

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 2, 2024

DENGUE

Perguntas e orientações para os médicos



ANAGO

**A memória da
ginecologia
e obstetrícia
brasileira**

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

**O que pode e
como pode na
publicidade
médica?**

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: Letícia Martins (MTB: 52.306); Revisora: Glair Pícolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

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



EDITORIAL

Femina segue sensível no trabalho de manter a saúde feminina. Na gangorra da ocorrência da dengue nos diferentes estados, *Femina*, em artigo mineiro, detalha aspectos relevantes da doença para a compreensão e intervenção adequada no manejo clínico da paciente acometida. O artigo, na forma de perguntas e orientações, anexa quadro educativo do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Pode-se aprofundar a leitura usando as referências atualizadas. Atraindo para nosso campo de atuação, o artigo destaca o lançamento recente do *Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação*, elaborado por nossa associação e lançado na presença de especialistas e da diretoria da Febrasgo. O artigo é seguido de entrevista de quatro destacados pesquisadores, dois deles autores do artigo que abre este volume da *Femina*. Os entrevistados mostram a dimensão do problema em nosso país e detalham as diretrizes para o controle da infecção, principalmente em gestantes, as quais podem exibir quadro clínico mais grave. A contraindicação da vacina está bem justificada.

Em entrevista com a presidente da Febrasgo e o presidente da Associação Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, ambos acadêmicos da Anago, ressalta-se a academia como guardiã da história e tradição da ginecologia e obstetrícia brasileira. Ainda neste volume o professor Marcos Felipe, editor da RBGO, mostra gráfico revelando que a revista tem maior acesso nos EUA (16%), seguido pelo Brasil (15%), China (12%), Reino Unido (4%) e Austrália (3%). Esses números nos fortalecem no cenário científico mundial. E nos dão orgulho também. As professoras Lia Damásio e Maria Celeste Wender, da Comissão de Defesa e Valorização Profissional e Febrasgo, reforçam o que é permitido e o que é proibido na publicidade médica. A leitura das cinco páginas revela que as novidades são grandes e modernizam o tema.

O Caderno Científico segue sendo o ponto forte da *Femina*. A posição da Febrasgo acerca do uso de hormônios e do risco de tromboembolismo venoso, elaborada pela Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo e Hemorragia na Mulher, é mostrada com foco nas últimas evidências. Em oito páginas, os autores destacam dez pontos-chave examinando os diferentes tipos e vias de administração dos esteroides sexuais e dimensionam os riscos para as usuárias. Enriquecem o texto as oito recomendações destacando o perfil da mulher e medidas preventivas ao se iniciar a terapia hormonal. Os fluxogramas fornecidos facilitam a nossa atuação. As referências elencam artigos atuais, mas pecam pela não inclusão de metanálises dos estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados. Em artigo original de autoria de professores de Santa Catarina, o perfil epidemiológico de gestantes obesas, diabéticas e hipertensas é traçado. O texto é descritivo, mas as correlações não são estatisticamente examinadas pelo melhor teste. Em artigo de revisão narrativa, o aconselhamento para mulheres com hipertensão pulmonar é fornecido por três professores mineiros. Vale sua leitura pela redação e escassez de artigos semelhantes. Os obstetras são premiados por relato de caso incomum de gestante com Coombs indireto positivo, presença de anti-M IgM e Rh positivo. Por fim, carta ao editor apresenta resposta dos autores, incluindo discussão interessante acerca do uso de implantes de gestrino-na e elevação das transaminases aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase.

Femina, uma vez mais aquece nossa alma científica. Calor não é só Cuiabá!
Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

62 Capa

**Dengue:
perguntas
frequentes e
orientações para
ginecologistas
e obstetras**

70 Entrevista

**Dengue na gestação:
triplicam os
casos e aumenta
a preocupação**

75

Anago

A guardiã da memória da ginecologia e obstetrícia brasileira

77

ESPAÇO RBGO

Aos autores brasileiros: deem visibilidade internacional aos seus trabalhos científicos utilizando a RBGO como veículo de divulgação

79

Defesa e Valorização Profissional

Novas normas de Publicidade Médica. O que pode e como pode?

84

Federada

Um novo triênio se inicia na SOGOPE



88

Lançamento

Febrasgo lança “Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério”

90

Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Uso de hormônios e risco de tromboembolismo venoso

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico de gestantes obesas, hipertensas e diabéticas de uma maternidade do norte de Santa Catarina – Brasil

ARTIGO DE REVISÃO

Aconselhamento contraceptivo em mulheres portadoras de hipertensão pulmonar

RELATO DE CASO

Coombs indireto com presença de anti-M IgM em uma gestante com fator Rh positivo – relato de caso

CARTA AO EDITOR

Implantes com gestrinona: suas controvérsias



Dengue: perguntas frequentes e orientações para ginecologistas e obstetras

Elaine Cristina Fontes de Oliveira¹, Rossana Cristina Fontes Cotta¹, Agnaldo Lopes da Silva Filho²

INTRODUÇÃO

A dengue é uma das arboviroses mais comuns em todo o mundo, com alta prevalência nas Américas, especialmente no Brasil.⁽¹⁻³⁾ Ela é causada por um grupo de vírus de RNA de cadeia simples, sentido positivo, pertencentes à família *Flaviviridae*, gênero *Flavivirus*.⁽²⁾ Existem quatro sorotipos distintos do vírus da dengue (DENV) – DENV 1, 2, 3 e 4 –, que compartilham cerca de 65%-70% de semelhança na sequência de nucleotídeos.⁽⁴⁾ Ao estudar esses quatro sorotipos, observa-se estreita relação entre DENV1 e DENV3, com homologia de até 78,4% entre eles. Por outro lado, o DENV4 demonstra relação mais distante com os outros três sorotipos.⁽⁵⁾ A infecção por DENV normalmente confere imunidade vitalícia à reinfeção com o mesmo sorotipo.⁽⁶⁾ Entretanto, a infecção secundária com sorotipos heterólogos ou cepas virulentas aumenta o risco de doença grave.⁽⁷⁾

A transmissão da dengue ocorre predominantemente por meio da picada da fêmea do mosquito *Aedes* spp., sendo o *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus* os principais vetores de transmissão em áreas tropicais e subtropicais.^(8,9) A transmissão do DENV apresenta variação sazonal, com picos de transmissão da doença no Brasil entre outubro de um ano e maio do ano seguinte.⁽³⁾

Segundo o Centro de Controle de Doenças (CDC) americano, quase metade da população mundial vive em áreas com risco de dengue. A cada ano, cerca de 400 milhões de pessoas são infectadas pelo DENV. Aproximadamente 100 milhões de indivíduos adoecem e 40 mil morrem por doença grave.⁽¹⁾

A incidência da infecção também pode variar de ano para ano, com aumento da transmissão do DENV em intervalos de três a quatro anos. Nas Américas e no Brasil, em 2017 e 2018, ocorreu redução de mais de 50% dos casos de dengue, após a transmissão epidêmica do vírus da Zika. Entretanto, após 2019, houve aumento do número de casos registrados. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS), em 2023, foram notificadas 1.658.816 casos prováveis de dengue no Brasil, concentrados principalmente na região Sudeste (56,41%), seguida pelas regiões Sul (23,8%) e Centro-Oeste (11,5%). Nesse mesmo ano, foram registradas 1.094

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Agnaldo Lopes da Silva Filho
agnaldo.ufmg@gmail.com

Como citar:

Oliveira EC, Cotta RC, Silva Filho AL. Dengue: perguntas frequentes e orientações para ginecologistas e obstetras. *Femina*. 2024;52(2):62-9.

mortes, sendo esse o maior número de mortes dos últimos 20 anos. Os óbitos concentraram-se também no Sudeste, especialmente nos estados de São Paulo (286 mortes) e Minas Gerais (197 mortes).⁽¹⁰⁾ Segundo dados do MS, o Brasil deverá registrar 1.960.460 casos de dengue em 2024, podendo esse número alcançar até 4.225.885 casos. Nas quatro primeiras semanas do ano, o país já contabilizou 217.841 casos prováveis da doença.⁽¹¹⁾

Este artigo se propõe a revisar alguns conceitos sobre a dengue, com foco no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, bem como em suas especificidades na gestação.

QUANDO SUSPEITAR DE DENGUE?

Deve-se considerar caso suspeito de dengue todo paciente que apresente doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sinais ou sintomas como cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de sangramentos ou hemorragias, com história epidemiológica positiva, tendo estado nos últimos 15 dias em área com transmissão de dengue ou que tenha a presença do *Aedes aegypti*.⁽¹²⁾

No entanto, deve-se lembrar que a maioria das infecções por DENV ocorre de forma assintomática ou causa doença febril leve e inespecífica. Apenas 20% das infecções por DENV resultam em sintomas.^(4,7)

QUANDO DEVE SER REALIZADA A NOTIFICAÇÃO DA DENGUE?

A dengue é uma doença de notificação compulsória no Brasil, devendo todo caso suspeito e/ou confirmado ser obrigatoriamente notificado pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os óbitos suspeitos pela infecção do DENV são de notificação compulsória imediata para todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser realizada em até 24 horas a partir do seu conhecimento, pelo meio de comunicação mais rápido disponível.⁽³⁾

QUAIS SÃO OS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA DENGUE?

No Brasil, a partir de 2014, os protocolos para atendimento de casos de dengue orientam o clínico a classificar suspeitas da doença em um dos três níveis de gravidade: dengue sem sinais de alarme; dengue com sinais de alarme (dor abdominal, vômito persistente, sangramento da mucosa, letargia, aumento do fígado ou aumento do hematócrito concomitante com rápida diminuição na contagem de plaquetas); e dengue grave (extravasamento de plasma, sangramento grave ou envolvimento grave de órgãos).⁽¹²⁾ Essa mesma classificação segue o sistema de classificação revisado em 2009 pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁽¹³⁾ Essas diretrizes visam facilitar a identificação precoce dos casos

mais graves e a aplicação de medidas adequadas para o tratamento e monitoramento dos pacientes.

QUAIS SÃO AS FASES CLÍNICAS DA DENGUE?

As manifestações da dengue são categorizadas em três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação. Nem todos os casos de infecção apresentam a fase crítica.

Na fase febril, a febre é o primeiro sintoma, geralmente alta (39 a 40 °C), de início abrupto, podendo durar de dois a sete dias. Ela está associada a cefaleia, adinamia, mialgia, artralgias e dor retro-orbitária. Pode ocorrer exantema, geralmente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, não poupando plantas de pés e palmas de mãos, em metade dos casos. Ele também pode apresentar-se sob outras formas, com ou sem prurido, frequentemente surgindo com o desaparecimento da febre. Outras manifestações clínicas incluem anorexia, náuseas, vômitos e diarreia e, ocasionalmente, sintomas do trato respiratório, como tosse, dor de garganta e congestão nasal. Após a fase febril, a maioria dos pacientes recupera-se gradativamente, com melhora do estado geral e retorno do apetite.⁽¹²⁾

A segunda fase, conhecida como fase crítica, inicia-se com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia, sendo marcada pelos sinais de alarme, resultantes do aumento da permeabilidade vascular. É nesse estágio que podem surgir as formas graves da doença, como choque, desconforto respiratório, sangramento grave e sinais de disfunção orgânica em diversos órgãos, como coração, pulmões, rins, fígado e sistema nervoso central.⁽¹²⁾

As manifestações hemorrágicas podem acontecer nas fases febril ou crítica, variando desde um teste do laço positivo até hemorragias com risco de vida. O teste do laço (Figura 1) é realizado inflando-se um manguito de pressão arterial na parte superior do braço até um ponto intermediário entre as pressões sistólica e diastólica, por cinco minutos. Um teste é considerado positivo quando são observadas dez ou mais petéquias por 2,5 cm². O teste pode ser negativo ou levemente positivo durante a fase de choque profundo. Geralmente, torna-se positivo e, às vezes, fortemente positivo, se o teste for realizado após a recuperação do choque. O teste do laço é positivo em cerca de 80% dos pacientes com dengue.⁽⁴⁾ As manifestações hemorrágicas da dengue incluem petéquias, equimoses, púrpura, hematêmese, melena, metrorragia, epistaxe, hematúria, e, no caso de febre hemorrágica da dengue fatal, podem ocorrer hemorragias petequiais difusas envolvendo órgãos como estômago, pele, coração, intestino e pulmões.^(4,12) A presença de comorbidades pode aumentar o risco de sangramento. A trombocitopenia eleva o risco de hemorragia.⁽⁴⁾

Na fase de recuperação, observam-se a reabsorção gradual do líquido extravasado, a resolução das hemorragias e a estabilização dos sinais vitais, acompanhadas por melhora clínica progressiva. Pode surgir rash adicional caracterizado por exantema confluyente, eritematoso,



Fonte: Thomas SJ, et al. (2024).⁽⁴⁾

Figura 1. Teste do laço positivo

com áreas não afetadas, frequentemente associado a prurido. Essa fase tem duração média de dois a quatro dias, embora adultos possam apresentar sintomas de fadiga por dias a semanas após a recuperação.⁽⁴⁾

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALARME NA DENGUE?

Os sinais de alarme na dengue estão descritos no quadro 1.

EXISTE DIFERENÇA NA SINTOMATOLOGIA DA DENGUE DURANTE A GESTAÇÃO?

Um estudo prospectivo sobre dengue na gestação mostrou que os sintomas observados nas gestantes foram semelhantes aos de mulheres não grávidas com a doença, e mialgia e artralgia estavam presentes em mais de 90% das mulheres.⁽¹⁴⁾ No entanto, a infecção pelo DENV esteve associada a maior gravidade e mortalidade em mulheres grávidas.^(7,15) As características iniciais da dengue podem assemelhar-se às alterações fisiológicas observadas na gravidez normal, levando a atraso no diagnóstico da doença. Além disso, como as alterações laboratoriais na

dengue podem ser semelhantes à síndrome HELL (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetas baixas), o atraso no reconhecimento e tratamento da dengue grave contribui para piores desfechos maternos.⁽¹⁶⁾

Um estudo de coorte realizado no estado do Paraná mostrou que o risco de hospitalização em mulheres grávidas foi maior do que no grupo de mulheres não grávidas (*odds ratio* [OR]: 2,93 [2,37-3,63]), assim como o risco de desenvolvimento de dengue grave.⁽¹⁷⁾

QUAIS SÃO OS RISCOS FETAIS DA DENGUE NA GESTAÇÃO?

A infecção por DENV durante a gravidez está associada a maior risco de aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer, natimorto e morte neonatal.^(6,7,18) A doença materna mais grave foi associada a piores resultados fetais. O comprometimento da permeabilidade vascular facilita a entrada viral na placenta, enquanto o aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias poderia estimular proteínas de ativação uterina, levando ao parto prematuro. A insuficiência placentária também pode levar indiretamente a hipóxia fetal e problemas de desenvolvimento. Foram descritas malformações neurológicas congênitas, porém menos comumente do que em outras infecções por flavivírus.^(6,18)

Em um estudo realizado no Brasil, a dengue materna foi associada a aumento discreto no risco de parto prematuro (de 7,3% para 7,9%, razão de risco [RR]: 1,1; intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,0-1,2) e baixo peso ao nascer (de 7,2% para 8,4%, RR: 1,2; IC de 95%: 1,1-1,2). Não houve associação entre a dengue materna e fetos pequenos para a idade gestacional. A associação entre a dengue e os desfechos do nascimento foi mais forte durante a fase aguda da doença (primeiros 10 dias após o início dela). O risco maior de parto prematuro foi devido tanto ao início precoce do parto quanto ao parto precoce por causa de intervenções médicas (por exemplo, cesariana) necessárias por preocupação com o risco materno.⁽¹⁹⁾

QUAIS SÃO AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DENGUE NO NEONATO?

A dengue neonatal pode se manifestar com febre, trombocitopenia e petéquias.^(16,20) Bebês nascidos com anticorpos maternos anti-DENV que são posteriormente infectados com um sorotipo diferente de DENV podem apresentar um curso grave da doença, semelhante ao da dengue secundária em populações adultas.^(20,21)

EXISTEM OUTRAS FORMAS DE TRANSMISSÃO DE DENGUE ALÉM DA PICADA DO MOSQUITO AEDES?

A dengue pode ser transmitida também verticalmente (transplacentária) ou durante o período perinatal.⁽²²⁾ A amamentação foi proposta como uma via de transmissão

Quadro 1. Sinais de alarme na dengue

Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua
Vômitos persistentes
Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico)
Hipotensão postural e/ou lipotímia
Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal
Sangramento de mucosa
Letargia e/ou irritabilidade
Aumento progressivo do hematócrito

Fonte: Ministério da Saúde (2024).^(3,12)

vertical do DENV.⁽²³⁾ Existem relatos de transmissão do DENV por meio de hemoderivados, ferimentos com agulhas e exposição mucocutânea.⁽²⁴⁾

É NECESSÁRIO AGUARDAR A CONFIRMAÇÃO DE TESTES LABORATORIAIS PARA SE INICIAR O TRATAMENTO DA DOENÇA?

Não existe necessidade da realização de exames específicos para o tratamento da doença, já que ele é baseado nas manifestações clínicas apresentadas. No entanto, para apoiar o diagnóstico clínico, existem disponíveis técnicas laboratoriais para identificação do vírus (até o quinto dia de início da doença) e pesquisa de anticorpos (a partir do sexto dia de início da doença).⁽³⁾

COMO É REALIZADO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA DENGUE?

