto imediato em relação às mulheres que ouviram sobre o DIU no pré-natal. “O dia do parto é muito carregado de emoções, pensamentos e dúvidas. Sendo assim, o momento da oferta do método pode não ser favorável para a compreensão das informações”, analisou Ana Beatriz.

Quando perguntada sobre se conhecia o DIU e a possibilidade de inseri-lo imediatamente após o parto, uma das voluntárias respondeu que o médico dela já havia falado sobre o método, mas na ocasião ela devia estar distraída e não se lembrava das informações.

Por essas e outras razões, a médica ginecologista e obstetra **Dra. Ida Peréa Monteiro**, doutora em Ciências Médicas, lotada na Maternidade Municipal Mãe Esperança, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (RO), defende que “o pré-natal é uma oportunidade privilegiada para orientar sobre os LARCs, pois a paciente está muito motivada a discutir o planejamento de uma próxima gravidez”. Mas a especialista não descarta outros momentos: “Para as mulheres em idade reprodutiva, toda oportunidade para falar de contracepção deve ser aproveitada, inclusive o pré-natal e a permanência na internação para o parto.”

Ela observa que muitos serviços de saúde alegam não oferecer DIUPP por considerar que o assessoramento para escolha informada deveria ser feito durante o pré-natal. “Claro que isso seria ideal, mas, entre o ideal e o possível, precisamos buscar fazer o melhor para a mulher e, nesse contexto, não podemos perder nenhuma oportunidade. E, segundo o estudo em tela, as mulheres também consideram o momento do parto uma boa oportunidade”, enfatizou a Dra. Ida, que é membro da CNE de Mortalidade Materna da Febrasgo.

A Dra. Melania também ressaltou a importância de discutir contracepção, incluindo a possibilidade de inserção do DIU pós-parto, durante todo o pré-natal. “Nesse momento, as mulheres têm a oportunidade de estar mais próximas dos cuidados de saúde. Além da escuta e de se elucidarem as mais diversas dúvidas, mitos e concepções errôneas sobre os diversos métodos contraceptivos, incluindo os LARCs (DIU e Implanon), a oferta ativa deve ser realizada, respeitando-se, é óbvio, as características, expectativas e preferências de cada mulher”, disse.

Registrar em caderneta se a mulher deseja a inserção pós-parto do DIU e orientá-la a expressar esse desejo durante a internação para o parto também são recomendações válidas para que o procedimento seja realizado e a mulher deixe a maternidade protegida de uma gravidez futura que ela não deseja.

MITOS E MEDOS SOBRE O DIU

Na área da saúde reprodutiva, também existem *fake news* que assustam e afastam as mulheres da proteção contraceptiva segura oferecida pelos LARCs. No artigo das pesquisadoras da Unicamp, destacam-se o medo de que o DIU enferruje dentro do útero e o de perder a oportunidade de fazer a laqueadura por estar usando o DIU, entre outros.”



“Escutar as pessoas que atendemos e abordar a educação em saúde como parte de qualquer tratamento ou intervenção é fundamental para a aceitação e o sucesso da proposta”, declarou a Dra. Fernanda Surita.



“O pós-parto é um excelente período para iniciar o uso de métodos contraceptivos, uma vez que as pacientes não estão grávidas e muitas ficam bastante motivadas para a contracepção”, afirmou a Dra. Melania Amorim.

“É preciso explicar que o DIU não enferruja dentro do útero e a taxa de erosão é muito baixa. O DIU de cobre pode ser usado por doze anos e o Mirena, por oito anos, de acordo com os estudos mais recentes. A troca não é necessária pelo temor de ferrugem, mas sim para manter a efetividade do método, porque há estudos mostrando que o efeito contraceptivo do DIU é mantido por até doze anos”, esclareceu a Dra. Melania.

Outro equívoco é achar que o DIU não pode ser inserido em adolescentes ou em nuligestas (mulheres que nunca engravidaram). “A ideia de que são necessários diversos exames antes de inserir um DIU não só é errônea, como também é motivo de muitos atrasos da inserção, falta de estímulo e desistência das mulheres”, completou a Dra. Melania.

Mas descobrir o que a mulher pensa ou acredita sobre determinado método contraceptivo pode não ser uma tarefa fácil, principalmente se o médico ou profissional de saúde não estiver aberto ao diálogo. “Os mitos mais comuns em relação ao DIU já estão identificados e elencados em vários estudos. Convém abordá-los durante a consulta de assessoramento, sempre deixando espaço para outros questionamentos que a paciente possa fazer”, declarou a Dra. Ida.

“Ouvir as expectativas e vontades da mulher sem julgamentos é uma forma de construir uma relação de confiança entre médico e paciente”, disse Ana Beatriz. Segundo ela, essa confiança vai ser importante para que o profissional de saúde possa contrapor com argumentos científicos o conhecimento popular que as usuárias trouxeram para a consulta.

A psicóloga explica que a mulher precisa sentir confiança de que o profissional de saúde não a julgará quando ela falar sobre seus medos e preocupações e que poderá acolher seus valores e crenças. “Construindo essa relação de corresponsabilidade pela saúde, a mulher estará aberta para receber mais informações sobre os métodos contraceptivos e, só assim, poderá exercer sua autonomia de escolha, que pode ser por não usar o DIU, mas outro método contraceptivo, ou até mesmo nenhum”, reiterou a psicóloga.

PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Seja qual for a escolha, é papel do médico explicar os pontos positivos e negativos dos métodos contraceptivos existentes. Na pesquisa, as autoras apontam cinco vantagens do DIU: a praticidade da inserção, a acessibilidade

aos serviços de saúde, o acesso gratuito ao DIU pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a possibilidade de reverter a contracepção, a não interferência durante o período de amamentação e a eficácia do método, mesmo quando inserido no pós-parto. “Além de tudo isso, o DIU é livre de hormônio, ajuda na proteção do câncer cervicouterino e, principalmente, é seguro para quase todas as mulheres”, acrescentou a Dra. Ida.

A eficácia do DIU é alta. “A taxa de gestações com o DIU de cobre é de 6 a 8 para 1.000 usuárias/ano e a com o DIU de levonorgestrel é de 2 para 1.000 usuárias/ano. O DIU pós-parto é tão efetivo e seguro quanto o DIU inserido de intervalo, quando a pessoa não está grávida. O que muda é a taxa de expulsão, que é maior na inserção pós-parto. Por isso, é importante orientar as pacientes para ficarem alertas para esse risco, devendo-se ter maior cuidado para averiguar se o DIU persiste dentro do útero no seguimento”, afirmou a Dra. Melania.

Segundo ela, na inserção de intervalo, a taxa de expulsão do DIU é de 5%. Já no pós-parto normal, essa taxa aumenta para 15% e na cesárea (após remoção da placenta) é de 10%. A taxa de expulsão do dispositivo via inserção pós-placentária, isto é, dentro de 10 minutos após a saída da placenta, é menor do que quando a inserção foi feita tardiamente após o parto.

De acordo com a Dra. Ida, mesmo com uma taxa de expulsão mais elevada, a probabilidade de uma mulher estar usando um DIU ao longo de doze meses após o parto é maior quando o dispositivo é inserido antes da alta hospitalar, em comparação com a inserção ambulatorial seis semanas após o parto. Essa conclusão destaca a importância do momento oportuno para a inserção do DIU, visando a uma maior eficácia e permanência do dispositivo no organismo da mulher.

Em relação aos riscos associados à inserção do DIU no pós-parto, a Dra. Melania esclareceu que não há aumento significativo de complicações, e, embora alguns estudos apontem para maior chance de perfuração, o risco é menor que 1%.

LINGUAGEM ACESSÍVEL E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Então, basta explicar às mulheres o que é o DIU, quais são seus benefícios, como é feita a inserção e que é possível aproveitar o momento pós-parto que a adesão é 100% garantida? Antes de responder a essa pergunta, outra



“O pré-natal é uma oportunidade privilegiada para orientar sobre os LARCs, pois a paciente está muito motivada a discutir o planejamento de uma próxima gravidez”, ressaltou a Dra. Ida Peréa.

deve ser feita: a linguagem usada para transmitir essas informações estava adequada para o público?

“É importante adaptar a linguagem para aumentar a possibilidade de que as usuárias do serviço entendam o que o médico está informando e que a barreira entre conhecimento médico *versus* conhecimento popular seja menor. No nosso estudo, notamos que as mulheres se sentiram submissas ao saber médico, como uma hierarquia dentro das relações. Essa desigualdade pode fazer com que a mulher sinta que o que ela tem a dizer não é importante, portanto reforçamos a escuta sem julgamentos”, apontou a psicóloga Ana Beatriz. A Dra. Fernanda completou: “Toda educação em saúde, como qualquer tipo de educação, deve ser adaptada e acessível para seu público”.

Tão essencial quanto adaptar a linguagem ao público é ajustá-la de acordo com o canal de comunicação. No consultório, o médico utiliza o recurso da voz e, por isso, é basilar o uso de expressões comuns ao dia a dia das mulheres e frases claras e objetivas.

Além disso, o constante aprendizado é essencial para que os ginecologistas e obstetras estejam sempre atualizados e aptos a oferecer o melhor tratamento às pacientes. A Dra. Fernanda afirmou que a inserção do DIU pós-placentário é “muito simples”, e tanto a Febrasgo quanto as associações estaduais promovem vários *workshops* de capacitação para os profissionais interessados.

“Muitas vezes, a falta de habilidade dos profissionais médicos é uma barreira que se impõe na escolha de métodos que têm alguma técnica específica, por mais simples que seja, como é o caso dos DIUs em geral e do implante subdérmico, que são justamente os métodos que têm a maior efetividade contraceptiva. Por essa razão, a educação continuada para ginecologistas é muito importante”, disse a Dra. Fernanda.

Para finalizar, ela ressaltou outra contribuição do estudo realizado pelo Grupo SARHAS, da Unicamp: a relevância do trabalho multidisciplinar com o objetivo de suprir as mulheres com orientação sobre os LARCs em todos os momentos possíveis. “Os grupos de gestantes, a sala de espera para consultas, o pós-consulta ou as próprias consultas são espaços em que todos os profissionais de saúde podem atuar de forma diferenciada e não excludente para melhorar o acesso às informações e a adesão às escolhas conscientes sobre contracepção ou quaisquer outros assuntos”, concluiu a ginecologista e obstetra Dra. Fernanda.



“Ouvir as expectativas e vontades da mulher sem julgamentos é uma forma de construir uma relação de confiança entre médico e paciente”, disse Ana Beatriz Venturin.

Acadêmicos imortais da Anago

Conversamos com os patronos e titulares das cadeiras nºs 14 e 16 da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, que vão ajudar a resgatar, preservar e registrar a história dessas especialidades no Brasil

Por Letícia Martins

Ser patrono de uma academia nacional de classe significa ser reconhecido como uma figura de destaque na área, que inspira e orienta seus membros na busca pela excelência profissional. Na Ginecologia e Obstetrícia, há um grande número de especialistas com credenciais para tal cargo. Por isso, a Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), fundada em junho de 2023, lidou com o primeiro grande desafio: o de selecionar apenas 30 personalidades para nomear perpetuamente as cadeiras.

Os critérios para a escolha foram baseados na metodologia meritória e em decisões colegiadas, com a

“Esse convite me deixou extremamente honrado, pois é um reconhecimento do trabalho que desenvolvi”,

declarou o Dr. Edmund Chada Baracat.



transparência democrática do grupo. Em vida, os patronos carregam consigo a responsabilidade de representar os valores e a excelência da profissão médica. **Femina** tem a honra de entrevistar, para esta seção, os patronos e titulares que compõem a primeira geração da Anago. A cada edição, vamos conhecer um pouco da trajetória profissional dos acadêmicos que estão ajudando a resgatar, preservar e registrar a história das duas especialidades no Brasil.

“No século passado, a Ginecologia era apenas um ramo da cirurgia, até que uma cirurgia ginecológica para correção de fístula vesicouterina, na época inovadora, realizada nos Estados Unidos, a transformou em uma especialidade médica independente. Assim, a Ginecologia evoluiu ao lado da Obstetrícia, tornando-se uma especialidade médica forte e respeitada”, conta um apaixonado pela história da medicina brasileira, o **Dr. Edmund Chada Baracat**, patrono e titular da cadeira nº 14 da Anago. “Esse convite me deixou extremamente honrado, pois é um reconhecimento do trabalho que desenvolvi em prol da Ginecologia e Obstetrícia brasileira.”

Para ele, a Academia desempenhará o papel de guardião da memória da Ginecologia e Obstetrícia, tanto quanto apoiará os avanços da tecnologia, ciente de que mesmo a mais moderna e disruptiva delas jamais substituirá o ser humano. “Atualmente, a inteligência artificial e a inovação tecnológica têm sido incorporadas à Ginecologia, trazendo benefícios no tratamento de diversas doenças ginecológicas. No entanto, essas ferramentas nunca substituirão o cuidado e o nosso relacionamento com a paciente”, ressaltou o Dr. Baracat, que foi o 14º presidente da Febrasgo, entre os anos de 1997 e 2005, e o primeiro a ser reeleito.

Nascido na cidade de Tupã (SP), em uma família que já tinha ginecologistas, desde cedo, o Dr. Baracat se viu inclinado para a especialidade. Após formar-se na Escola Paulista de Medicina (EPM), em 1976, e concluir a residência no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (1977-1980), ele se dedicou à carreira acadêmica na EPM, onde conquistou títulos e se tornou professor titular. Sua dedicação à ginecologia endócrina, climatério e medicina reprodutiva o colocam como uma referência na área de pesquisa. Em 2006, foi aprovado,

após concurso, como professor titular da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), cargo que ocupa até o momento. Recebeu o título de Professor Emérito do Departamento de Ginecologia da EPM.

No movimento associativista, o Dr. Baracat encontrou outro motivo para doar seu tempo e conhecimento: ajudar a defender e fortalecer a especialidade no Brasil. Além de ter sido presidente da Febrasgo, também liderou a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (Sogesp). É também membro da Academia de Medicina de São Paulo (AMB). Seu legado na academia, na prática médica e no associativismo o colocam como um ícone na Ginecologia e Obstetrícia e merecedor da cadeira nº 14 da Anago.

GRATIDÃO E COMPROMISSO

“Ao longo da vida, todos nós construímos uma história, mas esse simples fato não é suficiente para que sejamos homologados pelos pares. Ao saber que a escolha para ocupar uma das cadeiras da Anago recaiu no meu nome, a primeira sensação que eu tive foi a de gratidão. Gratidão por saber que o trabalho que realizei durante a vida foi visto e bem avaliado”, afirmou o **Dr. Etelvino Souza de Trindade**, ex-presidente da Febrasgo, no período de 2011

“A sensação é de gratidão por saber que o trabalho que realizei durante a vida foi visto e bem avaliado pelos pares”,

afirmou o Dr. Etelvino Souza de Trindade.



a 2015, atual vice-presidente da região Centro-Oeste da AMB e patrono e titular da cadeira nº 15 da Anago.

Autodeclarado um “vacionado para a medicina”, o Dr. Etelvino percorreu longas distâncias para construir uma carreira sólida e repleta de propósito. O mineiro de Alterosa, no sul de Minas, cursou Medicina e residência em Belo Horizonte e trabalhou no início da vida profissional em Itajubá (MG), mudando-se posteriormente para o Rio de Janeiro, onde teve contato com a área de mastologia e câncer ginecológico e foi muito influenciado para atuar em patologia cervical.

Um ano e meio mais tarde, desembarcaria em Brasília (DF), onde reside até hoje com a família. Na capital do Brasil, expandiu sua atuação para a academia, tornando-se fundador da Escola Superior de Ciências da Saúde, com uma abordagem inovadora baseada no aprendizado prático por meio do *Problem Basic Learning* (PBL) e foi docente até sua aposentadoria.

Na década de 1980, o Dr. Etelvino assumiu o desafio de chefiar a clínica ginecológica de um hospital terciário em Brasília, buscando garantir sua eficácia e resolutividade. O foco em áreas emergentes como ginecologia oncológica e mastologia o levou a se destacar. Além de sua atuação clínica e acadêmica, o Dr. Etelvino participou ativamente de associações médicas, ocupando cargos de destaque e contribuindo para a elaboração de políticas públicas de saúde.

Com uma extensa lista de palestras realizadas no Brasil e algumas em outros países e uma produção científica consistente, o Dr. Etelvino conquistou reconhecimento e admiração por suas contribuições significativas para a medicina. Sua atuação como líder de pesquisa, professor e referência em ginecologia oncológica destaca sua versatilidade e compromisso com a excelência profissional.

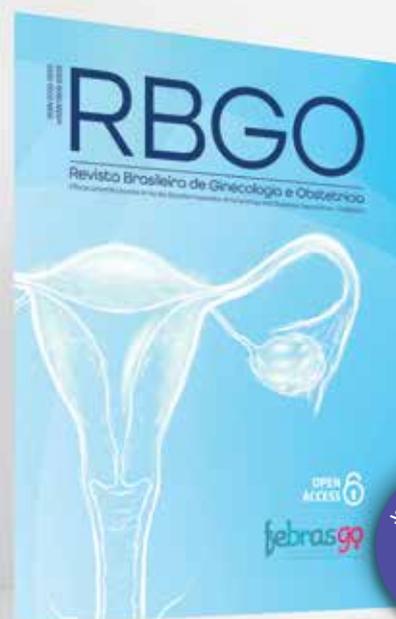
Em uma breve reflexão sobre a evolução da medicina, o Dr. Etelvino explica por que acredita que o papel do médico é, antes de qualquer coisa, cuidar das pessoas. Para tanto, ele menciona Imhotep, egípcio que atuou mais de mil anos antes de Hipócrates. Foi a partir de pensadores como ele que a medicina começou a ser percebida não apenas como um conjunto de práticas rituais, mas como um campo de estudo que busca aliviar o sofrimento e promover a cura. “Nesse contexto, é fundamental entender que a cura não é algo promovido exclusivamente pelo médico, mas sim pelo próprio organismo, que possui a capacidade de se recuperar. O papel do médico, então, é utilizar seus conhecimentos e habilidades médicas para auxiliar o corpo nesse processo”, disse o Dr. Etelvino.

Hoje, aposentado, o Dr. Etelvino continua seu trabalho em prol da medicina, representando associações médicas em instâncias políticas e éticas, e atuando ativamente em projetos e iniciativas que visam ao aprimoramento do sistema de saúde no Brasil. Sua dedicação e vasta experiência fazem dele uma figura influente e respeitada no cenário médico nacional, que faz jus ao convite de ser o acadêmico imortal da cadeira da Anago. 

É imprescindível uma maior participação das CNEs da Febrasgo para a sustentabilidade dos periódicos RBGO e *Femina*

Maria Celeste Osório Wender¹, Agnaldo Lopes da Silva Filho², Marcos Felipe Silva de Sá³, Sebastião Freitas de Medeiros⁴

1. Presidente da Febrasgo; 2. Diretor Científico da Febrasgo; 3. Editor da *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO) e da *Femina*; 4. Editor da *Femina*.



De acordo com o artigo 4º do seu Estatuto Social, em vigência desde 2010, são finalidades da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), entre outras, promover, apoiar e zelar pelo aperfeiçoamento técnico e científico e pelos aspectos éticos do exercício profissional dos ginecologistas e obstetras, promover a realização de conlaves científicos, outorgar o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), bem como os certificados de atuação nas áreas específicas que forem de sua competência, e manter publicações que divulguem os conhecimentos da especialidade. Trata-se, portanto, de uma entidade de caráter técnico-científico. Para cumprir as suas finalidades, é fundamental que a Diretoria Executiva da Febrasgo tenha no seu quadro associativo profissionais dispostos e disponíveis para ajudá-la a cumprir tão importantes missões.

Assim, para programar e dar cumprimento a essas tarefas, foram criadas as Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), cujos membros são escolhidos entre os associados pelas Diretorias Executivas em cada mandato.

São competências e obrigações das CNEs, conforme reza o Regimento Interno em seu artigo 40º:

- I. Coordenar a organização de material didático: manuais, livros de texto, folhetos educativos, diretrizes da Febrasgo, aulas em eventos e/ou para disponibilização no site da Febrasgo e outros;
- II. Avaliar projetos para os quais haja solicitação de apoio da Febrasgo, tais como cursos, jornadas, congressos e outros eventos, patrocinados ou não por outras instituições e/ou empresas;
- III. Auxiliar na elaboração da programação dos congressos e jornadas promovidos pela Febrasgo;
- IV. Dar pareceres *ad hoc*, sempre que solicitados pela Diretoria, sobre temas de consultas feitas por associados, comunidade, imprensa, órgãos governamentais, judiciários e outras instituições ou instâncias;

- V. Avaliar trabalhos científicos (temas livres) submetidos à apresentação em congressos promovidos pela Febrasgo;
- VI. Dar pareceres, quando solicitados pelos editores, sobre artigos submetidos à publicação nas revistas *Femina* e/ou RBGO;
- VII. Atender às demandas específicas da Diretoria de Valorização e Defesa Profissional;
- VIII. Elaborar, fiscalizar e corrigir as provas de Títulos de Especialista em Áreas de Atuação outorgados pela Febrasgo;
- IX. Participar da elaboração da Matriz de Competências para os Programas de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia propostos pela Febrasgo;
- X. Colaborar na elaboração de questões da prova quando solicitado pela Comissão Nacional do TEGO.

Como se pode observar, o papel ativo das CNEs é essencial para o desenvolvimento e o progresso dos programas de educação continuada da Febrasgo. Como complemento ao trabalho executado pelas CNEs, são editadas e mantidas as revistas RBGO e *Femina*, consideradas ferramentas indispensáveis aos programas, visto serem ambas periódicos de acesso aberto para todos os associados e outros interessados em suas leituras.

A *Femina* vem cumprindo o seu papel de periódico informativo das atividades desenvolvidas pela Diretoria Executiva da Febrasgo e das Federadas, por meio de entrevistas com seus diretores e da divulgação de seus eventos e programas, temas sobre Residência Médica e Defesa Profissional, conversas e entrevistas com especialistas, além do seu Caderno Científico, cujos objetivos são a publicação de trabalhos científicos que possam ter impacto direto no dia a dia dos gineco-obstetras brasileiros. Preferencialmente nele são publicados artigos clínico-epidemiológicos de casuística nacional, *guidelines*, revisões, *position statements* e protocolos clínicos preparados pelas CNEs da Febrasgo ou grupos brasileiros de

pesquisas. Trata-se de um periódico bastante acessado pelos associados (Tabela 1).

Tabela 1. Número de acessos à revista *Femina* no site da Febrasgo em 2023

Meses (2023)	Nº de acessos	Meses (2023)	Nº de acessos
Janeiro	5.543	Julho	5.635
Fevereiro	6.344	Agosto	7.659
Março	7.964	Setembro	7.100
Abril	7.373	Outubro	9.003
Maio	7.550	Novembro	6.626
Junho	6.597	Dezembro	4.339
Total: 81.735			

Já a RBGO, com grande impulso nos últimos anos, tornou-se uma revista internacional, publicada em inglês. Os seus indicadores nas diversas bases de indexação foram sempre crescentes, e em 2023 a RBGO conquistou o Fator de Impacto 1.2 concedido pela *WoS – Journal Impact Factor Trend 2022*. Segundo dados da Thieme Publisher, editora da RBGO até dezembro de 2023, seus artigos são acessados cerca de 340.000 vezes por ano, e apenas 15% dos acessos são oriundos de pesquisadores do Brasil; os Estados Unidos lideram com 16%, seguidos da China, com 12%, da Índia, com 4%, do Reino Unido, com 4%, da Austrália, com 3%, e de outros países.

Esses avanços alcançados pelos dois periódicos, sempre apoiados pela Diretoria Executiva, têm ocorrido às custas de um enorme esforço de um grupo relativamente pequeno de editores associados e revisores, quando comparado com o enorme contingente de profissionais qualificados dentro do quadro associativo da Febrasgo. Os editores da RBGO e da *Femina* têm tido grande dificuldade em encontrar pessoas dispostas a colaborar na tarefa de revisão dos manuscritos submetidos àqueles periódicos.

A Diretoria da Febrasgo tem consciência da enorme carga horária de trabalho a que são submetidos seus associados em decorrência de suas atividades clínicas em consultórios e hospitais, muitas vezes acumuladas com as tarefas que as universidades impõem para aqueles que são docentes. Entretanto, tem também o dever de alertá-los, especialmente os associados ligados às universidades (que constituem a base das CNEs), da importância e da necessidade de manter vivos e sólidos os dois periódicos da Febrasgo, que são os únicos remanescentes de um grupo de seis revistas existentes de Ginecologia e Obstetrícia no país nas últimas décadas.

As dificuldades para encontrar revisores de manuscritos para os periódicos têm se tornado um problema mundial, visto que são tarefas não remuneradas e para as quais os prazos para a sua execução não podem ser elásticos, pois atrasos nas publicações comprometem a reputação do próprio periódico. A RBGO e a *Femina* vêm padecendo desses problemas. Menos de 12% dos pareceres

são liberados para publicação no prazo de 90 dias, e isso coloca os editores associados em situação constrangedora perante os autores que submeteram os manuscritos.

Também, tem-se observado, nos últimos anos, especialmente em relação à *Femina*, pequena participação dos grandes grupos de pesquisa e dos programas de pós-graduação do país, assim como dos membros das CNEs, na submissão de artigos originais ou revisões, sendo reduzido o número de suas contribuições em materiais didático-científicos para publicações.

É relevante chamar a atenção dos autores brasileiros para nossa percepção de que os horizontes para publicações em periódicos internacionais não são tranquilos. Algumas revistas europeias e norte-americanas têm cobrado valores superiores a US\$ 3-5 mil para publicação de um artigo e, por isso, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) tem dispendido centenas de milhões de dólares por ano para publicação de artigos brasileiros em revistas estrangeiras. A alta competitividade das pesquisas produzidas em outros países em desenvolvimento, como a China, Índia, Austrália, Coreia do Sul etc., que investem em ciência mais do que o Brasil, está tornando essa disputa por espaços em revistas internacionais cada vez mais difícil. Isso já é notório, pelo número de teses de mestrado, e mesmo de doutorado, defendidas no Brasil, com qualidade internacional, que não são aceitas para publicação.

Além disso, também tem acontecido de manuscritos serem aceitos para publicação em boas revistas internacionais, mas os autores não dispõem de recursos para pagar sua publicação. Portanto, não é suficiente o artigo ser de boa qualidade científica, também são necessários recursos para pagar a sua publicação. A Capes certamente não vai poder disponibilizar todos os recursos necessários para esse tipo de auxílio cada vez que for demandada. O resultado dessas barreiras é percebido pelas incontáveis teses de boa qualidade “adormecidas” nas gavetas de seus pesquisadores, sem nunca terem sido publicadas.

Trata-se, portanto, de um problema cuja solução estratégica depende absolutamente do empenho dos maiores interessados na sua solução, que são os próprios pesquisadores e as instituições de ensino do país. O Brasil ocupa o 12º lugar no mundo em produção científica e é um dos países que mais formam doutores no mundo. Está na hora, portanto, de termos revistas brasileiras à altura de nossa capacidade científica. Para tal, é preciso que cada área do conhecimento agrupe seus mais importantes valores científicos e acadêmicos no sentido de apoiar as revistas nacionais para que elas se tornem competitivas internacionalmente, participando ativamente nas suas edições, não só submetendo seus manuscritos para publicação, mas também, e sobretudo, contribuindo nas revisões de manuscritos quando solicitados pelos seus editores. Com esses passos, os periódicos brasileiros podem atingir competitividade internacional, sem depender da ajuda de qualquer órgão governamental, visto que a sua imensa maioria é composta de periódicos editados e

financiados pelas suas respectivas sociedades científicas. Os indicadores internacionais da RBGO e de outras revistas médicas brasileiras, em diferentes especialidades, já mostram que isso é possível, independentemente das suas baixas classificações no sistema Qualis da Capes.

Para reverter esse quadro, é necessário o envolvimento de todos os pesquisadores associados da Febrasgo, para que venham participar desta cruzada em favor da manutenção e do fortalecimento dos periódicos *Femina* e RBGO, para que eles possam continuar cumprindo o seu papel como órgãos estratégicos para os programas de educação continuada, importantíssimos para a formação de ginecologistas e obstetras de alto nível para a carreira universitária e para servir à comunidade brasileira.

No quadro associativo da Febrasgo se concentram os melhores profissionais da especialidade no país e entre eles uma plêiade de notórios cientistas e professores universitários. Assim, considerando o papel essencial das CNEs para o desenvolvimento dos seus projetos científicos e dos programas de educação continuada, a Diretoria da Febrasgo aumentou o rigor no processo de seleção de seus membros, utilizando critérios baseados nos seus currículos acadêmicos, na base de dados Lattes e na sua participação nas atividades societárias. Assim, para se tornar membro de CNE, o associado assina um “termo de compromisso” perante à Diretoria da Febrasgo no sentido de se comprometer com participação ativa no que diz respeito ao papel atribuído às CNEs, conforme o artigo 40 do Regimento Interno da Febrasgo. É bom ressaltar que a experiência vivida nos últimos anos pelas sucessivas Diretorias da Febrasgo mostrou o papel estratégico e relevante dos(as) presidentes das CNEs como elementos-chave para o bom desempenho de cada Comissão. Isso aumenta a responsabilidade de cada presidente e de seus membros, para atuar no sentido de tornar sua CNE a mais produtiva possível.