O diagnóstico laboratorial da dengue (Quadro 2) pode ser feito por meio da detecção do antígeno viral no sangue, soro ou tecido, isolamento viral ou detecção de anticorpos.⁽³⁾ A sensibilidade de cada método depende do período da doença em que ele é realizado.

A detecção do antígeno NS1 é sensível para o diagnóstico de infecção primária por dengue, sendo indicada nos primeiros cinco dias da doença. A proteína NS1 é detectada mais precocemente durante a fase aguda das infecções primária e secundária. O ELISA para detecção do NS1 permite o diagnóstico sorológico precoce da infecção pelo vírus. Nas infecções secundárias por dengue, o antígeno NS1 é detectado menos frequentemente ou é detectado em níveis mais baixos. A produção de anticorpos anti-NS1, durante a infecção secundária por DENV, permite a formação de imunocomplexos, impedindo a detecção da proteína NS1 livre. A sensibilidade geral

aumenta quando o ensaio do antígeno NS1 é acoplado ao ELISA de captura de anticorpos IgM (MAC-ELISA).^(3-6,12,13)

A resposta sorológica difere de acordo com o estado imune do paciente, infecção prévia pelo DENV ou por outros flavivírus e vacinação. Nas infecções primárias, a IgG específica para DENV tende a aumentar lentamente, enquanto nas infecções secundárias os títulos de IgG aumentam rapidamente. As razões IgM/IgG específicas para DENV e os testes de avidéz de IgG também podem diferenciar entre doenças primárias e secundárias. A relação IgM:IgG igual ou acima de 1,8 é definida como infecção primária por DENV, enquanto a proporção abaixo de 1,8 é definida como infecção secundária por DENV.^(4-6,13)

Dever ser lembrado que na fase aguda da doença há um período de janela negativo para a detecção, pois a resposta de anticorpos ainda não ocorreu. Além disso, durante a fase aguda da infecção primária por dengue, a IgG é indetectável. No entanto, a IgG pode ser detectada após três dias do início da doença durante a infecção secundária.^(4-6,13)

O PRNT (teste de neutralização por redução de placas) é o método mais amplamente aceito para medir os anticorpos neutralizantes do DENV. O PRNT é útil para fins epidemiológicos ou diagnósticos, pois a redução de contagem de placas $\geq 80\%$ é confirmatória de dengue. O PRNT é o ensaio de neutralização padrão-ouro recomendado pela OMS.^(3,5,6,13)

Outros testes, tais como teste de inibição da hemaglutinação (HI), o teste Western Blot (WB) e o ensaio de imunofluorescência indireta (IFA), podem ser utilizados para o diagnóstico da dengue, porém são exames mais complexos, exigindo experiência técnica para interpretação dos resultados.^(3-6,13)

QUAL O PAPEL DO HEMOGRAMA NO DIAGNÓSTICO DA DENGUE?

No diagnóstico laboratorial inespecífico, o hemograma tem importância para o diagnóstico presuntivo de dengue e para a condução do tratamento. Os achados no hemograma podem incluir aumento do nível de hematócrito ($\geq 20\%$ da linha de base) concomitante com rápida diminuição na contagem de plaquetas, além de leucopenia.^(3,4)

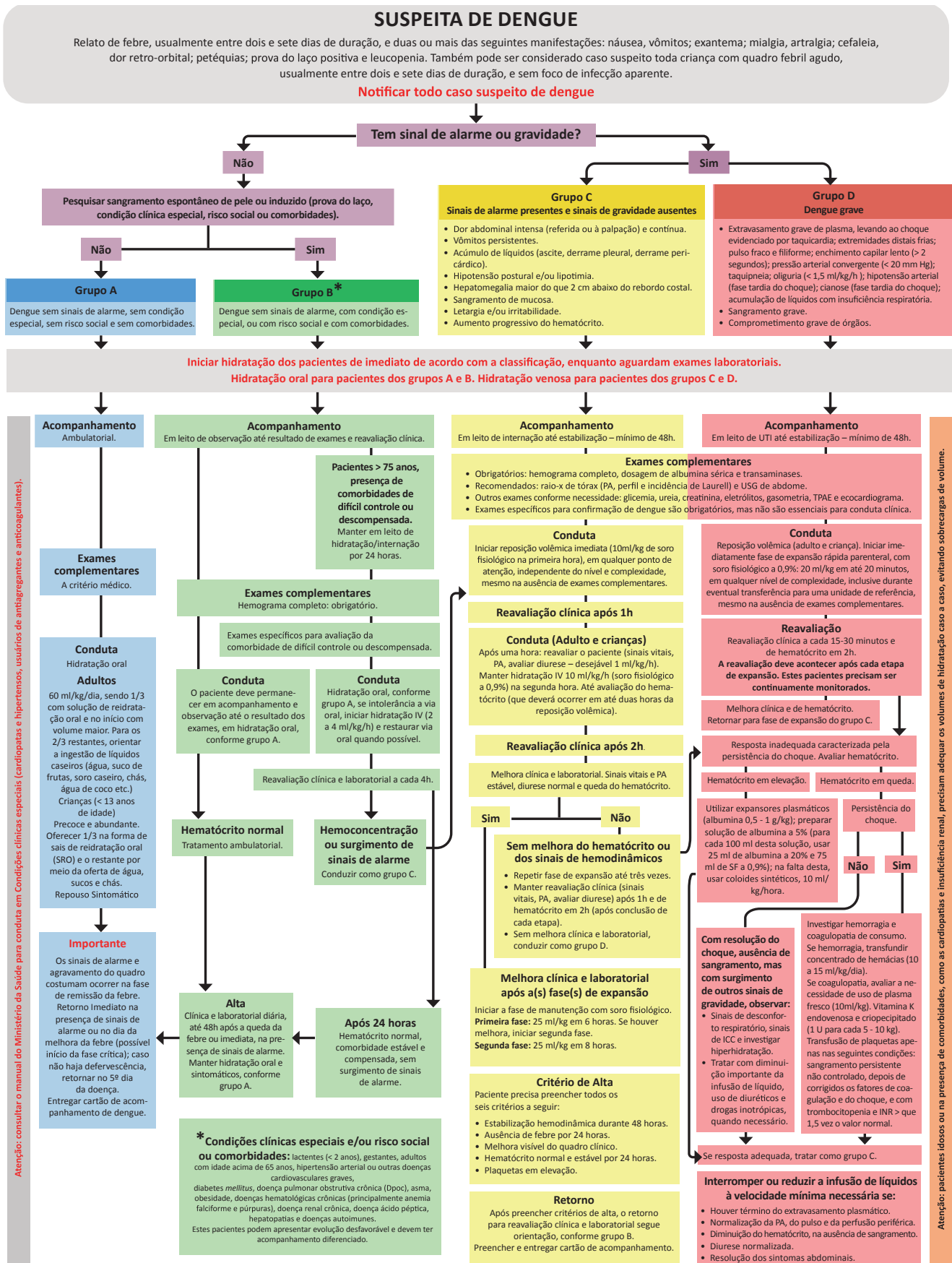
COMO DEVE SER REALIZADO O TRATAMENTO DA DENGUE NA GESTAÇÃO?

Uma vez que não existe terapia antiviral específica contra o DENV, o tratamento da doença é suportivo.^(3,4) No Brasil, o tratamento é direcionado de acordo com a estratificação de risco apresentada pelas diretrizes do MS (Figura 2), na qual são utilizados os dados da anamnese e exame físico para a realização do estadiamento e orientação das medidas terapêuticas.⁽²⁵⁾ O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do acompanhamento contínuo, do reestadiamento dos casos (dinâmico e contínuo) e da pronta reposição volêmica.

Quadro 2. Métodos laboratoriais diagnósticos de dengue

MÉTODOS DIRETOS
Pesquisa de vírus (isolamento viral por inoculação em células)
Pesquisa de genoma do vírus da dengue por transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR)
MÉTODOS INDIRETOS
Pesquisa de anticorpos IgM por testes sorológicos (ensaio imunoenzimático – ELISA)
Teste de neutralização por redução de placas (PRNT)
Inibição da hemaglutinação (IH)
Pesquisa de antígeno NS1 (ensaio imunoenzimático – ELISA)
Patologia: estudo anatomopatológico seguido de pesquisa de antígenos virais por imuno-histoquímica (IHQ)

Fonte: Henchal EA, Putnak JR (1990).⁽³⁾



Fonte: Ministério da Saúde (2023).⁽²⁵⁾

Figura 2. Classificação e manejo clínico do paciente com dengue

Pacientes gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue, porém devem ser consideradas para monitoramento mais frequente, com exames seriados (avaliação clínica e hemograma completo) desde o reconhecimento da doença. Os riscos para a mãe infectada estão principalmente relacionados ao aumento de sangramentos de origem obstétrica e às alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença. O paracetamol pode ser utilizado para o controle da febre e da dor. O uso do ácido acetilsalicílico e de outros anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) deve ser evitado, devido ao risco de complicações hemorrágicas. Pode ser necessário o uso de fluidos intravenosos na dengue grave, bem como transfusão sanguínea e correção da diátese hemorrágica com transfusão de plaquetas ou vitamina K (em casos com hemorragia ativa, especialmente na época do parto). O trabalho de parto deve ser adiado, podendo-se utilizar agentes tocolíticos. Análogos da ocitocina intravenosa podem reduzir o risco de hemorragia pós-parto.^(3,26)

COMO É REALIZADA A PREVENÇÃO DA DENGUE?

Uma vez que não existe atualmente um tratamento específico para a infecção por dengue, os esforços concentram-se no controle do vetor, em medidas de proteção individual e no desenvolvimento de uma vacina contra o DENV.^(3,12,26)

Embora o controle dos mosquitos seja efetivo, sua implementação a longo prazo é desafiadora. A conscientização das comunidades é essencial para a redução dos criadouros que acumulam água parada, como pneus descartados e outros recipientes.^(3,12,26) O controle de larvas pode ser realizado por meio do uso de larvicidas em reservatórios de água parada, como tanques e caixas d’água. Uma inovação recente no controle da dengue envolve a liberação de mosquitos infectados com *Wolbachia*, uma bactéria intracelular obrigatória, que dificulta a infecção do mosquito pelo DENV.⁽²⁶⁾

A prevenção primária de infecções por DENV em moradores de áreas endêmicas e viajantes consiste em evitar a exposição ao mosquito *Aedes aegypti*. Permanecer em locais bem protegidos ou com ar condicionado durante o dia pode reduzir o risco de exposição. No caso de exposição ao ar livre durante o dia, é aconselhável usar roupas que cubram a maior parte da pele (calças e camisas de mangas compridas)^(3,12,26) e aplicar um repelente de mosquitos eficaz (Quadro 3), como N,N-dietil-meta-toluamida (DEET), IR3535 ou icaridina. Esses últimos são considerados seguros na gravidez quando utilizados de acordo com as instruções dos fabricantes.^(26,27) Medidas adicionais de proteção consistem no uso de mosquiteiros sobre a cama e na instalação de telas em portas e janelas.^(3,12,26)

Quadro 3. Princípios ativos de repelentes contra mosquitos considerados seguros na gravidez

N,N-dietil-meta-toluamida (DEET)
Icaridina
IR3535
Óleo de eucalipto-limão (OLE)
Para-mentano-diol (PMD)
2-undecanona

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (2023).⁽²⁷⁾

QUAIS SÃO AS VACINAS PARA DENGUE DISPONÍVEIS NO BRASIL?

Atualmente, encontram-se licenciadas duas vacinas de dengue no Brasil: a CYD-TDV (Dengvaxia®) e a TAK-003 (Qdenga®).

A Dengvaxia® apresentou alto grau de eficácia para receptores soropositivos no momento da vacinação, mas eficácia muito menor naqueles que eram soronegativos, principalmente em crianças menores. Devido ao fato de a vacinação com CYD-TDV aumentar o risco de hospitalização em indivíduos soronegativos, ela foi licenciada para administração apenas em indivíduos anteriormente soropositivos para dengue, para pessoas entre 9 e 45 anos de idade. Assim, um teste que confirme dengue prévia é necessário antes da aplicação dessa vacina. A vacina CYD-TDV é administrada em três doses nos meses 0, 6 e 12. Os efeitos colaterais mais comuns incluem dor, prurido ou dor no local da injeção, dores de cabeça, desânimo e desconforto geral. Esses efeitos colaterais desaparecerem dentro de alguns dias.⁽²⁸⁾

Já a Qdenga® é uma vacina tetravalente de vírus vivo atenuado que compreende as quatro cepas de DENV, apresentando a estrutura principal do DENV-2 e os respectivos genes de pré-membrana e envelope dos sorotipos DENV-1, DENV-3 e DENV-4. Os ensaios clínicos demonstraram que a TAK-003 é bem tolerada e imunogênica em adultos saudáveis sem exposição prévia à infecção por DENV que vivem em regiões não endêmicas de dengue, bem como em adultos e crianças que vivem em áreas endêmicas.⁽²⁹⁾ Está indicada, em bula, para a prevenção da dengue em crianças a partir de 4 anos até os 60 anos de idade. A Qdenga® deve ser administrada por via subcutânea em um esquema de duas doses, com intervalo de três meses (0 e 3 meses).

O Brasil é o primeiro país do mundo a oferecer o imunizante no sistema público de saúde, e a vacina contra a dengue entrará no Calendário Nacional de Vacinação a partir de fevereiro de 2024.⁽³⁾

A VACINA PARA DENGUE PODE SER USADA NA GESTAÇÃO?

Até o momento, nem a Dengvaxia® nem a Qdenga® foram licenciadas para uso em gestantes, uma vez que não

existem dados suficientes para determinar a segurança dessas vacinas na gestação. As vacinas também estão contraindicadas na amamentação. Mulheres com potencial para engravidar também devem evitar a gravidez durante pelo menos um mês após a vacinação.⁽²⁸⁻³⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dengue é uma doença viral que pode evoluir para um quadro grave, com elevada prevalência no Brasil. O clínico deve estar atento aos sinais e sintomas da doença, e a paciente gestante deve ser monitorizada de forma mais frequente. Uma vez que não existem tratamentos antivirais específicos para o DENV, os esforços devem se dirigir para a prevenção da doença, seja por meio de controle do vetor e medidas de proteção individual ou pela disponibilização da vacina.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Dengue. 2023 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/dengue/index.html>
- Henchal EA, Putnak JR. The dengue viruses. *Clin Microbiol Rev.* 1990;3(4):376-96. doi: 10.1128/CMR.3.4.376
- Ministério da Saúde. Dengue. 2023 [cited 2024 Jan 31]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>
- Thomas SJ, Rothman AL, Srikiatkachorn A, Kalayanarooj S. Dengue virus infection: clinical manifestations and diagnosis. 2024 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis>
- Chan KR, Ismail AA, Thergarajan G, Raju CS, Yam HC, Rishya M, et al. Serological cross-reactivity among common flaviviruses. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022;12:975398. doi: 10.3389/fcimb.2022.975398
- Howard-Jones AR, Pham D, Sparks R, Maddocks S, Dwyer DE, Kok J, et al. Arthropod-borne flaviviruses in pregnancy. *Microorganisms.* 2023;11(2):433. doi: 10.3390/microorganisms11020433
- 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. doi: 10.1111/tmi.13783
- Kuno G. Review of the factors modulating dengue transmission. *Epidemiol Rev.* 1995;17(2):321-35. doi: 10.1093/oxfordjournals.epirev.a036196
- Gratz NG. Critical review of the vector status of *Aedes albopictus*. *Med Vet Entomol.* 2004;18(3):215-27. doi: 10.1111/j.0269-283X.2004.00513.x
- Ministério da Saúde. Série histórica - Casos prováveis de dengue (2000-2023). 2024 [cited 2024 Jan 31]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue/situacao-epidemiologica/serie-historica-casos-provaveis-de-dengue-2000-2023/view>
- Laboissière P. O Brasil pode registrar até 4,2 milhões de casos de dengue em 2024. Agência Brasil. 2024 [cited 2024 Jan 31]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-01/brasil-pode-registrar-ate-42-milhoes-de-casos-de-dengue-em-2024>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2024 Jan 31]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>
- World Health Organization. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. 3rd ed. Geneva: WHO; 2009.
- 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. doi: 10.1007/s00404-020-05930-7
- Machado CR, Machado ES, Rohloff RD, Azevedo M, Campos DP, 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. doi: 10.1371/journal.pntd.0002217
- Basurko C, Everhard S, Matheus S, Restrepo M, Hildéral H, Lambert V, et al. A prospective matched study on symptomatic dengue in pregnancy. *PLoS One.* 2018;13(10):e0202005. doi: 10.1371/journal.pone.0202005
- Martin BM, Evans AA, 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. doi: 10.1186/s12879-021-06985-w
- Paixão ES, Teixeira MG, Costa MC, Rodrigues LC. Dengue during pregnancy and ad-verse fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(7):857-65. doi: 10.1016/S1473-3099(16)00088-8
- 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. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023529
- Ribeiro CF, Lopes VG, Brasil P, Coelho J, Muniz AG, Nogueira RM. Perinatal transmission of Dengue: a report of 7 cases. *J Pediatr.* 2013;163(5):1514-16. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.06.040
- Kliks SC, Nimmanitya S, Nisalak A, Burke DS. Evidence that maternal dengue antibodies are important in the development of dengue hemorrhagic fever in infants. *Am J Trop Med Hyg.* 1988;38(2):411-9. doi: 10.4269/ajtmh.1988.38.411
- Sirinavin S, Nuntharumit P, Supapannachart S, Boonkasidecha S, Techasaensiri C, Yokarn S. Vertical dengue infection: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23(11):1042-7. doi: 10.1097/01.inf.0000143644.95692.0e
- 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. doi: 10.1093/cid/cit227
- Chen LH, Wilson ME. Transmission of dengue virus without a mosquito vector: nosocomial mucocutaneous transmission and other routes of transmission. *Clin Infect Dis.* 2004;39(6):e56-60. doi: 10.1086/423807
- Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Fluxograma do Manejo Clínico da Dengue. 2023 [cited 2024 Jan 31]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/arboviroses/publicacoes/fluxograma-do-manejo-clinico-da-dengue.pdf/view>
- Thomas SJ, Rothman AL, Srikiatkachorn A, Kalayanarooj S. Dengue virus infection: prevention and treatment. 2024 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-prevention-and-treatment>
- Centers for Disease Control and Prevention. Mosquitoes: prevent mosquito bites. 2023 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/mosquitoes/mosquito-bites/prevent-mosquito-bites.html>
- Patel SS, Winkle P, Faccin A, Nordio F, LeFevre I, Tsoukas CG. An open-label, Phase 3 trial of TAK-003, a live attenuated dengue tetravalent vaccine, in healthy US adults: immunogenicity and safety when administered during the second half of a 24-month shelf-life. *Hum Vaccin Immunother.* 2023;19(2):2254964. doi: 10.1080/21645515.2023.2254964
- Hou J, Ye W, Chen J. Current development and challenges of tetravalent live-attenuated Dengue vaccines. *Front Immunol.* 2022;13:840104. doi: 10.3389/fimmu.2022.840104
- Centers for Disease Control and Prevention. Dengue: vaccine safe & effectiveness. 2023 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/dengue/vaccine/parents/safety-effectiveness.html>

Dengue na gestação: triplicam os casos e aumenta a preocupação

Em meio à epidemia, a Febrasgo e o
Ministério da Saúde lançam o *Manual de
Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da
Dengue na Gestação e Puerpério*

Por Letícia Martins



A dengue não é novidade no Brasil. A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente no território nacional ocorreu em 1981-1982. Desde então, passamos a registrar índices cada vez mais altos de infecção dessa doença transmitida pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*.

Até fevereiro deste ano, o país apresentou um aumento do número de casos de dengue acima do esperado em relação às médias históricas, superando a marca de 1 milhão de diagnósticos e 343 óbitos confirmados, além de 775 mortes que estavam em investigação até a data de fechamento desta matéria (7 de março).

O período de chuvas e o fenômeno climático *El Niño* são alguns dos fatores que contribuíram para a proliferação do vetor e a rápida transmissão da doença. Além disso, estima-se uma antecipação do pico de dengue de abril para fevereiro-março, decorrente principalmente do deslocamento de pessoas infectadas durante as festividades de carnaval.

Em meio a esse cenário epidêmico, as gestantes precisam de cuidados redobrados, pois a infecção por dengue na gravidez está associada a maior gravidade e mortalidade. Dados do Ministério da Saúde mostram crescimento de 345,2% na taxa de casos nessa população nas seis primeiras semanas deste ano, em comparação com o mesmo período de 2023, provavelmente a maior elevação já registrada na história. “Uma vez infectadas pela dengue, as gestantes têm maiores chances de apresentar desfechos desfavoráveis em comparação com as não gestantes. Portanto, esse grupo é de especial interesse e cuidado”, declarou o ginecologista e obstetra **Dr. Antônio Braga**, membro do Grupo de Trabalho (GT) sobre Dengue na Gestação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e coordenador estadual da  rea Técnica da Saúde das Mulheres do Rio de Janeiro.

A fim de orientar e estabelecer diretrizes para os especialistas que estão atendendo ou atenderão gestantes e puérperas afetadas pela dengue, a Febrasgo, com a colaboração do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), lançou no dia 1  de março o *Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério*, em uma cerim nia oficial realizada em Brasília (DF).

O guia foi elaborado pelo GT sobre Dengue na Gestação, criado em janeiro pela entidade e composto por 16 especialistas em ginecologia e obstetrícia, entre eles membros da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo. “Esse protocolo servirá como diretriz abrangente para a prevenção, o tratamento e o diagnóstico, contribuindo

significativamente para a segurança e o bem-estar das gestantes e puérperas durante esse período crítico”, afirmou o Dr. Braga.

Além do Dr. Braga, estiveram presentes no lançamento a presidente da Febrasgo, Dra. Maria Celeste Osório Wender, a diretora administrativa, Dra. Roseli Nomura, e o presidente e o vice-presidente da CNE de Doenças Infectocontagiosas, Dr. Regis Kreitchmann e Dr. Geraldo Duarte.

Outras duas ações importantes da Febrasgo nesse sentido foram a realização de uma *live* no dia 5 de março com membros do GT, disponível no canal do YouTube, e a publicação, nesta edição da *Femina*, do artigo “Dengue: perguntas frequentes e orientações para ginecologistas e obstetras”, elaborado pelos médicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Dra. Elaine Cristina Fontes de Oliveira, Dra. Rossana Cristina Fontes Cotta e Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho. “Essas iniciativas reforçam o compromisso da Febrasgo de levar conteúdo atualizado e científico para que os associados tenham segurança para atender as pacientes no dia a dia, especialmente em momentos críticos como este que estamos vivendo. As recomendações contidas no artigo, tanto quanto no manual, darão mais segurança aos médicos”, ressaltou o Dr. Agnaldo, diretor científico da Febrasgo.

É IMPORTANTE SABER E COMPARTILHAR

A dengue pode se manifestar de forma assintomática, leve ou grave e levar à morte se não for diagnosticada precocemente nem manejada de forma adequada. No entanto, embora a taxa de mortalidade materna por dengue seja baixa,   inadmissível que mesmo um óbito ocorra por causa de uma doença possível de prevenir.

Um dos principais motivos que leva   morte é a demora da mulher em procurar atendimento médico quando se apresentam as primeiras manifestações clínicas da doença. Esse atraso pode acontecer por diversas razões, entre elas falta de informação sobre a gravidade da doença, fatores socioecon micos, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, vergonha da situação, entre outros.

febrasgoplay

Confira a *live* “A Epidemia da Dengue no Brasil e na Gestação”, exibida pela Febrasgo no dia 5 de março.

<https://www.youtube.com/watch?v=2aGj69qnPJY>



Casos de dengue em gestantes nas seis primeiras semanas do ano:

2023: 1.157 casos

2024: 5.151 casos,
sendo 4,4% de casos graves

Aumento de 345,2%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

A **Dra. Elaine Oliveira**, coautora do artigo de capa desta edição, mestre em Saúde da Mulher e doutoranda no Programa de Pós-graduação em Cirurgia e Oftalmologia da UFMG, expõe que, “apesar de existirem protocolos muito bem desenvolvidos para o atendimento do paciente com dengue cancelados pelo Ministério da Saúde, estamos convivendo com superlotação das urgências e demora no atendimento dos pacientes com suspeita de dengue”.

Segundo ela, existe também um problema de atraso no diagnóstico, uma vez que as características iniciais da dengue podem se assemelhar às alterações fisiológicas observadas numa gestação normal.

Dessa forma, a especialista pinça três recomendações que são detalhadas no artigo de capa, cuja leitura recomendamos: “Primeiramente, precisamos suspeitar de dengue em toda gestante com febre acompanhada por sintomas de dor de cabeça, dor retro-orbitária, dores musculares e articulares, prostração e exantema.



“Uma vez infectadas pela dengue, as gestantes têm maiores chances de apresentar desfechos desfavoráveis, em comparação com as não gestantes. Portanto, esse grupo é de especial interesse e cuidado”,

declarou o ginecologista e obstetra Dr. Antônio Braga.



“As medidas preventivas e o combate ao mosquito vetor são essenciais para controlar a transmissão da doença e devem ser feitas durante o ano todo para evitar surtos e epidemias”,

ressaltou o infectologista Dr. Carlos Starling.

Em segundo lugar, é fundamental notificar as gestantes com suspeita de dengue para que se possam direcionar políticas públicas de controle da doença. E o terceiro ponto é monitorizar a mulher grávida de maneira mais frequente, realizando o hemograma com contagem de plaquetas e evitando o atraso no diagnóstico de dengue grave”.

A Dra. Elaine reforça também a importância de identificar as pacientes que apresentam quadro mais grave, priorizando o atendimento e aplicando as medidas mais ativas e adequadas para o tratamento e monitoramento dos casos hemorrágicos.

O médico infectologista **Dr. Carlos Starling**, especialista em medicina preventiva, vice-presidente da Sociedade Mineira de Infectologia e consultor da Sociedade Brasileira de Infectologia, destaca que qualquer infecção pode alterar o sistema metabólico da gestante, causar um processo de desidratação, com náuseas e vômitos intensos, e comprometer a placenta, com risco de perda da gestação e morte fetal ou o neonatal. Por isso, ele alerta para um cuidado crucial: “Toda gestante infectada ou com suspeita de dengue deve ser bem avaliada pelo médico e devidamente hidratada. A hidratação é crucial”, frisou o especialista.

A avaliação dessas pacientes deve ser feita diariamente e sempre com repetição do hemograma até 48 horas até o desaparecimento da febre. Nos casos mais simples, o acompanhamento ambulatorial é indicado. Mas, se o estado dela for grave, com a presença de sinais de alarme, ela deve ser encaminhada para internação. Se houver sinais de choque, sangramento ou disfunção grave de órgãos, a paciente deve ser tratada em unidade de terapia intensiva. “Outro ponto importante é a transmissão vertical da dengue. Embora pareça ter um risco pequeno, ele existe e requer atenção”, apontou o infectologista.

O Dr. Carlos alerta também quanto ao uso de ácido acetilsalicílico ou anticoagulantes por gestantes com

dengue, pois esses medicamentos aumentam o risco de sangramento. Pacientes que fazem uso de tais recursos para prevenir tromboembolismo devem conversar com o ginecologista para que esses medicamentos sejam substituídos por outros com maior segurança durante o período de infecção.

TODOS PELO FIM DA PICADA

Há ainda outro motivo para que gestantes e médicos se preocupem com o surto de dengue: “Estudos levantaram a hipótese de que mosquitos têm predileção por picar gestantes”, apontou o Dr. Braga.

O aumento de gás carbônico (CO₂) exalado na respiração das gestantes e a temperatura corporal delas, que é mais elevada em relação à das mulheres não grávidas, seriam fatores para a atração do *Aedes aegypti*, de acordo com o infectologista. Ele explica ainda que a fêmea do mosquito, transmissora do vírus, tem hábitos diurnos e costuma picar principalmente nas pernas. Daí a importância de se usar roupas que protegem o corpo, como calças e camisas de manga comprida, e borrifar repelentes sobre as peças também.

A propósito, gestantes devem usar repelentes aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como a picaridina, icaridina, N,N-dietil-meta-toluamida (DEET), IR 3535 ou EBAAP, e evitar as versões naturais, feitas com óleos caseiros de citronela, andiroba e capim-limão, por exemplo, pois não possuem eficácia comprovada nem aprovação da Anvisa até o momento.

Colocar telas nas portas e janelas da casa e usar mosquiteiro sobre a cama também podem funcionar como barreiras para dificultar ou impedir a picada do mosquito da dengue. Mas o Dr. Carlos frisa a necessidade de todos combaterem os criadouros do mosquito, eliminando água parada em locais como vasos de planta, caixas d'água, pneus, latas, entre outros. “As medidas preventivas e o combate ao mosquito vetor são essenciais para



“As recomendações contidas tanto no artigo de capa da *Femina* quanto no manual sobre dengue na gestação darão mais segurança aos médicos neste momento crítico de epidemia”,

disse o Dr. Agnaldo Lopes, diretor científico da Febrasgo.



“Uma das recomendações mais importantes do artigo é esta: precisamos suspeitar de dengue em toda gestante com febre acompanhada por sintomas de dor de cabeça, dor retro-orbitária, dores musculares e articulares, prostração e exantema”, destacou a Dra. Elaine de Oliveira.

controlar a transmissão da doença e devem ser feitas durante o ano todo para evitar surtos e epidemias.”

VACINA, FUTURO E O QUE ESPERAR

Com a chegada do outono, as temperaturas começam a cair, fazendo com que a atividade do mosquito vetor da dengue diminua, resultando em redução no número de casos da doença. De acordo com especialistas, essa diminuição geralmente ocorre a partir de maio ou junho, quando o ciclo de vida do mosquito também é afetado pelas condições climáticas.

Além disso, a disponibilidade da vacina contra a dengue é vista como uma ferramenta importante para modificar o curso da doença, embora ainda não esteja aprovada para uso em gestantes e lactantes devido ao fato de ser uma vacina de vírus vivo atenuado. No entanto, a vacinação da população em geral pode beneficiar indiretamente as gestantes, pois reduz o número de pessoas doentes e de mosquitos infectados, diminuindo a exposição das gestantes ao vírus.

A vacina disponível atualmente no país é produzida pela fabricante japonesa Takeda e foi aprovada para uso em crianças a partir de 4 anos até pessoas com 60 anos de idade. Devido à quantidade limitada de imunizantes, o Brasil está priorizando a vacinação em crianças e adolescentes de 10 a 14 anos de idade que vivem em localidades endêmicas. Mas, à medida que a oferta das doses aumentar e a vacinação avançar, mulheres que planejam engravidar devem ser imunizadas contra a dengue.

Espera-se que nos próximos anos a aplicação da vacina possa modificar significativamente o cenário da dengue no país, assim como ocorreu com outras doenças infecciosas, como a COVID-19. E, por falar nela, o Dr. Carlos finaliza: “A vacina contra a dengue não é recomendada para gestantes, mas a vacina que protege contra a COVID-19 sim. Por isso, os médicos devem continuar orientando as pacientes a se vacinarem”.

EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo EAD

Obesidade

Assista às aulas:

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



Com
emissão de
Certificado!

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

Professores Drs.:



Jan Pawel



Luciano Pompei



Márcio Rodrigues



Alessandra Bedin



Maria Celeste Wender



Acesse:

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

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

A guardiã da memória da ginecologia e obstetrícia brasileira

Anago nasceu para preservar o passado e ser testemunha dos avanços da medicina na área da saúde da mulher

Por Letícia Martins

As experiências, conquistas e conhecimentos adquiridos no passado pavimentam o presente e nos conduzem para um futuro melhor. É nesse sentido que a fundação da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago) traz à tona a importância de preservar a memória da especialidade no Brasil, que acumula mais de dois séculos de tradição.

Em entrevista para a *Femina*, o presidente da Anago, Dr. César Eduardo Fernandes destaca a necessidade de documentar a história da ginecologia e obstetrícia nacional para garantir que as futuras gerações tenham acesso a esse conhecimento e possam construir a assistência à saúde da mulher de forma sólida e ética. “Inspirada na Academia de Platão, fundada na Grécia antiga em 387 a.C., a Anago se propõe a ser guardiã da história e da tradição da ginecologia e obstetrícia brasileira”, declarou o Dr. César, que tomou posse como acadêmico titular da cadeira nº 17.

A atual presidente da Febrasgo, Dra. Maria Celeste Osório Wender, explica de que forma a Anago e a Febrasgo se complementam: “A Anago nasceu dentro da Febrasgo com foco na preservação da memória e na reflexão crítica sobre a história da especialidade. A Febrasgo, por sua vez, concentra-se na educação médica continuada, na defesa da classe médica e na representatividade da ginecologia e obstetrícia no cenário nacional. Portanto, ambas desempenham papéis importantes e complementares.”

A partir desta edição, *Femina* terá um espaço fixo para acompanhar o trabalho da Anago e compartilhar algumas dessas memórias com você. Certamente, as páginas da nossa revista serão limitadas para tanto assunto. Por isso, a Anago não contará somente com este espaço.

Em breve, terá um *site* institucional para abrigar conteúdos importantes e publicações periódicas. “O desafio agora é tornar-se uma fonte de consulta e inspiração para médicos, especialmente ginecologistas e obstetras, e para a população em geral”, afirma o Dr. César Eduardo Fernandes.

Ele, que já presidiu a Febrasgo no período de 2016 a 2019, e desde 2021 conduz a Associação Médica Brasileira (AMB), vislumbra um futuro promissor para a Academia. “A Anago começou a engatinhar, mas não tenho dúvida de que ela irá perdurar pelo futuro afora, tornando-se a principal referência da história da ginecologia e obstetrícia realizada no Brasil, que se confunde com a própria história da medicina”, disse.

Embasamento científico, dados confiáveis, ética e respeito pela história e seus atores são alguns dos valores-base que a Anago vai sustentar para que seja respeitada pela comunidade científica, pelos médicos da especialidade e pela sociedade em geral.