Diante do exposto acima, no *Workshop* Avança GO, promovido pela Febrasgo no Rio de Janeiro em 16 de março de 2024, foi apresentado um plano elaborado pela sua Diretoria, conjuntamente com os editores da RBGO e da *Femina*, no sentido de utilizar a capacitação científica e intelectual dos membros das CNEs para dar suporte aos dois periódicos.

Assim, estabeleceu-se que:

1. Todos os **presidentes de CNEs** deverão ser membros do Conselho Editorial da RBGO e da *Femina*.
2. Todos os **membros das CNEs** deverão fazer parte do corpo de revisores *ad hoc* das revistas RBGO e *Femina* com o compromisso de atender aos pedidos de revisão de manuscritos sempre que forem solicitados pelos editores e/ou pelo(a) presidente da sua CNE.
3. Os membros das CNEs serão cadastrados no Editorial Office da Febrasgo com base na relação de nomes enviada pela Diretoria Científica.
4. Os Editores da RBGO e da *Femina* encaminharão para os presidentes das CNEs manuscritos

submetidos aos periódicos para análise e revisão via Sistema ScholarOne, e o documento de envio será cadastrado pelo Editorial Office para acompanhamento do processo.

- 4.1. O(a) presidente da CNE poderá, pessoalmente:
 - a) avaliar emitir seu parecer ou b) escolher, dentro da CNE por ele(a) presidida, o(s) revisor(es), de acordo com o tema do manuscrito. A RBGO e a *Femina* trabalham com a perspectiva de dois revisores (não identificados) por manuscrito.
- 4.2. Os processos deverão ser distribuídos de maneira equitativa entre os membros de cada CNE.
- 4.3. A **não aceitação** da tarefa no prazo estabelecido tanto pelo(a) presidente da CNE como pelos revisores por ele(a) indicados deverá ser acompanhada de uma justificativa, que será registrada no Editorial Office.
- 4.4. As **negativas** serão avaliadas pela Diretoria Científica junto com os editores. As negativas do revisor indicado serão motivos de alerta a ele pelo descumprimento do compromisso assinado. Caso a recusa aconteça repetidas vezes, o membro poderá ser excluído da CNE.
5. Considerando que há um contingente de revisores da RBGO ou *Femina*, membros dos Conselhos Editoriais que NÃO são membros de CNEs, mas exercem de forma ativa seu papel de revisores no contexto das revistas, os editores poderão enviar diretamente (sempre pelo sistema ScholarOne) a eles os manuscritos para avaliação, procurando, dessa forma, tornar mais abrangente o quadro de revisores, reduzindo a carga de trabalho de cada um.
6. Os membros dos Conselhos Editoriais, quando não pertencentes às CNEs, assumem os mesmos compromissos dos membros das CNEs.
7. Os editores também poderão enviar manuscritos (sempre pelo Sistema ScholarOne) diretamente para revisão por membros de CNEs que já são atuantes nesse tipo de trabalho para a RBGO ou *Femina*.

Notas:

1. Se considerarmos as 30 CNEs em vigência (com 15 membros cada uma), além dos editores associados e revisores não membros das CNEs, espera-se que a carga de trabalho seja diluída entre todos, de modo a evitar a sobrecarga sobre alguns poucos, como tem ocorrido atualmente.
2. **É importante que os revisores, na garantia da qualidade científica**, não se limitem simplesmente a aceitar ou não aceitar um manuscrito para publicação. Os comentários construtivos a favor ou contra a publicação são sempre bem-vindos e necessários, pois têm caráter pedagógico para os autores, especialmente se eles forem principiantes na redação de manuscritos. Devem ser analisados e apontados na revisão a atualidade e a relevância do problema abordado, a sua contribuição científica e o seu ineditismo, a apresentação dos resultados, a casuística e a análise estatística dos dados e a ortografia.

Espera-se a compreensão e a colaboração de todos os membros das CNEs e membros dos Conselhos Editoriais e daqueles que tenham atividades acadêmicas nas diversas instituições universitárias do Brasil.

Incentivo para autores

Submeta seus artigos para *Femina* e RBGO

Levando em consideração a importância dos dois periódicos – RBGO e *Femina* – para o desenvolvimento da ciência e educação profissional em ginecologia e obstetrícia no Brasil, e tendo em vista a grande quantidade de teses de mestrado e doutorado e de trabalhos de conclusão de curso (TCCs) de Programas de Residência Médica já defendidos e que não foram publicados por razões diversas, a Diretoria Executiva da Febrasgo decidiu estabelecer premiações de incentivo aos autores que submeterem seus trabalhos para publicação na RBGO ou *Femina*.

■ Os pós-graduandos e residentes e seus respectivos orientadores/preceptores, autores principais de artigos científicos oriundos de teses de mestrado ou doutorado e TCCs que submeterem tais manuscritos para publicação na RBGO ou *Femina* poderão receber como bonificação, caso o manuscrito seja aceito para publicação nas mencionadas revistas, a inscrição gratuita no Congresso ou Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo, a serem realizados no ano de sua aceitação ou no ano subsequente, caso não haja tempo hábil para a primeira hipótese.



- A dissertação, a tese ou o TCC referidos acima deverão ter sido aprovados na instituição de origem após a defesa deles por seus autores.
- Para a submissão, os trabalhos devem estar redigidos de acordo com as normas previstas nas Instruções aos Autores específicas da RBGO ou *Femina*, e os manuscritos serão analisados por seus editores.
- Os manuscritos não poderão ter sido publicados anteriormente em qualquer outro periódico, nacional ou internacional, exceto na forma de Resumo ou em Anais de Congressos.
- Na submissão do texto para publicação, o autor deverá comunicar aos editores da RBGO ou *Femina*, na página de rosto do trabalho, que o manuscrito é a versão para publicação de sua tese de mestrado ou doutorado ou TCC, informando o programa do qual fez parte, o nome da instituição e o nome do aluno e do orientador.

“Nasci dentro da Sogomat-Sul”

A atual presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Mato Grosso do Sul tem motivos de sobra para manter a proximidade com os associados

Por Letícia Martins



A paixão pela medicina e a dedicação ao movimento associativo são duas heranças valiosas que a ginecologista **Dra. Rita Tavares dos Santos**, atual presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Mato Grosso do Sul (Sogomat-Sul), faz questão de manter. “Sou filha de ginecologista. Minha mãe foi diretora e depois presidente da Sogomat-Sul, portanto, desde que eu me entendo por gente, participo da sociedade. Praticamente nasci na Sogomat”, afirma ela, sendo parcialmente literal, mas 100% consciente da responsabilidade que é seguir os passos maternos.

Depois de seis anos morando fora do estado para fazer residência médica e pós-graduação em videolaparoscopia ginecológica no Rio de Janeiro, além de uma especialização em endoscopia ginecológica e endometriose em São Paulo, a Dra. Rita retornou a Campo Grande em 2012 e logo começou a atuar na diretoria da Sogomat-Sul.

Em 2023, ela assumiu a gestão da entidade, dando sequência aos trabalhos de atualização científica,

capacitação e treinamento dos ginecologistas e obstetras do Mato Grosso do Sul e às ações de conscientização sobre saúde feminina para a população em geral e iniciando outros projetos, igualmente importantes, os quais ela detalha na entrevista a seguir.

Femina: A Sogomat-Sul foi fundada em 1979, no mesmo ano em que o Mato Grosso do Sul se tornou um estado independente. Como é a atuação da Federada?

Dra. Rita Tavares dos Santos:

Em alguns estados do interior do Brasil, o funcionamento das sociedades médicas geralmente fica centralizado na pessoa do presidente, do vice-presidente e dos membros do setor administrativo”.



Dra. Rita Tavares dos Santos

Assim, é comum a federada se tornar a nossa casa, a nossa família. Temos uma sede física na capital Campo Grande, mas viajamos quase todos os meses para as cidades do interior, promovendo capacitação médica para os associados. Além das iniciativas presenciais, realizamos eventos e reuniões *online*. Também trabalhamos bastante em conjunto com o poder público, com as secretarias estadual e municipais de saúde, promovendo capacitação para os médicos e campanhas de conscientização e prevenção para a sociedade em geral, a fim de reduzir os índices de mortalidade materna e de gestação na adolescência, bem como todas as intercorrências decorrentes dessa gestação.

Femina: Como é o relacionamento com os associados?

Dra. Rita Tavares: Os associados participam ativamente da vida da Sogomat. Sugerem temas para a programação científica, propõem atividades práticas e marcam presença nos congressos e *workshops*. Pelo grupo de WhatsApp e listas de transmissão, enviamos convites e informações aos associados, que somam atualmente 436. Não é exagero dizer que conhecemos o nome, o sobrenome e os membros da família de cada um deles. Na verdade, somos uma grande família espalhada pelo Mato Grosso do Sul, mas unida no propósito de cuidar da saúde da mulher.

Femina: Qual a programação de eventos para este ano?

Dra. Rita Tavares: Devido às consequências da pandemia, tivemos uma mudança no perfil da programação científica. Quando retornamos dos eventos *online*, optamos por realizar eventos menores e mais específicos, atendendo, assim, os associados conforme as áreas de interesse. Porém, para os médicos do interior, identificamos uma certa dificuldade de logística. Por isso, este ano, optamos por retornar com o nosso Congresso Estadual de Ginecologia e Obstetrícia, que está na sua 33ª edição. Ele acontecerá entre os dias 5 e 7 de setembro, e a expectativa é contar com a participação de profissionais de outros estados, da capital e do interior para abordar diversos temas da especialidade. Além desse evento, que será o maior do ano no estado, teremos o “Tumores Femininos em Foco” em parceria com as sociedades de oncologia clínica e cirúrgica e de mastologia, que abordará temas como câncer de mama, de ovário e de endométrio.

Femina: Como tem sido o desafio logístico para médicos do interior participarem desses eventos?

Dra. Rita Tavares: No interior do MS, as distâncias são grandes e as estradas nem sempre são seguras, o que dificulta a participação. Por isso, estamos buscando

alternativas para alcançar todo o público de médicos ginecologistas do estado.

Femina: Quais são os projetos de combate à mortalidade materna que a Sogomat-Sul desenvolve?

Dra. Rita Tavares: Desde 2017, temos um projeto em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde para capacitar profissionais de saúde do interior em questões relacionadas à mortalidade materna e neonatal. Além disso, realizamos oficinas teórico-práticas e inserimos métodos contraceptivos nas mulheres para evitar gestações não planejadas e impactar positivamente a saúde reprodutiva da população mato-grossense.

Femina: Quais foram os resultados obtidos até o momento?

Dra. Rita Tavares: Infelizmente não temos números concretos para mensurar o impacto das ações realizadas por meio desse projeto da Sogomat-Sul. Conseguir coletar os dados e fazer esse relatório é um dos nossos objetivos. Mas, enquanto isso, podemos comemorar o total de profissionais capacitados: foram 865 em urgências e emergências obstétricas, sendo 288 médicos e 253 médicos qualificados na oficina de contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs). Além disso, realizamos 1.278 inserções de dispositivos intrauterinos (DIUs) de cobre, hormonal e implante, e 44 retiradas.

Femina: Como funciona o projeto de diminuição de gestação não planejada?

Dra. Rita Tavares: O projeto “Educar para Transformar” tem como objetivo capacitar professores da rede estadual e municipal sobre métodos contraceptivos, visando reduzir a gestação não planejada em adolescentes. A iniciativa faz parte do calendário de educação continuada das prefeituras e da Secretaria Estadual de Educação, visando melhorar a informação fornecida aos jovens. A falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos tem sido apontada como um dos principais fatores para a persistência de altos índices de gravidez na adolescência, apesar da disponibilidade de métodos contraceptivos eficazes no sistema público de saúde.

Femina: Quando esse projeto começou?

Dra. Rita Tavares: No ano passado, ou seja, é uma das ações implantadas pela atual gestão. Formalizamos uma parceria com o Ministério Público e contamos com a iniciativa privada da Bayer e da Organon para levar o projeto a um público cada vez maior de adolescentes. Sabemos que o trabalho de conscientização e orientação deve ser permanente, por isso, o jeito é somar forças para multiplicar os resultados. 

Febrasgo apresenta seu planejamento estratégico durante *workshop* no Rio de Janeiro

Diretoria executiva, vice-presidentes das Federadas e representantes das diversas Comissões Nacionais Especializadas se reuniram para conhecer e participar dos próximos passos da Febrasgo

Por Letícia Martins



A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) realizou no dia 16 de março, no Rio de Janeiro (RJ), a primeira reunião de trabalho da gestão 2024-2027 com o objetivo de unificar ideias e discutir as estratégias para os próximos quatro anos.

Com o lema “Avança GO”, o *workshop* contou com a presença dos membros da diretoria executiva, dos vice-presidentes das cinco regiões brasileiras, dos presidentes das Federadas e das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs). Além deles, o presidente da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), Dr. César Eduardo Fernandes, o editor-chefe das revistas *RBGO* e *Femina*, Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, e a coordenadora do Núcleo Feminino e do Feito Para Ela, Dra. Marta Finotti, também participaram da reunião, assim como o presidente da Comissão de Residência Médica, Dr. Gustavo Salata Romão, e a presidente da Comissão

Nacional do TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia), Dra. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva.

“A reunião foi uma ótima oportunidade para alinharmos os objetivos e posicionamentos da Febrasgo no cenário atual. Prevaleceu o clima de entusiasmo e colaboração, revelando o comprometimento de todos os presentes com o aprimoramento científico e a defesa dos ginecologistas e obstetras, elementos essenciais para o crescimento e o fortalecimento da Febrasgo”, declarou a **Dra. Maria Celeste Osório Wender**, presidente da entidade.

Todos os participantes receberam uma camiseta e um boné com o lema da gestão atual da Febrasgo, simbolizando que estão jogando no mesmo time. “Somos uma grande equipe com representantes de todas as regiões do Brasil, que dedicam seu tempo e experiência em benefício da assistência da saúde da mulher brasileira”, frisou a presidente da entidade.

PRINCIPAIS AÇÕES

Maior integração entre as Federadas, melhorias na área educativa, renovação do site e do aplicativo Febrasgo, expansão da presença da entidade nas redes sociais, fortalecimento nacional e internacionalização da Febrasgo são alguns dos objetivos da Febrasgo para o próximo quadriênio.

Na área da atualização científica e formação médica, a Dra. Maria Celeste destacou a construção do Centro de Treinamento e Simulação, que será inaugurado em breve e promete revolucionar a forma como a assistência médica à mulher é realizada no Brasil, e a criação de um projeto de rodízio entre os residentes. “Muitas vezes, os residentes desejam se aprimorar em uma subespecialidade que não é oferecida no seu local de formação. A Febrasgo pretende facilitar o caminho para que eles consigam passar um período de tempo em um programa de residência que ofereça condições para praticar ativamente suas habilidades nessa subespecialidade”, explicou a Dra. Maria Celeste, destacando que essa é uma ideia antiga que ajudará na formação profissional dos futuros ginecologistas e obstetras.

O atual diretor científico e ex-presidente da Febrasgo, **Dr. Agnaldo Lopes**, ressaltou o perfil da nova diretoria, liderada pela primeira vez por uma mulher, mas equilibradamente composta por homens e mulheres. Ele afirmou estar otimista com o plano estratégico criteriosamente elaborado pela nova gestão, que preza pela modernização e o avanço das ações da Febrasgo, ao mesmo tempo que mantém iniciativas que são estimadas pelos associados, como, por exemplo, o desenvolvimento do LogBook, ferramenta que será muito útil no dia a dia dos residentes e supervisores, e a revista *Femina*, que chega impressa nos consultórios e residências dos associados. “Além da *Femina*, a Febrasgo produz a RBGO, revista científica que conquistou o fator de impacto graças à excelência dos artigos publicados e principalmente ao trabalho do editor-chefe, Dr. Marcos Felipe Silva de Sá. Precisamos que todos contribuam com conteúdo científico para que a RBGO continue crescendo”, disse.

O Dr. Agnaldo destacou algumas mudanças, como a realização do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), que volta a ser bienal, alternando com a Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (JBGO), e salientou a contribuição dos presidentes e membros das CNEs e dos presidentes das Federadas para a definição dos temas. “O Dr. César Fernandes sempre comenta que as CNEs são a espinha dorsal da Febrasgo, e eu concordo com essa afirmação. Contamos muito com as CNEs tanto na organização da grade científica dos eventos quanto na elaboração e atualização dos protocolos e posicionamentos da Febrasgo”, afirmou.

PARCERIA E TRANSPARÊNCIA

Para a diretora administrativa, **Dra. Roseli Nomura**, que por anos presidiu a Comissão Nacional do TEGO,

a palavra que mais bem define esse início de gestão é parceria. “A Febrasgo não é a diretoria eleita ou a pessoa da presidente. Somos todos nós, diretoria, presidentes e membros do CNES, presidente das Federadas e cada um dos associados. Estamos aqui para fazer essa integração e conseguir crescer enquanto sociedade médica. O trabalho conjunto fortalecerá a nossa associação profissional e beneficiará a saúde feminina”, declarou.

Entre os compromissos da diretoria administrativa da Febrasgo está o apoio e o suporte às Federadas em qualquer necessidade ou problema local relacionado à saúde da mulher. “Nosso papel é dar suporte quando somos chamados. Se não pudermos oferecer uma saída, certamente pensaremos juntos numa solução”, frisou a Dra. Roseli.

Uma característica imprescindível para que a parceria seja duradoura e frutífera é a transparência. “Parece meio batido falar sobre transparência, mas, desde o momento em que aceitei o convite para ser diretor financeiro da Febrasgo, essa palavra se tornou ainda mais importante”, declarou o **Dr. Marcelo Steiner**, que está à frente da gestão financeira da Febrasgo desde o primeiro dia útil de 2024.

Segundo ele, a Febrasgo possui processos financeiros e administrativos organizados, auditorias regulares e uma equipe interna bem treinada, mas há oportunidade para melhorias e aumento de receita, que podem vir de novos projetos, como mentorias profissionais.

Por sua vez, a diretora de Defesa e Valorização Profissional, **Dra. Lia Cruz Vaz da Costa Damásio**, apresentou algumas das muitas frentes em que a Febrasgo está envolvida em prol dos ginecologistas e obstetras. Exemplo disso é o posicionamento firme em defender que a inserção e a retirada do dispositivo intrauterino e do implante contraceptivo e o laudo de exames de ultrassom são atos médicos e, como tal, devem ser exclusivamente conduzidos por médicos.

“A Comissão de Defesa e Valorização Profissional trabalha constantemente na elaboração de decisões judiciais, pareceres técnicos e publicações para ajudar os médicos associados na solução de problemas rotineiros ou eventuais, de todos os tipos, como jurídicos, penais e éticos, no Brasil inteiro”, afirmou a Dra. Lia.

“Também temos o papel de atuar com as entidades médicas e relacionadas ao trabalho médico, tanto governamentais quanto não governamentais, privadas e públicas, para buscar melhorias nas condições de trabalho, regulamentação e remuneração dos ginecologistas e obstetras em todo o Brasil”, acrescentou a Dra. Lia, citando algumas entidades com as quais a Febrasgo já estreitou relacionamento, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), no qual, inclusive, participa de comissões.

O primeiro *workshop* da nova gestão foi, portanto, de muito trabalho, apresentação das iniciativas e integração entre todos que fazem a Febrasgo ser uma sociedade médica democrática, organizada e representativa que está em constante avanço. 

Por que a Febrasgo é contra o uso do termo e expressão “violência obstétrica”?

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²

1. Presidente da Febrasgo.

2. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.



Em temas polêmicos, o ideal é começar pela conclusão para apaziguar os ânimos e conciliar as ideias que podem somar elementos importantes para a discussão. Sendo assim, o presente artigo já se inicia reafirmando que, obviamente, a Febrasgo e todos os médicos ginecologistas e obstetras éticos e responsáveis do Brasil são terminantemente contra todo e qualquer tipo de violência contra a mulher, em qualquer ambiente, em qualquer esfera, em qualquer situação.

Os números da violência contra a mulher são alarmantes no Brasil e no mundo. O combate e o repúdio à violência contra a mulher são um dos eixos principais de atuação e campanhas da Febrasgo. De acordo com o Atlas da Violência 2023, somente em 2021, 3.858 mulheres perderam a vida de forma violenta, numa média de mais de 10 feminicídios por dia, fora as subnotificações. A violência sexual, de todas as formas, é uma grave violação dos direitos humanos, e estimam-se 822 mil casos de estupro por ano no Brasil, mais de 80% em mulheres.

A Febrasgo endossa todos os movimentos e legislações que combatem a violência contra a mulher e fomenta a discussão e o debate necessários sobre o assunto, para despertar e sensibilizar a população e as autoridades, bem como o estímulo à denúncia e à educação de toda a sociedade sobre os meios e o apoio legal, médico, psicossocial e assistencial pleno a todas as mulheres e famílias em situação de violência.

Estando bem esclarecido esse crucial posicionamento, a Febrasgo se preocupa com os efeitos negativos, reductionistas e estigmatizadores do uso do termo “violência obstétrica”. A Febrasgo apoia o claro propósito legislativo de vários projetos de lei sobre o assunto que demonstram a preocupação e a firmeza necessárias para coibir, também nos ambientes e situações de atendimento em saúde e nos momentos de gestação, parto e puerpério, toda e qualquer violência contra a mulher. A temática é assunto de extrema relevância e urgência no nosso país, e o fortalecimento dela é uma importante conquista das

mulheres e da sociedade para o enfrentamento da violência de gênero no âmbito doméstico e familiar, e também fora dele, sendo aqui necessária a inclusão da proteção nos ambientes e atendimentos em saúde.

Entretanto, o uso do termo “violência obstétrica e ginecológica” traz uma carga pejorativa e social que tem, comprovadamente, prejudicado, estigmatizado e, inclusive, afastado dessa assistência a imensa maioria de médicos ginecologistas e obstetras, que são éticos, responsáveis e empáticos com as dificuldades e sofrimentos dessas mulheres.

A construção social dessa expressão tem colocado os médicos, infelizmente, na mídia como se fossem “inimigos da mulher”, e nada poderia ser mais distante da realidade. E tem causado dificuldades para o uso de procedimentos que não são de imediato reconhecimento pela população leiga, mas que, em condições de urgência e emergência, permitem a essas lindas especialidades a clara evolução na preservação de vidas de mulheres, gestantes ou não, e de recém-nascidos. A utilização do termo “violência obstétrica” pode levar a uma indevida criminalização de atos médicos e de saúde, por vezes urgentes e necessários, em detrimento do objetivo social e ético de proteger a mulher. Isso difere completamente de ser veementemente contra procedimentos abusivos, ultrapassados e/ou desnecessários.

Sobre o termo “violência obstétrica”, em uníssono, as entidades médicas contraíndicam o seu uso. O Parecer nº 32/2018 do Conselho Federal de Medicina (CFM) esclarece que a expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. O referido parecer destaca que o CFM considera que a expressão “violência obstétrica”, além de ser pejorativa, traz em seu bojo riscos permanentes de conflito entre pacientes e médicos nos serviços de saúde e, para efeito de

pacificação e justiça, avalia que tal termo seja abolido e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra abordagem e conceituação. Para os médicos, e para todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência, a atenção humanizada ao parto deve ser baseada em evidências científicas, com o objetivo final de um parto e assistência seguros e respeitosos.

No fórum do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia de 2022, ressaltou-se que o uso do termo “violência obstétrica” deve ser desestimulado, pois: alimenta vieses e preconceitos contra médicos e contra práticas que podem ser necessárias; trata-se de termo muito abrangente, incluindo desde crimes reais e desrespeito até técnica médica do ponto de vista de leigos; os reais erros médicos são abrangidos pela legislação e pelo Código de Ética Médica nos casos justos, e a utilização desse termo interfere negativamente na confiança e na relação médico-paciente e na segurança da prática assistencial. Ainda, a visão da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) foi apresentada, tendo sido destacada a robustez da sua composição com associações em mais de 130 países. A FIGO publicou o Plano Estratégico 2021-2030, no qual reconhece a vulnerabilidade da mulher e que existem situações de abuso, mas em nenhum momento utiliza o termo “violência obstétrica”. As recomendações da FIGO são para investigar danos e propor melhorias em todos os níveis e sinalizar os três atrasos: na procura ao serviço de saúde, para chegar e no processo de atendimento. O documento da FIGO recomenda foco na SEGURANÇA e CUIDADO RESPEITOSO. A FIGO reconhece que existem maus-tratos, abusos e desrespeito, propõe ações para identificar e prevenir maus-tratos, abusos e desrespeito, e recomenda ações focadas para identificar e prevenir a assistência insegura.

Os médicos são, como os demais profissionais de saúde, e na sua imensa maioria, defensores das mulheres e dos seus direitos e vítimas em comum dos graves problemas e deficiências da assistência em todo o país. Todo o Código de Ética Médica resguarda os direitos da paciente, ressaltados os direitos ao consentimento livre e esclarecido, a tomada de decisão informada e a autonomia de pacientes e médicos, não sendo oportuno que no texto de leis ou de materiais de imprensa o termo seja tendencioso em relação a uma profissão, a uma especialidade, pois certamente o objetivo não é esse, mas sim o de proteger a mulher.

Utilizar nas definições o termo “violência obstétrica e ginecológica” sugere reconhecimento imediato ou suspeita perene de prática de violência por parte dos médicos e outros profissionais de saúde especialistas em obstetrícia, por vezes em procedimentos desconhecidos pelos leigos e muitas vezes necessários, fomentando o litígio e as dificuldades de relacionamento entre os profissionais de saúde e pacientes.

As evoluções na área da obstetrícia têm permitido avanços e conquistas que eram considerados impossíveis há poucas décadas, sobretudo no que se refere à

sobrevivência bem-sucedida de mães e recém-nascidos em condições que antes eram quase que fatalmente malsucedidas. Ao lado de toda essa evolução e possibilidades tecnológicas, a medicina baseada em evidências vem demonstrando gradativamente que é possível fornecer assistência menos intervencionista, mais respeitosa e dentro dos critérios éticos da autonomia, mantendo ou melhorando os resultados perinatais. Há crescente e adequada valorização do protagonismo da mulher e de sua família por toda a equipe multiprofissional e pelos seus eventuais acompanhantes de qualquer natureza, tendo como pilar inegociável a segurança do binômio materno-fetal. Essa evolução peculiar de conceitos e diretrizes, usual, porém restrita a qualquer área da saúde, tem sido apropriada por determinados segmentos de forma desrespeitosa e preconceituosa, sobretudo em relação à atividade médica, como se ser médico significasse, em algum momento, nunca considerar as preferências da paciente; como se ser médico fosse sinônimo de arrogância ou falta de comunicação; como se o uso de práticas que anteriormente eram consagradas e podem naturalmente evoluir ou mudar, de acordo com as evidências científicas, fosse um erro pessoal, e não um mecanismo natural de atualização na assistência.

Todas as áreas, e de forma muito especial a medicina e a obstetrícia, evoluem e se modificam continuamente de acordo com as descobertas e as análises de resultados e experimentos, podendo qualquer prática ser (e continuamente o é) repensada, redimensionada, aprimorada ou modificada. Nessa mesma linha de raciocínio, qualquer definição passional ou condenação absoluta de uma conduta técnica, intervenção ou procedimento apresenta grave vício de origem, pois a complexidade das situações e casos concretos pode significar um bom uso da prática, nos termos do conhecimento científico, do raciocínio clínico e das normas vigentes. Muitas condutas médicas podem ser consideradas, aos olhos leigos, desnecessárias e descomedidas, mas podem ser inerentes a praxis médica, como ocorre também em inúmeros procedimentos cotidianos que não têm a mesma visibilidade, apelo emocional e midiático e participação de leigos conjuntamente como ocorre na obstetrícia.

Por esse e tantos motivos, a Febrasgo é absolutamente contrária ao uso do termo “violência obstétrica”. Além disso, os aspectos do ponto de vista médico e técnico e de desestímulo ao exercício da profissão devem ser fortemente considerados, e a diminuição do exercício da obstetrícia é fato perceptível na prática da especialidade.

O objetivo de todas as entidades médicas é a defesa do exercício profissional seguro e respeitoso, e os pontos levantados devem ser valorizados na construção dessa e outras normas que impactem diretamente o exercício da medicina e a saúde e proteção do binômio materno-fetal. Em todo esse processo, a Febrasgo está à disposição enquanto entidade técnica e científica representativa da

ginecologia e obstetrícia para seguir cooperando com o legislativo pela proteção das mulheres.