Nessa jornada, a Anago pretende estabelecer parcerias com outras academias nacionais e internacionais



“Tenho plena convicção de que a Anago perdurará pelo futuro afora e será referência da história da ginecologia e obstetrícia no Brasil”,
declarou o Dr. César Eduardo Fernandes.

para promover o intercâmbio de conhecimento e fortalecer a comunidade médica. No dia 21 de março, por exemplo, acadêmicos da Anago participarão de um simpósio na Academia Nacional de Medicina, que tem uma trajetória de 193 anos de fundação, sendo a mais longeva entre as academias médicas no país. “Vamos falar sobre temas relacionados à saúde da mulher e mostrar a importância dessa inter-relação entre a Anago e a Academia Nacional de Medicina”, salientou o Dr. César.

PATRONOS E ACADÊMICOS

Sendo a Anago a guardiã da memória da ginecologia e obstetrícia nacional, os acadêmicos titulares são os defensores e transmissores desse conhecimento. A escolha dos primeiros acadêmicos titulares e patronos da Anago foi um processo desafiador, como explica o Dr. César: “Nossa especialidade tem uma linda história, escrita por notáveis profissionais. Porém, devido ao número exíguo de cadeiras, tivemos dificuldade para definir os patronos e os acadêmicos da primeira turma da Anago. Além disso, faltam registros e documentos de muitos ginecologistas e obstetras que viveram no nosso país ao longo de mais de dois séculos. Por essas razões, muitos nomes de grande relevância não foram contemplados”.

Nesse sentido, ocupar uma das 30 cadeiras na Anago é motivo de orgulho para os acadêmicos titulares, que têm a responsabilidade de honrar o nome de seus patronos. É o caso da Dra. Maria Celeste, acadêmica da cadeira nº 03 da Anago, cujo patrono é o Dr. João Carlos Gomes da Silveira, reconhecido profissional da medicina, que teve uma carreira brilhante e é lembrado com muito respeito pelos membros da Anago.

Nascido em Cruz Alta no dia 16 de abril de 1913 e falecido no dia 10 de maio de 1989, aos 76 anos de idade, em Porto Alegre, o Dr. João Carlos foi professor de ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde hoje a Dra. Maria Celeste também é professora titular. Ficou pouco tempo no cargo, tendo se demitido no mesmo ano em que assumiu. Todavia, continuou na carreira acadêmica,



“A Anago nasceu dentro da Febrasgo com foco na preservação da memória e na reflexão crítica sobre a história da especialidade”,

destacou a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

tornando-se o primeiro professor titular de ginecologia da atual Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC). “O Prof. João Carlos teve um filho (já falecido) e um neto, que também seguiram a carreira de ginecologistas e se tornaram profissionais muito brilhantes. Além de ter sido professor, ele atuou como médico-cirurgião e teve uma trajetória exemplar aqui no Rio Grande do Sul. É um orgulho muito grande ocupar a cadeira que leva o nome dele como patrono”, afirmou a Dra. Maria Celeste.

Além dela, apenas outras cinco mulheres médicas são acadêmicas da Anago e duas foram nomeadas patronas até o momento, o que aumenta a responsabilidade do cargo. A presidente da Febrasgo acredita que esse cenário está mudando gradativamente. “Até o século passado, havia poucas mulheres na medicina e hoje sabemos que elas já são maioria em algumas especialidades, como a ginecologia e obstetrícia. Por isso, acho que cada vez mais as mulheres ocuparão seus espaços por mérito, o que é muito importante”, ressaltou a Dra. Maria Celeste, destacando ainda outra característica essencial da Anago: a participação de especialistas de todas as regiões do Brasil.

Certamente a Anago não se furtará aos debates de temas atuais e pertinentes como esse e estará pronta para escrever e reconhecer a história das mulheres médicas que fazem a ginecologia e a obstetrícia nacional cada vez melhores, assim como tantos homens médicos. 



PILARES DA ACADEMIA

A Anago pretende contribuir para a saúde da mulher de diversas maneiras:

- Preservando a memória da especialidade e dos médicos que fizeram e fazem parte da história,
- Estimulando a pesquisa e a inovação na área,
- Estimulando a educação médica continuada,
- Fortalecendo a representatividade feminina na ginecologia e obstetrícia,
- Fazendo intercâmbio com outras academias brasileiras da área da medicina.

Aos autores brasileiros: deem visibilidade internacional aos seus trabalhos científicos utilizando a RBGO como veículo de divulgação

Marcos Felipe Silva de Sá

Editor-chefe da RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



Durante estes oito anos, os indicadores da *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO) nas suas fontes 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*. Portanto, nos dias de hoje, é um periódico reconhecido internacionalmente. Segundo dados fornecidos pela Thieme Publisher, os artigos publicados na RBGO, de janeiro a dezembro de 2023, foram acessados 330.506 vezes, por pesquisadores do mundo todo, conforme dados obtidos pela origem dos IPs de acesso (Figura 1).

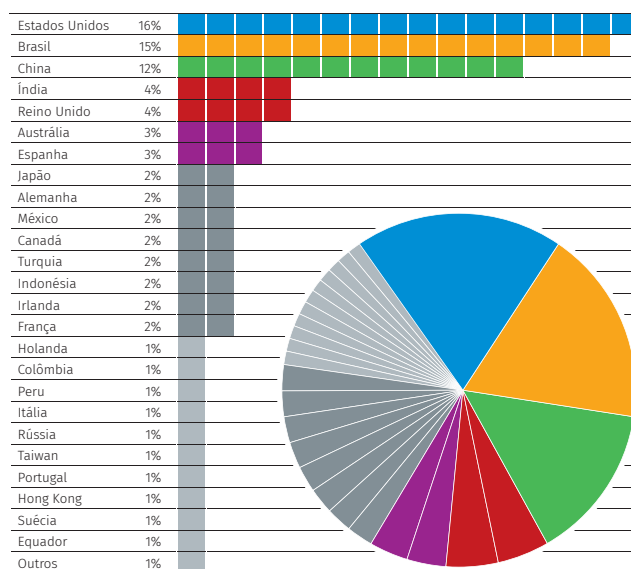
Segundo a mesma fonte, os artigos mais acessados em 2023 estão listados na tabela 1. Acessos não significam, obviamente, citações do trabalho, mas claramente mostram que a RBGO está dando muita visibilidade aos autores brasileiros.

No Brasil, os cursos de pós-graduação em níveis de mestrado e doutorado se tornaram a maior fonte de pesquisa médica. Fazer chegar ao restante do mundo o produto dessa ciência é estratégico e de interesse de todos, particularmente dos órgãos e instituições governamentais ou privadas financiadores das pesquisas. Tais objetivos precisam, devem e podem ser alcançados em consonância com a nova política de ciência aberta, que ganha adeptos em todo o mundo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) tem dispendido milhões de dólares para financiar as publicações de autores brasileiros em periódicos estrangeiros. Entretanto, o custo de publicação de um artigo em revistas de renome internacional, editadas na Europa ou América do Norte, é proibitivo para a grande maioria dos pesquisadores brasileiros. Atualmente não são raros os periódicos que cobram taxas acima de US\$ 5.000 por artigo publicado. Ocupamos o 12º lugar na produção científica mundial e, por essa razão, estamos à altura de países desenvolvidos cientificamente, e é óbvio que essa condição nos impele a termos periódicos compatíveis com nossa realidade científica. É de grande importância que o Brasil venha a ter seus próprios periódicos de prestígio internacional para

divulgar e dar visibilidade às pesquisas que são aqui desenvolvidas, nas diferentes áreas do conhecimento, de forma que o mundo acadêmico possa ter acesso à realidade social e científica brasileira.

A Febrasgo tem feito um esforço enorme para que a RBGO entre no rol das grandes revistas internacionais de ginecologia e obstetrícia. Está fazendo a sua parte. Tem que haver um esforço coletivo. Cabe à Capes, órgão regulador dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, reconhecer e trilhar essa política de apoio aos periódicos nacionais de qualidade, mas cabe principalmente aos autores brasileiros, particularmente os orientadores e seus alunos de pós-graduação, prestigiarem a RBGO enviando seus trabalhos de teses para serem publicados. A RBGO é totalmente financiada pela Febrasgo e não cobra pela publicação dos artigos. É um jogo de ganha-ganha.



Fonte: Thieme Publisher (fev. 2024).

Figura 1. Número de *full text downloads* da RBGO em 2023 com base na localização do endereço IP. Observa-se que apenas 15% dos acessos são oriundos do Brasil (cor laranja), com os Estados Unidos liderando 16% (cor azul), seguidos da China, com 12% (cor verde), Índia e Reino Unido com 4% (cor vermelha), Austrália e Espanha, com 3% (cor roxa).

Tabela 1. Artigos mais acessados no ano de 2023 entre as publicações da RBGO

Rank	Título	Autores	Acessos	DOI
1	Preeclampsia	José Geraldo Lopes Ramos, Nelson Sass, Sérgio Hofmeister Martins Costa	7.570	10.1055/s-0037-1604471
2	Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health	Luiz Antonio Del Ciampo, Ieda Regina Lopes Del Ciampo	6.266	10.1055/s-0038-1657766
3	Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment	Inês Guimarães, Ana Margarida Póvoa	4.170	10.1055/s-0040-1712131
4	The Female Athlete Triad/Relative Energy Deficiency in Sports (RED-S)	Alexandra Ruivo Coelho, Gonçalo Cardoso, Marta Espanhol Brito, Inês Neves Gomes, Maria João Cascais	3.839	10.1055/s-0041-1730289
5	Advantages and Disadvantages of Medical Abortion, According to Brazilian Residents in Obstetrics and Gynecology	Silvana Ferreira Bento, Karla Simônia de Pádua, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Karayna Gil Fernandes, Maria José Duarte Osis, Graciana Alves Duarte, Anibal Faúndes	2.481	10.1055/s-0040-1718952
6	Tribulus Terrestris for Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review	Ana Luíza Cabrera Martimbiano, Rafael Leite Pacheco, Fábila Lima Vilarino, Carolina de Oliveira Cruz Latorraca, Maria Regina Torloni, Rachel Riera	2.296	10.1055/s-0040-1712123
7	Pre-eclampsia/Eclampsia	José Carlos Peraçoli, Vera Therezinha Medeiros Borges, José Geraldo Lopes Ramos, Ricardo de Carvalho Cavalli, Sérgio Hofmeister de Almeida Martins Costa, Leandro Gustavo de Oliveira, Francisco Lazaro Pereira de Souza, Henri Augusto Korkes, Ione Rodrigues Brum, Maria Laura Costa, Mário Dias Corrêa Junior, Nelson Sass, Angélica Lemos Debs Diniz, Caio Antonio de Campos Prado, Edson Viera da Cunha Filho	2.294	10.1055/s-0039-1687859
8	Abnormal Uterine Bleeding	Cristina Laguna Benetti-Pinto, Ana Carolina Japur de Sá Rosa-E-Silva, Daniela Angerame Yela, José Maria Soares Júnior	2.234	10.1055/s-0037-1603807
9	Interventions among Pregnant Women in the Field of Music Therapy: A Systematic Review	Bruna Mayumi Omori Shimada, Magda da Silva Oliveira Menezes Dos Santos, Mayara Alvares Cabral, Vanessa Oliveira Silva, Gislaine Cristina Vagetti	2.028	10.1055/s-0041-1731924
10	Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach	Ana Dias-Amaral, André Marques-Pinto	1.743	10.1055/s-0038-1675805
11	Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale	Tenilson Amaral Oliveira, Guilherme Guarany Cardoso Magalhães Luzetti, Márcia Maria Auxiliadora Rosalém, Corintio Mariani Neto	1.590	10.1055/s-0042-1743095
12	Commercial Surrogacy: An Overview	Pedro Brandão, Nicolás Garrido	1.574	10.1055/s-0042-1759774
13	The Correlation between Chlamydia Trachomatis and Female Infertility: A Systematic Review	Laura Gazal Passos, Paula Terraciano, Nicole Wolf, Fernanda Dos Santos de Oliveira, Isabel de Almeida, Eduardo Pandolfi Passos	1.520	10.1055/s-0042-1748023
14	Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence: Challenges in Diagnosis and Management	Mariana Enxuto Santos Manique, Ana Margarida Antunes Póvoa Ferreira	1.518	10.1055/s-0042-1742292
15	Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles	Ana Paula Moreira da Silva, Mary Lourdes Montenegro, Maria Beatriz Ferreira Gurian, Andreia Moreira de Souza Mitidieri, Lucia Alves da Silva Lara, Omero Benedicto Poli-Neto, Julio Cesar Rosa E Silva	1.507	10.1055/s-0036-1597651
16	Do Food Intake and Food Cravings Change during the Menstrual Cycle of Young Women?	Luciana Bronzi de Souza, Karine Anusca Martins, Mariana Moraes Cordeiro, Ymárdila de Souza Rodrigues, Bruna Paola Murino Rafacho, Rafael Aiello Bomfim	1.381	10.1055/s-0038-1675831
17	Premenstrual Syndrome Diagnosis: A Comparative Study between the Daily Record of Severity of Problems (DRSP) and the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)	Aline Henz, Charles Francisco Ferreira, Carolina Leão Oderich, Carin Weirich Gallon, Juliana Rintondale Sodrê de Castro, Maiara Conzatti, Marcelo Pio de Almeida Fleck, Maria Celeste Osório Wender	1.369	10.1055/s-0037-1608672
18	Use of Medicinal Plants with Teratogenic and Abortive Effects by Pregnant Women in a City in Northeastern Brazil	Cristina Ruan Ferreira de Araújo, Felipe Gomes Santiago, Marcelo Italiano Peixoto, José Olivandro Duarte de Oliveira, Mayrla de Sousa Coutinho	1.232	10.1055/s-0036-1580714
19	Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome after a Program of Resistance Exercise Training	Fabiene K Picchi Ramos, Lúcia Alves da Silva Lara, Gislaine Satyko Kogure, Rafael Costa Silva, Rui Alberto Ferriani, Marcos Felipe Silva de Sá, Rosana Maria Dos Reis	1.179	10.1055/s-0036-1585457
20	Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital	Rafael Garcia Torres, Ana Laura Neves Mendonça, Grazielle Cezarine Montes, Jacqueline Jácome Manzan, João Ulisses Ribeiro, Marina Carvalho Paschoini	1.125	10.1055/s-0038-1676569

Novas normas de Publicidade Médica. O que pode e como pode?

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹,
Maria Celeste Osório Wender²

1. Diretora de Defesa e Valorização
Profissional da Febrasgo.

2. Presidente da Febrasgo.

Em 11 de março de 2024, finalmente, entram em vigor oficialmente as novas normas de publicidade médica da Resolução nº 2.336/2023, do Conselho Federal de Medicina (CFM).⁽¹⁾

A norma foi resultado de um amplo e necessário debate com entidades médicas e especialistas, além de publicitários, profissionais de *marketing*, jornalismo e direito, entre outros, pois muitas atualizações eram necessárias diante da antiga Resolução, datada de 2011.

De acordo com a norma, define-se por publicidade ou propaganda médica a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, da atividade profissional, com iniciativa, participação e/ou anuência do médico, nos segmentos público, privado e filantrópico.⁽¹⁾ Já na definição fica claro um pilar importante do Código de Ética Médica: a responsabilidade médica é pessoal e intransferível, e isso se aplica também à propaganda e à publicidade.^(1,2)

Há diferenças entre os termos publicidade e propaganda. A publicidade médica encontra-se definida como o ato promover estruturas físicas, serviços e qualificações do médico ou dos estabelecimentos médicos (físicos ou virtuais); e a propaganda médica, como o ato de divulgar assuntos e ações de interesse da medicina.⁽¹⁾

Não cabem, claramente, as frequentes alegações de que o serviço foi terceirizado para agências ou publicitários, pois a responsabilidade de aprovação e respeito às normas éticas é do próprio médico. Cada médico deve conhecer o teor da regulamentação e é diretamente responsável por qualquer infração.

As peças de publicidade/propaganda médica deverão conter, obrigatoriamente:

- I. nome, número(s) de registro(s) no(s) Conselho(s) Regional(is) de Medicina (CRM[s]) onde esteja exercendo a medicina, acompanhados da palavra MÉDICO;
- II. especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no CRM, seguida pelo número de Registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando o for.

É importante destacar que, em redes sociais, *blogs*, *sites*, Instagram e outros semelhantes, se neles ocorrer publicidade ou propaganda médica, mesmo que também se divulguem, além de assuntos profissionais, passagens da vida privada, essas informações devem estar na página principal do perfil.⁽¹⁾

Nos casos de peças de publicidade e propaganda de hospitais, clínicas, casas de saúde e similares, em ambiente físico ou virtual, são obrigatórios:⁽³⁾

- I. nos estabelecimentos públicos, privados e filantrópicos, em local visível:
 - a) o nome do estabelecimento com o número de cadastro ou registro no CRM;
 - b) o nome do diretor técnico-médico com o respectivo número de inscrição no CRM e, onde for exigível, a especialidade com o RQE;

- II. as placas internas de sinalização, quando identificarem os médicos integrantes do corpo clínico:
 - a) deverão ser mantidas atualizadas; e
 - b) conter nome, número de registro no CRM, acompanhado da palavra MÉDICO, e número do RQE, quando o for.

Os conteúdos temporários (*stories*) estarão sujeitos às mesmas regras de publicidade estabelecidas.⁽³⁾

Quando o médico utilizar sua rede social para divulgar ao mesmo tempo matérias publicitárias e propagandísticas da profissão e passagens de sua vida privada, ele deve obedecer igualmente às regras já citadas.⁽³⁾

PERMISSÕES

De acordo com a nova resolução, **é permitido ao médico:**⁽¹⁾

- I. utilizar fotografia ou vídeo com detalhes de seu ambiente de trabalho, sua própria imagem, de membros da equipe clínica e de outros auxiliares;
- II. anunciar os aparelhos e recursos tecnológicos, desde que autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou similar e pelo CFM;
- III. anunciar os serviços agregados ao seu consultório ou clínica realizados por outros profissionais, com todos os cuidados éticos, de supervisão e de registro no prontuário;
- IV. incluir referência em textos, imagens ou áudios quanto à marcação de consultas;
- V. orientar pacientes sobre características do local onde os serviços são oferecidos (estacionamento, segurança, privacidade, conforto e localização), bem como seu portfólio de atendimento (planos, seguros saúde, procedimentos, atos personalizados etc.);
- VI. informar sobre valores de consultas, meios e formas de pagamento;
- VII. informar que o valor de procedimentos particulares poderá ser acordado entre as partes previamente ao atendimento e sua execução;
- VIII. anunciar abatimentos e descontos em campanhas promocionais, sendo proibido vincular as promoções a vendas casadas, premiações e outros que desvirtuem o objetivo final da medicina como atividade-meio, conforme definido no Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame);
- IX. apresentar seu ambiente de trabalho, incluindo equipamentos com indicações de uso, conforme informações do portfólio da Anvisa, ou agência governamental que a suceda, e autorizado pelo CFM para uso médico privativo e/ou compartilhado com outras profissões;

- X. participar de peças de divulgação, físicas ou virtuais, como membro do corpo técnico/ clínico de instituições públicas, privadas, filantrópicas ou outras, desde que concordem e observando os itens obrigatórios;
- XI. participar de peças de divulgação, físicas ou virtuais, de planos e seguros saúde, autogestões e outros, desde que preste serviços a esses planos e tenha autorizado o uso de sua imagem, à semelhança de membros do corpo clínico de qualquer instituição médica, desde que concordem e observando os itens obrigatórios;
- XII. organizar cursos e grupos de trabalho com caráter educativo para leigos e anunciar seus valores, sendo terminantemente proibido realizar consultas, bem como oferecer informação que leve a juízo de diagnóstico, de procedimentos e prognóstico, vedando o ensino de ato privativo do médico, conforme dispõe a Resolução CFM nº 1.718/2004;
- XIII. organizar e anunciar valores de cursos, consultorias e grupos de trabalho, com acesso restrito a médicos, para discussão de casos clínicos e/ou atualizações em medicina de modo geral, desde que:
 - a) essas atividades sejam restritas a médicos inscritos no CRM;
 - b) o organizador confirme os dados dos inscritos, sob pena de responsabilização ética;
 - c) seja garantido que os participantes respeitarão os critérios de confidencialidade em torno dos assuntos e casos discutidos, bem como o ensino do que for vedado pelo CFM, sob pena de responsabilização ética;
- XIV. autorizar estudantes de Medicina a participarem de cursos, consultorias e grupos de trabalho para discussão de casos clínicos, desde que identificados e compromissados com o respeito ao sigilo e às normas gerais do grupo, ficando o organizador responsável pela observação desses critérios;
- XV. emitir comentário genérico sobre o prazer com o trabalho, alegria em receber seus pacientes e acompanhantes, motivações com os desafios do dia a dia de sua profissão, gerando corrente positiva para a boa imagem da medicina, desde que:
 - a) não identifique pacientes ou terceiros;
 - b) não adote tom pejorativo, desrespeitoso, ofensivo, sensacionalista ou incompatível com os compromissos éticos exigidos pela medicina para com suas instituições, outros colegas, especialidades ou técnicas e procedimentos;
- XVI. revelar resultados comprováveis de tratamentos e procedimentos, desde que não identifique pacientes;

XVII. emitir observações críticas quanto ao ambiente e condições de trabalho, sendo vedado o uso de tom ofensivo ou desrespeitoso a qualquer pessoa ou superior hierárquico;

XVIII. anunciar a aplicação de órteses e próteses, fármacos, insumos e afins, desde que:

- a) descreva características e propriedades de insumos, órteses e próteses, de acordo com a Resolução CFM nº 2.318/2022;
- b) quando criador ou desenvolvedor da órtese ou insumo, aprovados pela Anvisa e pelo CFM, ao fazer divulgação, esclareça seus conflitos de interesse;
- c) não anuncie marcas comerciais e fabricantes.

As principais mudanças permitem que o médico apareça em redes próprias ou de serviços onde exerça a medicina e faça publicidade dos equipamentos e de outros profissionais de que dispõe seu serviço.

Podem ser anunciados os valores de consulta, procedimentos e exames, desde que eles não dependam de diagnóstico e avaliação prévia, bem como a aceitação de planos de saúde, seguros saúde, cartões de crédito, parcelamentos e abatimentos nos valores de consultas, exames complementares e procedimentos.⁽¹⁾

Sobre os títulos, a divulgação dos títulos acadêmicos sofreu um ajuste decorrente da análise do disposto no art. 17 da Lei nº 3.268/1957, que permite aos CRMs registrarem os títulos de especialistas conforme disposto em lei e formarem cadastro dos demais títulos e certificados de cunho acadêmico, como pós-graduações *lato sensu* ou *stricto sensu*, no prontuário do médico.⁽¹⁾ Os títulos registrados nos CRMs (títulos de especialidade e área de atuação) recebem numeração crescente (RQE), que deve ser utilizada na publicidade médica.⁽¹⁾ Os demais serão assentados em forma de cadastro no prontuário do médico, não sendo fornecido número de ordem. ***“Ficará autorizado ao(à) médico(a) detentor(a) de certificados de pós-graduação lato sensu, de cunho pedagógico, publicar em forma de currículo suas pós-graduações, seguido da expressão NÃO ESPECIALISTA, em caixa alta.”***⁽¹⁾ Para os títulos de mestrado e doutorado, há permissão para que apareçam em sua publicidade, mesmo que não relacionados a sua especialidade.⁽¹⁾

De maneira clara, a resolução prevê ser direito do médico comprar espaço em qualquer veículo de comunicação para fazer propaganda ou publicidade, ou seja, serão permitidos os anúncios pagos/patrocinados.⁽¹⁾

As imagens de antes e depois, antes proibidas, agora são permitidas, com atenção às considerações específicas.

Sendo assim, é permitido, com as devidas observações previstas, o que consta do quadro 1.⁽¹⁾

Quadro 1.

Antes e depois	Fotos e <i>selfies</i>	Divulgação de valores	Cursos e consultorias para leigos, estudantes e médicos
Anúncios patrocinados	Anunciar aparelhos e tecnologias	Participar da divulgação de serviços e planos de saúde	Divulgar descontos

COMO REALIZAR CORRETAMENTE A POSSIBILIDADE DAS IMAGENS ANTES X DEPOIS?

Um dos aspectos mais inovadores e polêmicos é a questão do uso de imagem de pacientes, principalmente o antes e depois. Sobre a utilização de imagem por médicos e seus estabelecimentos assistenciais, autoriza-se o uso de imagem de paciente, inclusive com o antes e o depois, mas exclusivamente em caráter educativo, situação em que o médico expõe quando uma pessoa deve procurar ajuda médica, as intervenções possíveis, a intervenção em si, a resultante e resultados insatisfatórios, “*gerando para a sociedade um ciclo [sic] virtuoso com ênfase no bom nome da medicina, no que faz e como faz. Em respeito à verdade, o profissional também expõe os não desejados resultados insatisfatórios.*”⁽¹⁾ Para tanto, pode utilizar banco de imagens de terceiros (declarando a fonte em respeito aos direitos autorais) ou próprio ou do estabelecimento ao qual pertença, relatando os termos de consentimento para seu uso.⁽¹⁾

Os princípios para a divulgação das imagens, de acordo com a nova norma, serão:⁽¹⁾

- qualquer uso de imagem deve ser acompanhado de texto educativo contendo as indicações terapêuticas, fatores que influenciam possíveis resultados e descrição das complicações descritas em literatura científica;
- demonstrações de antes e depois devem ser apresentadas em um conjunto de imagens contendo indicações, evoluções satisfatórias, insatisfatórias e complicações decorrentes da intervenção, sendo vedada a demonstração e o ensino de técnicas, que devem se limitar ao ambiente médico;
- quando aplicável, apresentar evolução para diferentes biotipos e faixas etárias, bem como evoluções imediatas, mediatas e tardias das intervenções demonstradas;
- a captura de imagens por equipes externas de filmagem, durante a realização de procedimentos, fica autorizada apenas para partos, quando a parturiente e/ou familiares assim desejarem e houver anuência do médico;

- é vedado o uso de imagens de procedimentos que identifiquem o paciente;
- é vedada qualquer edição, manipulação ou melhoramento das imagens;
- autorretratos repostados dos pacientes e depoimentos sobre a atuação do médico devem ser sóbrios, sem adjetivos que denotem superioridade ou induzam a promessa de resultado;
- quando são apresentadas imagens obtidas de banco de imagens, deve ser citada sua origem, conforme regras de direitos autorais;
- quando as imagens forem de banco de dados do próprio médico ou serviço ao qual pertença:
 - obter autorização do paciente para o uso de sua imagem;
 - respeitar o pudor e a privacidade do paciente que cedeu as imagens;
 - garantir o anonimato do paciente que cedeu as imagens, mesmo que tenha recebido autorização para divulgação.

PROIBIÇÕES

As principais **PROIBIÇÕES**, de acordo com a nova norma, são:⁽¹⁾

- divulgar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir à confusão com a divulgação de especialidades;
- atribuir capacidade privilegiada a aparelhagens;
- divulgar equipamento e/ou medicamento sem registro na Anvisa, ou agência que a suceda;
- participar de propaganda/publicidade de medicamento, insumo médico, equipamento, alimento e quaisquer outros produtos, induzindo à garantia de resultados;
- conferir selo de qualidade, ou qualquer outra chancela, a produtos alimentícios, de higiene pessoal ou de ambientes, material esportivo e outros, por induzir à garantia de resultados;
- participar de propaganda enganosa de qualquer natureza;
- divulgar método ou técnica não reconhecido pelo CFM;
- expor imagens de consultas e procedimentos transmitidas em tempo real, com técnicas ou métodos de abordagens, ainda que com autorização expressa do paciente;
- anunciar a utilização de técnicas de forma a lhes atribuir capacidade privilegiada, mesmo que seja o único a fazê-la;
- oferecer serviços por meio de consórcio e similares;

- XI. oferecer consultoria a pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial, excetuado o que for regulamentado em resolução específica para a telemedicina;
- XII. garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento;
- XIII. permitir, autorizar ou não impedir que seu nome seja incluído em listas de premiações, homenagens, concursos ou similares com a finalidade de escolher ou indicar profissional para o recebimento de títulos como “médico do ano”, “destaque da especialidade”, “melhor médico” ou outras denominações com foco promocional ou de propaganda patrocinada;
- XIV. fazer qualquer propaganda ou manter material publicitário nas dependências de seu consultório ou pessoa jurídica da área médica a que pertença, de empresas dos ramos farmacêuticos, óticos, de órteses e próteses ou insumos médicos de qualquer natureza, quando investidor em qualquer delas;
- XV. ter ou manter consultório no interior de estabelecimentos dos ramos farmacêuticos, óticos, de órteses e próteses ou insumos de uso médico;
- XVI. portar-se de forma sensacionalista ou autopromocional, praticar concorrência desleal ou divulgar conteúdo inverídico.

Seguem como PROIBIDOS a oferta casada, como “faça a consulta e ganhe o exame”, “faça o procedimento e ganhe desconto em exames e materiais” ou “concorra a prêmio se se submeter a tal procedimento”, por isso caracterizar mercantilismo, ou seja, mau uso para formar clientela, instituindo concorrência desleal com os outros médicos (Quadro 2).⁽¹⁾

Quadro 2. Principais proibições

Divulgar-se como especialista sem poder provar	Expor paciente em tempo real
Propaganda enganosa	Consórcio
Garantir resultado	Ter ou manter consultório em farmácias ou similares
Divulgar técnicas não reconhecidas pelo CFM	Sensacionalismo, autopromoção e concorrência desleal

COMO O MÉDICO DEVE SE COMPORTAR EM ENTREVISTAS?

Por ocasião de entrevistas em qualquer veículo de comunicação, ou em outras publicações de artigos

e informações ao público leigo, o caráter educativo e de representante da Medicina deve prevalecer, sendo proibida a divulgação de endereço físico ou virtual e de telefone, podendo (devendo) ser divulgados apenas o CRM e o RQE.⁽¹⁾ Nesses casos de entrevistas, debates, webinários ou similares, o médico é obrigado a declarar seus conflitos de interesse, no mesmo molde que se aplica para os *speakers* de laboratórios nos congressos e outros eventos médicos, com o intuito de proteger a medicina e a população de médicos com interesses particulares na divulgação de procedimentos, fármacos, insumos médicos e aparelhagem em geral.⁽¹⁾

CONCLUSÕES

A resolução na íntegra possui 10 capítulos: I – Das definições e responsabilizações, II – Das obrigações, III – Dos meios de publicidade e propaganda nas redes sociais próprias de médicos e estabelecimentos médicos, IV – Das permissões, V – Da relação com veículos e canais de comunicação de massa, VI – Das proibições, VII – Dos deveres, VIII – Dos direitos, IX – Do uso da imagem de pacientes ou de bancos de imagens, X – Das disposições gerais.⁽¹⁾

As novidades são muitas, e há muitos aspectos importantes a serem considerados em cada caso antes de simplesmente fazer tudo o que a resolução “autoriza”. Diversas outras normas e várias leis incidem sobre aspectos da prática e publicidade médica, como o Código de Defesa do Consumidor e a Lei Geral de Proteção de Dados, e o médico deve seguir atento às jurisprudências atuais sobre o tema, que primam por proteger o paciente enquanto cliente e consideram o médico o detentor do conhecimento nesses casos, podendo ser responsabilizado por falsas expectativas de resultados. Em casos de dúvidas no aspecto ético, quanto à promoção de campanhas ou peças publicitárias, pode-se consultar a Codame do CRM do seu estado.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanece atenta às repercussões práticas e éticas da nova resolução do CFM, bem como à publicação decorrente prevista do novo Manual de Publicidade, mantendo os associados informados, pois é inegável o impacto da publicidade e propaganda e das normas que as regerem na prática médica, na vulnerabilidade ética e jurídica dos médicos e na relação entre médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.336/2023, de 13 de setembro de 2023. Dispõe sobre publicidade e propaganda médicas. 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2336>
2. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília (DF): CFM; 2019.
3. Sindicato dos Médicos do Estado do Piauí (SIMEPI). Cartilha Informativa: Publicidade Médica. 2024 [cited 2024 Feb 19]. Available from: <http://www.fenam.org.br/wp-content/uploads/2024/02/CARTILHA-PUBLICIDADE-MEDICA-SIMEPI.pdf>

Um novo triênio se inicia na SOGOPE

Educação médica contínua e maior participação dos associados na sociedade científica são algumas das prioridades da nova diretoria

Por Letícia Martins

A Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (SOGOPE) elegeu uma nova diretoria para o triênio 2024-2026, e a médica PhD em Ginecologia e Obstetrícia, Dra. Simone Carvalho, assume a presidência com a missão de fortalecer a SOGOPE e investir em educação continuada para os associados.

Supervisora e preceptora da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, da Universidade de Pernambuco (Cisam/UPE), diretora médica da Clínica Ísis Medicina Feminina e coordenadora de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Memorial São José, a Dra. Simone tem uma trajetória de pelo menos 12 anos de dedicação à SOGOPE.

Na entrevista a seguir, ela destaca a importância da união da classe médica para enfrentar os desafios da área da saúde e construir um futuro promissor para a medicina pernambucana, pautado na ciência e na colaboração com a secretaria estadual da saúde. Confira:



Dra. Simone Carvalho

Femina: Depois de mais de uma década participando da SOGOPE, o que a motivou a assumir a responsabilidade de liderar a federada?

Dra. Simone Carvalho: É uma grande honra assumir a presidência da SOGOPE e sou motivada principalmente pela possibilidade de contribuir ainda mais para que a prática médica em ginecologia e obstetrícia seja sempre baseada nas melhores evidências, por acreditar que a troca que proporcionamos nos encontros científicos é uma das melhores formas de atualização e *networking*.

Femina: Na sua opinião, por que é importante que os médicos sejam atuantes nos movimentos associativos?

Dra. Simone Carvalho: Acredito que é fundamental que os médicos estejam vinculados às associações científicas por vários motivos, como receber respaldo das condutas assistenciais com as melhores evidências e poder influenciar políticas de saúde e mudanças regulatórias que impactam diretamente a prática médica e os pacientes. Participar ativamente de uma sociedade médica é ter a oportunidade de fazer *networking*, receber educação continuada, compartilhar as melhores práticas

entre colegas e fortalecer a especialidade perante as causas ligadas à profissão.