A Febrasgo entende e apoia o valor da discussão e a importância inegociável de forte atuação contra toda e qualquer violência contra a mulher. A violência contra a mulher, em qualquer ambiente que ocorra e em qualquer circunstância, é absolutamente inaceitável, e a Febrasgo, bem como a imensa maioria dos médicos do Brasil, é defensora incansável das mulheres e dos seus direitos e dignidade.

O posicionamento atual oficial da Febrasgo é contra o uso e a divulgação do termo “violência obstétrica”, sendo recomendado o combate a qualquer violência contra a mulher ou contra a gestante, sem depreciação ou responsabilização inadequada da figura do médico obstetra. O foco deve ser o enfrentamento ao abuso e aos maus-tratos e a defesa do parto seguro e respeitoso. Fundamentalmente, qualquer ação ou omissão que resulte em violência contra a mulher, em qualquer contexto, deve ser prontamente denunciada e fortemente combatida, mas não majorada por termos preconceituosos e que podem prejudicar a já desfalcada assistência em saúde, que requer tanto apoio estrutural e de recursos materiais e de número de profissionais. Cabe lembrar que o médico possui responsabilidades ética, civil, administrativa e penal bem definidas na assistência à saúde e no atendimento de emergências. Da mesma forma, todos os envolvidos na assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido, sejam ou não profissionais de saúde, assumem as responsabilidades ética, penal, civil e criminal pelos seus atos, inclusive em danos causados por eventuais atrasos na assistência especializada ou mesmo exercício ilegal da medicina.

Além disso, vale ressaltar a importância de discutir e melhorar aspectos cruciais com problemas gravíssimos na realidade brasileira, como a questão estrutural, a falta de leitos, maternidades, UTIs materna e fetal, recursos humanos, organização e segurança de carreira e equipes multiprofissionais completas, as dificuldades relacionadas aos laboratórios, nos exames de sangue e complementares, e o real e imenso impacto disso na qualidade da assistência.

Sob essa perspectiva, a Febrasgo apresenta sugestões de substituição dos termos “violência obstétrica” ou “violência obstétrica e ginecológica” por termos que demonstram a real intenção de todos esses movimentos sociais e dos excelentes projetos de lei em andamento, mas sem vilipendiar ou humilhar uma especialidade médica na sua definição.

Entre as sugestões para definir a violência contra a mulher, sugere-se o uso dos seguintes termos, entre outros similares:

- “violência contra a mulher nos cenários de gestação, abortamento, parto, puerpério e atendimentos de saúde”;
- “pelo parto seguro e respeitoso”;

- “violência contra a mulher em ambientes de saúde”;
- “violência contra a mulher”;
- “violência contra a gestante”;
- “contra o abuso e maus-tratos na gestação, abortamento, parto e puerpério”.

Essas aparentemente singelas alterações conseguem manter a valiosa intenção e função legislativa de projetos, leis e matérias que visam proteger a mulher nos ambientes de saúde e nos cenários de gravidez, abortamento, parto e puerpério, sem trazer aos ginecologistas e obstetras o atual prejuízo moral e social da estigmatização que o outro termo acarreta e sem nenhuma brecha para qualquer procedimento que não seja cientificamente comprovado e eticamente apresentado para as mulheres e suas famílias, com todos os aspectos previstos em toda a legislação brasileira e no Código de Ética Médica.

A Febrasgo também entende que exceções a essa definição devem incluir, minimamente, as seguintes situações:

- I. A intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento da paciente ou de seu representante legal se justificada por iminente perigo de vida;
- II. Os procedimentos clínicos e cirúrgicos inquestionavelmente necessários à assistência, desde que cientificamente comprovados e eticamente apresentados para as mulheres e suas famílias, com todos os aspectos previstos em toda a legislação brasileira e no Código de Ética profissional.

Os nobres propósitos de fortalecer o combate contra toda e qualquer violência contra a mulher permanecem, com a justa discussão sobre os textos legislativos e também os leigos, para os cenários de gestação, abortamento, parto, puerpério e atendimentos de saúde e com o reconhecimento, valorização e apoio irrestrito dos ginecologistas e obstetras brasileiros.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo participa e participará, de forma ativa e proativa, de todas as instâncias de discussão sobre o tema e ressalta a primazia do respeito, autonomia, gentileza, ciência e profissionalismo na assistência à mulher em todas as fases de sua vida e nos delicados e vulneráveis momentos de gestação, abortamento, parto e puerpério.

SITES CONSULTADOS

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/12/atlas-da-violencia-2023.pdf>

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1105-violencia-contr-a-mulher-febrasgo-alerta-para-principais-fatores-de-risco-ao-longo-da-infancia-e-vida-adulta>

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1743-cerca-de-18-milhoes-de-mulheres-sofreram-alguma-forma-de-violencia-no-ultimo-ano>

<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina-12-2022-Web.pdf>

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9189190>

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

154 Vulvovaginites em gestantes

Geraldo Duarte, Iara Moreno Linhares, Regis Kreitchmann, Andréa da Rocha Tristão, Evelyn Traina, Ivete Canti, Marcos Takimura, Joelma Queiroz Andrade

PROTOCOLO

167 Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério

Geraldo Duarte, Antonio Rodrigues Braga Neto, Regis Kreitchmann, Maria Luiza Menezes, Angélica Espinosa Miranda, Ana Gabriela Travassos, Patrícia Pereira dos Santos Melli, Roseli Mieke Yamamoto Nomura, Aguinaldo Lopes da Silva Filho, Maria Celeste Osório Wender

Vulvovaginites em gestantes

Número 3 – 2024

A Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas 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

- O microbioma vaginal em equilíbrio é o principal fator de defesa do ambiente vaginal contra infecções e os lactobacilos desempenham função primordial nesse sentido, mantendo o pH vaginal dentro da faixa de normalidade (3,8 a 4,5).
- As adaptações hormonais e imunes decorrentes da gravidez influenciam as modificações do microbioma vaginal durante a gravidez.
- O microbioma vaginal alterado predispõe à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- A vaginose bacteriana é a principal expressão clínica de desequilíbrio do microbioma vaginal.
- A candidíase vulvovaginal depende mais das condições do hospedeiro do que do agente etiológico.
- O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário transmitido durante o ato sexual.
- O uso de probióticos não está liberado para gestantes.

RECOMENDAÇÕES

- Todas as queixas de modificações do conteúdo vaginal referidas pela gestante precisam ser avaliadas tanto para descartar alteração do microbioma vaginal quanto para afastar outras infecções genitais.
- O exame microscópico para exame direto ou corado pelo Gram deve ser sempre realizado quando se detecta alteração suspeita de infecções no conteúdo vaginal.
- Para o diagnóstico da vaginose bacteriana em nosso meio, utilizam-se os critérios de Amsel e a coloração do esfregaço do conteúdo vaginal segundo os critérios de Nugent.
- Para o tratamento da vaginose bacteriana em gestantes, prefere-se o uso de metronidazol por sete dias. Apesar de os tratamentos oral e vaginal serem eficientes, a preferência é pela via oral, por sete dias. A clindamicina por via oral também é uma opção, que é mais utilizada quando há impedimento eventual do uso do metronidazol.
- Para complementar o exame clínico no diagnóstico da candidíase vulvovaginal, está indicado o exame a fresco do esfregaço do conteúdo vaginal. A cultura e o fungigrama estão indicados apenas nas recidivas.
- A candidíase vulvovaginal em gestante deve ser tratada com derivados imidazólicos por via vaginal, por sete dias, visto que os medicamentos antifúngicos por via oral não estão liberados para uso em grávidas.
- O exame a fresco do esfregaço do conteúdo vaginal é o principal exame para confirmar o diagnóstico da tricomoníase.
- Para o tratamento da tricomoníase vaginal, a escolha recai sobre o metronidazol por via oral, por sete dias. O tratamento em dose única por via oral ou o tratamento por via vaginal apresentam resultados com maiores taxas de insucesso.
- Deve-se estabelecer a melhor estratégia em cada serviço, visando incluir o parceiro na assistência pré-natal.

CONTEXTO CLÍNICO

Por vários motivos, as vulvovaginites são reconhecidas como entidades clínicas de extrema relevância, em decorrência de sua frequência, manifestações clínicas, repercussões psicológicas, influência negativa sobre a sexualidade, facilitação da disseminação de infecções sexualmente transmissíveis, possibilidade de sequelas e efeitos deletérios sobre o prognóstico gestacional. Apesar do avanço dos métodos diagnósticos e da disponibilidade de medicamentos, as vulvovaginites continuam desafiando os profissionais da obstetrícia, particularmente nos episódios recidivantes.^(1,2)

Considerando o sistema de defesa do ambiente vaginal às infecções, observa-se que existe diferença entre as mulheres, algumas com equilíbrio mais estável e outras com maior vulnerabilidade.⁽³⁾ De forma geral, as alterações sistêmicas e genitais durante a gravidez fazem com que esse período seja considerado de maior probabilidade para adquirir essas infecções, indiretamente indicando que a gestação tornaria a mulher mais vulnerável aos agentes de transmissão sexual.⁽⁴⁾ As adaptações e modificações do sistema imune (humoral e celular), associadas à alterações hormonais verificadas durante o período gestacional, poderiam, em última análise, responder pelas alterações da microbiota vaginal que resultam nessa maior vulnerabilidade. Como resultado dessas alterações, teoricamente, o mecanismo de defesa local estará prejudicado em todas as gestantes. No entanto, na prática, verifica-se que algumas mulheres conseguem equalizar essas modificações sem que o microbioma seja alterado a ponto de predispor ao aparecimento de vulvovaginites.^(5,6) Além dessas alterações fisiológicas, as modificações anatômicas decorrentes da retenção hídrica e da compressão dos vasos linfáticos aumentam a exsudação vaginal, influenciando diretamente no volume e nas características físicas do conteúdo vaginal. Esse detalhe pode dificultar o diagnóstico diferencial entre a infecção genital e o aumento fisiológico do conteúdo vaginal decorrente das adaptações citadas.⁽⁷⁾

Durante a gravidez, além das repercussões maternas, as vulvovaginites associam-se a desfechos obstétricos desfavoráveis como o trabalho de parto pré-termo, corioamniorrexe prematura, baixo peso ao nascer e infecção puerperal.⁽⁸⁾ É importante lembrar que as complicações do parto pré-termo representam a primeira causa de mortalidade neonatal, correspondendo a aproximadamente 35% dos 3,1 milhões de mortes neonatais que ocorrem anualmente no mundo, tendo as infecções do trato genital como importantes protagonistas dessa situação.⁽⁹⁾

Embora alguns estudos na literatura apresentem resultados por vezes controversos relativos às alterações do microbioma genital e desfechos gestacio-

nais desfavoráveis, cumpre lembrar que tais estudos foram realizados utilizando métodos simples de identificação de microrganismos, como bacterioscopia e/ou cultura, os quais apresentam limitações em seus resultados. Pesquisas mais recentes utilizando técnicas de amplificação de genes para a identificação de microrganismos que constituem o microbioma vaginal durante a gestação têm demonstrado que a presença de flora protetora lactobacilar, constituída principalmente por *Lactobacillus crispatus*, associa-se a desfechos gestacionais favoráveis, e suas alterações associam-se ao aumento da taxa de encurtamento da cérvix uterina e da ocorrência de parto pré-termo.⁽¹⁰⁾

Sem dúvida, os cuidados na prevenção e o diagnóstico e o tratamento adequados das vulvovaginites e cervicites durante o período gestacional revestem-se de extrema importância, contribuindo para o bem-estar materno e prevenindo desfechos gestacionais desfavoráveis ao binômio materno-fetal.⁽⁴⁾

QUAL É A IMPORTÂNCIA DE CONHECER O MICROBIOMA VAGINAL NO CONTEXTO DAS VULVOVAGINITES?

Os primeiros estudos sobre a microbiota vaginal foram realizados ainda no século 19, quando foi descrita a presença de os *Lactobacillus* de Döderlein no conteúdo vaginal de puérperas sem complicações infecciosas e a ausência deles em mulheres com infecção após o parto. No decorrer do tempo, a ciência demonstrou que o conhecimento do microbioma vaginal e suas alterações é fundamental não apenas para o diagnóstico e o tratamento, mas também para dimensionar o equilíbrio do microbioma normal e seus eventuais desvios. Isso foi possível com o desenvolvimento das técnicas de microscopia, de cultivos microbiológicos específicos e da biologia molecular, que tornaram possível a identificação de novos componentes da microbiota vaginal e da grande diversidade de microrganismos aeróbios, anaeróbios e microaerófilos, que fazem parte desse ambiente microbiológico.^(10,11)

Como dito, a grande diversidade do microbioma vaginal requer um refinado equilíbrio, permitindo que germes Gram-positivos, Gram-negativos, aeróbios e anaeróbios estejam presentes na vagina de mulheres saudáveis na idade reprodutiva. Destacam-se, pela frequência, os *Lactobacillus*, diferentes espécies de cocos (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus* do grupo B, *Streptococcus* sp., *Peptococcus* e *Peptostreptococcus*), bactérias/bacilos (*Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Diphtheroides*, *Propionibacterium*, *Clostridium* spp. e *Fusobacteria*), micoplasmas e fungos (*Candida*

albicans), sendo a colonização predominante representada por *Lactobacillus*.⁽¹²⁾

A colonização vaginal por *Lactobacillus* sofre influência da ação estrogênica, portanto sua concentração modifica-se de acordo com as diferentes fases da vida da mulher. Durante a gravidez, ela se modifica de acordo com a idade gestacional.⁽¹³⁾ Nas recém-nascidas, que adquiriram estrogênio transplacentário, a colonização é abundante, reduzindo-se durante a infância até a menarca. Durante a vida reprodutiva e particularmente na gravidez, a concentração desses microrganismos aumenta.⁽¹⁴⁾

A manutenção do pH vaginal ácido pelos *Lactobacillus* é essencial para a manutenção do microbioma vaginal em equilíbrio (a faixa de normalidade do pH é de 3,8 a 4,5). Eles produzem bacteriocinas que impedem a proliferação de bactérias patogênicas nesse sítio e funcionam também como um componente ativo dos mecanismos de defesa local, promovendo a ativação de linfócitos auxiliares.⁽¹⁵⁾

Mais recentemente foram desenvolvidas técnicas independentes dos meios de cultura para a identificação de bactérias, as quais têm revolucionado o estudo dos microrganismos. Tais técnicas, por meio da amplificação de genes, permitem o estudo de um fragmento do 16S rRNA do DNA do genoma bacteriano. Assim, tem sido possível a identificação de um elevado número de clones bacterianos que eram até então desconhecidos no fluido vaginal de mulheres saudáveis e de mulheres com infecções genitais.⁽¹⁶⁾ Embora tais técnicas sejam mais complexas e dispendiosas do que as que utilizam apenas meios de cultura (e por isso elas têm sido mais utilizadas em pesquisas), a contribuição desses novos conhecimentos, sem dúvida, tem extrema importância para o melhor entendimento dos processos fisiopatológicos que acometem o trato genital.

Um importante avanço possibilitado pela biologia molecular foi a identificação mais detalhada da composição bacteriana da vagina e de diversas espécies de *Lactobacillus*, além do já conhecido *Lactobacillus acidophilus*, como principais constituintes da flora vaginal saudável. Assim, quatro espécies de *Lactobacillus* predominam na vagina de mulheres na idade reprodutiva: *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus inners*, *Lactobacillus jensenii* e *Lactobacillus gasseri*. Por razões ainda não conhecidas, a predominância de uma das espécies é acompanhada pela escassez ou ausência de outras.^(11,16) Também existem diversas diferenças nas propriedades entre *Lactobacillus crispatus* e *Lactobacillus inners*; a predominância de *Lactobacillus crispatus* tem sido associada ao sucesso reprodutivo e a de *Lactobacillus inners*, a maior probabilidade de adventos adversos na gestação.^(17,18)

AS ADAPTAÇÕES ENDÓCRINAS E IMUNES DURANTE A GRAVIDEZ PODEM INFLUENCIAR A OCORRÊNCIA DE VULVOVAGINITES?

O aumento da produção de hormônios pela placenta promove uma série de mudanças sobre a imunidade da gestante. Estudos *in vitro* têm demonstrado que os hormônios esteroides deprimem diversos aspectos da imunidade celular em modelos experimentais, inclusive inibindo a rejeição de enxertos e suprimindo a ativação dos linfócitos. A gonadotrofina coriônica produzida pelo trofoblasto possui ação mínima na supressão da imunidade celular, e níveis fisiológicos da alfafetoproteína secretada pelo fígado fetal para o líquido amniótico podem deprimir as respostas de proliferação de linfócitos T. Embora não haja dúvidas sobre a depressão da imunidade celular durante a gestação, não há consenso sobre a variação quantitativa, distribuição e reatividade de tais células durante esse período. Alguns autores sugerem depleção dos CD4 e aumento dos CD8, enquanto outros afirmam que a atividade das células *natural killer* é deficiente. Durante a gestação, a resposta imune sofre uma transformação importante, de modo a reduzir a atividade inflamatória, com alteração da atividade das células Th1 (pró-inflamatórias) para Th2 (anti-inflamatórias). Essa transformação do predomínio da resposta imune Th1 para Th2 é caracterizada pela diminuição da produção de citocinas, como IL-2 e interferon gama (INF γ), e pelo aumento de IL-4. A ação do complemento também está aumentada durante a gravidez. Com relação à imunidade das células B (imunidade humoral), não foram demonstradas alterações durante o período gestacional.⁽¹⁹⁾

O feto é geneticamente diferente da mãe e, para que não ocorra sua rejeição, são necessárias adaptações tanto da imunidade humoral quanto da imunidade celular. Existem evidências de que a atividade de quimiotaxia e a capacidade de aderência dos leucócitos polimorfonucleares reduzem a partir do segundo trimestre. Esses eventos biológicos poderiam explicar a menor prevalência de doenças autoimunes e a maior suscetibilidade da gestante a certas infecções. De maneira geral, pode-se dizer que na gestante a imunidade humoral permanece inalterada. Considerando a imunidade celular, alguns aspectos são preservados (como reações de imunidade retardada), mas há necessidade de supressão de aspectos seletivos dela para preservar o feto e a gravidez. Como anteriormente exposto, os conhecimentos sobre a imunidade na gestação ainda são incompletos.⁽¹⁹⁾

O MICROBIOMA VAGINAL SOFRE ALGUMA ADAPTAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ?

Dentre os vários fatores que atuam sobre o microbioma vaginal da gestante, sobressaem as modifica-

ções endócrinas e do sistema imune, as quais promovem modificações extremamente relevantes para o processo reprodutivo.⁽¹⁵⁾ Assim, a imunidade do trato genital feminino desempenha importantes funções como combate aos microrganismos exógenos invasores e tolerância à microflora endógena presente no trato genital.⁽²⁰⁾

Apesar do aumento do estrógeno e da progesterona influenciando o microbioma vaginal, os papéis exatos desses hormônios sobre a imunidade vaginal ainda não estão definitivamente demonstrados.^(21,22) Durante a gestação, o microbioma vaginal sofre alterações no sentido de estabelecer maior estabilidade, ocorrendo menor variabilidade de microrganismos e maior concentração de espécies de *Lactobacillus*.⁽²³⁾ Provavelmente isso ocorre devido a maior produção de estrogênio, o qual induz aumento do glicogênio nas células epiteliais vaginais, o qual é metabolizado em ácido lático, com conseqüente redução do pH vaginal. A redução do pH vaginal e o aumento da exsudação das paredes vaginais protegem a vagina contra os microrganismos patogênicos.⁽²⁰⁾ No entanto, se esse equilíbrio fino é quebrado, a redução do pH predispõe ao aparecimento de infecções fúngicas e da vaginite citolítica.

Como anteriormente mencionado, as complexas adaptações e alterações na imunidade materna durante a gestação protegem o feto e a mãe contra infecções, ao mesmo tempo que evitam a rejeição fetal pelo organismo materno. O microbioma vaginal interfere com a modulação do sistema imune e também é afetado por ele, o que resulta em maior tolerância a microrganismos. Essa inter-relação envolve aumento de citocinas anti-inflamatórias e iniciação da tolerância a endotoxinas, com conseqüente redução da resposta imune, o que favorece o desenvolvimento adequado da gestação.⁽²³⁾ Por sua vez, alterações da microbiota saudável podem, contrariamente, levar ao aumento de citocinas inflamatórias, com exacerbação da resposta imune e conseqüente indução de seqüência de eventos inflamatórios, os quais podem culminar em parto pré-termo.⁽²⁴⁾ Assim, as vulvovaginites e as cervicites, por alterarem o microbioma vaginal, podem ter como conseqüência desfechos gestacionais desfavoráveis, com implicações tanto para o organismo materno quanto para o prognóstico gestacional.⁽¹⁾ No entanto, nem sempre se observa o comprometimento do prognóstico gestacional.⁽²⁵⁾

COMO ABORDAR GESTANTES PORTADORAS DE VAGINOSE BACTERIANA?

Considera-se que a vaginose bacteriana (VB) seja a mais comum entre as disbioses vaginais (alterações da microbiota vaginal), com prevalência global de até 30% entre mulheres na idade reprodutiva.⁽²⁶⁾ Ela

caracteriza-se pela substituição dos *Lactobacillus* spp. por outras espécies bacterianas, em sua maioria anaeróbias.⁽²⁷⁾

Estudos recentes identificaram a possibilidade de formação de um biofilme polimicrobiano aderente às células epiteliais vaginais em mulheres com VB, ausente na maioria dos controles saudáveis. O evento inicial que resulta nessa mudança adversa sobre a microbiota vaginal não está completamente elucidado e tem sido um impedimento significativo tanto para a compreensão da patogênese dessa condição comum quanto para a otimização da prevenção, visto que nenhum dos tratamentos propostos para sua ruptura está liberado para uso em gestantes. Acredita-se que esse biofilme seja um dos principais fatores para explicar falhas de tratamento. Sem a ruptura do biofilme, a tendência é que as intervenções terapêuticas falhem. Da mesma forma, a manutenção do biofilme estaria ligada às recidivas da VB.⁽²⁸⁾

A presença de VB associa-se a maior probabilidade de aquisição e transmissão de agentes sexualmente transmissíveis, como a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, existindo evidências consistentes de que ela facilita também a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).⁽²⁹⁾

Quando presente, particularmente no início da gestação, a VB tem sido associada a aumento no risco de abortamento, parto pré-termo, baixo peso ao nascer, necessidade de suporte avançado de vida (neonatal), corioamniorrexe prematura e infecção intrauterina.^(8,30) Entretanto, os resultados referentes ao mau prognóstico gestacional são contraditórios e não se confirmam em importantes publicações.⁽³¹⁾ Certamente os fatores imunes do hospedeiro com suas variações individuais e a virulência específica de cada cepa microbiana envolvida na gênese particular daquele caso de VB em gestantes parecem influenciar a ocorrência de eventos adversos e complicações.⁽³²⁾

A alta taxa de mulheres portadoras assintomáticas de VB representa um problema na prática clínica, principalmente pela associação com outras infecções ou mesmo outras alterações do microbioma vaginal.⁽¹⁾ Como não existem protocolos que recomendem o rastreamento universal da população obstétrica durante o pré-natal, imagina-se que o melhor cenário seja que as mulheres que planejam engravidar estejam com a microbiota vaginal equilibrada, dominada pelos *Lactobacillus* spp.^(27,33) Para isso, seria necessária a avaliação adequada e de fácil execução com exames microscópicos diretos do conteúdo vaginal.

O diagnóstico clínico da VB é baseado na queixa (odor desagradável e corrimento branco fluido) e no exame ginecológico. O exame com espéculo permite confirmar a presença de conteúdo vaginal de aspecto homogêneo, geralmente em pequena quantidade, de coloração esbranquiçada ou acinzentada. Mesmo nos

casos de conteúdo vaginal abundante, não se observam sinais de inflamação nas paredes vaginais e no colo. É importante lembrar que as modificações gravídicas podem alterar o aspecto do conteúdo vaginal fisiológico, que se apresentará mais fluido e geralmente mais abundante.^(4,27)

Sem dúvida, a queixa mais comum na VB é o odor desagradável (de peixe estragado), que exacerba após a menstruação e após a atividade sexual com ejaculado em fundo de saco vaginal. No entanto, cerca de 50% das mulheres com essa disbiose não apresentam sintomas, o que constitui um desafio para o diagnóstico.⁽³³⁾ Sabe-se que a VB não é causa isolada de disúria, dispareunia, prurido ou sinais de inflamação vaginal como edema ou eritema.⁽⁴⁾

O diagnóstico clínico da VB pode ser confirmado pela presença de pelo menos três dos quatro critérios estabelecidos por Amsel *et al.*,⁽³⁴⁾ como a seguir: 1) corrimento vaginal branco-acinzentado homogêneo; 2) pH vaginal $\geq 4,5$; 3) teste das aminas positivo; e 4) presença de *clue cells* (também conhecidas como “células-chave” ou “células-guia” para o diagnóstico) no exame microscópico direto do conteúdo vaginal.

Considerando os recursos subsidiários para o diagnóstico da VB, lembra-se da aferição do pH vaginal, o qual se encontra acima de 4,5.⁽³⁵⁾ A fita deve ser própria para aferir pH vaginal, normalmente com variação de 3 a 8. O pH encontra-se elevado devido a depleção acentuada ou ausência de *Lactobacillus* spp., que são os responsáveis pela produção de ácido láctico no meio vaginal. A medida do pH vaginal é realizada colocando-se a fita indicadora em contato com o conteúdo vaginal da parede lateral da vagina por aproximadamente 30 segundos e comparando-o com uma escala de cores na própria embalagem da fita. É importante evitar o contato com a cérvix uterina, já que o muco cervical é alcalino e pode alterar a medida do pH. O teste de Whiff (também conhecido como teste das aminas ou teste do cheiro) é útil no diagnóstico. Ele é realizado colocando-se uma gota de conteúdo vaginal em lâmina de vidro, adicionando-se uma gota de solução de hidróxido de potássio a 10%. O teste é considerado positivo quando há a liberação de bioaminas voláteis de odor fétido, característico da VB. Tal odor ocorre porque as bactérias anaeróbias presentes na VB produzem diaminas, que, em contato com solução alcalina, se volatilizam, exalando odor fétido (putrescina, cadaverina e trimetilamina). Um exemplo *in vivo* desse detalhe bioquímico é o que ocorre quando o sêmen (alcalino) entra em contato com o conteúdo vaginal da gestante portadora de VB durante relação sexual com ejaculado em fundo de saco vaginal, exalando cheiro desagradável.⁽⁴⁾

Os critérios de Amsel *et al.*⁽³⁴⁾ apresentam sensibilidade inferior à do método que se baseia na coloração do esfregaço vaginal pelo Gram e quantificado

segundo os critérios e escores propostos por Nugent *et al.* (1991)⁽³⁶⁾ para o diagnóstico laboratorial da VB. Até o momento, a análise dos esfregaços vaginais corados pelo método de Gram e avaliados de acordo com o escore de 10 pontos de Nugent *et al.*⁽³⁶⁾ é considerada como padrão-ouro para esse diagnóstico. Esse escore baseia-se na atribuição de pontos de acordo com a semiquantificação de morfotipos bacterianos presentes nos esfregaços da lâmina e classificam a microbiota como: tipo I (escores 0 a 3), considerada normal; tipo II (escores 4 a 6), considerada intermediária; e tipo III (escores 7 a 10), que indica diagnóstico de VB (Quadro 1).⁽³⁶⁾ Os critérios de quantificação das bactérias no esfregaço foram adaptados e divulgados por Carvalho *et al.* (2021)⁽³⁷⁾ (Quadro 2).

Quadro 1. Método para avaliação de esfregaços vaginais corados pelo método de Gram no diagnóstico de vaginose bacteriana

Morfologia bacteriana	Pontos por tipo morfológico				
	0	1+	2+	3+	4+
Bacilo Gram (+) Grande (Lactobacilos)	4	3	2	1	0
Bacilo Gram (-) Pequeno	0	1	2	3	4
Bacilo Gram (-) Curvo	0	1 ou 2	3 ou 4	2	2

Fonte: Modificado de Nugent *et al.* (1991).⁽³⁶⁾

Quadro 2. Quantificação de bactérias em lâmina

- 0: Ausência de bactérias
- 1: <1 morfotipo bacteriano presente
- 2: 1 a 5 morfotipos bacterianos presentes
- 3: 6 a 30 morfotipos bacterianos presentes
- 4: 30 ou mais morfotipos bacterianos presentes

Fonte: Carvalho *et al.* (2021).⁽³⁷⁾

Já é bem estabelecido que a VB é uma disbiose polimicrobiana da microbiota vaginal e que sua composição pode variar entre os diferentes casos. Muitas espécies de microrganismos já foram identificadas como associadas à VB, utilizando-se meios de cultura, dentre as quais se destaca a *Gardnerella vaginalis*. No entanto, as técnicas de pirosequenciamento do RNA ribossômico 16s e as técnicas biomoleculares mais recentemente estudadas (PCR multiplex, NAAT e metagenômica), além de confirmarem as espécies já identificadas por meios de cultura, tais como *Prevotella bivia*, *Mobiluncus curtisii* e *Mycoplasma hominis*, também possibilitaram a detecção de inúmeras espécies bacterianas até então não identificadas, como *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia* sp., *Megasphaera* sp., *Sneathia* sp., entre outras.^(38,39) Infelizmente, essas técnicas de biologia molecular ainda não estão disponíveis para a rotina de atendimento clínico.