Femina: Quais são as prioridades da nova diretoria?

Dra. Simone Carvalho: A nova administração da SOGOPE tem como propósito central priorizar a educação médica contínua, promover a interação entre especialistas e residentes, e oferecer suporte às secretarias de saúde para a capacitação dos profissionais da atenção primária e do pré-natal. Pernambuco tem projetos importantes em prol da saúde da mulher, como campanhas de prevenção do câncer de mama e do colo do útero, o Programa Mãe-Coruja, a Rede Cegonha, além de centros de referência para mulheres vítimas de violência sexual e de atenção às pessoas trans. Mas ainda enfrentamos vários desafios na área da saúde, como, por exemplo, a necessidade de melhorar o acesso ao planejamento familiar e aumentar a disponibilidade de leitos nas maternidades para gestantes. As prioridades da SOGOPE são alinhadas aos desafios do nosso estado.

Femina: Como a SOGOPE pretende contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e eficiente para as mulheres?

Dra. Simone Carvalho: Diversas medidas podem ajudar nessa questão, entre elas a participação cívica para promover políticas de saúde que atendam às necessidades específicas da mulher, como o acesso a saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das doenças ginecológicas e obstétricas e igualdade de gênero nos serviços de saúde. Além disso, a promoção de educação e conscientização sobre questões de saúde feminina e o apoio às organizações que trabalham para melhorar a saúde feminina, incluindo comunidades, grupo de defesa dos direitos das mulheres. Em conjunto com essas ações, é necessário promover o treinamento e a capacitação de profissionais de saúde para fornecer cuidados sensíveis às questões de gênero.

Femina: Quais eventos já estão marcados no calendário da SOGOPE?

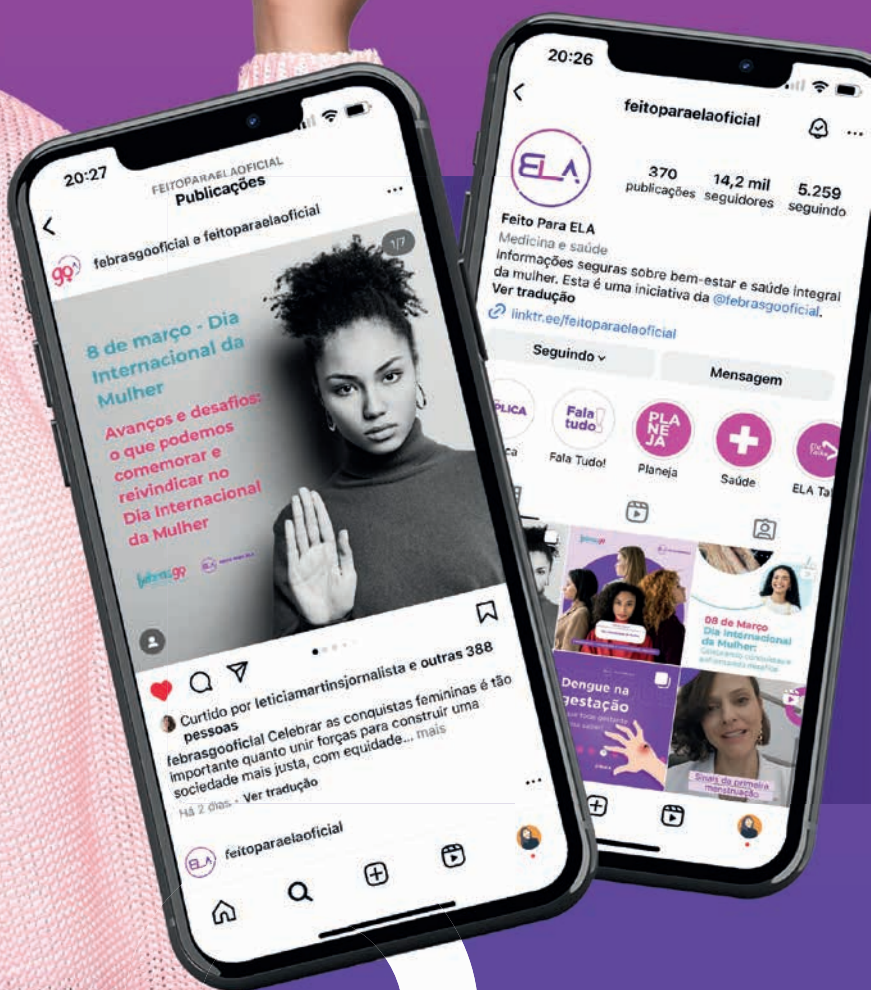
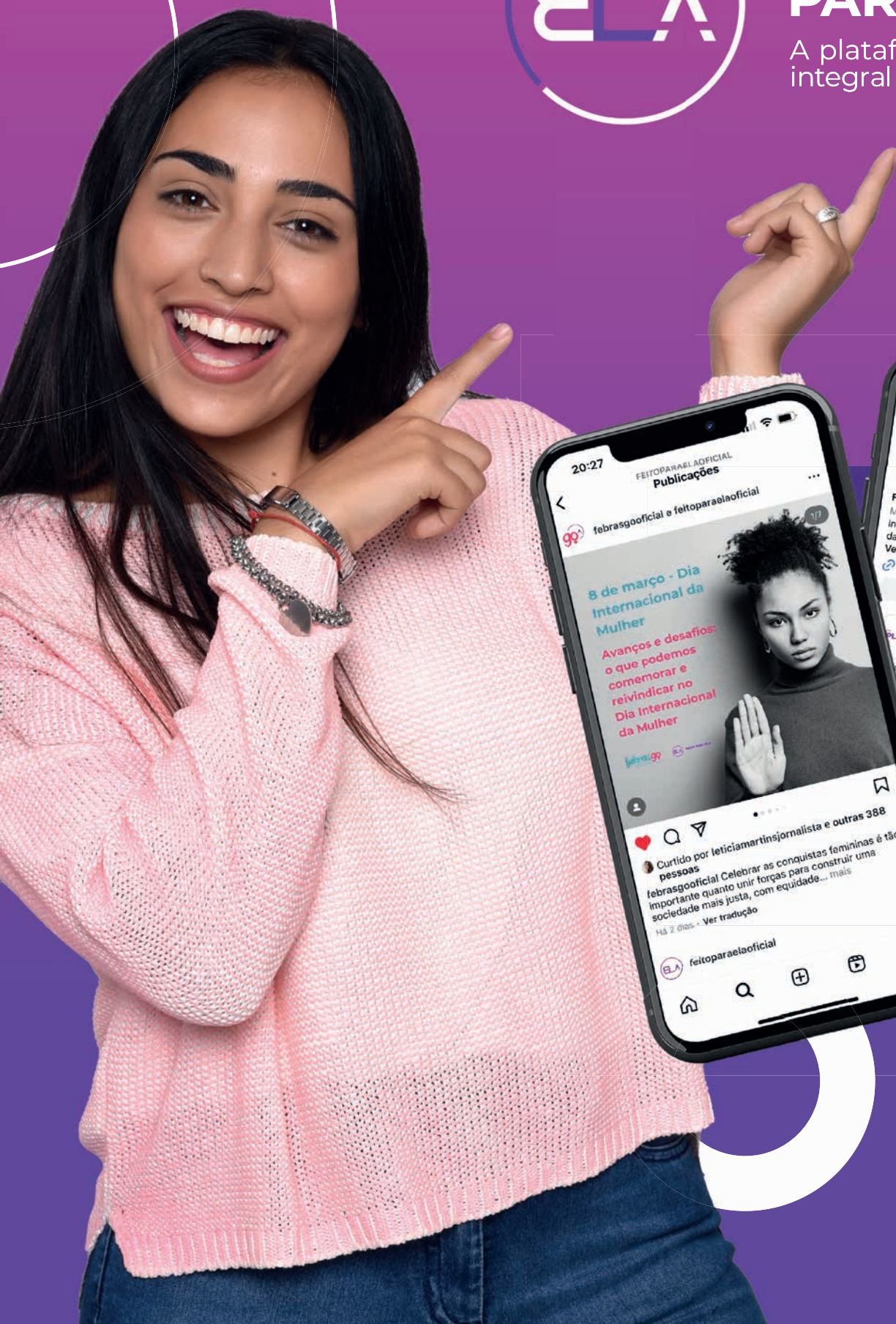
Dra. Simone Carvalho: Nos dias 10 a 13 de abril, realizaremos o 48º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia, com expectativa de público de aproximadamente 600 congressistas. Nossos destaques serão os cursos *hands on*, uma forma de unir teoria e prática e, assim, treinar diversas habilidades. Estamos com a expectativa alta para esse grande encontro, que faz parte do projeto SOGOPE Educa. Convido todos para participar!





FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Sua paciente muito bem informada!

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

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

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

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

Os temas são pautados nas principais dúvidas das pacientes, como estas duas que destacamos abaixo.

Quais são os fatores de risco para o parto prematuro?

Prematuridade é uma palavra que assusta muitas mulheres que pretendem engravidar ou estão gestantes. No Brasil, ela é considerada um problema de saúde pública, tendo sido registrados em torno de 340 mil nascimentos prematuros, quase seis casos a cada dez minutos.

Nesse texto publicado no *site* FEITO PARA ELA, explicamos a importância do planejamento da gravidez, da orientação médica e dos cuidados durante a gestação.

Escaneie o QR code com o seu *smartphone* e indique essa matéria para as suas pacientes!



Geração NoMo

Está aumentando o número de mulheres que não querem ter filhos e existe até um termo sendo popularizado para se referir a essa geração: NoMo, sigla em inglês de "No Mothers", que equivale a "Não Mães".

São muitas as razões por trás da escolha de não gestar e é preciso respeitar a decisão feminina. Mas sabia que o ginecologista tem papel fundamental na orientação dessas mulheres também?

Confira no *site* FEITO PARA ELA e compartilhe essa reflexão com as suas pacientes!



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

Vamos juntos combater a desinformação e levar informação de qualidade e segura às mulheres brasileiras!

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



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR

Febrasgo lança “Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério”



Diante da pandemia de dengue que grassa o país neste início de ano e cujos números surpreendem até os infectologistas, a Febrasgo vem demonstrando sua preocupação com a saúde das gestantes e puérperas. Segundo dados do Ministério da Saúde, a incidência da dengue em grávidas aumentou em 345% em 2024.

Considerando ser uma questão diretamente relacionada à saúde pública e, portanto, de interesse coletivo de toda a população brasileira, estabeleceu-se uma parceria entre a Febrasgo, o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para o estabelecimento de um protocolo para atendimento dessas gestantes. Esse protocolo servirá como diretriz abrangente para a prevenção, o tratamento e o diagnóstico da dengue, contribuindo significativamente para a segurança e o bem-estar das gestantes e puérperas durante esse período crítico.

Dessa forma, decidiu-se pela criação de um Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração de um manual dedicado ao manejo da doença em gestantes e puérperas. Esse grupo foi composto por 16 especialistas em ginecologia e obstetrícia, incluindo membros da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo e outros participantes, com a missão de abordar, de maneira específica, a gestão da doença em grávidas e puérperas, com o objetivo de promover a saúde materno-fetal e prevenir complicações relacionadas à dengue.

Segundo os participantes do GT, a prioridade deve ser a garantia da saúde da gestante e do bebê e, nesse sentido, é preciso preparar os obstetras e demais profissionais da saúde para orientá-los e capacitá-los para melhor atender às gestantes acometidas pela doença.

Alguns estudos apontam para a possibilidade de que os mosquitos tenham predileção por picar gestantes, possivelmente devido à variação na temperatura corporal mais elevada e à maior concentração de gás carbônico exalado. Uma vez infectadas, as gestantes têm maiores chances de apresentar complicações da doença, em comparação com não gestantes.

O protocolo de atendimento às gestantes e puérperas com dengue está estabelecido no “**Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério**”, lançado em solenidade em Brasília, no auditório da OPAS, com participantes do Ministério da Saúde, da OPAS e da Febrasgo.



Representantes da Febrasgo e do Ministério da Saúde durante o lançamento do *Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e Puerpério*. Da esquerda para a direita: Dr. Antônio Braga, membro do Grupo de Trabalho de Dengue na Gestão da Febrasgo; Dra. Suzanne Serruya, diretora do Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva da Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS); Dra. Socorro Gross Galiano, representante da Opas/OMS no Brasil; Dr. Geraldo Duarte, vice-presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo; Dra. Maria Celeste Osório Wender, presidente da Febrasgo; Dra. Roseli Nomura, diretora administrativa da Febrasgo, e Dr. Regis Kreitchmann, presidente da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES ÀS GESTANTES

Gestantes devem priorizar o uso de repelentes aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como picaridina, icaridina, N,N-dietil-meta-toluamida (DEET), IR 3535 ou EBAAP. Repelentes naturais, como óleos caseiros de citronela, andiroba e capim-limão, carecem de eficácia comprovada e não possuem aprovação da Anvisa até o momento. Dado que não há medicamentos específicos para combater o vírus da dengue, em casos de menor gravidade, sem sinais de alarme, a orientação é repouso e aumento da ingestão de líquidos. Gestantes com dengue requerem avaliação diária, incluindo repetição do hemograma até 48 horas após a febre desaparecer. Para casos mais simples, o acompanhamento ambulatorial é recomendado. Entretanto, se o estado for grave, com sinais de alarme, a internação é indicada. Em situações de choque, sangramento ou disfunção grave de órgãos, a paciente deve receber tratamento em uma unidade de terapia intensiva.

Vale ressaltar que a Febrasgo planeja realizar diversas iniciativas, como *lives* (a primeira agendada para 5 de março), treinamentos e capacitações presenciais, além do “Manual de Manejo de Dengue na Gestação”. Tratativas deverão ser feitas no sentido de dar ampla divulgação desse Manual no âmbito nacional e em toda a área de abrangência da OPAS.



Confira o novo curso de
Educação Continuada!

Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação (LARC)

São três aulas com apresentação de dados,
discussão e análise de casos clínicos.

- **Aula 1**

PAPEL DA ANTICONCEPÇÃO NA REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

- **Aula 2**

SITUAÇÕES PRÁTICAS ENVOLVENDO INDICAÇÕES E ESCOLHA DOS LARC

- **Aula 3**

LARC: ASPECTOS PRÁTICOS

Professores: Dr. Rogério Bonassi, Dra. Ilza Monteiro, Dra. Milena Brito e Dr. Luis Sakamoto.



Acesse apontando a câmera do
seu celular para o QRCode ou
através da página no site:

www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada/category/contracepcao-reversiveis-de-longa-acao-2023



EDUCAÇÃO
CONTINUADA
febrasgo

Realização:

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Apoio:



ORGANON

CADERNO CIENTÍFICO *Femina*®

CORPO EDITORIAL

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

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

91 Uso de hormônios e risco de tromboembolismo venoso

Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros, André Luiz Malavasi Longo de Oliveira, Denis Jose do Nascimento, Eduardo Zlotnik, Marcelo Melzer Teruchkin, Marcos Arêas Marques, Paulo Francisco Ramos Margarido

ARTIGO ORIGINAL

99 Perfil epidemiológico de gestantes obesas, hipertensas e diabéticas de uma maternidade do norte de Santa Catarina – Brasil

Melody Cristina Mansani Carraro Trombelli, Eduardo Manoel Pereira, Sandra Luft Paladino

ARTIGO DE REVISÃO

108 Aconselhamento contraceptivo em mulheres portadoras de hipertensão pulmonar

Rossana Cristina Fontes Cotta, Elaine Cristina Fontes de Oliveira, Ana Luiza Lunardi Rocha

RELATO DE CASO

115 Coombs indireto com presença de anti-M IgM em uma gestante com fator Rh positivo – relato de caso

Isabella Sempio Faria Figueiredo Costa, Daniel Antonio de Alcantara Machado, Matheus Guilherme Ferreira, Sílvia Corrêa Ramos Ribeiro

CARTA AO EDITOR

119 Implantes com gestrinona: suas controvérsias

Loreta Canivilo Moraes

Uso de hormônios e risco de tromboembolismo venoso

Número 2 – 2024

A Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso e Hemorragia na Mulher da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) referencia 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 risco de TEV não está aumentado em mulheres usuárias de métodos contraceptivos reversíveis de ação prolongada (LARCs) com progestagênios.
- Contraceptivos orais com levonorgestrel ou norgestimato conferem metade do risco de TEV, em comparação com os contraceptivos orais contendo desogestrel, gestodeno ou drospirenona.
- Pílulas só de progestagênio não conferem risco aumentado de TEV.
- Mulheres que usam adesivos contraceptivos transdérmicos e contraceptivos orais combinados (COCs) têm risco aumentado de TEV cerca de oito vezes maior do que as não usuárias de contraceptivos hormonais (CHs), correspondendo a 9,7 eventos por 10.000 mulheres/ano de exposição.
- Os anéis vaginais aumentam o risco de TEV em 6,5 vezes, em comparação com o não uso de CH, correspondendo a 7,8 eventos por 10.000 mulheres/ano de exposição.
- Vários estudos demonstraram um risco aumentado de TEV em indivíduos transgênero que recebem terapia hormonal (TH).
- A TH na menopausa aumenta o risco de TEV em duas vezes aproximadamente, e esse risco é incrementado pela obesidade, trombofilia, idade superior a 60 anos, cirurgia e imobilização.
- A via de administração do estrógeno e a dosagem e o tipo de progestagênio associado ao estrógeno podem afetar o risco de TEV no climatério.
- A terapia combinada com estrógeno mais progesterona aumenta o risco de TEV, em comparação com a monoterapia estrogênica.
- A TH na menopausa aumenta o risco de trombose em sítios atípicos.

RECOMENDAÇÕES

- O risco individual de TEV deve ser cuidadosamente avaliado antes de se iniciar qualquer TH.
- Mulheres com risco de TEV (história pessoal ou familiar) e/ou com antecedente de doença cardiovascular podem se beneficiar do uso de métodos de CHs contendo apenas progestagênios, sem aumentar o risco de eventos tromboembólicos.
- A TH pela via transdérmica parece ter risco reduzido de TEV, em comparação com a via oral, na população transgênero.
- Uma estratégia plausível para atenuar o risco do TEV, em grupos de risco, é o início concomitante da anticoagulação profilática com a TH, especialmente nos 6 a 12 meses iniciais do tratamento.
- Embora os dados sobre o risco de TEV em mulheres transgênero em TH, submetidas à cirurgia, não estejam disponíveis, sugerimos interrompê-la duas a quatro semanas antes de cirurgia de grande porte com imobilização.
- Os dados de risco de TEV em TH com testosterona para homens transgênero são muito limitados, porém os estudos atuais sugerem que esse risco é inexistente ou irrelevante.

- A progesterona micronizada ou diidrogesterona tem menor risco do que outros progestagênicos, e esse risco é maior durante o primeiro ano de reposição.
- A reposição estrogênica por via transdérmica tem se mostrado mais segura que pela via oral.

CONTEXTO CLÍNICO

O uso de hormônios pode ocorrer em toda a vida da mulher, desde a menacme, para tratamento dos sangramentos uterinos anormais (SUA), até a anti-concepção e, finalmente, o climatério. Além disso, há o desafio do uso de hormônios nas mulheres transgênero. Todas essas situações podem elevar o risco de tromboembolismo venoso (TEV).

USO DE HORMÔNIOS E CONTRACEPÇÃO: QUAIS OS RISCOS DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)?

O contraceptivo hormonal (CH) tem risco variado de TEV. A seguir, os riscos dos principais métodos de CH são explicitados.

CONTRACEPTIVO HORMONAL REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO (LARC) E RISCO DE TEV: QUAL A MELHOR OPÇÃO?

A evolução do CH permitiu à mulher excelente controle de sua fertilidade, além de beneficiá-la com seus efeitos extracontraceptivos. Contudo, há os eventos adversos e, entre eles, o temido risco de TEV, que permanece sendo o mais relevante e em contínua avaliação. Em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os métodos contraceptivos contendo apenas progestagênicos não apresentam aumento no risco de TEV, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC).⁽¹⁾ Os LARCs disponíveis em nosso meio são o implante liberador de etonogestrel (ENG) e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG). As baixas taxas de falha dos LARCs ocorrem principalmente pelo fato de esses métodos serem independentes da motivação das usuárias para serem eficazes.⁽²⁾ Entre os fatores que interferem no uso de CHs, a preocupação com o TEV tem sido intensamente investigada e, desde 1998, a OMS estabeleceu que usuárias de CH oral contendo estrogênio e progestagênio apresentam risco três a seis vezes maior de ocorrência de eventos tromboembólicos. Dessa forma, os LARCs constituem a melhor opção para mulheres estratificadas como de alto risco para o TEV.⁽³⁾

QUAL O RISCO DE TEV COM CHS DE LONGA DURAÇÃO?

As revisões que analisaram o uso de CHs contendo somente progestagênicos não mostraram aumento no risco do efeito trombogênico. O efeito trombogênico dos CHs contendo progestagênicos isolados sobre o risco de

eventos tromboembólicos não mostrou diferença estatisticamente significativa que possa ser considerada no aconselhamento contraceptivo, podendo ser prescritos para mulheres com passado de trombose venosa profunda e/ou trombofilia.⁽⁴⁾

QUAL O RISCO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES COM O USO DOS LARCS?

A trombose arterial é representada pelo IAM e pelo AVC, doenças raras na menacme, mas que também apresentam associação com métodos hormonais combinados. Por outro lado, os LARCs hormonais contendo progestagênicos não têm associação com aumento de risco de IAM e AVC, podendo ser prescritos inclusive para mulheres com essas enfermidades.^(4,5) Dessa forma, em mulheres com risco para trombose venosa ou arterial, ou mesmo com passado de ocorrência de alguns desses eventos, tanto o implante de ENG como o SIU-LNG podem ser usados, em conformidade com a OMS.⁽¹⁾

QUANDO OS LARCS PODEM SER INSERIDOS?

Os LARCs podem ser inseridos em qualquer momento do ciclo menstrual e não é necessário a mulher estar menstruada para a inserção, desde que se tenha certeza de que ela não está grávida, devendo-se, na dúvida, realizar o teste de gravidez. A melhor conduta para a inserção do SIU-LNG ou implante de ENG é aguardar o próximo ciclo menstrual. Em mulheres com fluxo abundante, o SIU-LNG deve ser inserido ao final da menstruação, com o fluxo bastante diminuído ou fora do período menstrual, excluindo a possibilidade de gravidez.⁽¹⁾

HÁ OUTROS BENEFÍCIOS DESSES MÉTODOS, ALÉM DE NÃO AUMENTAR OS RISCOS DE TEV?

Os LARCs e, em especial, o SIU-LNG têm se mostrado eficazes no tratamento do sangramento uterino anormal (SUA), com redução do fluxo menstrual e melhora dos níveis de hemoglobina e ferritina. A dose mais baixa de levonorgestrel atua diretamente no útero, inibindo a síntese endometrial de receptores estrogênicos e tornando o endométrio insensível ao estradiol circulante, portanto sendo um efeito antiproliferativo levando à sua atrofia.^(5,6) Os LARCs e, em especial, o implante de ENG também são considerados os métodos mais adequados para mulheres em condições de vulnerabilidade, como, por exemplo, moradoras de rua, usuárias de drogas, profissionais do sexo, entre outras, pela facilidade de inserção e por não depender da localização intrauterina. Esse grupo vulnerável, em particular, apresenta maiores riscos de gravidez

indesejada, multiparidade, abortamento inseguro, prematuridade, óbito fetal, depressão pós-parto, tentativa de suicídio, violência, infecções sexuais e outras complicações.⁽⁷⁾ O SIU-LNG e o implante de ENG podem ser indicados para lactantes, incluindo inserções imediatas após o parto, por não se relacionarem a eventos tromboembólicos, mas apresentam maior índice de expulsão no caso do SIU-LNG. Para reduzir a incidência de expulsão, eles podem ser inseridos de seis a oito semanas após o parto. Os LARCs com progestagênios não alteram a produção de leite e o crescimento e o desenvolvimento do lactante.⁽⁸⁾

QUAL O RISCO DE TEV COM O USO DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS (COCs)?

Os COCs são largamente utilizados como método anticoncepcional, mas também trazem benefícios como, por exemplo, no tratamento de dismenorrea, SUA, acne e tensão pré-menstrual. Porém, eles aumentam o risco de TEV, portanto os médicos devem realizar uma avaliação clínica antes de prescrevê-los. Todas as formulações de COCs elevam o risco de TEV, mas pode-se minimizar esse risco escolhendo as formulações com hormônios menos trombogênicos, como, por exemplo, o levonorgestrel ou etetrol, ou ainda diminuindo a quantidade de estrogênio, como baixar de 50 para 35 mcg de etinilestradiol (EE).⁽⁹⁾ Nesse sentido, hoje se sabe que há interação entre os diferentes progestagênios e o EE. Os progestagênios com menor ação androgênica (gestodeno, desogestrel e norgestimato) e aqueles com ação antiandrogênica (acetado de ciproterona e drospirenona) apresentam risco de TEV associado maior do que os compostos com progestagênios com maior efeito androgênico (levonorgestrel, noretisterona, noretindrona e dienogeste).^(8,9) Também, a mudança do componente estrogênico, como o uso do estradiol e do etetrol, confere menor potencial trombogênico ao COC.⁽¹⁰⁾ O risco de TEV entre mulheres não usuárias, que não estão grávidas e não estão tomando hormônios é de 1-5/10.000 mulheres-ano. Entre usuárias de ACO, o risco de TEV é de 3-9/10.000 mulheres-ano. É importante ressaltar, como parâmetro, que o risco ainda é muito maior durante a gravidez, de 5-20/10.000 mulher-ano, e o pós-parto, com 40-65/10.000 mulheres-ano.⁽¹¹⁾ A incidência aumenta com a idade; em mulheres com idade de 30 a 34 anos, é de 2,5/10.000 mulheres-ano e naquelas entre 60 e 64 anos, é de 9,3/10.000 mulheres-ano.⁽¹²⁾ Os estrogênios aumentam a concentração sérica dos fatores de coagulação, como protrombina, fatores VII, VIII e X e fibrinogênio, e reduzem a dos anticoagulantes, como proteínas C e S e antitrombina. Esse risco é maior nas mulheres portadoras de trombofilias hereditárias. Porém, a pesquisa de trombofilias deve ser restrita apenas a pacientes com história pessoal ou familiar de TEV, pois a maioria

das mulheres com trombofilias hereditárias não vai ter TEV, assim como a maioria das mulheres com TEV não tem trombofilias hereditárias.⁽¹³⁾ O aumento do risco de TEV é maior nos primeiros seis meses e depois diminui até o 12º mês de uso. Após o primeiro ano, o risco estabiliza-se próximo ao risco da não usuária.⁽¹³⁾ No caso de programação de cirurgia em que for indicada a suspensão do COC, para não aumentar o risco já inerente ao procedimento cirúrgico, deve-se suspender o COC no mês anterior, período necessário para a diminuição do risco de TEV. Após a cirurgia, devem-se aguardar três meses para a reintrodução do COC, para atenuar o risco de TEV no pós-operatório. A figura 1 resume as principais indicações dos diversos métodos anticoncepcionais hormonais e o risco de TEV.

QUAIS SÃO OS RISCOS DE TEV NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO?

Os termos “transgênero” e “incongruência de gênero” descrevem uma situação em que a identidade de gênero de um indivíduo difere da anatomia sexual externa no nascimento.

Os objetivos da afirmação de gênero, na mulher transgênero, são a supressão, dentro do possível, das características masculinas e a indução de características femininas, com segurança. Pode-se realizar a TH por diversas vias, cirurgias de afirmação, além de outros procedimentos, como depilação ou fonoaudiologia.^(15,16) Dados epidemiológicos sugerem que 0,3% a 0,6% da população adulta é transgênero (há cerca de 25.000.000 pessoas transgênero em todo o mundo), mas a real prevalência depende da definição usada para classificá-la como transgênero.⁽¹⁷⁾ Por exemplo, em estudos que incluem apenas indivíduos que passaram por TH ou cirurgia de afirmação de gênero, a prevalência relatada foi de 7 a 9 por 100.000 pessoas.⁽¹⁸⁾ No entanto, em estudos que incluem o *status* de transgênero com base em autorrelato, a prevalência foi de aproximadamente 871 por 100.000 pessoas.⁽¹⁹⁾ O paciente que deseja afirmar a sua identidade de gênero deve estar ciente dos riscos e benefícios da TH e/ou da cirurgia, e deve estar apto para dar seu consentimento.^(20,21)

QUAIS OS OBJETIVOS DA TH NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO?

O objetivo usual da TH na população transgênero é induzir mudanças físicas para combinar com a identidade de gênero, mantendo os níveis hormonais na faixa fisiológica normal para o sexo-alvo.⁽²²⁾

QUAIS OS TIPOS DE ESTRÓGENOS UTILIZADOS NA TH PARA AFIRMAÇÃO DE GÊNERO?

Basicamente, os estrógenos se dividem em duas categorias: os humanos naturais (17β-estradiol [E2], estrona

[E1] e estriol [E3]) e os derivados não humanos (derivados de urina de éguas grávidas [conjugados estrógenos equinos – CEEs] ou esterificados de fontes vegetais).⁽²³⁾

A dose utilizada, normalmente maior que a usada para terapia de reposição hormonal (TH) na mulher, vai depender das mudanças físicas desejadas, do tipo de estrógeno e da via de administração.⁽²¹⁾

QUAIS OS CUIDADOS EM RELAÇÃO A MULHERES TRANSGÊNERO?

Deve haver uma avaliação cuidadosa da automedicação da TH, tanto passada quanto atual, e do risco-benefício de a mulher transgênero se submeter ao tratamento.⁽²⁴⁾ Vários estudos demonstraram um risco aumentado de TEV em indivíduos transgênero que recebem TH cruzada, particularmente nas mulheres transgênero em uso de estrógenos. Porém, a maioria das informações é extrapolada de dados e estudos clínicos realizados para avaliação de contracepção e TH do climatério.⁽²⁵⁾

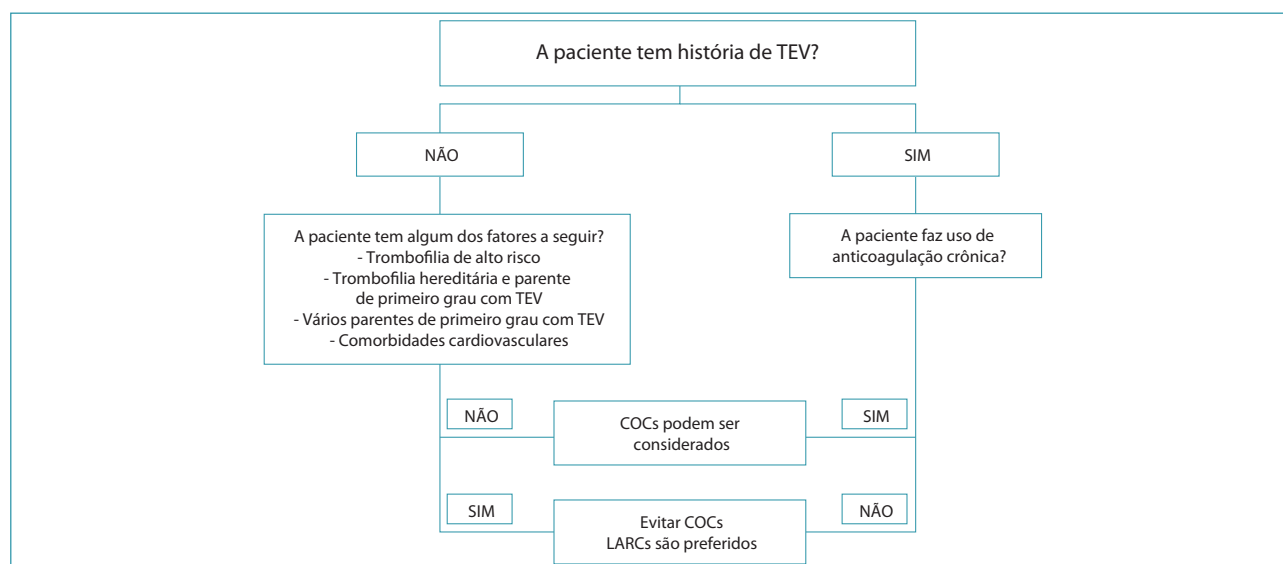
Porém, essa extrapolação é limitada, pois há grandes diferenças nas doses utilizadas e na duração do seu uso.

QUAIS AS COMPLICAÇÕES DA TH A CURTO PRAZO?

As complicações mais frequentes a curto prazo da TH são os eventos cardiovasculares, incluindo o TEV, e sua prevalência está relacionada ao tipo e às doses utilizadas e, principalmente, à via de administração. A via oral induz o efeito de primeira passagem hepática, com aumento dos fatores pró-trombóticos, enquanto as vias não orais, particularmente a transdérmica, não parece induzir o aumento do TEV.⁽²⁵⁾ Isso pode ser determinante na escolha

da TH inicial, em que a via transdérmica passa a ser a via preferencial em mulheres transgênero com história pessoal de TEV espontânea, história familiar de TEV ou portadoras de trombofilias. É importante lembrar que, para essa população, a TH não é eletiva, e sim uma necessidade absoluta para obter o fenótipo desejado, e que em muitos lugares as mulheres transgênero estão à margem da sociedade, não tendo acesso a profissionais habilitados para a sua prescrição.⁽²⁵⁾ Como consequência, muitas vezes os estrógenos são obtidos de forma ilegal e usados como automedicação, sem orientação quanto à composição, às doses e às vias seguras, especialmente para o grupo de risco específico para TEV.