Para o tratamento da VB, os esquemas propostos demonstram eficácia semelhante e podem ser utilizados durante a gravidez.^(40,41) Assim sendo, a via a ser utilizada deverá levar em consideração a comodidade da paciente, ressaltando que na gestante, se não houver limitação para a via oral, ela será priorizada. A seguir, um sumário das drogas e doses aprovadas para uso:

- Metronidazol 400 mg – por via oral de 12 em 12 horas, durante sete dias;
- Metronidazol 250 mg – dois comprimidos por via oral de 12 em 12 horas, durante sete dias;
- Metronidazol gel vaginal a 0,75% – um aplicador (5 g) por via vaginal durante sete dias;
- Clindamicina 300 mg – por via oral de 12 em 12 horas, durante sete dias;
- Fosfato de clindamicina creme vaginal a 2% – um aplicador por via vaginal (5 g) durante sete dias.

O metronidazol pode ser utilizado desde o primeiro trimestre da gestação, mesmo por via oral, nas doses acima preconizadas. Vale ressaltar que se trata de droga categoria B segundo a classificação do *Food and Drug Administration* (FDA). Em estudo de coorte de gestantes, foi verificado que, apesar de atravessar a placenta, não houve evidência de teratogenicidade ou efeitos mutagênicos do metronidazol. Com essas informações, ele é considerado de baixo risco para gestantes.⁽⁴²⁾ Os efeitos colaterais com metronidazol oral incluem gosto metálico na boca, náuseas e vômitos.⁽⁴¹⁾ De forma geral, apesar desses potenciais efeitos adversos, o metronidazol é bem tolerado pela gestante. Devido ao risco potencial de efeito *disulfiram-like*, a abstinência do álcool durante o tratamento com metronidazol tem sido orientada, mas fica aqui registrado que essa orientação é controversa, visto que a concentração da enzima aldeído desidrogenase não se altera com uso do metronidazol e seus derivados.⁽⁴³⁾

O tratamento da VB durante a gestação tem várias indicações precisas e indiscutíveis, entre elas a melhora clínica das manifestações clínicas da doença, a redução do risco de disseminação sexual do HIV e a melhora do prognóstico de alguns parâmetros perinatais.⁽⁴¹⁾ No entanto, os resultados sobre a redução das taxas de parto pré-termo não se confirmam,⁽⁴⁴⁾ sendo esse o principal argumento para não se indicar a triagem dessa disbiose em gestantes de baixo risco.⁽⁴⁰⁾

O uso de tinidazol não está autorizado durante a gestação por ser classe C pelo FDA. Dados de estudos em animais sugerem que tenha um risco moderado

para o feto, embora os estudos em humanos ainda sejam limitados.⁽⁴¹⁾

Recomenda-se fortemente a realização do controle de cura, o qual pode ser feito por meio de várias técnicas, incluindo testes de biologia molecular e coloração pelo Gram, utilizando os critérios de Nugent *et al.*⁽³⁶⁾ Pesquisa desenvolvida por Sobel *et al.* (2019)⁽⁴⁵⁾ demonstrou que a maior parte das recorrências ocorre por falta de adesão e uso correto das medicações, o que pode ser detectado fazendo o controle de tratamento. De forma prática, o controle de tratamento se faz em amostra do conteúdo vaginal coletada, em média, 30 dias após o último dia de tratamento. Para essa avaliação, utiliza-se o exame microscópico direto dessa amostra corada pelo método de Gram, utilizando os critérios de Nugent *et al.*⁽³⁶⁾

Estudos recentes questionam a possibilidade de transmissão sexual da VB, porém até o presente momento ainda não se recomenda o tratamento concomitante do(s) parceiro(s) sexuais, especialmente no primeiro episódio.^(40,46,47)

COMO ABORDAR GESTANTES PORTADORAS DE CANDIDÍASE VULVOVAGINAL?

As espécies do gênero *Candida* são consideradas como comensais em humanos e podem colonizar de forma assintomática as superfícies mucosas dos tratos genital, urinário, respiratório, intestinal, bem como a cavidade oral, unhas, couro cabeludo e pele. Entretanto, em determinadas circunstâncias, o fungo deixa de ser um comensal assintomático para causar infecção. A candidíase é, portanto, considerada uma infecção oportunista que causa doença a depender das condições do hospedeiro. A resposta imune e os *Lactobacillus* são responsáveis por manter o equilíbrio da flora vaginal, mas qualquer modificação no meio pode levar a proliferação e infecção fúngica.⁽⁴¹⁾

Conhecida como causa frequente de vulvovaginite, acredita-se que 75% das mulheres experimentarão pelo menos um episódio de candidíase durante a vida. Em mulheres não gestantes, a espécie de fungo mais comumente isolada em casos de vulvovaginites é a *Candida albicans* (70% a 89%), seguida por espécies não *albicans* como a *Candida glabrata* (4,5% a 20%) e outras com menor frequência como a *Candida tropicalis* (2,7% a 7,5%), a *Candida parapsilosis* (2,1% a 4,3%) e a *Candida krusei* (0,9% a 4,2%).^(48,49)

Premissa que se baseia em fatos indica que a gestação predispõe à candidíase vulvovaginal, evento que decorre das alterações hormonais, da maior umidade local, das alterações imunológicas características do estado gravídico e das mudanças da microbiota vaginal, que alteram o pH nesse sítio.⁽⁵⁰⁾ Outros fatores de risco são diabetes, imunossupressão, uso de glicocorticoides, antibióticos e alguns hábitos pessoais, como

uso de vestes de tecido espesso (reduzindo a ventilação genital), dietas ricas em açúcar e estresse.⁽⁴⁸⁾

Existem controvérsias sobre a influência da vulvovaginite por *Candida* sobre o prognóstico gestacional. Enquanto alguns autores não confirmaram essa associação,⁽⁵¹⁾ outros associam a candidíase ao trabalho de parto pré-termo,^(52,53) deixando aberta a discussão sobre essa eventual associação.

O quadro clínico da vulvovaginite fúngica caracteriza-se principalmente por prurido de intensidade variável e corrimento genital, geralmente esbranquiçado. Sintomas como desconforto e/ou dor, disúria e dispareunia também podem estar presentes, dependendo da intensidade do processo inflamatório. No exame ginecológico é frequente serem observados hiperemia vulvar, edema e, eventualmente, fissuras. Deve-se lembrar que as modificações do trato genital características do período gestacional podem tornar os sintomas ainda mais desconfortáveis.^(4,41)

Sintomas alérgicos podem manifestar-se no trato genital como prurido e corrimento, o que é facilmente confundido com a candidíase, inclusive durante o período gestacional. Por vezes o aumento de fluxo vaginal, que ocorre na gestação em consequência das modificações no trato genital, pode causar certo grau de desconforto, levando erroneamente à suspeita de candidíase, daí a necessidade da confirmação da presença do fungo para o diagnóstico dessa afecção. Estudo em gestantes brasileiras mostrou que na maioria dos casos a infecção fúngica é pela espécie *albicans* e que a porcentagem de diagnósticos clínicos errôneos, nos quais não houve crescimento de fungo na cultura em meio de Sabouraud, é significativa.⁽⁵⁴⁾ Outras condições que podem ser confundidas com candidíase são a vaginose citolítica, o líquen escleroso e outras dermatoses vulvares.⁽³⁾ O exame especular mostra hiperemia da mucosa vaginal e presença de conteúdo vaginal esbranquiçado, em quantidade variável, de aspecto espesso ou flocular, geralmente aderido à parede vaginal.⁽⁴⁾

Como afirmado anteriormente, o diagnóstico clínico deve sempre ser confirmado na gravidez pela presença de fungos,⁽⁴¹⁾ podendo ser utilizados os seguintes recursos: 1) o pH vaginal encontra-se geralmente abaixo de 4,5; 2) com o exame a fresco, colocando-se em lâmina de vidro uma gota de conteúdo vaginal e uma gota de hidróxido de potássio a 10%, observa-se a presença de pseudo-hifas e/ou leveduras agrupadas e blastoconídeos; 3) a bacterioscopia utilizando a coloração de Gram permite identificar os elementos fúngicos anteriormente citados; 4) a cultura em meios específicos (Sabouraud ou Nickerson) permite o isolamento do fungo, a identificação de sua espécie e eventual realização do antifungograma, recomendável nos casos recorrentes.⁽⁴⁾ É importante lembrar da possibilidade do diagnóstico de vaginose

citólítica, outra alteração não infecciosa decorrente da redução do pH vaginal.⁽⁵⁵⁾

O exame a fresco possui sensibilidade em torno de 50%-60%, dependendo da experiência do profissional para fazer a leitura da lâmina. Assim, o bom senso e a necessidade clínica orientarão o progresso na solicitação de exames. A positividade do exame a fresco dispensa a continuidade na investigação. Entretanto, se for negativo e existirem sintomas, está indicada a continuidade do processo diagnóstico com a bacterioscopia pelo Gram. A cultura em meio específico normalmente é reservada para os casos de recorrência, permitindo identificar a espécie fúngica e a realização do antifungograma. Os testes utilizando recursos de biologia molecular têm sido utilizados apenas para pesquisas.⁽⁴⁾

O tratamento da candidíase não recorrente durante a gravidez deve ser realizado preferencialmente com imidazólicos tópicos, preferindo-se os tratamentos com duração de sete dias ou mais. Entre as opções terapêuticas disponíveis, os medicamentos mais utilizados são o clotrimazol (creme a 1%, durante sete dias), miconazol (creme a 2%, de 7 a 14 dias) e nitrato de isoconazol (creme a 1%, durante sete dias). Desejando utilizar tratamentos mais curtos (três dias com creme ou óvulo vaginal em dose única), existem cremes e óvulos com concentrações maiores disponíveis no mercado, mas eles geralmente causam muito desconforto para a gestante. No entanto, eles podem ser uma opção para uso em não gestantes.⁽⁴⁾

Existem controvérsias com relação ao uso com segurança de antifúngicos por via oral durante a gravidez. Segundo alguns estudos, apesar de o fluconazol oral não ser a droga de primeira escolha no tratamento da candidíase durante o período gestacional, não foi evidenciado aumento do risco de malformação em fetos de gestantes expostas à droga no primeiro trimestre.⁽⁵⁶⁾ Entretanto, estudos com animais sugerem que altas doses de fluconazol podem ser embriotóxicas e teratogênicas, causando malformações, tais como fenda palatina, anormalidades cardíacas e anormalidades esqueléticas.^(57,58) Assim, não existem até o momento protocolos em humanos que tenham como base estudos controlados avaliando o uso do fluconazol durante a gestação.

Em relação ao tratamento das espécies de *Candida* não *albicans* em gestantes, as orientações são para o uso de nistatina (creme vaginal durante 14 dias). O uso de óvulos vaginais do ácido bórico é bastante eficaz contra essas espécies fúngicas, mas é contraindicado em gestantes.⁽⁵⁹⁾ Para a *Candida krusei*, a resposta terapêutica ao clotrimazol ou miconazol tópico é considerada satisfatória.

Consideram-se como recorrência mais de três episódios confirmados de candidíase em um ano. Uma associação frequente de casos de repetição da can-

didíase é o controle inadequado da glicemia em gestantes com algum grau de alteração do metabolismo glicídico. Um dos maiores problemas na recorrência da candidíase em gestantes está ligado à limitação dos medicamentos por via oral e à limitação em identificar outras espécies de *Candida* não *albicans*. Identificando-se essas espécies menos frequentes, o uso de nistatina creme (por 21 dias) pode ajudar na resolução do problema.⁽⁶⁰⁾ Outra opção é o prolongamento intermitente do uso intravaginal clotrimazol ou miconazol, em uso intravaginal três vezes por semana, até o término da gravidez.⁽⁵⁹⁾

Não há evidências que suportem o tratamento da parceria sexual masculina assintomática.⁽⁴⁰⁾ Algumas vezes o homem desenvolve uma reação de hipersensibilidade ao fungo após a relação sexual, com sensação de prurido e ardor, associados a hiperemia do pênis. O tratamento, nesse caso, inclui eliminar o fungo com o trato genital feminino. O homem não se beneficia do uso tópico de imidazólicos, mas em casos sintomáticos pode ser prescrito corticoide de baixa potência à base de hidrocortisona a 2%.^(60,61)

COMO ABORDAR GESTANTES PORTADORAS DE TRICOMONÍASE?

A tricomoníase vaginal é causada por *Trichomonas vaginalis*, um protozoário móvel, flagelado e anaeróbio facultativo, e considerada uma infecção de transmissão sexual. Na gravidez, a prevalência é variável (3,9% a 24,6%), dependendo do método diagnóstico utilizado e da população avaliada.⁽⁶²⁾ Considera-se que ter parceria sexual múltipla, ser profissional do sexo, fazer uso inconsistente de preservativo com parceria sexual de risco, usar drogas ilícitas, ter história atual ou prévia de infecção sexualmente transmissível ou ter contato com pessoas privadas de liberdade são fatores que se associam fortemente com essa infecção.⁽⁶³⁾

Recentemente, foi descrita a associação simbiótica entre o *Trichomonas vaginalis* e determinadas bactérias, mais precisamente da classe *Mollicutes*, gênero *Mycoplasma*. O *Mycoplasma hominis* e o *Ureaplasma urealyticum* poderiam interagir com o protozoário, ganhar a cavidade amniótica e causar quadros infecciosos potencialmente mais graves, podendo culminar em desfecho gestacional adverso como trabalho de parto pré-termo e corioamnionite.⁽⁶³⁾ Nesse caso o parasita protegeria as bactérias do reconhecimento pelo sistema imune, além de aumentar a virulência de ambos. Recentemente a expressão “cavalo de Troia” foi utilizada para abordar essa associação entre o *Trichomonas vaginalis* e determinados *Mollicutes*.^(64,65)

Além de complicações ginecológicas que envolvem a ocorrência de doença inflamatória pélvica, evolução desfavorável da infecção HPV e aumento da vulnera-

bilidade biológica ao HIV,⁽⁶⁶⁾ a tricomoníase também está associada a complicações obstétricas.⁽⁶⁷⁾ Uma recente revisão sistemática e metanálise apontou que a tricomoníase é significativamente associada a múltiplos resultados adversos no nascimento, incluindo parto pré-termo, baixo peso ao nascer e ruptura prematura das membranas.⁽⁶⁸⁾ No entanto, a associação da tricomoníase com algumas dessas complicações não é universalmente aceita.⁽⁶⁹⁾

Sabe-se que a tricomoníase genital pode ser tanto assintomática quanto sintomática, o que ocorre em percentuais variados. Na prática, a presença assintomática do *Trichomonas vaginalis* é detectada casualmente em esfregaços de conteúdo vaginal obtidos por outros motivos ou até em amostras urinárias. Esses percentuais mais elevados de casos assintomáticos derivam de pesquisas utilizando plataformas de biologia molecular. Considerando os casos sintomáticos de tricomoníase, eles são diagnosticados com base nas manifestações clínicas lideradas pelo corrimento vaginal bolhoso amarelo-esverdeado, profuso e com odor desagradável.⁽⁷⁰⁾ Muitas vezes, esse quadro clínico inclui também irritação vulvar intensa, quadros de uretrite e inflamação das glândulas de Skene. Em alguns casos de agressão cervical mais acentuada, a ectocérvice pode apresentar-se hiperemiada e com pontos vermelhos. A agressão tissular pode ser detectada com o teste com iodo (teste de Schiller), o qual evidencia a ectocérvice corada irregularmente com o característico “aspecto tigróide” no momento do exame especular.⁽⁴⁰⁾ O pH vaginal, em geral, estará maior que 5,0 e o teste de aminas, frequentemente positivo, caracterizando colapso da microbiota lactobacilar comum, dando lugar a outros grupos bacterianos anaeróbios capazes de produzir gases (bolhas) e bioaminas voláteis. A diferença básica entre tricomoníase e VB é que na tricomoníase o epitélio cervicovaginal apresenta sinais inflamatórios.⁽⁴⁾

Quando presentes, os achados clínicos da tricomoníase devem levar à suspeita diagnóstica, que invariavelmente deve ser confirmada identificando-se o protozoário. O exame microscópico direto do conteúdo vaginal em solução salina constitui recurso diagnóstico de rápida e fácil execução e custo-efetivo.⁽⁴⁾ No entanto, apresenta baixa sensibilidade (50% a 65%), com pior desempenho quando utilizado em populações de baixa prevalência dessa infecção. Embora esse exame não seja adequado para o diagnóstico da tricomoníase, infelizmente é o único disponível em muitos serviços de assistência pré-natal. A presença de *Trichomonas vaginalis* no exame de urina tipo 1 ou na colpocitologia oncótica indica o tratamento da gestante e de sua(s) parceria(s), mesmo em casos assintomáticos.⁽⁴¹⁾ Na prática diária, a falta de acesso aos exames promove campo propício para a prática

do diagnóstico sindrômico,⁽⁴⁰⁾ apesar da reconhecida e elevada taxa de erros diagnósticos e terapêuticos.

A cultura em meio específico (meio líquido de Diamond) tem sensibilidade entre 75% e 96%, porém é de execução trabalhosa, dispendiosa e demorada (cinco a sete dias para o resultado final), sem utilidade na prática diária. Alternativa interessante, considerada padrão-ouro, é a realização de testes de amplificação de ácido nucleico (*nucleic acid amplification tests* – NAAT), mas ainda de acesso restrito em nosso meio.^(41,71)

O rastreamento durante a gravidez não tem sido recomendado como rotina pré-natal, muito provavelmente devido à heterogeneidade dos métodos utilizados nos estudos até então avaliados e aos tratamentos muitas vezes instituídos tardiamente, revelando a urgente necessidade de novos estudos com melhor delineamento científico e rigor metodológico.^(2,40,41,71)

Para o tratamento da tricomoníase vaginal em gestantes, prefere-se o metronidazol por via oral.^(40,41) Apesar de haver indicações com tratamento em dose única, visando melhorar a adesão (metronidazol 2 g por via oral em dose única), os tratamentos de sete dias são mais eficazes.⁽⁷¹⁾ Ele pode ser utilizado nos seguintes esquemas: metronidazol 500 mg via oral de 12 em 12 horas por sete dias ou metronidazol 400 mg via oral de 12 em 12 horas por sete dias, esquemas com efetividade similar. O tratamento com metronidazol em dose única provoca mais efeitos adversos, tais como gosto metálico na boca e náusea/vômitos, e com maior intensidade. Esquemas posológicos com metronidazol 500 ou 400 mg por via oral de 12 em 12 horas por sete dias apresentam a vantagem de serem mais tolerados, visto que a taxa de efeitos adversos é menor. Esse esquema prolongado de tratamento também está indicado em caso de diagnóstico concomitante de VB ou quando se tratar de gestante vivendo com o HIV.

O tinidazol ou o secnidazol não devem ser usados em gestantes. Por tratar-se de infecção sexualmente transmissível clássica, deve-se tratar obrigatoriamente todo o elenco sexual envolvido.⁽⁴⁰⁾ Para os parceiros, está liberado o uso de metronidazol (2 g por via oral em dose única) ou de seus derivados. Para os parceiros, os tratamentos em dose única ganham em adesão.

Deve-se recomendar o uso de métodos de barreira para a prática sexual durante o tratamento e até sete dias após. Por tratar-se de infecção sexualmente transmissível, recomenda-se a realização de painel sorológico concomitante com testes para hepatites B e C, sífilis e HIV.^(71,72) Além disso, vale lembrar da importância do controle de cura microbiológico 30 dias após o final do tratamento.

OS PROBIÓTICOS ESTÃO INDICADOS PARA TRATAMENTO DAS VULVOVAGINITES EM GESTANTES?

Ainda não existe consenso de que o uso de probióticos utilizados para recomposição da microbiota vaginal de gestantes seja realmente eficaz nesse período e que possa prevenir o trabalho de parto pré-termo. Também não existe consenso sobre o uso de probióticos referente a doses, especificidade e seus efeitos sobre a microbiota vaginal.^(73,74) Não há como esperar que a simples substituição de microrganismos sem considerar as variáveis do hospedeiro tenha sucesso sustentado.⁽⁷⁵⁾ Na realidade, a ciência ainda carece de estudos que consigam sustentar a indicação de probióticos no controle das vulvovaginites de forma geral.⁽⁷⁶⁾ Se o ambiente vaginal não foi propício para a manutenção do microbioma original, sua substituição exógena sem atuar sobre fatores ligados ao hospedeiro alimentará as taxas de insucesso dessa estratégia.

EXISTEM VANTAGENS DE INCLUIR O PARCEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL VISANDO AO CONTROLE DAS VULVOVAGINITES?

Incluir o parceiro mais ativamente no acompanhamento pré-natal facilitará o manejo das vulvovaginites e permitirá o desenvolvimento de estratégias mais abrangentes de prevenção dessas infecções e, conseqüentemente, a melhora das taxas de saúde perinatal. Além de oferecer ao parceiro testes para diagnóstico e condições de tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, sua inserção na assistência pré-natal proporcionará uma oportunidade ao médico de orientá-lo sobre a profilaxia e a importância das vulvovaginites na evolução da gravidez e na saúde do recém-nascido.⁽⁷⁷⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as infecções vaginais sejam objeto de estudos cujos resultados orientam seu diagnóstico correto, na prática a maioria dos tocoginecologistas não segue essas premissas e baseia-se apenas nas queixas e nas características físicas do conteúdo vaginal (diagnóstico sindrômico). No entanto, sabe-se que essas manifestações clínicas durante a gravidez não são específicas e, frequentemente, induzem a erros diagnósticos. Pode-se considerar que o período gestacional, com suas modificações peculiares, torna a abordagem das queixas referentes aos corrimentos vaginais um desafio adicional, e muitas vezes se deixa de considerar as particularidades do microbioma vaginal da gestante portadora de uma eventual infecção ou disbiose nesse sítio.

A investigação adequada dos corrimentos vaginais implica a utilização de métodos de baixo custo e fá-

cil execução, porém ainda não incorporados de forma rotineira nos consultórios de pré-natal. A banalização do diagnóstico e o uso de terapias polivalentes, sem especificidade, colaboram para o desequilíbrio da microbiota vaginal, prolongando indefinidamente o problema. A anamnese cuidadosa associada ao exame clínico adequado e a exames complementares, tais como medida de pH vaginal, teste das aminas e bacterioscopia a fresco e corada pelo Gram, é capaz de diagnosticar com elevada taxa de acerto a causa do corrimento vaginal, possibilitando sua abordagem de forma efetiva. Isso evitaria tratamentos inadequados e complicações maternas e gestacionais, a exemplo da prematuridade.

Além do diagnóstico adequado da VB utilizando os critérios de Amsel *et al.*⁽³⁴⁾ e o escore de Nugent *et al.*,⁽³⁶⁾ o tratamento da VB com metronidazol por sete dias permite excelentes taxas de cura e baixos percentuais de recorrência, sendo, portanto, o tratamento de eleição.

Considerando as infecções fúngicas, observa-se que a abordagem clínica isolada do corrimento vaginal, além de não resolver o problema, poderá trazer complicações para a saúde da mulher. Soma-se a essa limitação o uso indiscriminado e inadequado de antifúngicos e/ou antibióticos, situação que claramente favorece o desequilíbrio da microbiota vaginal, predispondo a recorrência da infecção, frequentemente mais grave que o episódio inicial. Sabe-se que a existência de problemas não infecciosos que cursam com corrimento vaginal e automedicação é uma situação frequente e que pode transformar a candidíase vulvovaginal em uma afecção de difícil abordagem. Por isso, o exame microscópico, a cultura e o fungigrama devem (escalonadamente) fazer parte do arsenal diagnóstico da candidíase, e o tratamento em gestantes deve ser vaginal, utilizando miconazol, clotrimazol ou isoconazol. Identificando-se candidíase não *albicans*, a nistatina é a opção terapêutica. Alerta-se para o controle de fatores predisponentes da candidíase.

Sabe-se que, do ponto de vista prático, o exame a fresco é o recurso laboratorial mais utilizado para corroborar as manifestações clínicas da tricomoníase genital. A despeito da sensibilidade e especificidade elevada dos testes de biologia molecular, eles ainda não são acessíveis para mulheres que dependem de cuidado pelo setor público em nosso país. Para o tratamento, a indicação é o uso do metronidazol por via oral por sete dias, reservando os seus derivados ou mesmo o metronidazol em dose única para o tratamento obrigatório da parceria sexual.

Incluir o homem mais ativamente no acompanhamento pré-natal pode melhorar a adesão dele ao tratamento e o seu respeito à abstinência sexual durante o tratamento, facilitando o manejo das vulvovaginites. Isso permitirá também o desenvolvimento de estraté-

gias mais abrangentes de prevenção dessas infecções e, secundariamente, também da prematuridade.

REFERÊNCIAS

1. Wang W, Hao J, An R. Abnormal vaginal flora correlates with pregnancy outcomes: a retrospective study from 737 pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022;272:64-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.03.013
2. Farr A, Kiss H, Hagmann M, Marschalek J, Husslein P, Petricevic L. Routine use of an antenatal infection screen-and-treat program to prevent preterm birth: long-term experience at a tertiary referral center. *Birth.* 2015;42(2):173-80. doi: 10.1111/birt.12154
3. Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério J Jr. Vaginites e vaginoses. In: Fernandes CE, Sá MF, editores. *Tratado de ginecologia da Febrasgo.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 266-78.
4. Duarte G. *Diagnóstico e conduta nas infecções ginecológicas e obstétricas.* Ribeirão Preto: FUNPEC; 2004.
5. Mor G, Aldo P, Alvero AB. The unique immunological and microbial aspects of pregnancy. *Nat Rev Immunol.* 2017;17(8):469-82. doi: 10.1038/nri.2017.64
6. Peterson LS, Stelzer IA, Tsai AS, Ghaemi MS, Han X, Ando K, et al. Multiomic immune clockworks of pregnancy. *Semin Immunopathol.* 2020;42(4):397-412. doi: 10.1007/s00281-019-00772-1
7. Gondo F, Silva MG, Poletini J, Tristao AR, Peracoli JC, Witkin SS, et al. Vaginal flora alterations and clinical symptoms in low-risk pregnant women. *Gynecol Obstet Invest.* 2011;71(3):158-62. doi: 10.1159/000316051
8. Kenfack-Zanguim J, Kenmoe S, Bowo-Ngandji A, Kenfack-Momo R, Ebogo-Belobo JT, Kengne-Ndé C, et al. Systematic review and meta-analysis of maternal and fetal outcomes among pregnant women with bacterial vaginosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023;289:9-18. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.08.013
9. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, World Health Organization; Howson CP, Kinney MV, Lawn JE, editors. *Born too soon: the global action report on preterm birth.* Geneva: WHO; 2012 [cited 2023 Oct 2]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1
10. Witkin SS, Moron AF, Ridenhour BJ, Minis E, Hatanaka A, Sarmento SG, et al. Vaginal biomarkers that predict cervical length and dominant bacteria in the vaginal microbiomes of pregnant women. *mBio.* 2019;10(5):e02242-19. doi: 10.1128/mBio.02242-19
11. Lamont RF, Sobel JD, Akins RA, Hassan SS, Chaiworopongsa T, Kusanovic JP, et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. *BJOG.* 2011;118(5):533-49. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02840.x
12. Ledger WJ. *Microbiology of the vagina.* In: Ledger WJ, Witkin SS. *Vulvovaginal infections.* 2nd ed. Boca Raton: CRC; 2016. p. 1-5.
13. Romero R, Theis KR, Gomez-Lopez N, Winters AD, Panzer JJ, Lin H, et al. The vaginal microbiota of pregnant women varies with gestational age, maternal age, and parity. *Microbiol Spectr.* 2023;11(4):e0342922. doi: 10.1128/spectrum.03429-22
14. Gonçalves AK, Giraldo PC, Cornetta MC, Linhares IM, Amaral RL. Mecanismos de defesa vaginal. In: Martins NV, Ribalta JC, editores. *Patologia do trato genital inferior: diagnóstico e tratamento.* 2ª ed. São Paulo: Roca; 2014. p. 59-62.
15. Santacroce L, Palmirotta R, Bottalico L, Charitos IA, Colella M, Topi S, et al. Crosstalk between the resident microbiota and the immune cells regulates female genital tract health. *Life (Basel).* 2023;13(7):1531. doi: 10.3390/life13071531

16. Zhou X, Bent SJ, Schneider MG, Davis CC, Islam MR, Forney LJ. Characterization of vaginal microbial communities in adult healthy women using cultivation-independent methods. *Microbiology*. 2004;150(Pt 8):2565-73. doi: 10.1099/mic.0.26905-0
17. Borgdorff H, Armstrong SD, Tytgat HL, Xia D, Ndayisaba GF, Wastling JM, et al. Unique insights in the cervicovaginal lactobacillus iners and *L. crispatus* proteomes and their association with microbiota dysbiosis. *PLoS One*. 2016;11(3):e0150767. doi: 10.1371/journal.pone.0150767
18. Leizer J, Nasioudis D, Forney LJ, Schneider GM, Gliniewicz K, Voester A, et al. Properties of epithelial cells and vaginal secretions in pregnant women when lactobacillus crispatus or lactobacillus iners dominate the vaginal microbiome. *Reprod Sci*. 2018;25(6):854-60. doi: 10.1177/1933719117698583
19. Abu-Raya B, Michalski C, Sadarangani M, Lavoie PM. Maternal immunological adaptation during normal pregnancy. *Front Immunol*. 2020;11:575197. doi: 10.3389/fimmu.2020.575197
20. Mossop H, Linhares IM, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS. Influence of lactic acid on endogenous and viral RNA-induced immune mediator production by vaginal epithelial cells. *Obstet Gynecol*. 2011;118(4):840-6. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822da9e9
21. Wira CR, Fahey JV, Rodriguez-Garcia M, Shen Z, Patel MV. Regulation of mucosal immunity in the female reproductive tract: the role of sex hormones in immune protection against sexually transmitted pathogens. *Am J Reprod Immunol*. 2014;72(2):236-58. doi: 10.1111/aji.12252
22. Romero R, Hassan SS, Gajer P, Tarca AL, Fadrosch DW, Nikita L, et al. The composition and stability of the vaginal microbiota of normal pregnant women is different from that of non-pregnant women. *Microbiome*. 2014;2(1):1-19. doi: 10.1186/2049-2618-2-4
23. Ramos BA, Kanninen TT, Sisti G, Witkin SS. Microorganisms in the female genital tract during pregnancy: tolerance versus pathogenesis. *Am J Reprod Immunol*. 2015;73(5):383-9. doi: 10.1111/aji.12326
24. Nuriel-Ohayon M, Neuman H, Koren O. Microbial changes during pregnancy, birth, and infancy. *Front Microbiol*. 2016;7:1031. doi: 10.3389/fmicb.2016.01031
25. Hu CY, Li FL, Hua XG, Jiang W, Zhang XJ. Longitudinal trajectory of vulvovaginal candidiasis, trichomoniasis, and bacterial vaginosis during pregnancy as well as the impact on pregnancy outcomes: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;32(21):3612-7. doi: 10.1080/14767058.2018.1469125
26. Marconi C, Duarte MT, Silva DC, Silva MG. Prevalence of and risk factors for bacterial vaginosis among women of reproductive age attending cervical screening in southeastern Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;131(2):137-41. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.016
27. Reiter S, Sapdt SK. Bacterial vaginosis: a primer for clinicians. *Postgrad Med*. 2019;131(1):8-18. doi: 10.1080/00325481.2019.1546534
28. Sousa LG, Pereira SA, Cerca N. Fighting polymicrobial biofilms in bacterial vaginosis. *Microb Biotechnol*. 2023;16(7):1423-37. doi: 10.1111/1751-7915.14261
29. Atashili J, Poole C, Ndumbe PM, Adimora AA, Smith JS. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. *AIDS*. 2008;22(12):1493-501. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283021a37
30. Kindinger LM, Bennett PR, Lee YS, Marchesi JR, Smith A, Cacciatore S, et al. The interaction between vaginal microbiota, cervical length, and vaginal progesterone treatment for preterm birth risk. *Microbiome*. 2017;5(1):6. doi: 10.1186/s40168-016-0223-9
31. US Preventive Services Task Force; Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, et al. Screening for bacterial vaginosis in pregnant persons to prevent preterm delivery: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(13):1286-92. doi: 10.1001/jama.2020.2684
32. Nasioudis D, Linhares IM, Ledger WJ, Witkin SS. Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. *BJOG*. 2017;24(1):61-9. doi: 10.1111/1471-0528.14209
33. Hoffmann E, Váncsa S, Váradi A, Hegyi P, Nagy R, Hamar B, et al. Routine screening of abnormal vaginal flora during pregnancy reduces the odds of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2023;13(1):13897. doi: 10.1038/s41598-023-40993-x
34. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiological associations. *Am J Med*. 1983;74(1):14-22. doi: 10.1016/0002-9343(83)91112-9
35. Brown H, Drexler M. Improving the diagnosis of vulvovaginitis: perspectives to align practice, guidelines, and awareness. *Popul Health Manag*. 2020;23(S1):S3-S12. doi: 10.1089/pop.2020.0265
36. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*. 1991;29(2):297-301. doi: 10.1128/jcm.29.2.297-301.1991
37. Carvalho NS, Eleutério Júnior J, Travassos AG, Santana LB, Miranda AE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(spe1):e2020593. doi: 10.1590/S1679-4974202100007.esp1
38. Muzny CA, Cerca N, Elnaggar JH, Taylor CM, Sobel JD, Van Der Pol B. State of the art for diagnosis of bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol*. 2023;61(8):e0083722. doi: 10.1128/jcm.00837-22
39. Theis KR, Florova V, Romero R, Borisov AB, Winters AD, Galaz J, et al. Sneathia: an emerging pathogen in female reproductive disease and adverse perinatal outcomes. *Crit Rev Microbiol*. 2021;47(4):517-42. doi: 10.1080/1040841X.2021.1905606
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2023 Aug 5]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf
41. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1
42. Sheehy O, Santos F, Ferreira E, Berard A. The use of metronidazole during pregnancy: a review of evidence. *Curr Drug Saf*. 2015;10(2):170-9. doi: 10.2174/157488631002150515124548
43. Mergenhagen KA, Wattengel BA, Skelly MK, Clark CM, Russo TA. Fact versus fiction: a review of the evidence behind alcohol and antibiotic interactions. *Antimicrob Agents Chemother*. 2020;64(3):e02167-19. doi: 10.1128/AAC.02167-19
44. Klebanoff MA, Schuit E, Lamont RF, Larsson PG, Odendaal HJ, Ugwumadu A, et al. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis to prevent preterm delivery: systematic review and individual participant data meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2023;37(3):239-51. doi: 10.1111/ppe.12947
45. Sobel JD, Kaur N, Woznicki NA, Boikov D, Aguin T, Gill G, et al. Prognostic indicators of recurrence of bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol*. 2019;57(5):e00227-19. doi: 10.1128/JCM.00227-19

46. Mehta SD. Systematic review of randomized trials of treatment of male sexual partners for improved bacterial vaginosis outcomes in women. *Sex Transm Dis.* 2012;39(10):822-30. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3182631d89
47. Mehta SD, Zhao D, Green SJ, Agingu W, Otieno F, Bhaumik R, et al. The microbiome composition of a man's penis predicts incident bacterial vaginosis in his female sex partner with high accuracy. *Front Cell Infect Microbiol.* 2020;10:433. doi: 10.3389/fcimb.2020.00433
48. Gonçalves B, Ferreira C, Alves CT, Henriques M, Azeredo J, Silva S. Vulvovaginal candidiasis: epidemiology, microbiology and risk factors. *Crit Rev Microbiol.* 2016;42(6):905-27. doi: 10.3109/1040841X.2015.1091805
49. Sangaré I, Sirima C, Bamba S, Zida A, Cissé M, Bazié WW, et al. Prevalence of vulvovaginal candidiasis in pregnancy at three health centers in Burkina Faso. *J Mycol Med.* 2018;28(1):186-92. doi: 10.1016/j.mycmed.2017.08.006
50. Aguin TJ, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis in pregnancy. *Curr Infect Dis Rep.* 2015;17(6):462. doi: 10.1007/s11908-015-0462-
51. Gigi RM, Buitrago-Garcia D, Taghavi K, Dunaiski CM, van de Wijgert JH, Peters RP, et al. Vulvovaginal yeast infections during pregnancy and perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health.* 2023;23(1):116. doi: 10.1186/s12905-023-02258-7
52. Roberts CL, Algert CS, Rickard KL, Morris JM. Treatment of vaginal candidiasis for the prevention of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2015;4:31. doi: 10.1186/s13643-015-0018-2
53. Holzer I, Farr A, Kiss H, Hagmann M, Petricevic L. The colonization with *Candida* species is more harmful in the second trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(4):891-5. doi: 10.1007/s00404-017-4331-y
54. Brandão LD, Boniek D, Stoianoff MA, Mata FM, Azevedo PR, Fernandes JV, et al. Prevalence and antifungal susceptibility of *Candida* species among pregnant women attending a school maternity at Natal, Brazil. *Lett Appl Microbiol.* 2018;67(3):285-91. doi: 10.1111/lam.13034
55. Kraut R, Carvallo FD, Golonka R, Campbell SM, Rehmani A, Babenko O, et al. Scoping review of cytolytic vaginosis literature. *PLoS One.* 2023;18(1):e0280954. doi: 10.1371/journal.pone.0280954
56. Carter TC, Druschel CM, Romitti PA, Bell EM, Werler MM, Mitchell AA. National birth defects prevention study. Antifungal drugs and the risk of selected birth defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(2):191.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.08.044
57. Zhu Y, Bateman BT, Gray KJ, Hernandez-Diaz S, Mogun H, Straub L, et al. Oral fluconazole use in the first trimester and risk of congenital malformations: population based cohort study. *BMJ.* 2020;369:m1494. doi: 10.1136/bmj.m1494
58. Zhang Z, Zhang X, Zhou YY, Jiang CM, Jiang HY. The safety of oral fluconazole during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2019;126(13):1546-52. doi: 10.1111/1471-0528.15913
59. Acs N, Bánhidly F, Puhó E, Czeizel AE. Teratogenic effects of vaginal boric acid treatment during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;93(1):55-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2005.12.031
60. Satora M, Grunwald A, Zaremba B, Frankowska K, Żak K, Tarkowski R, et al. Treatment of vulvovaginal candidiasis-an overview of guidelines and the latest treatment methods. *J Clin Med.* 2023;12(16):5376. doi: 10.3390/jcm12165376
61. Sobel JD. *Candida* vulvovaginitis in adults: treatment of acute infection. 2023 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment>
62. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2019;97(8):548-62. doi: 10.2471/BLT.18.228486
63. Miyoshi Y, Suga S, Sugimi S, Kurata N, Yamashita H, Yasuhi I. Vaginal ureaplasma urealyticum or mycoplasma hominis and preterm delivery in women with threatened preterm labor. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(5):878-883. doi: 10.1080/14767058.2020.1733517
64. Thu TT, Margarita V, Cocco AR, Marongiu A, Dessì D, Rappelli P, et al. *Trichomonas vaginalis* transports virulent mycoplasma hominis and transmits the infection to human cells after metronidazole treatment: a potential role in bacterial invasion of fetal membranes and amniotic fluid. *J Pregnancy.* 2018;2018:5037181. doi: 10.1155/2018/5037181
65. Margarita V, Fiori PL, Rappelli P. Impact of symbiosis between *trichomonas vaginalis* and mycoplasma hominis on vaginal dysbiosis: a mini review. *Front Cell Infect Microbiol.* 2020;10:179. doi: 10.3389/fcimb.2020.00179
66. Kissinger PJ, Adamski A. Trichomoniasis and HIV interactions: a review. *Sex Transm Infect.* 2013;89(6):426-33. doi: 10.1136/sextrans-2012-051005
67. Silver BJ, Guy RJ, Kaldor JM, Jamil MS, Rumbold AR. *Trichomonas vaginalis* as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2014;41(6):369-76. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000134
68. Van Gerwen OT, Craig-Kuhn MC, Jones AT, Schroeder JA, Deaver J, Buekens P, et al. Trichomoniasis and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2021;128(12):1907-15. doi: 10.1111/1471-0528.16774
69. Young MR, Wall KM, Dude CM, Burdette ER, Jamieson DJ, Ofotokun I, et al. *Trichomonas vaginalis* and spontaneous preterm birth in a high-risk obstetric cohort in Atlanta, GA. *Sex Transm Dis.* 2022;49(9):644-8. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001654
70. Van Gerwen OT, Opsteen SA, Graves KJ, Muzny CA. Trichomoniasis. *Infect Dis Clin North Am.* 2023;37(2):245-65. doi: 10.1016/j.idc.2023.02.001
71. Kissinger PJ, Gaydos CA, Seña AC, Scott McClelland R, Soper D, Secor WE, et al. Diagnosis and management of trichomonas vaginalis: summary of evidence reviewed for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis.* 2022;74(Suppl-2):S152-S61. doi: 10.1093/cid/ciac030
72. Muzny CA, Mena LA, Lillis RA, Schmidt N, Martin DH, Kissinger P. A comparison of single-dose versus multidose metronidazole by select clinical factors for the treatment of trichomonas vaginalis in women. *Sex Transm Dis.* 2022;49(3):231-6. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001574
73. Buggio L, Somigliana E, Borghi A, Vercellini P. Probiotics and vaginal microecology: fact or fancy? *BMC Women's Health.* 2019;19(1):25. doi: 10.1186/s12905-019-0723-4
74. Husain S, Allotey J, Drymoussi Z, Wilks M, Fernandez-Felix BM, Whitley A, et al. Effects of oral probiotic supplements on vaginal microbiota during pregnancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial with microbiome analysis. *BJOG.* 2020;127(2):275-84. doi: 10.1111/1471-0528.15675
75. Witkin SS. Vaginal microbiome studies in pregnancy must also analyse host factors. *BJOG.* 2019;126(3):359-64. doi: 10.1111/1471-0528.15300
76. Hillier SL. The need for better evidence to support probiotics for vaginitis. *BJOG.* 2020;127(2):300. doi: 10.1111/1471-0528.15910
77. Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical das infecções. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(4):171-4. doi: 10.1590/S0100-72032007000400001

Como citar:

Duarte G, Linhares IM, Kreichmann R, Tristão AR, Traina E, Canti I, et al. Vulvovaginites em gestantes. *Femina*. 2024;52(3):154-66.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Vulvovaginitis in pregnant women", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46.

Geraldo Duarte

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Iara Moreno Linhares

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Regis Kreitchmann

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

Andréa da Rocha Tristão

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Evelyn Traina

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

Ivete Canti

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

Marcos Takimura

Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil

Joelma Queiroz Andrade

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**Presidente:**

Geraldo Duarte

Membros:

Regis Kreitchmann

Ana Gabriela Alvares Travassos

Andréa da Rocha Tristão

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Evelyn Traina

Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez

Ivete Cristina Teixeira Canto

Andrezza Vilaça Belo Lopes

Iara Moreno Linhares

Joelma Queiroz Andrade

Marcos Takimura

Maria Luiza Bezerra Menezes

Otto Henrique May Feuerchuetten

Patrícia Pereira dos Santos Melli

Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério

Geraldo Duarte¹, Antonio Rodrigues Braga Neto², Regis Kreitchmann³, Maria Luiza Menezes⁴, Angélica Espinosa Miranda⁵, Ana Gabriela Travassos⁶, Patrícia Pereira dos Santos Melli⁷, Roseli Mieko Yamamoto Nomura^{8,9}, Aguinaldo Lopes da Silva Filho¹⁰, Maria Celeste Osório Wender¹¹

1. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
4. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
5. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
6. Faculdade de Medicina, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
7. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
8. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
9. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
10. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
11. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

*Esta publicação é uma versão reduzida do “Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério”, documento que foi cancelado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde do Brasil) e pelo Escritório Brasileiro da Organização Pan-Americana de Saúde como guia de cuidado para gestantes e puérperas com dengue.

Autor correspondente:

Geraldo Duarte
gduarte@fmrp.usp.br

Como citar:

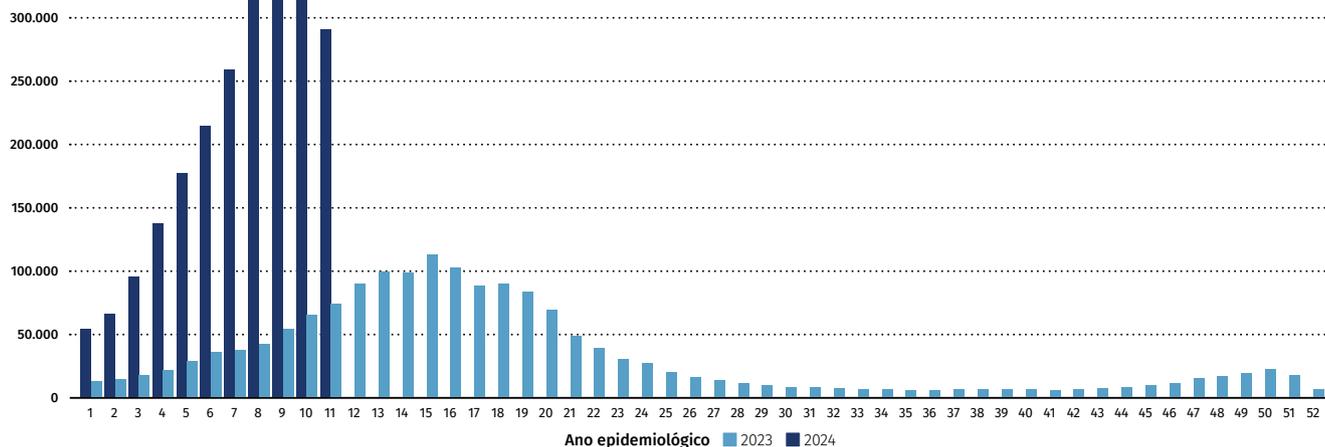
Duarte G, Braga Neto AR, Kreitchmann R, Menezes ML, Miranda AE, Travassos AG et al. Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério. Femina. 2024;52(3):167-84.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, o Brasil tem enfrentado desafios significativos relacionados à infecção pelo vírus da dengue (DENV), transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*. Sabe-se que a dengue é endêmica em muitas regiões tropicais e subtropicais do planeta, frequentemente protagonizando surtos epidêmicos que podem variar em intensidade e frequência, influenciados por fatores como elevação da temperatura, precipitações pluviométricas catastróficas, umidade, urbanização desordenada e falta de saneamento adequado, entre outros.⁽¹⁻³⁾ O governo brasileiro tem implementado várias estratégias, ao longo dos anos, para controlar a propagação do DENV, incluindo campanhas de conscientização pública, programas de controle de vetores, medidas de gestão ambiental e, mais recentemente, a vacina.⁽⁴⁾ No entanto, os desafios persistem devido à complexidade do ciclo de vida do mosquito vetor e ao saneamento básico deficitário em algumas áreas. A capacidade adaptativa do *Aedes aegypti* também tem reduzido significativamente a efetividade das estratégias de seu controle, a exemplo do uso de inseticidas, demandando mudanças constantes. Nesse cenário, a infecção pelo DENV segue desafiando os serviços de saúde pública, apresentando taxas elevadas de morbimortalidade e confirmando que pouco avanço real para o seu controle foi efetivamente concretizado.⁽⁵⁾

Os dados de dengue no Brasil referentes ao período entre as semanas epidemiológicas 1 a 11 de 2024, comparados com o mesmo período de 2023, demonstram um aumento significativo da incidência em 2024, com antecipação efetiva do aumento do número de casos (Figura 1). No endereço https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/coe-dengue-informe-01-led_.pdf é possível acessar a variação semanal do número de casos de dengue no país.⁽⁶⁾ Entre as várias interpretações sobre esse aumento expressivo em 2024, a resposta à mudança climática e suas consequências deve ser prioritariamente considerada.^(1,3,7)

Alguns grupos populacionais são mais susceptíveis a complicações e evolução para as formas mais graves da dengue, entre eles as gestantes e puérperas,⁽⁸⁾ especialmente até 14 dias após o parto, em decorrência do retorno lento das adaptações fisiológicas aos padrões pré-gestacionais. Dados preliminares (ainda não divulgados) do Sinan/CGARB/MS indicam que número de casos de dengue em gestantes aumentou consideravelmente em 2024. Comparando a frequência registrada desses diagnósticos nas semanas epidemiológicas 1 a 6/2023 com as mesmas semanas de 2024, verificou-se que o número de casos de dengue em gestantes aumentou em 345,2% no corrente ano. Portanto, considerando esse aumento do número de gestantes com dengue, aliado ao risco de formas graves nessas mulheres, desenha-se um quadro de saúde pública preocupante, visto que tanto o prognóstico materno quanto o prognóstico perinatal podem ser comprometidos nessa doença.⁽⁹⁻¹²⁾ Deve ser lembrado que ainda não houve progresso no que se



Fonte: Sinan. Brasil (2024).^(6,7)

Figura 1. Número de casos prováveis de dengue por semana epidemiológica (2023 e 2024)

refere ao tratamento específico da dengue e nem sobre vacinas que possam ser utilizadas com segurança durante a gravidez.^(13,14)

De forma objetiva, a profilaxia acessível para evitar a infecção pelo DENV baseia-se em atitudes comportamentais pessoais e comunitárias, as quais devem ser continuamente lembradas, reforçadas e repassadas para todas as pessoas, enfatizando que os cuidados contra o *Aedes aegypti* se traduzem em benefícios ampliados, pois evitam todas as arboviroses transmitidas por esse mosquito.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Quando falham as medidas profiláticas, é necessário organizar adequadamente as unidades de atendimento para gestantes e puérperas até o 14º dia, ainda na fase inicial da doença, evitando a evolução para dengue grave, que pode levar ao óbito. Além do acolhimento, a triagem com classificação de risco é de suma importância, possibilitando tratamento prioritário e oportuno para todos os casos, principalmente aqueles com sinais de alarme ou de gravidade.⁽¹⁸⁾

Todas essas informações, aliadas à limitação de estudos publicados especificamente sobre a assistência clínica, pré-natal, obstétrica e puerperal de mulheres com dengue em nosso meio, justificam a elaboração deste Protocolo, propiciando assertividade e rapidez no atendimento dessas mulheres, potencialmente reduzindo agravos à saúde materna e perinatal.^(10,19,20)

O VÍRUS DA DENGUE

Os arbovírus são organizados filogeneticamente em seis famílias (*Togaviridae*, *Flaviviridae*, *Bunyaviridae*, *Reoviridae*, *Rhabdoviridae* e *Orthomyxoviridae*).⁽²¹⁾ É necessário apontar as arboviroses, pois elas são importantes para o diagnóstico diferencial clínico e laboratorial da infecção causada pelo DENV, um dos representantes da família *Flaviviridae*.^(15,22-24) O DENV é um vírus de RNA e possui quatro sorotipos diferentes, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, os quais podem

apresentar potencial patogênico diverso e manifestações clínicas de espectro variado.⁽²⁵⁾ O principal vetor do DENV no ciclo urbano no Brasil é o mosquito *Aedes aegypti*, responsável tanto pelos surtos epidêmicos quanto pelas taxas endêmicas dessa infecção.^(23,26)

INFLUÊNCIA DA DENGUE NO PROGNÓSTICO MATERNO E PERINATAL

Todos os sorotipos da dengue aumentam a produção de quimiocinas pró-inflamatórias, promovem trombocitopenia e aumentam a permeabilidade vascular, fenômenos fisiopatológicos responsáveis por vários agravos à saúde materna. Em decorrência da permeabilidade vascular comprometida, observam-se maior risco de choque, trombocitopenia e fenômenos hemorrágicos, agravados pelo aumento das quimiocinas pró-inflamatórias. A literatura tem mostrado que gestantes possuem maior risco de progredir para as formas mais graves da doença e óbito.⁽²⁷⁾

No Brasil, avaliação retrospectiva apontou que a taxa de óbitos maternos por dengue entre 2007-2015 foi quatro vezes maior entre gestantes com dengue, com prognóstico pior quando ocorre no terceiro trimestre gestacional.⁽⁹⁾ Em outra avaliação da mortalidade materna por dengue entre 2007-2012, verificou-se que a dengue aumentou essa taxa em valores estatisticamente significativos, quando se compararam os primeiros 10 dias da doença com os óbitos ocorridos após 10 dias, sinalizando que na fase aguda da doença as mulheres no ciclo gravídico-puerperal precisam de atenção e cuidados diferenciados.^(10,28) Comparando a mortalidade materna por dengue observada em uma avaliação prospectiva de 40 gestantes na Índia, verificou-se a ocorrência de elevadas taxas de hemorragia pós-parto, lesão renal aguda, insuficiência hepática, choque e morte materna no puerpério.⁽²⁹⁾

Considerando o *rationale* que associa as modificações do organismo materno com eventuais desfechos ominosos da dengue na gravidez e como essas modificações se mantêm de forma mais evidente nas primeiras duas semanas após o parto, a proposta deste Protocolo é incluir nesse grupo de maior risco também as puérperas até o 14º dia após o parto.

As adaptações fisiológicas da gravidez como a hipotensão e a taquicardia podem dificultar a identificação correta e precoce das manifestações clínicas da dengue e retardar o diagnóstico. O aumento da permeabilidade capilar em gestantes é uma adaptação funcional, mas que é nitidamente exacerbada na dengue. Esse fato alerta para o maior risco de a gestante e a puérpera com dengue desenvolverem edema agudo de pulmão quando incluídas em regime de hiper-hidratação, que faz parte do tratamento da doença. Demanda-se especial atenção com os sangramentos, fazendo o diagnóstico diferencial daqueles decorrentes da dengue com aqueles ligados às complicações obstétricas.⁽³⁰⁾

O prognóstico gestacional e perinatal em gestantes com dengue também pode ser comprometido, observando-se associação direta com a idade gestacional (pior no terceiro trimestre) e a intensidade da doença e de suas complicações.^(9,31-33) A produção de citocinas pró-inflamatórias pode estimular o útero, pois, além de aumentar a permeabilidade capilar sistêmica e as alterações placentárias, possui potencial para causar abortamento, prematuridade, restrição do crescimento fetal, morte fetal e transmissão vertical do DENV.^(11,34-37) Localmente, as alterações estruturais da placenta incluem edema do estroma vilositário, nós sinciciais e corangiose, os quais podem trazer prejuízo nas trocas maternas e fetais que ocorrem nessas vilosidades, além de facilitar a transmissão vertical do vírus.⁽³⁸⁾ Avaliação prospectiva de 40 gestantes indianas com dengue observou taxas elevadas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte fetal e neonatal.⁽²⁹⁾

De forma geral, considera-se que a transmissão vertical do DENV seja evento infrequente,⁽³⁹⁻⁴¹⁾ mas, quando ocorre, é necessário o pronto diagnóstico, propiciando intervenção adequada e rápida ao neonato.^(20,42) Segundo Arragain *et al.* (2017),⁽⁴³⁾ a transmissão vertical do DENV é mais comum quando o período de viremia materna é próximo ao parto, observando-se que a evolução pós-natal desses neonatos apresenta elevadas taxas de morbidade.

FISIOPATOLOGIA

Ainda existem várias lacunas no entendimento fisiopatológico da dengue.⁽⁴⁴⁾ A infectividade do DENV depende da ligação das glicoproteínas do envelope viral aos receptores celulares preponderantes na superfície das células de Langerhans,⁽⁴⁵⁾ permitindo que o RNA viral entre no citoplasma e, a partir daí, possa ocorrer a replicação viral. Essas células são o alvo preferencial do DENV,

mas também desempenham importante papel levando o vírus até os gânglios, onde são recrutados monócitos e macrófagos, estabelecendo-se a infecção. A partir daí a infecção torna-se sistêmica (fundamentando toda a fisiopatologia da doença) e a resposta imune é deflagrada.⁽⁴⁶⁾

Após um período inicial de incubação tipicamente de três a sete dias, a viremia se eleva e a infecção se manifesta com início súbito da febre, conhecido como fase febril.⁽²³⁾ Alguns indivíduos passam para a fase crítica, a qual está associada ao extravasamento acentuado de plasma, enquanto outros evoluem para a fase de recuperação sem desenvolver extravasamento plasmático expressivo.⁽⁴⁷⁾ A disfunção endotelial observada na fase crítica da dengue grave associa-se ao aumento variável da permeabilidade vascular, a responsável pelo extravasamento vascular para o interstício, provocando acúmulo de líquido nas cavidades pleural e peritoneal, hipotensão arterial e má perfusão tissular.⁽⁴⁸⁾ Muitos mediadores de citocinas,^(49,50) produtos de mastócitos, mediadores lipídicos inflamatórios, o NS1 (que induz aumento da fosfolipase A2) e o fator ativador de plaquetas são alguns dos fatores implicados no extravasamento vascular e na gênese do choque.^(51,52)

Considerando as alterações hematológicas mais importantes na dengue, destacam-se a leucopenia, a trombocitopenia e a elevação do hematócrito decorrente do extravasamento plasmático. A leucopenia acontece precocemente tanto na doença leve como nas formas mais graves e parece ser decorrente de um efeito direto do vírus na medula óssea. Algum grau de trombocitopenia é comum nas diferentes formas clínicas, mas a trombocitopenia grave (<50.000 plaquetas/mm³) está associada a maior gravidade da doença e desfechos desfavoráveis. Vários mecanismos são sugeridos para a ocorrência da trombocitopenia na dengue. Entre eles, são citados a redução da trombopoiese secundariamente à toxicidade da medula óssea pelo DENV e o aumento da retirada das plaquetas do sangue periférico.⁽⁵³⁾ Os mecanismos subjacentes à supressão da medula óssea e a consequente trombocitopenia também podem estar associados a alterações funcionais nas células do estroma, que regulam a secreção de citocinas inflamatórias e a hematopoiese, alterando quantitativa e qualitativamente a produção de plaquetas.⁽⁵⁴⁾ Também já foi demonstrado que o antígeno viral NS1 induz atividade da enzima fosfolipase A2, de prostaglandinas e de citocinas inflamatórias em monócitos, contribuindo para a plaquetopenia.⁽⁵²⁾ Outros mecanismos aventados apontam a adesão das plaquetas aos leucócitos, além da produção de anticorpos.⁽⁵⁵⁾ Essas alterações estão associadas aos eventos hemorrágicos da dengue.

Em média, 24 horas após a entrada do DENV no organismo, o sistema imune começa a esboçar sua resposta, inicialmente baseada na produção de imunoglobulina (Ig) M, detectável para subsídio diagnóstico após o quinto dia de manifestações clínicas da dengue.⁽⁵⁶⁾

A produção de IgG normalmente é detectável após 14 dias, mas em alguns casos o início da produção de IgG pode ser antecipada. Nos casos de infecção prévia por dengue, a resposta imune para a infecção atual é bloqueada, visto que o organismo busca na memória celular nova resposta para o DENV da infecção antiga. Essa é uma das explicações para a gravidade crescente em casos de repetição da dengue, predispondo à dengue grave.⁽⁵⁷⁾ Nos casos de repetição da dengue, as informações disponíveis indicam que quanto maior for o intervalo entre as infecções, maior será a gravidade.⁽⁵⁸⁾

Embora a infecção pelo DENV seja uma doença autolimitada na maioria dos indivíduos, manifestando-se com sintomas leves da doença,⁽¹⁹⁾ estima-se que entre 3% e 5% dos casos evoluirão para formas mais severas, e a dengue grave pode acometer 1% das pessoas com a infecção. Como a evolução é imprevisível, é necessário que o cuidado inicial seja sempre de boa qualidade, para todas as gestantes. Haverá casos de dengue assintomáticos, mas, quando a doença é sintomática, caracteriza-se por ser sistêmica e dinâmica, de amplo espectro clínico, variando desde as formas oligossintomáticas até quadros graves como hemorragias, choque e falência importante de outros órgãos, potencialmente letais.⁽²²⁾ Na sua evolução sintomática, são reconhecidas três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação. Conhecê-las é fundamental para o adequado manejo das diferentes formas clínicas, principalmente entre gestantes e mulheres até 14 dias após o parto.⁽²⁶⁾

DIAGNÓSTICO

Os procedimentos utilizados para diagnosticar as infecções causadas pelo DENV em gestantes e puérperas não diferem daqueles utilizados na população adulta fora do ciclo gravídico-puerperal. Classicamente, divide-se em diagnóstico clínico (epidemiológico, informações da anamnese e exame clínico), diagnósticos diferenciais, diagnóstico da gravidade do caso e diagnóstico laboratorial. Como premissa básica de cuidado à gestante e à puérpera até o 14º dia pós-parto, diante da similaridade entre as manifestações clínicas de algumas infecções (outras arboviroses, COVID-19, leptospirose e sarampo, entre outras) e da possibilidade de evolução rápida das infecções pelos vários tipos de DENV para formas graves muito rapidamente, recomenda-se que em áreas endêmicas a infecção decorrente do DENV seja considerada como o principal diagnóstico diferencial entre elas, permitindo que sejam instituídas as medidas de suporte clínico de forma rápida e assertiva.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Para o diagnóstico clínico da dengue em gestantes, destaca-se que alguns dos sinais e sintomas da doença poderão ser confundidos com alterações comuns em gestantes como náuseas, vômitos, dor abdominal, hipotensão postural e taquicardia, retardando o diagnóstico

e as medidas de hidratação precoce. Como visto, o diagnóstico clínico da dengue é extremamente importante, sinalizando que, diante de um quadro clínico suspeito, a terapia seja imediatamente iniciada.⁽³⁰⁾ Para o diagnóstico clínico da dengue, são utilizadas as ferramentas clássicas (anamnese e exame clínico) com as adaptações que a doença demanda, a exemplo das variáveis epidemiológicas. Devido ao amplo espectro dos sinais e sintomas, o diagnóstico clínico da infecção por dengue pode ser desafiador. Seu quadro clínico pode variar desde simples manifestação febril de baixa intensidade até síndromes graves e potencialmente fatais.⁽⁵⁹⁾ Dessa forma, diante de um quadro clínico suspeito de dengue em gestante, o diagnóstico laboratorial é imprescindível, mas ele não deve retardar o manejo terapêutico precoce e eficaz, variáveis que contribuem para a redução da morbidade e da mortalidade decorrentes da dengue.^(23,57,60)

VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS

Enfatizando os aspectos epidemiológicos como parte importante do diagnóstico, relembra-se da elevada relevância da infecção pelo DENV para o ser humano, significando desafio crescente nas regiões tropicais e subtropicais do planeta. No entanto, a globalização facilitou que essa doença migrasse para regiões de clima temperado nos últimos anos, justamente em decorrência do aumento de vetores artrópodes nessas latitudes.^(3,61) Para gestantes e puérperas sintomáticas que retornam dessas áreas (menos de 14 dias), é imperativo que o profissional da saúde tenha conhecimento dessas informações por meio da anamnese.⁽⁶²⁾ Da mesma forma, deve-se considerar a eventual coincidência de cenários epidemiológicos em que a frequência de sarampo, COVID-19 e leptospirose não possam ser descartados.^(21,63)

Como o risco básico de ocorrência das arboviroses é a presença do vetor (*Aedes aegypti*), o aparecimento e a circulação de um determinado arbovírus dependem inicialmente da introdução desse vírus naquela comunidade e, a partir daí, das condições sanitárias existentes. De acordo com os dados epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde,^(5,26) pode-se considerar que a população brasileira está em constante risco da dengue.

ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

Além de obter as informações epidemiológicas sobre a dengue, a anamnese pode caracterizar a presença das manifestações e definir em qual fase da doença a gestante se encontra. Permite também acessar as primeiras informações referentes aos diferentes diagnósticos possíveis. Na história da moléstia atual referente à dengue, as manifestações clínicas dependem da fase da doença.^(18,59,60) Na fase inicial, as manifestações clínicas são dominadas por febre, cefaleia, exantema maculopapular, mal-estar, astenia, mialgia, artralgia

(normalmente de baixa intensidade), dor retro-orbitária, náuseas, vômitos e diarreia. Nos casos mais graves a febre tende a ceder entre o terceiro e o sétimo dia (período de defervescência), mas surgem outras manifestações clínicas que devem alertar o obstetra para uma evolução mais grave. São os casos de dor abdominal intensa, vômitos persistentes, derrames das cavidades virtuais, hipotensão, hepatomegalia, manifestações hemorrágicas e sinais de comprometimento do sistema nervoso central (letargia e/ou irritabilidade). Detalhes dessas manifestações serão discutidos na seção de avaliação da gravidade da dengue.

Considerando o exame físico, na maioria dos casos, confirmam-se as informações da anamnese, e os achados dependerão da fase da doença. Sistemáticamente, devem ser avaliados a temperatura, frequência cardíaca, características do pulso (frequência, cheio ou filiforme), grau de consciência (Escala de Coma de Glasgow), hidratação, pressão arterial, enchimento capilar e derrames de cavidades virtuais, caracterizadas a dor abdominal e hepatomegalia, verificada a presença de exantema e buscadas manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (prova do laço com mais de 20 petéquias na área do antebraço delimitada para a prova).⁽¹⁸⁾

Junto com as informações clínicas, dois exames subsidiários indiretos complementam a suspeita clínica inicial de dengue, principalmente em gestantes: a prova do laço e o hemograma. Apesar de suas limitações nos casos graves e em pacientes obesas, a prova do laço é uma evidência indireta da fragilidade capilar, base da desidratação em graus variados, da redução dos elementos figurados do sangue e do hematócrito elevado. O hemograma traz informações importantes como a agressão indireta da medula por ação viral, com redução dos elementos figurados do sangue (notadamente a plaquetopenia) e o hematócrito elevado, decorrente do extravasamento líquido que ocorre em resposta ao aumento da permeabilidade capilar. Segundo orientação do Ministério da Saúde,⁽¹⁸⁾ todo caso suspeito de dengue deve ser notificado no <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas manifestações clínicas de complicações próprias do ciclo gravídico-puerperal podem dificultar a avaliação das gestantes e puérperas infectadas pelo DENV, como a hiperêmese gravídica, pré-eclâmpsia (principalmente quadros mais graves), síndrome HELLP, corioamnionite e infecção puerperal.⁽¹⁹⁾

A semelhança das manifestações clínicas da dengue com um grande número de doenças faz do diagnóstico diferencial da dengue um leque amplo de possibilidades. O mais adequado é uma informação ampliada de todas as possibilidades, alertando sob esse prisma regional. Com essas considerações, fazem parte dessa lista as outras arboviroses (zika, chikungunya),

influenza, COVID-19, leptospirose, hepatites virais, malária, rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, mononucleose infecciosa, hantavirose, febre amarela, riquetsioses (febre maculosa), parvovirose, citomegalovirose, enterovirose, processos sépticos, encefalite/meningites (virais e bacterianas) e febre tifoide. Também causam alguma dificuldade diagnóstica as púrpuras, neoplasias hematológicas, intoxicações alimentares e as farmacodermias.^(18,63)

Considerando as doenças que causam dor abdominal, devem-se colocar como diagnósticos a serem descartados a apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção do trato urinário, colecistite aguda, entre outras afecções. As miocardites (de causas variadas) também figuram nessa lista, geralmente ligadas aos quadros graves da dengue, incluindo o choque.

Por apresentarem várias características clínicas em comum, no momento epidemiológico do Brasil, as infecções que mais desafiam com o diagnóstico diferencial são as outras arboviroses (zika e chikungunya),⁽⁵⁻⁷⁾ COVID-19, leptospirose, influenza e sarampo,⁽⁶³⁾ fazendo que haja demanda por confirmação laboratorial em grande parte dos casos. As manifestações clínicas das arboviroses aqui abordadas diferem mais pela intensidade das manifestações clínicas do que por sua presença.^(24,64)

Em locais de difícil acesso aos exames que confirmam laboratorialmente o diagnóstico de dengue em gestantes, a partir da anamnese, do exame físico, da prova do laço e do diagnóstico diferencial, é possível inferir com elevado grau de acerto o diagnóstico de dengue, permitindo iniciar rapidamente as primeiras medidas de suporte terapêutico.⁽¹⁸⁾ Com a realização do hemograma, será possível avaliar com mais assertividade a gravidade do caso, e, em locais com mais recursos laboratoriais, serão indicados outros exames, incluindo o diagnóstico etiológico da infecção (NS1).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Quando se fala dos recursos laboratoriais para subsidiar o atendimento de gestantes e puérperas até o 14º dia com dengue, consideram-se dois objetivos. O primeiro é o diagnóstico etiológico da infecção e o segundo refere-se aos recursos laboratoriais para dimensionar a gravidade da doença.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ETIOLÓGICO

Para o diagnóstico laboratorial etiológico da dengue na sua fase inicial, os testes mais indicados são aqueles que identificam partículas virais específicas como a glicoproteína não estrutural 1 (NS1) ou o RNA viral no sangue.⁽⁶⁵⁾ Na fase aguda, que ocorre nos primeiros três a sete dias após o início dos sintomas, a detecção do RNA viral sérico seria o melhor exame, para isso utilizando a reação em cadeia da polimerase com transcrição

reversa (RT-PCR) como o teste de maior acurácia para o diagnóstico de dengue,⁽⁶⁶⁾ infelizmente ainda pouco acessível, visando obter uma resposta diagnóstica rápida para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em várias partes do país, essas amostras ainda precisam ser encaminhadas para laboratórios oficiais centralizados, o que retarda o processo diagnóstico.⁽⁶²⁾ Algumas plataformas conseguem fazer o diagnóstico da dengue, zika e chikungunya em uma única amostra. Sugere-se que, antes de obter a amostra, se certifique de qual será o fluxo de encaminhamento para o laboratório no qual será processada.

Para o diagnóstico laboratorial rápido da dengue, a pesquisa do antígeno NS1 no sangue materno é a técnica mais utilizada, por desempenho, praticidade e rapidez no resultado.⁽⁶⁵⁾ O antígeno NS1 é uma glicoproteína altamente conservada que parece ser essencial para a viabilidade do vírus. O antígeno NS1 aparece tanto nas infecções primárias quanto nas secundárias. Porém, a taxa de detecção do NS1 é maior em soros de pacientes com infecção primária (75%-97%), em comparação com soros de indivíduos com infecção secundária (60%-70%). Para a detecção desse antígeno, podem ser utilizadas várias técnicas, entre elas a imunocromatografia ou ELISA. Do ponto de vista assistencial prático, a diferença entre essas plataformas é o intervalo de tempo até a liberação do resultado do exame. A técnica imunocromatográfica é utilizada para o teste de diagnóstico rápido, cujo resultado é possível em menos de duas horas. A técnica imunoenzimática é mais sensível, mas o resultado é mais demorado.^(67,68) A pesquisa do NS1 apresenta excelentes resultados quando realizada entre o terceiro e o quinto dia da doença. Em alguns casos, esse teste pode apresentar resultados positivos mais precocemente. Geralmente, o NS1 fica negativo após o sétimo dia, quando a produção de anticorpos promove a neutralização desse antígeno.⁽²²⁾

A partir do sexto dia das manifestações clínicas da dengue, o diagnóstico laboratorial da infecção é feito com base nos testes da resposta imune ao vírus, aferindo a presença de IgM e IgG. Para o diagnóstico sorológico da infecção pelo DENV em gestantes, as plataformas mais utilizadas são as imunoenzimáticas, capazes de dosar IgM (a partir do sétimo dia) e IgG (a partir de 14-17 dias). Sabe-se que em alguns casos essas provas podem positivar mais precocemente. A concentração desses anticorpos aumenta lentamente após esse período e acredita-se que persista por toda a vida. Em pacientes com infecções secundárias, os títulos de IgG antidengue aumentam rapidamente dentro da primeira semana de doença. Nos casos de manifestações clínicas compatíveis com infecção pelo DENV, mas com resultados do NS1 e RT-PCR negativos, ou se já transcorreram mais de sete dias desde o início dos sintomas, está indicado o exame sorológico para identificar IgM para DENV e para vírus da zika (ZIKV),

sendo necessário apontar algumas das dificuldades na sua interpretação, principalmente aquelas decorrentes da reação cruzada para infecções causadas por outros *Flavivírus*, principalmente pelo ZIKV.^(62,69)

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL PARA AVALIAR A GRAVIDADE DA DENGUE

Os exames utilizados para avaliar o grau de comprometimento sistêmico da gestante com dengue na fase febril começam com o hemograma, destacando o hematócrito, a leucopenia e a plaquetopenia.⁽²²⁾ O hematócrito elevado apresenta relação direta com o grau de extravasamento vascular, enquanto a severidade da plaquetopenia apresenta estreita associação com os quadros hemorrágicos. Relembra-se que a hemodiluição própria da gravidez poderá mascarar a trombocitopenia, a leucopenia e a hemoconcentração associadas à dengue, lembrando que essas modificações regridem lentamente após o parto.

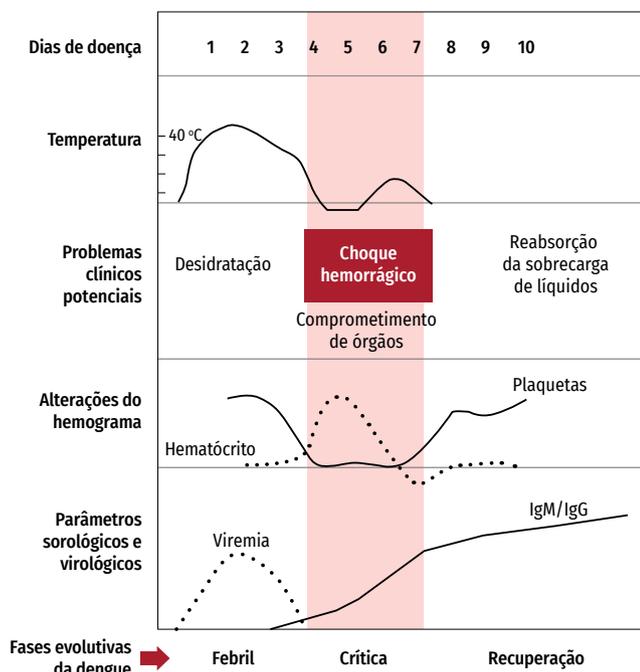
Se o caso evoluir para a fase crítica da dengue, os exames laboratoriais servirão para subsidiar o diagnóstico clínico dos órgãos acometidos. De forma geral, deverão ser avaliadas as funções hepática (transaminases ALT/ASL, bilirrubina), metabólica (glicemia, gases arteriais), renal (sódio, potássio, albuminúria, creatinina e ureia) e cardíaca (enzimas e eletrocardiograma). Para completar as provas laboratoriais, os exames de imagem deverão ser solicitados de acordo com a demanda clínica. Se a função neurológica/cognitiva estiver alterada, a ressonância magnética ou a tomografia estará indicada. Para avaliar comprometimento da função pulmonar, o exame radiológico simples está indicado. Derrames pericárdicos e abdominais são mais bem avaliados pela ultrassonografia. No caso da gestante, não há restrição para a realização desses exames, incluindo os exames radiológicos com proteção abdominal.

Os recursos laboratoriais são fundamentais para auxílio no diagnóstico diferencial com malária grave, leptospirose, hepatite viral fulminante, outras infecções por flavivírus, síndrome HELLP e intoxicação exógena.^(16,21,60)

Para avaliação do bem-estar fetal, utilizam-se o exame ultrassonográfico e a cardiocardiografia, dependendo da idade gestacional e do grau de comprometimento da saúde fetal. Maiores detalhes na seção específica deste Protocolo.

FASES CLÍNICAS DA DENGUE E CARACTERIZAÇÃO DA GRAVIDADE

As alterações fisiopatológicas da dengue são dinâmicas e traduzem a doença em suas fases clínicas ou estágios. A primeira fase é chamada de fase febril, a segunda é chamada de fase crítica e a terceira é chamada de fase de recuperação (Figura 2).^(18,23,60)



Fonte: Adaptada da World Health Organization (2009).⁽⁶⁰⁾

Figura 2. Fases evolutivas da dengue de acordo com o tempo de evolução

FASE FEBRIL

Essa fase é também chamada de “dengue sem sinais de alarme”, caracteriza-se pela presença de febre, geralmente de início súbito e elevada (39-40 °C), e associa-se a cefaleia, rash cutâneo maculopapular (50% dos casos), prostração, mialgia, artralgia de baixa intensidade e dor retro-ocular. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia com fezes pastosas também podem estar presentes. De forma geral, a prova do laço é positiva nessa fase. Após a fase febril, grande parte dos pacientes se recupera, com melhora da febre e retorno gradual para a normalidade.⁽⁵⁹⁾ Essas gestantes precisam ser atendidas em ambientes de assistência à saúde onde a hidratação pode ser controlada e o hemograma, solicitado, mas não demandam internação.

FASE CRÍTICA

A fase crítica da dengue é subdividida em “dengue com sinais de alarme” e “dengue grave”. Evolutivamente, essa fase se inicia com o aparecimento dos sinais de alarme e, se a doença não for controlada, surgem as manifestações clínicas e laboratoriais da dengue grave. Fora e durante o ciclo gravídico-puerperal, os sinais de alarme devem ser sistematicamente pesquisados e valorizados, visto que indicam alterações com potencialidade de evolução para as formas mais graves da doença e piora da saúde materna. Normalmente, a fase crítica cursa com leucopenia e plaquetopenia progressivas.⁽¹⁸⁾ Esses casos já demandam maior cuidado, e o ambiente hospitalar com internação estará indicado.

DENGUE COM SINAIS DE ALARME

Na presença dos sinais de alarme, a assistência médica rápida e precisa passa a ser fundamental. De forma geral, os sinais de alarme têm início com o declínio da febre, entre três e sete dias após o início dos sintomas. Os sinais de alarme resultam do aumento da permeabilidade vascular e marcam o início da deterioração clínica, quadro que exigirá internação hospitalar. No quadro 1, estão apresentados os sinais de alarme da dengue.⁽¹⁸⁾

Quadro 1. Sinais de alarme da dengue

Dor abdominal intensa e contínua
Vômitos persistentes
Acúmulo de líquidos nas cavidades virtuais
Hipotensão postural e/ou lipotímia
Hepatomegalia (fígado > 2 cm abaixo do rebordo costal)
Sangramento de mucosa
Sinais de acometimento do sistema nervoso central (letargia, irritabilidade, alterações comportamentais, convulsão, entre outros)
Aumento do hematócrito (>10%) e queda de plaquetas

Fonte: Adaptado da World Health Organization (2009).⁽⁶⁰⁾

O grau de permeabilidade vascular varia, e nesse ponto pacientes com menor permeabilidade esboçam melhora clínica, enquanto aqueles com maior permeabilidade podem evoluir para formas mais graves.⁽²¹⁾

DENGUE GRAVE

Esse estágio é caracterizado por extravasamento plasmático intenso, predispondo a quadros clínicos como ascite e derrame pleural, que podem ser percebidos clinicamente. Cursa com aumento do hematócrito (quanto mais elevado o hematócrito, maior a gravidade) e hipalbuminemia. Os derrames das cavidades virtuais são facilmente confirmados por exames de imagem. Outras formas graves da dengue serão referidas na sequência, como o choque, hemorragias e acometimentos de outros órgãos (Quadro 2).⁽¹⁸⁾ Esses casos demandam cuidado avançado de vida em ambiente de terapia intensiva.

Na dengue, o choque é de rápida instalação e de curta duração. Geralmente é precedido dos sinais de alarme, pode ser decorrente tanto do sangramento como do extravasamento plasmático e ocorre entre o quarto e o quinto dia da infecção. Pode levar a paciente a óbito em 12 a 24 horas, sendo necessários suporte e terapêutica adequada e imediata pelo risco de coagulação intravascular disseminada, acidose metabólica e disfunção cardíaca e pulmonar.

O quadro hemorrágico pode cursar sem o choque prolongado, sendo também um dos critérios de gravidade. Por sua vez, o acometimento de órgãos inclui miocardite, falência hepática, insuficiência respiratória,

insuficiência renal (mais rara, mas de pior prognóstico) e comprometimento do sistema nervoso central (manifestações comportamentais e perda da consciência, como expressão de encefalite viral).⁽⁶⁰⁾

A dengue grave acontece em menos de 1% das pessoas com dengue, e alguns fatores de risco estão associados à gravidade, como a dengue causada pelo DENV-2 e a infecção prévia, provavelmente reflexo da resposta imunológica secundária, com aceleração na formação de imunocomplexos e resposta imune celular. Cita-se também que quanto maior o intervalo entre as infecções, maior o risco de doença grave.⁽⁷⁰⁾

Quadro 2. Sinais de gravidade da dengue

Extravasamento grave de plasma levando ao choque evidenciado por taquicardia
Extremidades distais frias; com pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos)
Pressão diferencial < 20 mmHg (pressão arterial convergente)
Hipotensão arterial e cianose (fase tardia do choque)
Taquipneia
Hipotermia ou redução repentina da temperatura corporal
Oligúria (<1,5 mL/kg/h)
Edema agudo com insuficiência respiratória
Sangramento grave, podendo haver hematêmese e/ou melena
Comprometimento grave de múltiplos órgãos

Fonte: Adaptado da World Health Organization (2009).⁽⁶⁰⁾

FASE DE RECUPERAÇÃO

Nos pacientes que passaram pela fase crítica, com ou sem evolução para a forma grave, haverá reabsorção gradual do conteúdo extravasado, com progressiva melhora clínica e aumento do débito urinário. Sabe-se que a fase de recuperação dura de dois a quatro dias, mas a fadiga pode permanecer por algumas semanas.

CONDUTA CLÍNICA

Gestantes com dengue devem ser tratadas de acordo com a fase clínica da doença e suas particularidades. Sistematizar, agrupar e estratificar determinadas alterações orgânicas que ocorrem em gestantes com dengue facilita a abordagem e a elaboração de protocolos da assistência clínica, que podem ser seguidos nas mais remotas comunidades do país. A primeira estratificação se baseia nas manifestações clínicas e na sua gravidade, permitindo agrupar gestantes com as mesmas manifestações clínicas e eventuais complicações (Grupos A, B, C e D).

FORMAÇÃO DE GRUPOS SEGUNDO A GRAVIDADE DA DOENÇA

Segundo orientação do Ministério da Saúde (2024),⁽¹⁸⁾ adaptando orientações da *World Health Organization*

(WHO – 2009)⁽⁶⁰⁾ e da *Pan American Health Organization* (PAHO – 2016),⁽²³⁾ a formação dos grupos de pacientes considerando a gravidade da doença para maior assertividade das condutas clínicas são as seguintes:

- **Grupo A:** Preenche os requisitos de dengue, mas não apresenta nenhum sinal de alarme, sem condição clínica especial, vulnerabilidade social ou comorbidades.
- **Grupo B:** Dengue sem sinais de alarme, mas apresenta alguma condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades. Se houver sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço, também se classifica nesse grupo.⁽¹⁸⁾ As condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades são: gestantes, lactentes (<2 anos), adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, *diabetes mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, doenças hematológicas crônicas (anemia falciforme e púrpura) doença renal crônica, hepatopatias e doenças autoimunes.
- **Grupo C:** Quando houver algum sinal de alarme (Quadro 1).
- **Grupo D:** Quando houver algum sinal de gravidade (Quadro 2)

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PARA O ATENDIMENTO DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM DENGUE

A classificação de risco da gestante e da puérpera com suspeita ou diagnóstico de dengue é fundamental, visto que permite hierarquizar o atendimento com base na gravidade do quadro clínico. Agilizar o atendimento reduzindo o tempo de espera para o atendimento é crucial para essas mulheres. Os dados de anamnese e exame físico são usados para fazer essa estratificação e orientar as medidas terapêuticas mais adequadas, considerando a presença dos sinais de alerta e de gravidade (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 3. Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

Azul	Grupo A	Atendimento conforme o horário de entrada
Verde	Grupo B	Prioridade (Gestantes e puérperas até 14º dia após o parto)
Amarelo	Grupo C	Urgência Atendimento o mais rápido possível
Vermelho	Grupo D	Emergência Necessidade de atendimento imediato

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

CONDUTA CLÍNICA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE PARA GESTANTES E PUÉRPERAS COM DENGUE

Os critérios de gravidade da dengue são identificados por meio da anamnese, do exame físico e do hemograma, bem como do reconhecimento precoce dos sinais de alerta e de gravidade. Assim se define o estadiamento da doença (Grupos A, B, C e D), o qual orientará as intervenções terapêuticas para a gestante de cada grupo específico. Estabelecidos os critérios de gravidade, as intervenções terapêuticas da gestante e puérperas são realizadas até o 14º dia, de acordo com o estadiamento clínico da doença e devem ser prontamente instituídas. Tanto as gestantes quanto as puérperas até o 14º dia após o parto necessitam de vigilância constante, independentemente da gravidade, mas em ritmos de avaliação próprios a cada fase. Os exames para confirmação da dengue são obrigatórios para a gestante, mas não são essenciais para o início da conduta em qualquer fase da doença.

Em linhas gerais, como não existe tratamento antiviral para a dengue, o tratamento, na maioria das vezes, consistirá em repouso, ingestão ou infusão de líquidos para prevenir desidratação, uso de analgésicos e antipiréticos como paracetamol ou dipirona, quando necessário. O uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) está contraindicado, visto que podem agravar o quadro hemorrágico.

Deve-se estar sempre preparado para a possibilidade de progressão da doença.⁽³⁰⁾

No quadro 4 estão resumidas as orientações para a hidratação oral de pessoas com dengue, a qual está indicada para pacientes dos grupos A e B, lembrando que a gestante e a puérpera até o 14º dia após o parto fazem parte do Grupo B.⁽¹⁸⁾

Quadro 4. Orientações para a hidratação oral de gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto com dengue

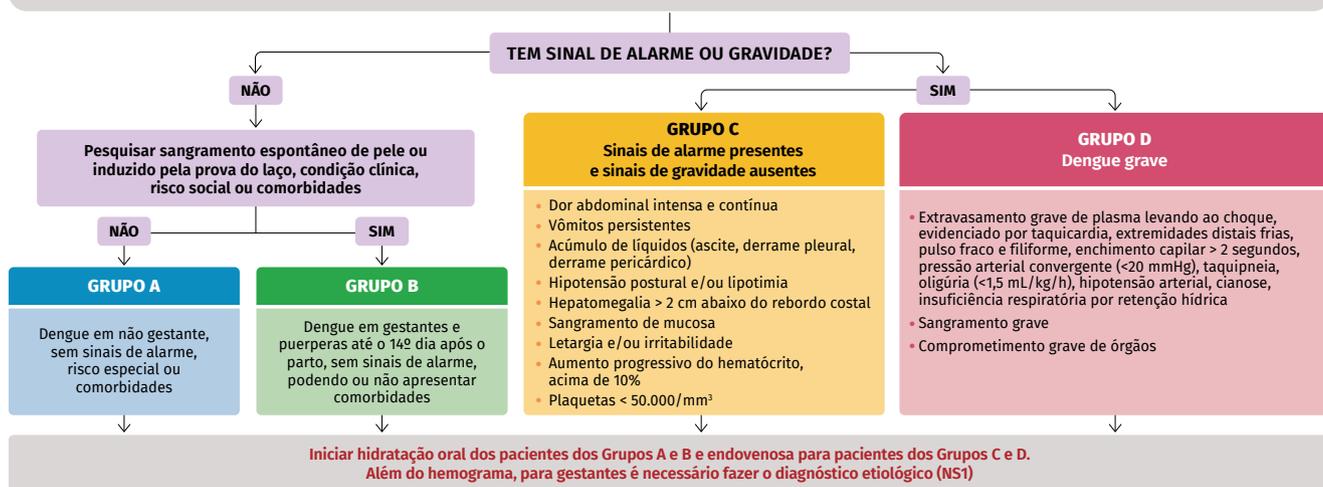
A hidratação oral das gestantes e puérperas deve ser iniciada em ambiente de assistência à saúde, o mais breve possível.
Ingestão de 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral e com volume maior no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, entre outros), utilizando os meios mais adequados aos hábitos alimentares da paciente.
Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para uma grávida ou puérpera de 70 kg, orientar a ingestão de 60 mL/kg/dia, totalizando 4,2 L/dia. Assim, será ingerido, nas primeiras 4 horas, um volume de 1,4 L. Os 2,8 L restantes serão distribuídos nos outros períodos. Nas primeiras 4 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume.
Para gestantes e puérperas que não suportam a hidratação oral, orienta-se infundir de 2 a 4 mL/g/hora de solução fisiológica, obedecendo aos princípios de controle de hidratação venosa. A intolerância ou recusa da hidratação oral pode ser motivo até de internação.
A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, e sim liberada de acordo com a aceitação da gestante ou puérpera.

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

SUSPEITA DE DENGUE EM GESTANTES E PUÉRPERAS

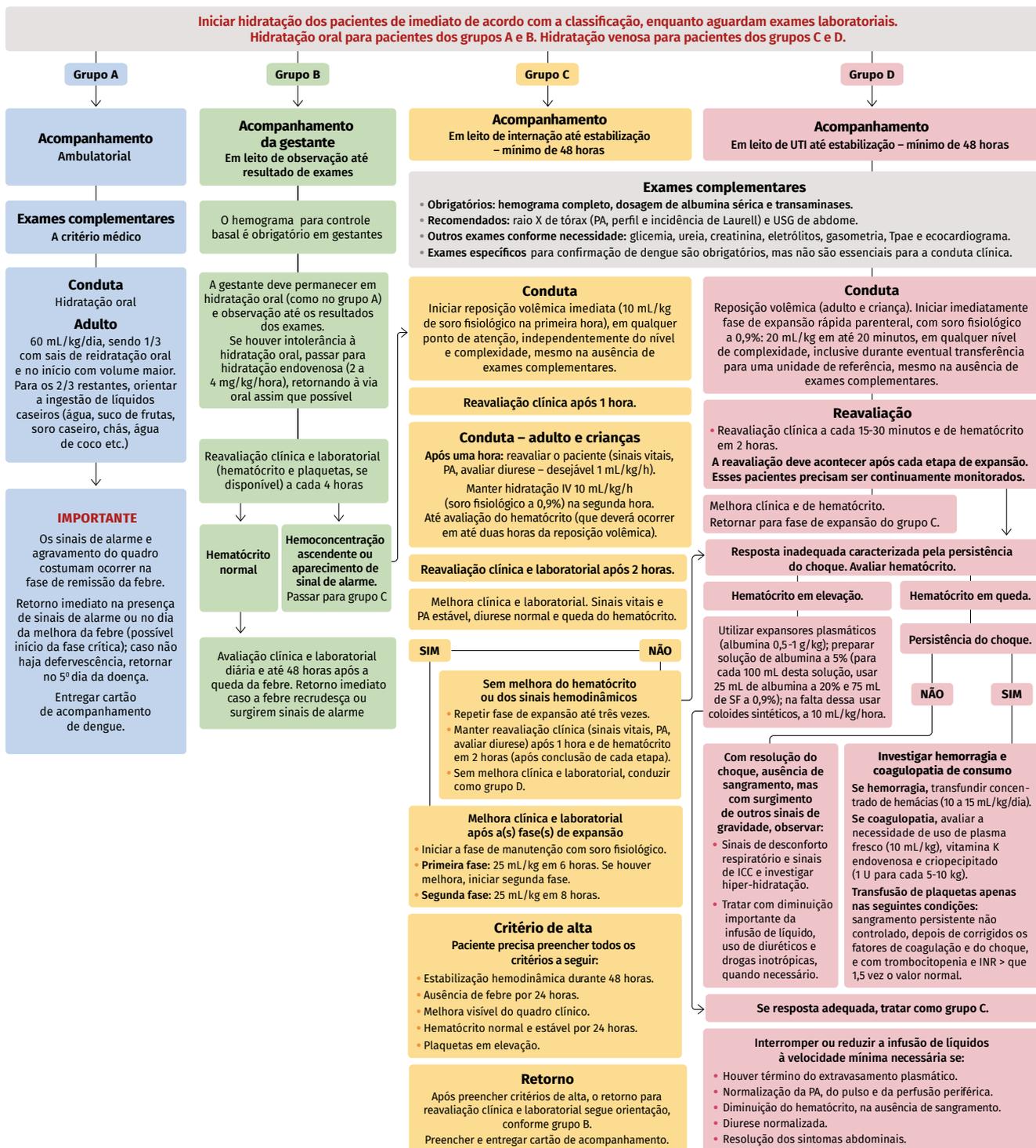
Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, apresentando duas ou mais das seguintes alterações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital e petéquias; prova do laço positiva e leucopenia

NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE



Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

Figura 3. Fluxograma da formação dos grupos segundo estratificação da gravidade da dengue em gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto



Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

Figura 4. Fluxograma para o controle evolutivo os cuidados clínicos de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue

Nas figuras 3 e 4 estão os fluxogramas divulgados pelo Ministério da Saúde (2004)⁽¹⁸⁾ para o atendimento de pacientes com dengue e adotados neste Protocolo, com as devidas adaptações necessárias para o atendimento de gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto.

A internação da gestante e da puérpera até o 14º dia após o parto também será necessária na

impossibilidade de seguimento ambulatorial na presença de condições sociais adversas ou da concomitância de comorbidades descompensadas ou de difícil controle como *diabetes mellitus*, cardiopatias graves, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, crise asmática e anemia falciforme.⁽¹⁸⁾

Grupo A – Não gestantes sem sinais de alarme

Não gestantes são manejadas conforme as recomendações do Manual de Dengue em Adultos e Crianças do Ministério da Saúde.⁽¹⁸⁾ As gestantes estão entre as condições clínicas especiais, e seu risco inerente as coloca diretamente no Grupo B.

Grupo B – Gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto sem sinais de alarme

Primariamente, a gestante ou puérpera que apresenta manifestações clínicas sugestivas ou diagnóstico de dengue e não apresente nenhum sinal de alarme ou de gravidade pertence ao Grupo B. Devem ser atendidas o mais rápido possível e necessitam de vigilância e hidratação. Essa medida visa tanto promover recuperação materna mais rápida quanto evitar os riscos de evolução para formas mais graves, as quais trazem prejuízos ao prognóstico materno e perinatal. Em locais em que o mosquito vetor esteja presente, deve-se considerar que durante o período febril essa gestante/puérpera é considerada fonte de infecção. Por esse motivo, todos os casos suspeitos de dengue ou outra arbovirose devem ser mantidos em acomodações com janelas e portas protegidas, no domicílio ou em hospitais.⁽⁶²⁾ O manejo inicial das gestantes do Grupo B está detalhado a seguir (Quadro 5).

Grupo C – Gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto com dengue e sinais de alarme

Gestantes que apresentam algum sinal de alarme (ver quadro 1) estarão classificadas no Grupo C. Elas devem ser internadas, preferencialmente, em um hospital onde exista possibilidade de cuidados intensivos, caso ocorra a progressão da doença. A conduta para gestante do Grupo C está resumida no quadro 6.

Grupo D – Gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto com dengue e sinais de gravidade

Gestantes e puérperas que apresentam sinais de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos) estarão classificadas no Grupo D. Os sinais de choque na dengue são: taquicardia, extremidades distais frias, pulso fraco filiforme, enchimento capilar lento (>2 segundos), pressão arterial convergente (<20 mmHg), taquipneia, oligúria (<1,5 mL/kg/h), hipotensão arterial (fase tardia do choque) e cianose (fase tardia do choque). A conduta para gestantes do Grupo D está resumida no quadro 7.

Conforme os critérios do Ministério da Saúde,⁽¹⁸⁾ a alta hospitalar para gestantes e puérperas com dengue obedece às mesmas orientações de alta para outros pacientes, as quais incluem: ausência de febre, plaquetas em elevação, melhora do estado geral, hematócrito normal e estável nas últimas 24 horas e estabilização hemodinâmica nas últimas 48 horas. Além disso, é preciso

Quadro 5. Cuidados de gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com dengue (Grupo B)

Solicitar exames complementares de acordo com a condição clínica associada.
Solicitar hemograma para avaliar a contagem de plaquetas e comparar o hematócrito com o valor basal (a gestante deve ter esse dado anotado em sua carteira de pré-natal). Se o hematócrito estiver até 10% maior que o seu basal, repetir hemograma diariamente até 48 horas após cessar a febre. Na ausência do hematócrito basal, considerar hematócrito de 38%-40%.
Manter a gestante em leito de observação (controle rigoroso de sinais vitais, sinais e sintomas) até checar os resultados de exames.
Iniciar a hidratação por via oral: inicial de 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 nas primeiras 4 horas (detalhes no quadro 4).
Repetir avaliação clínica, hematócrito e plaquetas após 4 horas de hidratação.
Medicamentos sintomáticos: antitérmicos, analgésicos e antieméticos, conforme a necessidade. Os anti-inflamatórios não esteroidais estão contraindicados.
Pacientes com hematócrito normal podem fazer o controle ambulatorial com reavaliação clínica e laboratorial diariamente (até 48 horas após cessada a febre); orientar sobre sinais de alarme, hemorragias ou choque e orientar a não se automedicar; permanecer em repouso e procurar serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais de alarme.
Presença de hemoconcentração (aumento do hematócrito > 10% ou valor > 44% quando na ausência de exame para comparação) ou aparecimento de sinais de alarme classificam a gestante ou puérpera automaticamente no Grupo C, e a gestante ou puérpera até o 14º dia deverão ser internadas. Contagem de plaquetas < 50.000/mm ³ também é um indicador de gravidade, recomendando-se a internação hospitalar para melhor controle.

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

avaliar também a segurança e o suporte social para essa gestante ou puérpera.

LINHA DE CUIDADO PRÉ-NATAL, OBSTÉTRICO E PUERPERAL

Partindo do princípio de que a vacina disponível contra a dengue tem seu uso restrito em gestantes e lactantes por ter na sua composição vírus vivos atenuados, torna-se imperativo buscar alternativas para evitar essa infecção durante o pré-natal. Independentemente das opções a serem adotadas, essas orientações assumem caráter de obrigatoriedade durante a consulta pré-natal.

CUIDADOS PREVENTIVOS SOBRE A DENGUE NO PRÉ-NATAL

Os cuidados pré-natais regulares não diferem se determinada comunidade ou região está em período de pico epidêmico da dengue. As únicas diferenças são relacionadas à ênfase dada às orientações de prevenção da doença e do fornecimento de informações que

Quadro 6. Cuidados de gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto com dengue e sinais de alarme (Grupo C)

Devem permanecer internadas até a estabilização – mínimo de 48 horas.
Iniciar reposição volêmica endovenosa imediata (10 mL/kg de soro fisiológico na primeira hora) em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.
Monitoramento dos sinais vitais durante a infusão líquida, em especial da frequência cardíaca e respiratória, a ausculta respiratória, a qualidade do pulso, a turgência jugular, a diurese e o nível de consciência.
Solicitar hemograma, eletrólitos, dosagem de albumina sérica e transaminases.
Solicitar radiografia de tórax (com adequada proteção abdominal) e ultrassonografia abdominal.
Se houver necessidade, solicitar glicemia, ureia, creatinina, gasometria, tempo de tromboplastina parcial ativada e ecocardiograma.
Reavaliar após 1 hora sinais vitais, pressão arterial e diurese (desejável 1 mL/kg/h), e manter a hidratação de 10 mL/kg/h, na segunda hora, até avaliação do hematócrito, que deverá ocorrer em 2 horas (após a etapa de reposição volêmica). O total máximo de cada fase de expansão é de 20 mL/kg em 2 horas, com administração gradativa e monitorada.
Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até 3 vezes. Reavaliação clínica (sinais vitais, pressão arterial, diurese) após 1 hora e de hematócrito em 2 horas após conclusão de cada etapa.
Caso se observe melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção: Primeira fase: 25 mL/kg em 6 horas; se houver melhora clínica, iniciar a segunda fase; Segunda fase: 25 mL/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado.
Gestantes do Grupo C devem permanecer internadas até a estabilização e critérios de alta, por período mínimo de 48 horas.
Se não houver melhora clínica e laboratorial, conduzir como Grupo D.

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

permitam à gestante a pronta identificação dos sinais e sintomas da dengue e a necessidade de procura de assistência médica quando eles estiverem presentes. Essas informações devem abordar o cuidado no controle dos criadouros dos mosquitos do gênero *Aedes*, cujos resultados sabemos ser limitados, mas deve ser sempre mencionado. A orientação para evitar que o mosquito entre nos domicílios também tem alcance limitado, visto ser uma iniciativa de elevado custo (telas em portas e janelas), mas também deve ser dada. Diante dessa realidade de insucessos e limitações, sobram apenas as medidas comportamentais como factíveis e com algum resultado na prática, a exemplo do uso de roupas claras (cobrindo o máximo da superfície corporal exposta) e

Quadro 7. Cuidados de gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto com dengue e sinais de gravidade (Grupo D)

Solicitar leito de terapia intensiva. Caso esse não esteja acessível, instituir imediatamente as medidas de manejo e monitoramento.
Para a reposição volêmica, iniciar imediatamente a fase de expansão rápida parenteral com soro fisiológico a 0,9% (20 mL/kg em até 20 minutos) em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.
Reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito a cada 2 horas. Essas pacientes necessitam de monitoramento contínuo.
Repetir fase de expansão até três vezes. Se houver melhora clínica e laboratorial após a fase de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada.
Solicitar hemograma completo e dosagem de albumina e transaminases.
Solicitar radiografia de tórax (com adequada proteção abdominal) e ultrassonografia para avaliar derrames cavitários.
Outros exames como glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina e atividade enzimática e ecocardiograma poderão ser realizados conforme a necessidade.
Essas pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até a estabilização (mínimo de 48 horas) e, após a estabilização, devem permanecer em leito hospitalar.
Se a resposta for inadequada e caracterizada pelo choque, será preciso avaliar: Hematócrito em ascensão após a reposição volêmica adequada; utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5 a 1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 mL dessa solução, usar 25 mL de albumina a 20% e 75 mL de soro fisiológico a 0,9%). Na falta dela, utilizar coloides sintéticos (10 mL/kg/hora); Hematócrito em queda e persistência do choque, investigar hemorragias ocultas e avaliar a coagulação; Na presença de hemorragia: transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia); Na presença de coagulopatia: avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 mL/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5 a 10 kg);
Considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, após correção dos fatores de coagulação e do choque; trombocitopenia e INR >1,5 vez o valor normal.
Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar: Sinais de desconforto respiratório e sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiper-hidratação; Reduzir a infusão de líquido e o uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.
A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária, se: Houver término do extravasamento plasmático; Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica; Diminuição do hematócrito na ausência de sangramento; Diurese normalizada; Resolução dos sintomas abdominais.
Após preencher os critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme o Grupo B.

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

do uso de repelentes. Na realidade, a medida que mais impacta a redução de casos de dengue é o uso de repelentes (entre eles icaridina, DEET e IR3535). Detalhes dessas orientações fazem parte da seção de Prevenção deste Protocolo.

CUIDADOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS NA FASE AGUDA DA DENGUE

Um dos principais cuidados do obstetra na atenção de gestantes e puérperas (até o 14º dia após o parto) com dengue é a vigilância para que o manejo clínico obedea aos critérios orientados na seção de Conduta Clínica deste Protocolo. É importante registrar que a hidratação das gestantes é a estratégia terapêutica mais efetiva na prevenção e no controle das formas clínicas mais graves. A hidratação é o caminho mais curto para corrigir os efeitos do extravasamento de líquidos para o interstício, potencialmente auxiliando também na correção da plaquetopenia.

Nos casos de gestantes, parturientes ou puérperas com dengue que demandam internação prolongada, é necessário estimular a deambulação como estratégia para prevenção de tromboembolismo venoso, cuja ocorrência, já aumentada na gravidez, tende a piorar nos quadros de alteração da coagulabilidade presentes na dengue. Ainda que os fenômenos hemorrágicos sejam os mais comuns na dengue, casos de trombose podem advir da hemoconcentração e hiperviscosidade sanguínea. Para evitá-los, devem-se considerar medidas fisioterapêuticas, massagem de membros inferiores e meias compressivas ou pneumáticas, caso a gestante esteja confinada ao leito.

De forma geral, após o início das condutas clínicas, o papel do obstetra é mais expectante na condução desses casos, restringindo-se à avaliação do bem-estar materno (buscando cumprir todas as orientações do cuidado clínico) e do bem-estar fetal. Na opinião de Chong *et al.* (2023),⁽¹²⁾ todas as intercorrências e situações que ocorrem na gestante com dengue, a exemplo da pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, uso de drogas antiagregantes plaquetárias ou anticoagulantes e do trabalho de parto pré-termo, precisam ser mais bem estudadas. Os protocolos vigentes assumem, na maioria das vezes, o senso comum, visando à conduta mais lógica, na maioria das vezes ainda sem respaldo de pesquisas específicas.⁽⁵⁷⁾

Algumas situações demandam atenção por não serem abordadas nos protocolos de atenção à gestante e puérpera com dengue divulgados na literatura. A primeira delas é a intolerância ou resistência à hidratação oral preconizada para a abordagem de gestantes do Grupo B. Como a hidratação balanceada da gestante é um dos fatores de sucesso do tratamento, opta-se, então, pela hidratação venosa (2-4 mL/kg/hora), mantendo todos os cuidados de controle para evitar hiper-hidratação e edema agudo de pulmão, procurando restaurar a via oral tão logo seja possível.⁽¹²⁾ Nesse cenário, o risco de

edema agudo de pulmão durante a hidratação é uma possibilidade e, para isso, é importante registrar o monitoramento dos sinais vitais da gestante durante a infusão líquida, em especial a frequência cardíaca e respiratória, a ausculta respiratória, as características do pulso, a turgência jugular, a diurese e o nível de consciência.

Outra variável que preocupa na assistência da gestante com dengue é o uso de AAS para a prevenção secundária de pré-eclâmpsia ou para evitar fenômenos tromboembólicos. Na vigência da fase aguda da dengue, o uso desse medicamento deverá ser suspenso. Embora não haja estudos sobre a pertinência do retorno dessa medicação ao longo da sequência da gravidez, é senso comum que o AAS poderá ser reintroduzido uma semana após a remissão da doença, na expectativa de que os benefícios protetivos tenham sido mantidos durante a interrupção da profilaxia e sejam restabelecidos com seu retorno. Mais complicado é quando os antiagregantes plaquetários (AAS ou clopidogrel) são utilizados como parte da terapia de doenças com risco tromboembólico elevado (a exemplo das doenças do conjuntivo e trombofilias adquiridas). Nesses casos, a tendência também é pela suspensão do medicamento na fase aguda da dengue, mas a gestante deverá ser internada para controle diário.

Outra situação que traz alguma incerteza para o obstetra é a abordagem da gestante com dengue que utiliza anticoagulante profilaticamente. A melhor conduta é individualizar o caso, avaliando a indicação do anticoagulante, o risco de tromboembolismo (por exemplo, gestantes em uso de próteses valvares metálicas) e a gravidade da dengue (risco de hemorragia). A suspensão do anticoagulante está sempre indicada quando houver hemorragia ou a contagem de plaquetas for menor que 30.000/mm³. Nesses casos a avaliação do INR deverá ser diária. O retorno da medicação deverá aguardar a remissão do processo infeccioso.

Evento relativamente frequente entre gestantes com dengue grave é o trabalho de parto pré-termo. Não existem muitos relatos na literatura para subsidiar a decisão, mas majoritariamente a indicação é de que a inibição do trabalho de parto pré-termo pode ser realizada.⁽⁷¹⁾ Para a tocolise nesses casos, o fármaco mais adequado é a atosibana, um inibidor de ocitocina. Por sua vez, a terbutalina, o sulfato de magnésio e o nifedipino apresentam limitações de uso em gestantes com dengue, principalmente na fase de choque, mas, entre eles, o nifedipino seria aquele com melhor perfil para ser utilizado em gestantes com dengue atendidas em maternidades sem acesso à atosibana. O uso de AINES está contraindicado em qualquer fase da dengue. Dependendo da idade gestacional, está liberado o uso de corticoides para profilaxia de hemorragias parenquimatosas do feto/neonato e para acelerar a produção de substâncias surfactantes. Preconizam-se a betametasona e, alternativamente, a dexametasona.

Para gestantes com pré-eclâmpsia grave ou gestantes com insucesso na inibição do trabalho de parto pré-termo

até 32 semanas, o sulfato de magnésio oferece comprovada proteção materna e neuroproteção perinatal, respectivamente. Ainda que haja dúvidas sobre a segurança no uso do sulfato de magnésio em casos de gestante com dengue e risco de hemorragia ou choque, considerando o risco *versus* benefício do seu uso no cenário clínico de pré-eclâmpsia grave ou necessidade de neuroproteção fetal, sugere-se a utilização desse medicamento. Logicamente, essa gestante deverá estar em ambiente hospitalar e o gluconato de cálcio, imediatamente disponível.

Embora faltem estudos controlados sobre a avaliação fetal em gestantes com dengue, parece ser razoável que elas tenham a vitalidade fetal aferida por meios eletrônicos como a ultrassonografia e a cardiotocografia. A escolha do exame mais indicado e de sua frequência dependerá da idade gestacional e das condições do bem-estar fetal e sua evolução. Visando à resolução da gravidez, a vitalidade fetal deverá ser avaliada com idade gestacional na qual aquela comunidade pode oferecer suporte ao neonato. De forma geral, considera-se a idade gestacional superior a 28 semanas, mas pode ser menor em cenários com mais recursos de infraestrutura neonatal. A escolha do exame mais indicado e de sua frequência para a avaliação do bem-estar fetal dependerá da situação e da evolução desse bem-estar, decisão que ficará a juízo do obstetra. De forma geral, a cardiotocografia deverá ser realizada diariamente e fornece bons resultados sobre a vitalidade fetal. No entanto, em alguns casos, sua elevada sensibilidade pode demandar a complementação com a ultrassonografia para dirimir dúvidas. De qualquer forma, a ultrassonografia estará indicada a cada três a cinco dias se a gestante continua internada. Esse exame traz importantes informações adicionais sobre a vitalidade fetal e outros parâmetros da fisiologia fetal e de seu desenvolvimento.

RESOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

Como premissa comum nas síndromes infecciosas com acentuada resposta inflamatória, na medida do possível, a resolução da gravidez tem melhores desfechos quando realizada após o período de viremia e com a melhora clínica materna. São infrequentes as situações em que há necessidade de interromper a gravidez, o que ocorre em gestantes cujo comprometimento sistêmico é grave, havendo necessidade de reflexão sobre o impacto de um procedimento cirúrgico e da anestesia na evolução do caso. Para o recém-nascido, também não é bom que a interrupção da gravidez seja em período de descompensação materna e viremia elevada, pois isso aumenta os riscos de hipóxia e transmissão vertical. É claro que em algumas situações como o parto espontâneo iminente não há alternativa a não ser a sua condução. Para isso, a preparação para o nascimento (parto espontâneo ou eletivo), quando possível, deve incluir alguns cuidados como o acesso a leito em ambiente de suporte avançado de vida, reserva de sangue e plaquetas, neonatologista

em sala, equipe anestésica e obstétrica experientes tanto para corrigir a hemorragia pós-parto utilizando medidas farmacológicas (ácido tranexâmico, derivados do ergot, prostaglandinas) e físicas (massagem uterina e balão intrauterino) quanto para realizar os procedimentos cirúrgicos necessários caso as medidas clínicas de controle das eventuais hemorragias não surtam efeito.

A melhor opção de parto para gestantes com dengue é o parto por via vaginal, preferentemente com plaquetas acima de 50.000/mm³.^(3,57) Pelo risco de toco-traumatismo materno/perinatal e hemorragia, o uso de fórceps e vácuo-extrator, bem como a episiotomia, deve ser criteriosamente decidido em parturientes com dengue.

Considerando que se deve evitar a via intramuscular para administração de medicamentos em pacientes com dengue de forma geral, recomenda-se que a ocitocina profilática universal do pós-parto seja feita por via endovenosa, conforme segue: 5 UI *in bolus* em infusão lenta a cada três minutos e, se for necessário, até a terceira dose. Na sequência, infundir mais 20 UI em 500 mL por duas horas (250 mL/h) e mais 20 UI em 500 mL por quatro horas (125 mL/h).⁽⁷²⁾ Nos casos de cesariana, recomenda-se especial atenção na hemostasia cirúrgica rigorosa, a fim de evitar sangramentos e hematomas intracavitários ou na parede abdominal, bem como na analgesia pós-operatória, evitando-se o uso de AINEs.

Objetivamente, a melhor opção para gestantes com dengue é que procedimentos obstétricos não urgentes (a exemplo da indução de parto, manobras de esvaziamento uterino e cesárea) sejam adiados até a melhora clínica da paciente.⁽⁷³⁾

Havendo necessidade de interromper a gravidez, obrigatoriamente se deve perguntar sobre as condições maternas, vitalidade fetal, idade gestacional e perspectivas de sobrevivência neonatal. Se houver indicação do uso de corticoide e de sulfato de magnésio para melhorar as condições de sobrevivência pós-natal (proteção contra desconforto respiratório e hemorragia cerebral), o uso dessas medicações está liberado, devendo-se ter o cuidado de aferir a função renal materna e sinais de choque antes de introduzir o sulfato de magnésio.

Pelo fato de a hemorragia ser uma das complicações mais graves da dengue na gestação e no puerpério, reitera-se a importância da conduta ativa no secundamento dessas mulheres, com tração controlada de cordão e ocitocina profilática endovenosa. A mesma preocupação deve ocorrer nas cesarianas, acrescida da rigorosa revisão da hemostasia no fechamento dos planos operatórios, a fim de prevenir a ocorrência de hematomas e cenários de infecção. O quadro 8 é uma síntese das orientações quanto à assistência obstétrica para gestantes com dengue.

PUERPÉRIO

No puerpério imediato e mediato, o espectro das hemorragias ronda a puérpera com dengue, demandando

Quadro 8. Manejo obstétrico na gestante com dengue

Inibição do trabalho de parto pré-termo com atosibana (preferentemente) ou nifedipino, sendo permitido o uso do corticoide.
O sulfato de magnésio pode ser utilizado em gestantes com dengue (sem choque ou hemorragias) com menos de 32 semanas ou nos casos de pré-eclâmpsia grave. Recomenda-se que o gluconato de cálcio esteja disponível para uso imediato, caso haja necessidade de seu uso.
Suspender o uso de ácido acetilsalicílico.
Suspender a anticoagulação profilática na vigência de sangramento ou plaquetas < 30.000 mm ³ .
Evitar a realização de procedimentos obstétricos que possam ser adiados.
No parto/cesariana/aborto inevitável, a equipe deve estar preparada para um possível aumento de sangramento, com reserva de sangue e medidas de prevenção. Manter plaquetas > 50.000/mm ³ no parto e > 70.000/mm ³ na cesárea.
O aleitamento natural é permitido.
Seguimento do neonato para avaliar a transmissão vertical se o nascimento ocorrer entre 10 dias antes e 10 horas após início do quadro febril.

evolução cuidadosa da involução uterina e de sua contratilidade. Caso haja necessidade, está liberado o uso de ocitocina endovenosa por tempo mais prolongado.

Sabe-se que o puerpério é um dos períodos de maior risco de trombose na vida da mulher e que na dengue grave os eventos hemorrágicos ocorrem com maior frequência. Portanto, no puerpério de mulheres com dengue, há risco potencial dessas duas complicações. Para minimizar o risco de tromboembolismo venoso nas pacientes em condições de deambular, orienta-se o uso de meias de compressão e estímulo à deambulação como estratégias de prevenção. Para as puérperas acamadas ou com limitação da mobilidade, estão indicadas a abordagem fisioterapêutica, massagem de membros inferiores e meias compressivas ou pneumáticas.

O risco de transmissão do DENV por meio da amamentação parece ser um evento raro, com apenas um caso documentado e descrito na literatura.⁽⁴²⁾ Por isso, a orientação é a manutenção do aleitamento natural em puérperas com dengue.⁽⁴³⁾

Para o recém-nascido de mãe com dengue, é importante que o neonatologista esteja alerta para a necessidade de seguimento, pelo risco da transmissão vertical do DENV e desenvolvimento da dengue, principalmente quando o quadro febril materno ocorrer entre 10 dias antes e até 10 horas após o parto.⁽¹⁹⁾ Portanto, a alta da puérpera estará condicionada não somente às suas condições clínicas, mas também aos protocolos do setor de neonatologia de cada serviço.

A condição de saúde materna para a “alta hospitalar responsável” inclui variáveis importantes, conforme informações no quadro 9.

Como não há dados na literatura para orientação sobre quanto tempo após o parto uma mulher com

dengue (sem sinais de alarme ou de gravidade) deve ser incluída no grupo A, recorre-se ao senso comum de que

Quadro 9. Critérios de alta hospitalar para gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto (após dengue)

Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
Ausência de febre por 24 horas.
Melhora visível do quadro clínico.
Hematócrito normal e estável por 24 horas.
Plaquetas em elevação.
Avaliar suporte social.

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).⁽¹⁸⁾

14 dias seria adequado, sendo essa a sugestão indicada neste Protocolo.

Sabe-se que o correto é que todas as gestantes ou puérperas com suspeita de dengue sejam notificadas ao gestor municipal utilizando a “Ficha de Notificação de Dengue” e recebam o “Cartão de Acompanhamento de Dengue” no atendimento inicial e com preenchimento a cada consulta. O cartão de acompanhamento específico para a dengue traz espaços para registros sobre o cuidado realizado, informações sobre os sinais de alarme, além do agendamento das suas próximas consultas.

CONTROLE PRÉ-NATAL APÓS A DENGUE

Na maioria dos casos, a gestante se recupera da dengue e precisa de suporte pré-natal adequado para continuar a gravidez. O tipo de controle pré-natal dispensado a essas gestantes dependerá de qual foi a gravidade de sua doença. Casos considerados leves, de boa evolução clínica e baixa atividade inflamatória podem ser seguidos como gestante de baixo risco.

Gestantes que tiveram dengue de evolução prolongada e recuperação mais lenta, exibindo visível comprometimento orgânico e expressiva resposta inflamatória, preferentemente, devem ter seguimento como gestantes de alto risco. Frequentemente, nessas gestantes existe comprometimento placentário, que poderá ser traduzido futuramente em aumento das taxas de restrição de crescimento fetal e oligoâmnio. Para essas gestantes, além do controle usual, há necessidade de avaliação ultrassonográfica do volume amniótico, da vitalidade e do desenvolvimento fetal, com intervalos inicialmente mensais. É claro que esse período poderá ser menor e dependerá da evolução dos parâmetros fetais, a juízo do obstetra. No entanto, em gestante sem acesso a esse tipo de pré-natal e recursos tecnológicos, a fita métrica e a palpação fetal podem auxiliar na detecção de eventuais desvios do crescimento fetal e do volume do líquido amniótico. Detectando-se alteração, não há outra medida a não ser encaminhar essa gestante para centros especializados de acordo com o fluxo regional do SUS.

Diante da escassez de dados sobre o manejo protocolar da gestante e da puérpera com dengue, considera-se urgente a realização de pesquisas que possam subsidiar as condutas aqui preconizadas, muitas delas derivadas do senso comum dos profissionais envolvidos e de suas vivências.

PREVENÇÃO

Não há dúvidas de que as vacinas são recursos poderosos para evitar algumas infecções e existe um grande esforço da comunidade científica para a descoberta de uma vacina segura e eficaz contra a dengue.⁽⁷⁴⁾ No entanto, nenhuma das vacinas disponíveis contra o DENV está liberada para uso durante a gravidez, visto que elas apresentam vírus atenuados em sua composição.^(14,75) Portanto, diante da limitação do uso das vacinas no período gestacional e da inexistência de tratamento antiviral para a dengue, o sucesso no controle dessa doença é baseado em medidas profiláticas gerais.^(22,26)

Na profilaxia primária, destacam-se as tentativas de controle dos criadouros de *Aedes aegypti*, as barreiras mecânicas para evitar que o mosquito entre nas residências e o uso de inseticidas, de roupas apropriadas e de repelentes.⁽²²⁾ Considerando a exterminação dos criadouros, sabe-se que esse controle precisa ocorrer de forma ambiental ampliada. Enquanto isso não ocorre, orienta-se fazer corretamente o que está ao nosso alcance: eliminar os criadouros dentro dos domicílios e quintais.^(15,76)

O uso de inseticidas por vaporização ambiental (também chamada de nebulização espacial ou “fumacê”) ou domiciliar, apesar de apresentar alguns inconvenientes e limitações, continua a ser adotado na maioria dos municípios do país. Como pontos de questionamento do seu uso, são citados os malefícios para o meio ambiente, a resistência do mosquito aos inseticidas e o fato de não atingir os mosquitos dentro das residências, temas que geram opiniões variadas quanto ao seu uso.⁽⁷⁷⁾

Para evitar a entrada do *Aedes aegypti* nos domicílios, orienta-se a colocação de telas de malha fina (metálicas ou plásticas) nas janelas e portas. O uso de mosquiteiros sobre o leito ajuda, mas com limitações, visto que o *Aedes aegypti* tem hábitos preferenciais diurnos, combinando com claridade e temperaturas mais elevadas.⁽²⁶⁾ Medidas como o uso de inseticidas ou repelentes naturais em ambientes domiciliares são estratégias paralelas com percentual de efetividade variável e questionável.

Armadilhas capazes de atrair, capturar e contaminar mosquitos com compostos naturais ou inseticidas veiculados na forma de nanopartículas é uma importante alternativa, ainda em evolução.⁽⁷⁸⁾ Essa abordagem é capaz de alcançar *habitats* não acessíveis por meios convencionais, atuando em todas as fases do ciclo de vida do mosquito (ovos, larvas, pupas e formas adultas).^(79,80)

Estratégias de controle biológico da população do *Aedes aegypti* têm se mostrado promissoras,⁽⁸¹⁾ a

exemplo do uso da bactéria *Wolbachia pipiensis* com bons resultados.⁽⁸²⁾ A *Wolbachia* infecta o mosquito e interfere na sua reprodução, fazendo com que os ovos de fêmeas livres da infecção não eclodam quando forem fertilizados por um macho infectado pela *Wolbachia*. Por sua vez, se a fêmea já é infectada por essa bactéria, seus descendentes serão resistentes à infecção pelo DENV, além de causarem uma seleção preponderante para as fêmeas e a morte dos machos.^(83,84) Técnicas que induzem a seleção de mosquitos machos já são utilizadas, ainda que em pequena escala e sob rígido controle de qualidade.^(59,85)

Completa as medidas de profilaxia contra a picada do *Aedes aegypti* o uso do repelente em toda a área exposta da pele e de roupas com tecidos finos, e sugere-se utilizar o produto sobre a roupa. Os repelentes mais indicados para uso em gestantes são aqueles à base de “icaridina”, o “DEET” e o “IR3535”.⁽⁸⁶⁾ A ingestão de vitaminas do complexo B, bem como os repelentes à base de andiroba e citronela, entre outros, não é eficaz como repelente, e seu uso não é recomendado para essa finalidade.

O odor e o aumento do CO₂ exalado pela superfície corporal da gestante, aliados ao aumento da sua temperatura corporal, são fatores importantes para a atração do *Aedes aegypti*. No entanto, são variáveis fisiológicas de difícil controle. Outra variável importante é a preferência do mosquito por cores mais escuras. Por isso, o uso de roupas claras que cubram o máximo possível da superfície corporal é o mais indicado.⁽⁸⁷⁾

Como vários dos procedimentos sugeridos neste Protocolo são derivados de opiniões de especialistas, deixamos registrado o compromisso deste grupo de reavaliar todas as condutas aqui relatadas, à luz de novos conhecimentos. O objetivo será sempre o de reduzir a morbimortalidade materna, embrionária, fetal e neonatal pelo DENV.

REFERÊNCIAS

- Liu Z, Zhang Q, Li L, He J, Guo J, Wang Z, et al. The effect of temperature on dengue virus transmission by *Aedes* mosquitoes. *Front Cell Infect Microbiol*. 2023;13:1242173.
- dos Santos NR, Costa ARM, Feitosa CA, Loth TP, Klingelfus A. A evolução de casos de arboviroses dengue, chikungunya e zika vírus no Brasil entre 2018 e 2020. *Braz J Infect Dis*. 2022;26:101956.
- Phillips MC, LaRocque RC, Thompson GR 3rd. Infectious Diseases in a Changing Climate. *JAMA*. 2024. doi: 10.1001/jama.2023.27724. Epub ahead of print.
- Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica nº 11/2024 - CGIRF/DPNI/SVSA/MS. Operacionalização da vacina contra a dengue. Ministério da Saúde, 2024. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-e-notas-tecnicas/sei-ms-0038843414-nota-tecnica.pdf/view>
- Paraná VC, Feitosa CA, da Silva GCS, Gois LL, Santos LA. Risk factors associated with severe dengue in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2024;29(3):173-91.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Arboviroses Urbanas. 2024. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/coe-dengue-informe-01-led_.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Atualização de casos de arboviroses no Brasil. Anos de 2023 e 2024. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>
8. Martin BM, Evans AA, de Carvalho DS, Shimakura SE. Clinical outcomes of dengue virus infection in pregnant and non-pregnant women of reproductive age: a retrospective cohort study from 2016 to 2019 in Paraná, Brazil. *BMC Infect Dis.* 2022;22(1):5
9. Nascimento LB, Siqueira CM, Coelho GE, Siqueira JB Jr. Symptomatic dengue infection during pregnancy and livebirth outcomes in Brazil, 2007-13: a retrospective observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(9):949-56.
10. Paixão ES, Harron K, Campbell O, Teixeira MG, Costa MDCN, Barreto ML, et al. Dengue in pregnancy and maternal mortality: a cohort analysis using routine data. *Sci Rep.* 2018;8(1):9938.
11. Rathore SS, Oberoi S, Hilliard J, Raja R, Ahmed NK, Vishwakarma Y, et al. Maternal and foetal-neonatal outcomes of dengue virus infection during pregnancy. *Trop Med Int Health.* 2022;27(7):619-29.
12. Chong V, Tan JZL, Arasoo VJT. Dengue in Pregnancy: A Southeast Asian Perspective. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(2):86.
13. Hills SL, Wong JM, Staples JE. Arboviral vaccines for use in pregnant travelers. *Travel Med Infect Dis.* 2023;55:102624.
14. Tricou V, Yu D, Reynales H, Biswal S, Saez-Llorens X, Sirivichayakul C, et al. Long-term efficacy and safety of a tetravalent dengue vaccine (TAK-003): 4-5-year results from a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Glob Health.* 2024;12(2):e257-70.
15. Duarte G, Moron AF, Timerman A, et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women and Microcephaly. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(5):235-48.
16. Charlier C, Beaudoin MC, Couderc T, Lortholary O, Lecuit M. Arboviruses and pregnancy: maternal, fetal, and neonatal effects. *Lancet Child Adolesc Health.* 2017;1(2):134-46.
17. Marinho PS, Cunha AJ, Amim Junior J, Prata-Barbosa A. A review of selected Arboviruses during pregnancy. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2017;3:17.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
19. Mulik V, Dad N, Buhmaid S. Dengue in pregnancy: Review article. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;261:205-10.
20. Ahuja S, Muntode Gharde P. A Narrative Review of Maternal and Perinatal Outcomes of Dengue in Pregnancy. *Cureus.* 2023;15(11):e48640.
21. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Dengue, Chapter 153. New York: Elsevier; 2019.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
23. Pan American Health Organization (PAHO). Dengue: Guidelines for patient care in the Region of the Americas. Washington, DC: PAHO; 2016. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31207/9789275118900-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Brito CA, Cordeiro MT. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2016;49(5):537-43.
25. Vicente CR, Herbinger KH, Fröschl G, Malta Romano C, Cabidelle ASA, Cerutti Junior C. Serotype influences on dengue severity: a cross-sectional study on 485 confirmed dengue cases in Vitória, Brazil. *BMC Infect Dis.* 2016;16:320.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Combate ao Aedes Aegypti: prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>
27. Machado CR, Machado ES, Rohloff RD, Azevedo M, Campos DP, de Oliveira RB, et al. Is pregnancy associated with severe dengue? A review of data from the Rio de Janeiro surveillance information system. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(5):e2217.
28. Sinha R, Datta MR. Dengue in Early Pregnancy: A Neglected Problem? *Cureus.* 2023;15(5):e38740.
29. Brar R, Sikka P, Suri V, Singh MP, Suri V, Mohindra R, et al. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;304(1):91-100.
30. Department of Communicable Diseases. Ministry of Health of Democratic Republic of Timor-Leste. National Guideline for Clinical Management of Dengue. Ministry of Health of Democratic Republic of Timor-Leste, 2022.
31. Chitra TV, Panicker S. Maternal and fetal outcome of dengue fever in pregnancy. *J Vector Borne Dis.* 2011;48(4):210-3.
32. Paixão ES, Teixeira MG, Costa MDCN, Rodrigues LC. Dengue during pregnancy and adverse fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(7):857-65.
33. Anuradha G, Sandya MR, Shirley G. Spectrum of dengue morbidity in pregnancy and its impact on maternal and perinatal outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2019;8(4):1511-6.
34. Friedman EE, Dallah F, Harville EW, Myers L, Buekens P, Breart G, et al. Symptomatic Dengue infection during pregnancy and infant outcomes: a retrospective cohort study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(10):e3226.
35. Paixão ES, Campbell OM, Teixeira MG, Costa MC, Harron K, Barreto ML, et al. Dengue during pregnancy and live birth outcomes: a cohort of linked data from Brazil. *BMJ Open.* 2019;9(7):e023529
36. Nunes P, Nogueira R, Coelho J, Rodrigues F, Salomão N, José C, et al. A stillborn multiple organs' investigation from a maternal DENV-4 infection: histopathological and inflammatory mediators characterization. *Viruses.* 2019;11(4):319.
37. Ginige S, Flower R, Viennet E. Neonatal Outcomes from Arboviruses in the Perinatal Period: A State-of-the-Art Review. *Pediatrics.* 2021;147(4):e2020009720.
38. Ribeiro CF, Lopes VGS, Brasil P, Pires ARC, Rohloff R, Nogueira RMR. Dengue infection in pregnancy and its impact on the placenta. *Int J Infect Dis.* 2017;55:109-12
39. Tan PC, Rajasingam G, Devi S, Omar SZ. Dengue infection in pregnancy: prevalence, vertical transmission, and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1111-7.
40. Basurko C, Matheus S, Hildéral H, Everhard S, Restrepo M, Cuadro-Alvarez E, et al. Estimating the Risk of Vertical Transmission of Dengue: A Prospective Study. *Am J Trop Med Hyg.* 2018;98(6):1826-32.
41. Usama S, Assawawiroonhakarn S, Soonsawad S. Vertical dengue transmission complicated with neonatal encephalitis. *BMJ Case Rep.* 2023;16(12):e256476.
42. Barthel A, Gourinat AC, Cazorla C, Joubert C, Dupont-Rouzeyrol M, Descloux E. Breast milk as a possible route of vertical transmission of dengue virus? *Clin Infect Dis.* 2013;57(3):415-7.
43. Arragain L, Dupont-Rouzeyrol M, O'Connor O, Sigur N, Grangeon JP, Huguon E, et al. Vertical Transmission of Dengue Virus in the Peripartum Period and Viral Kinetics in Newborns and Breast Milk: New Data. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2017;6(4):324-31.
44. Martina BE. Dengue pathogenesis: a disease driven by the host response. *Sci Prog.* 2014;97(Pt 3):197-214.
45. Schmid MA, Diamond MS, Harris E. Dendritic cells in dengue virus infection: targets of virus replication and mediators of immunity. *Front Immunol.* 2014;5:647.
46. Martina BE, Koraka P, Osterhaus AD. Dengue virus pathogenesis: an integrated view. *Clin Microbiol Rev.* 2009;22(4):564-81.
47. Yacoub S, Wertheim H, Simmons CP, Sreanont G, Wills B. Microvascular and endothelial function for risk prediction in dengue: an observational study. *Lancet.* 2015;385(Suppl 1):S102.
48. Malavige GN, Ogg GS. Pathogenesis of vascular leak in dengue virus infection. *Immunology.* 2017;151(3):261-9.
49. Yacoub S, Lam PK, le Vu HM, Le TL, Ha NT, Toan TT, et al. Association of microvascular function and endothelial biomarkers with clinical outcome in dengue: an observational study. *J Infect Dis.* 2016;214:697-706.

50. Appanna R, Wang SM, Ponnampalavanar SA, Lum LC, Sekaran SD. Cytokine factors present in dengue patient sera induces alterations of junctional proteins in human endothelial cells. *Am J Trop Med Hyg.* 2012;87:936-42.
51. Jeewandara C, Gomes L, Wickramasinghe N, Gutowska-Owsiak D, Waithe D, Paranavitane SA, et al. Platelet activating factor contributes to vascular leak in acute dengue infection. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9:e0003459.
52. Silva T, Gomes L, Jeewandara C, Ogg GS, Malavige GN. Dengue NS1 induces phospholipase A2 enzyme activity, prostaglandins, and inflammatory cytokines in monocytes. *Antiviral Res.* 2022;202:105312.
53. Quirino-Teixeira AC, Andrade FB, Pinheiro MBM, Rozini SV, Hottz ED. Platelets in dengue infection: more than a numbers game. *Platelets.* 2022;33(2):176-83.
54. Sridharan A, Chen Q, Tang KF, Ooi EE, Hibberd ML, Chen J. Inhibition of megakaryocyte development in the bone marrow underlies dengue virus-induced thrombocytopenia in humanized mice. *J Virol.* 2013;87(21):11648-58.
55. Krishnamurti C, Cutting MA, Peat RA, Rothwell SW. Platelet adhesion to dengue-2 virus-infected endothelial cells. *Am J Trop Med Hyg.* 2002;66(4):435-41.
56. Khanam A, Gutiérrez-Barbosa H, Lyke KE, Chua JV. Immune-Mediated Pathogenesis in Dengue Virus Infection. *Viruses.* 2022;14(11):2575.
57. Guidelines for Clinical Management of Dengue Infection in Pregnancy. Ministry of Health of Sri Lanka. 2019. Available from: https://slma.lk/wp-content/uploads/2019/11/National-Guidelines-on-Clinical-Management-of-Dengue-Infection-in-Pregnancy-Reprint-version_new.pdf
58. Anderson KB, Gibbons RV, Cummings DA, Nisalak A, Green S, Libraty DH, et al. A shorter time interval between first and second dengue infections is associated with protection from clinical illness in a school-based cohort in Thailand. *J Infect Dis.* 2014;209(3):360-8.
59. Pan American Health Organization (PAHO). Guidelines for the Clinical Diagnosis and Treatment of Dengue, Chikungunya, and Zika. Washington, DC: PAHO, 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275124871>.
60. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition. Geneva: World Health Organization; 2009.
61. Charrel RN. Diagnosis of arboviral infections – A quagmire of cross reactions and complexities. *Travel Med Infect Dis.* 2016;14:11-2.
62. Duarte G, Miranda AE, Bermúdez XPD, Saraceni V, Martínez-Espinosa FE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021;30(spe1):e2020609.
63. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Manejo Clínico das Arbovirooses. Centro de Vigilância Epidemiológica; 2023.
64. Thomas SJ, Rothman AL, Srikiatkachorn A, Kalayanaraj S. Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2024. Available from: <https://medilib.ir/uptodate/show/3025>
65. Fisher R, Lustig Y, Sklan EH, Schwartz E. The Role of NS1 Protein in the Diagnosis of Flavivirus Infections. *Viruses.* 2023;15(2):572.
66. Paz-Bailey G, Adams LE, Deen J, Anderson KB, Katzelnick LC. Dengue. *Lancet.* 2024;403(10427):667-82.
67. Musso D, Despres P. Serological Diagnosis of Flavivirus-Associated Human Infections. *Diagnostics (Basel).* 2020;10(5):302.
68. Kabir MA, Zilouchian H, Younas MA, Asghar W. Dengue Detection: Advances in Diagnostic Tools from Conventional Technology to Point of Care. *Biosensors (Basel).* 2021;11(7):206.
69. Sharp TM, Fisher M, Muñoz-Jordán JL, Paz-Bailey G, Staples JE, Gregory CJ, et al. Dengue and zika virus diagnostic testing for patients with a clinically compatible illness and risk for infection with both viruses. *MMWR Recomm Rep.* 2019;68(1):1-10.
70. Halstead S. Recent advances in understanding dengue. *F1000Res.* 2019;8:F1000 Faculty Rev-1279.
71. Escobar MF, Mora BL, Cedano JA, Loaiza S, Rosso F. Comprehensive treatment in severe dengue during preterm and term labor: could tocolysis be useful? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020;33(14):2445-50.
72. Althabe F, Therrien MNS, Pingray V, Hermida J, Gülmezoglu AM, Armbruster D, et al. Postpartum hemorrhage care bundles to improve adherence to guidelines: A WHO technical consultation. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;148(3):290-9.
73. Tissera HT, Wijewickrama AW, Weeraman JW, Ghouse AG, Kaluarachchi AK, Fernando LF, et al. Clinical management of dengue infection in pregnancy. *Ceylon Med J.* 2020;65(4):75-78.
74. Kallás EG, Cintra MAT, Moreira JA, Patiño EG, Braga PE, Tenório JCV, et al. Live, Attenuated, Tetravalent Butantan-Dengue Vaccine in Children and Adults. *N Engl J Med.* 2024;390(5):397-408.
75. Thomas SJ. Is new dengue vaccine efficacy data a relief or cause for concern? *NPJ Vaccines.* 2023;8(1):55.
76. Montenegro-Quiñonez CA, Louis VR, Horstick O, Velayudhan R, Dambach P, Runge-Ranzinger S. Interventions against Aedes/dengue at the household level: a systematic review and meta-analysis. *EBioMedicine.* 2023;93:104660.
77. Rahman RU, Cosme LV, Costa MM, Carrara L, Lima JBP, Martins AJ. Insecticide resistance and genetic structure of Aedes aegypti populations from Rio de Janeiro State, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021;15(2):e0008492.
78. Duarte JL, Duchon S, Di Filippo LD, Chorilli M, Corbel V. Larvicidal properties of terpenoid-based nanoemulsions against the dengue vector Aedes aegypti L. and their potential toxicity against non-target organism. *PLoS One.* 2024;19(2):e0293124.
79. Rodrigues dos Santos D, Lopes Chaves L, Couto Pires V, Soares Rodrigues J, Alves Siqueira de Assunção M, Bezerra Fairerstein G, et al. New weapons against the disease vector Aedes aegypti: From natural products to nanoparticles. *Int J Pharm.* 2023;643:123221.
80. Nazni W A, Teoh G, Nordin O, Hasbolah F, Othman S, Angamuthu C, et al. Field effectiveness of pyriproxyfen auto-dissemination trap against container-breeding Aedes in high-rise condominiums. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2021;51(6):937-52.
81. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação das estratégias inovadoras para o controle de Aedes aegypti: desafios para a introdução e avaliação do impacto dessas. Washington, D.C.: OPAS; 2019.
82. O'Neill SL. The Use of Wolbachia by the World Mosquito Program to Interrupt Transmission of Aedes aegypti Transmitted Viruses. *Adv Exp Med Biol.* 2018;1062:355-60.
83. Utarini A, Indriani C, Ahmad RA, Tantowijoyo W, Arguni E, Ansari MR, et al.; AWED Study Group. Efficacy of Wolbachia-Infected Mosquito Deployments for the Control of Dengue. *N Engl J Med.* 2021;384(23):2177-86.
84. Dutra HL, Rocha MN, Dias FB, Mansur SB, Caragata EP, Moreira LA. Wolbachia blocks currently circulating Zika virus isolates in Brazilian Aedes aegypti mosquitoes. *Cell Host Microbe.* 2016:771-4.
85. Carvalho DO, Costa-da-Silva AL, Petersen V, de Souza MS, Ioshino RS, Marques ICS, et al. Transgene-induced cell death following dengue-2 virus infection in Aedes aegypti. *Sci Rep.* 2023;13(1):5958.
86. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Division of Vector-Borne Diseases (DVBD). Prevent Mosquito Bites. Available from: <https://www.cdc.gov/nceid/dvbd/media/stopmosquitoes.html>. Accessed on: Jan 4, 2024.
87. Alonso San Alberto D, Rusch C, Zhan Y, Straw AD, Montell C, Riffell JA. The olfactory gating of visual preferences to human skin and visible spectra in mosquitoes. *Nat Commun.* 2022;13(1):555.

Grupo de Trabalho na Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Gestão 2024-2027) para elaborar o Protocolo de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério:

Ana Gabriela Alvares Travassos, Andr ea da Rocha Tristão, Andrezza Vilaça Belo Lopes, Angélica Espinosa Barbosa Miranda, Antonio Rodrigues Braga Neto, Evelyn Traina, Geraldo Duarte, Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez, Lara Moreno Linhares, Ivete Cristina Teixeira Canti, Marcos Takimura, Maria Luiza Bezerra Menezes, Otto Henrique May Feuerchuetten, Patrícia Pereira dos Santos Melli, Regis Kreitchmann, Roseli Mieke Yamamoto Nomura

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Mantendo o compromisso com a promoção da educação e atualização médica continuada em Ginecologia e Obstetrícia, a Febrasgo produz o Position Statement. Manuscritos com conteúdos baseados em evidências científicas sobre a temática proposta e resultados que contribuem para a prática clínica.

O Febrasgo Position Statement documenta o estado atual da área de Ginecologia e Obstetrícia na



**Pesquisa e
Extensão**

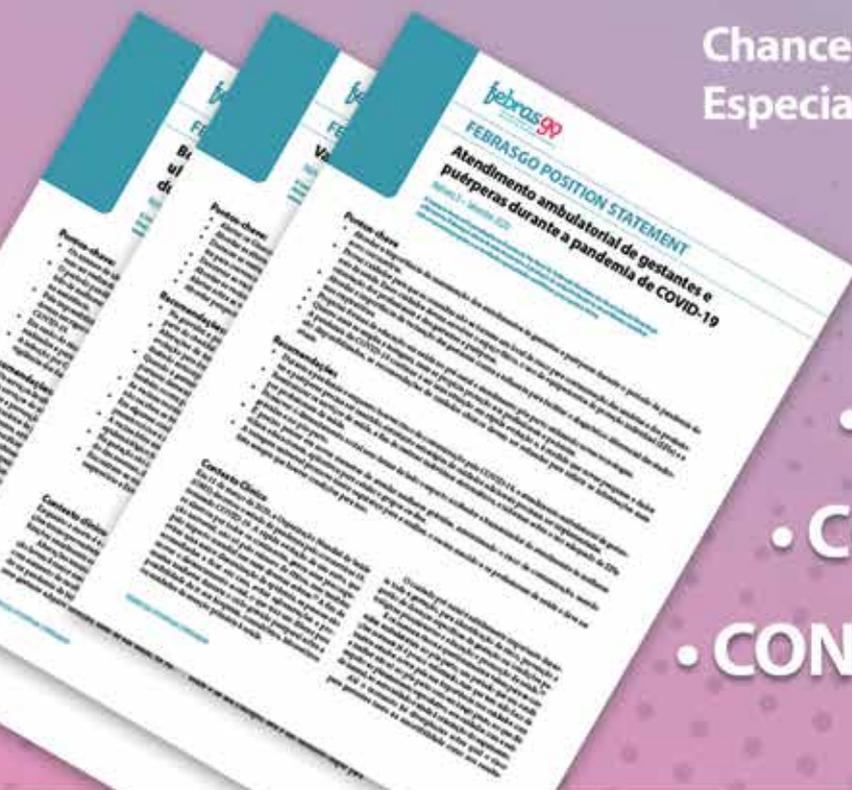


**Prática
Assistencial**



Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

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