Outro ponto para reflexão é que as vias não orais da TH são usualmente mais caras do que a via oral e, portanto, inacessíveis para a maioria.⁽²⁶⁾ Uma estratégia plausível para atenuar o risco do TEV em grupos de risco é o início concomitante da anticoagulação profilática com a TH, especialmente nos 6 a 12 meses iniciais do tratamento.⁽²⁶⁾ Diversos estudos relatam que os CEEs, mais utilizados no Estados Unidos, são mais trombogênicos que o E2, mais utilizado na Europa.⁽²⁵⁾ Em um estudo retrospectivo de mais de 1.000 indivíduos transgênero, a incidência de complicações tromboembólicas venosas foi de 2% a 6% em mulheres transgênero tratadas com EE oral.^(27,28) Essa taxa foi aproximadamente 20 vezes maior do que a da população do sexo masculino controle. Em um estudo de acompanhamento da mesma coorte, nenhum risco aumentado foi observado em usuários de preparações de estrógenos, além do EE, portanto, com base nessas observações, as diretrizes atuais não recomendam o uso de EE.⁽²⁹⁾ No entanto, o TEV também foi observado com outras formulações de estrógenos. Em um estudo com 214 mulheres transgênero que receberam estradiol por



TEV: tromboembolismo venoso; COCs: contraceptivos orais combinados; LARCs: contraceptivos reversíveis de ação prolongada.

Fonte: Adaptada de Abou-Ismaïl MY, et al. (2020).⁽¹⁴⁾

Figura 1. Fluxograma das recomendações do uso de contraceptivos e risco de tromboembolismo venoso

via oral, transdérmica ou gel de estradiol, 11 (5,1%) tiveram TEV. Nenhum evento foi observado nos grupos de controle de homens ou mulheres cisgênero. Outros fatores de risco associados naqueles que tiveram TEV incluíram imobilização após a cirurgia, tabagismo ou distúrbio de hipercoagulabilidade.⁽³⁰⁾ Em um estudo de coorte baseado em prontuário eletrônico que incluiu 2.842 mulheres transgênero pareadas com aproximadamente 48.000 homens cisgênero e 48.000 mulheres cisgênero, as mulheres transgênero tiveram incidência maior de TEV do que ambos os grupos controles.⁽³¹⁾ A maioria das mulheres transgênero estava recebendo estradiol por via oral, em dose diária média de 4 mg (intervalo de 1 a 10 mg), a mesma para aqueles que não tiveram TEV. A diferença foi mais pronunciada com o seguimento dos pacientes, com diferenças de risco absoluto de dois e oito anos de 4,1 e 16,7, respectivamente, por 1.000 pessoas, em relação aos homens cisgênero, e 3,4 e 13,7, respectivamente, por 1.000 pessoas em relação às mulheres cisgênero. Esse padrão é diferente daquele observado em mulheres na pós-menopausa que fazem uso de TH, nas quais o risco de TEV é maior no primeiro ano de uso e depois diminui progressivamente. Isso sugere que o monitoramento a longo prazo é fundamental nessa população.

Embora os dados sobre o risco de TEV em mulheres transgênero em TH submetidas à cirurgia não estejam disponíveis, sugerimos interromper a terapia com estrógeno duas a quatro semanas antes de cirurgia de grande porte com imobilização. Uma vez que esses indivíduos estejam totalmente recuperados e com retorno às suas atividades usuais, a TH com estrógeno pode ser retomada, normalmente dentro de quatro semanas.⁽³¹⁾ A prevalência de trombofilias parece ser a mesma na população transgênero e na população em geral. Portanto, a sua triagem de rotina pré-TH não é sugerida.⁽¹⁵⁾

QUAIS OS CUIDADOS EM RELAÇÃO À TERAPIA DE SUPRESSÃO ANDROGÊNICA?

A maioria dos regimes de TH para afirmação do gênero em mulheres transgênero inclui uma segunda droga, com o intuito de suprimir a produção ou contrapor os efeitos dos androgênios, particularmente da testosterona.⁽²³⁾ A droga mais utilizada para esse objetivo é a espironolactona, um diurético poupador de potássio que possui interação com receptores de esteroides hormonais, especialmente dos receptores de androgênio, inibindo a produção de androgênios e da 5 α -redutase, enzima conversora de testosterona em di-hidrotestosterona (DHT).⁽²³⁾ Outras drogas utilizadas para esse fim são os inibidores da 5 α -redutase (finasterida), os bloqueadores dos receptores androgênicos (flutamida), os progestagênios e os hormônios agonistas/antagonistas da secreção de gonadotropina. Não há associação desses medicamentos com o aumento de incidência de TEV.

EXISTE AUMENTO DE RISCO DE TEV EM TH PARA HOMENS TRANSGÊNERO?

Os dados sobre risco de TEV em TH com testosterona para homens transgênero são muito limitados, porém os estudos atuais sugerem que esse risco é inexistente ou irrelevante.⁽²⁵⁾

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TH) NO CLIMATÉRIO: QUAL O RISCO DE TEV?

A TH no climatério pode ou não aumentar o risco de TEV. A seguir, as principais recomendações são discutidas.

COMO AVALIAR O RISCO DE TROMBOSE NA TH NO CLIMATÉRIO?

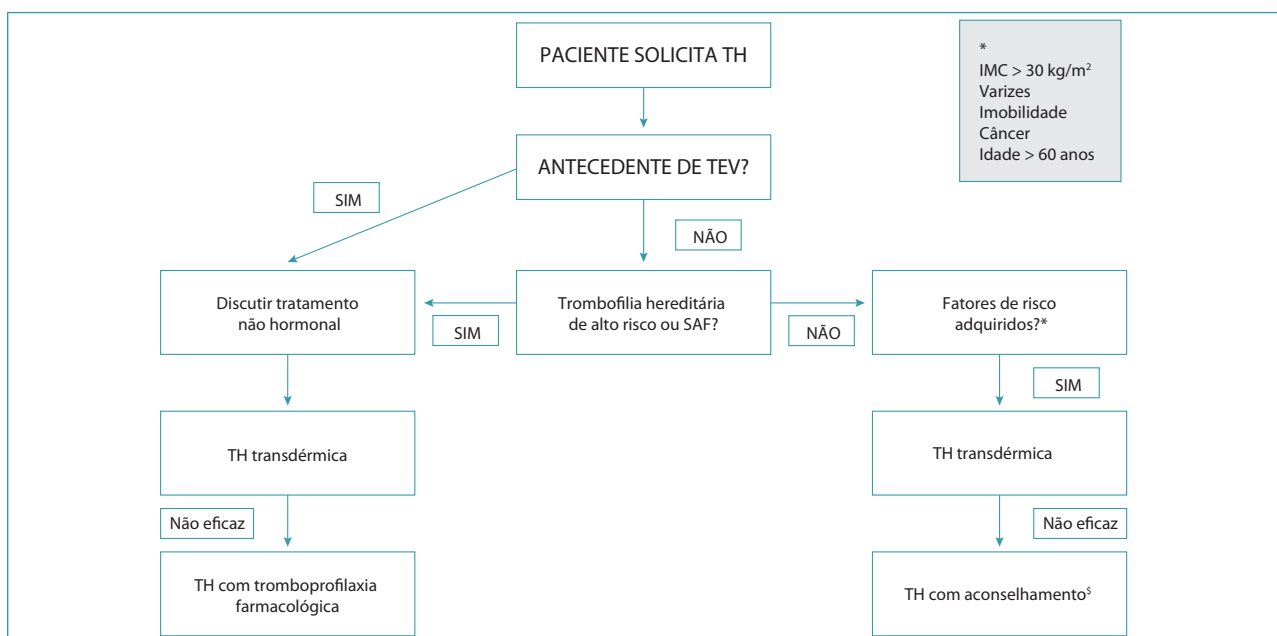
As recomendações para TH no climatério e risco de TEV podem ser observadas na figura 2.

HÁ AUMENTO DO RISCO DE TEV COM A TH?

Beral et al.⁽³³⁾ resumiram os resultados dos estudos clássicos de TH e risco de TEV. Esses estudos foram prospectivos, controlados por placebo, com mais de 20.000 mulheres, com período de observação de quatro a nove anos. Em resumo, eles afirmaram que a TH aumenta significativamente o risco de TEV, com um risco relativo (RR) de 2,16. O estudo ESTHER compreendeu 155 casos com TH e 381 controles.⁽³⁴⁾ Os resultados mostraram não apenas um RR significativo de TEV em usuárias de reposição oral de estrogênios (RR: 3,5; intervalo de confiança [IC]: 1,8-6,8), em comparação com mulheres sem tratamento, mas também com mulheres submetidas a tratamento transdérmico (RR: 4; IC: 1,9-8,3).⁽³⁴⁾ Estudo recente com 80.396 mulheres no Reino Unido,⁽³⁵⁾ no entanto, não demonstrou aumento do risco de TEV na reposição hormonal transdérmica, e um estudo sueco com mais de 1 milhão de pacientes demonstrou a segurança dessa via.⁽³⁶⁾ Um estudo com tibolona em mulheres na pós-menopausa evidenciou aumento de risco de AVC (RR: 2,2), mas não de TEV, nessas pacientes.⁽³⁷⁾ Uma ampla revisão sobre a reposição hormonal com testosterona no climatério para o desejo sexual hipotativo foi publicada recentemente.⁽³⁸⁾ O risco de TEV com o uso de testosterona transdérmica, monitorando a testosterona livre dentro dos valores de referência, sem outros fatores adquiridos, parece ser mínimo, porém os resultados dos estudos são controversos.⁽³⁹⁾

PACIENTE EM USO DE ANTICONCEPCIONAL COMBINADO APRESENTA EPISÓDIO DE TEV. COMO PROCEDER?

A paciente vai ser anticoagulada por um período mínimo de 3 a 6 meses e planejar a inserção de um LARC antes do final da anticoagulação. Dessa forma, a paciente não fica desprotegida quanto a uma gravidez indesejada.⁽⁴⁰⁾



*Estão descritos os principais fatores de risco adquiridos. Pode haver outros.

§Aconselhamento significa estar alerta aos sinais de risco de TEV, bem como evitar situações de risco como imobilização, desidratação e planejamento de cirurgias.

TH: terapia hormonal; TEV: tromboembolismo venoso; SAF: síndrome antifosfolípide; IMC: índice de massa corporal.

Fonte: Adaptada de Lekovic D, et al. (2017).⁽³²⁾

Figura 2. Fluxograma para decisão de tratamento hormonal ou não no climatério e risco de tromboembolismo venoso

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os LARCs são métodos contraceptivos reversíveis, altamente efetivos e associados a altas taxas de continuidade e satisfação, quando a mulher é adequadamente aconselhada, com forte impacto nos indicadores da saúde feminina, sem aumentar o risco de TEV, ao contrário dos CHs combinados. Apesar de serem um método anticoncepcional muito utilizado, os COCs devem ser prescritos com cuidado. O ginecologista deve estar apto a entender as situações de risco, minimizando-os, podendo indicar para a mulher o melhor método. A TH continua a ser uma ferramenta muito importante no tratamento do climatério. A habilidade de escolher a preparação de TH ideal para cada paciente deve ser baseada em uma compreensão dos vários efeitos clínicos e metabólicos da TH, dependendo da composição, dosagem e modo de aplicação. A via transdérmica para TH é a de menor risco para TEV. Vários estudos demonstraram risco aumentado de TEV em indivíduos transgênero que recebem TH cruzada, particularmente nas mulheres transgênero em uso de estrógenos. Porém, a maioria das informações é extrapolada de dados e estudos clínicos realizados para avaliação de contracepção e TH do climatério.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration [Internet]. 3rd ed. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Dec 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>
2. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
3. van Hylckama Vlieg A, Hermerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendall FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009;339:b2921. doi: 10.1136/bmj.b2921
4. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin- only contraceptive and thromboembolism: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):678-700. doi: 10.1016/j.contraception.2016.04.014
5. Kaunitz AM, Bissonnette F, Monteiro I, Lukkari-Lax E, Muysers C, Jensen JT. Levonorgestrel-releasing intrauterine system or medroxyprogesterone for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;116(3):625-32. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181ec622b
6. Sakamoto LC, Malavasi AL, Karasin AL, Frajzinger RC, Araújo MR, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod Clim*. 2015;30(3):102-7. doi: 10.1016/j.recli.2015.09.005
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção. Protocolo N° 64).
8. Morimont L, Haguët H, Dogné JM, Gaspard U, Douxfils J. Combined oral contraceptives and venous thromboembolism: review and perspective to mitigate the risk. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:769187. doi: 10.3389/fendo.2021.769187

9. Grandi G, Facchinetti F, Bitzer J. Confirmation of the safety of combined oral contraceptives containing oestradiol on the risk of venous thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022;27(2):83-4. doi: 10.1080/13625187.2022.2029397
10. Dinger JC, Heinemann LA, Kühl-Habich D. The safety of a drospirenone containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception*. 2007;75(5):344-54. doi: 10.1016/j.contraception.2006.12.019
11. Heinemann LA, Dinger JC, Assmann A, Minh TD. Use of oral contraceptives containing gestodene and risk of venous thromboembolism: outlook 10 years after the third-generation "pill scare". *Contraception*. 2010;81(5):401-7. doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.014
12. Nascimento CM, Machado AM, Guerra JC, Zlotnik E, Campêlo DH, Kauffman P, et al. Consenso sobre a investigação de trombofilia em mulheres e manejo clínico. *Einstein (São Paulo)*. 2019;17(3):eAE4510. doi: 10.31744/einstein_journal/2019AE4510
13. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Arch Intern Med*. 2000;160(1):49-52. doi: 10.1001/archinte.160.1.49
14. Abou-Ismaïl MY, Citla Sridhar D, Nayak L. Estrogen and thrombosis: a bench to bedside review. *Thromb Res*. 2020;192:40-51. doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.008
15. Safer JD, Tangpricha V. Care of the transgender patient. *Ann Intern Med*. 2019;171(1):ITC1. doi: 10.7326/AITC201907020
16. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health*. 2012;102(1):118-22. doi: 10.2105/AJPH.2011.300315
17. Reisner SL, Conron KJ, Tardiff LA, Jarvi S, Gordon AR, Austin SB. Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: validity of natal sex and gender identity survey items in a U.S. national cohort of young adults. *BMC Public Health*. 2014;14:1224. doi: 10.1186/1471-2458-14-1224
18. Herman JL, Flores AR, O'Neill KK. How many adults and youth identify as transgender in the United States? [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>
19. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of transgender depends on the "case" definition: a systematic review. *J Sex Med*. 2016;13(4):613-26. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.02.001
20. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet*. 2016;388(10042):390-400. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8
21. Gooren LJ. Clinical practice. Care of transsexual persons. *N Engl J Med*. 2011;364(13):1251-7. doi: 10.1056/NEJMcp1008161
22. Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; a review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol*. 2015;2(2):55-60. doi: 10.1016/j.jcte.2015.02.003
23. Gooren L. Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Horm Res*. 2005;64 Suppl 2:31-6. doi: 10.1159/000087751
24. Randolph JF Jr. Gender-affirming hormone therapy for transgenders female. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(4):705-21. doi: 10.1097/GRF.0000000000000396
25. Becerra Fernández A, de Luis Román DA, Piédrola Maroto G. [Morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone self-treatment]. *Med Clin (Barc)*. 1999;113(13):484-7. Spanish.
26. Mullins ES, Geer R, Metcalf M, Piccola J, Lane A, Conard LA, et al. Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*. 2021;147(4):e2020023549. doi: 10.1542/peds.2020-023549
27. Asscheman H, T'Sjoen G, Lemaire A, Mas M, Meriggiola MC, Mueller A, et al. Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review. *Andrologia*. 2014;46(7):791-5. doi: 10.1111/and.12150
28. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, de Ronde WP, van Trotsenburg MA, Gooren LJ. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*. 2011;164(4):635-42. doi: 10.1530/EJE-10-1038
29. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *Eur J Endocrinol*. 2013;169(4):471-8. doi: 10.1530/EJE-13-0493
30. Getahun D, Nash R, Flanders WD, Baird TC, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, et al. Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2018;169(4):205-13. doi: 10.7326/M17-2785
31. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med*. 2012;9(10):2641-51. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x
32. Lekovic D, Miljic P, Dmitrovic A, Thachil J. How do you decide on hormone replacement therapy in women with risk of venous thromboembolism? *Blood Rev*. 2017;31(3):151-7. doi: 10.1016/j.blr.2016.12.001
33. Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomized trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet*. 2002;360(9337):942-4. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11032-4
34. Canonico M, Orger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*. 2007;115(7):840-5. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280
35. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2019;364:k4810. doi: 10.1136/bmj.k4810
36. Sundell M, Spetz Holm AC, Fredrikson M, Hammar M, Hoffmann M, Brynhildsen J. Pulmonary embolism in menopausal hormone therapy: a population-based register study. *Climacteric*. 2022;25(6):615-21. doi: 10.1080/13697137.2022.2127352
37. Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD, Kenemans P, Stathopoulos V, Verweij P, et al. The effects of tibolone in older postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2008;359(7):697-708. doi: 10.1056/NEJMoa0800743
38. Uloko M, Rahman F, Puri LI, Rubin RS. The clinical management of testosterone replacement therapy in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a review. *Int J Impot Res*. 2022;34(7):635-41. doi: 10.1038/s41443-022-00613-0
39. Nicholson M, Chan N, Bhagirath V, Ginsberg J. Prevention of venous thromboembolism in 2020 and beyond. *J Clin Med*. 2020;9(8):2467. doi: 10.3390/jcm9082467
40. James AH. Pregnancy, contraception and venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism). *Vasc Med*. 2017;22(2):166-9. doi: 10.1177/1358863X17690601

Como citar:

Barros VI, Oliveira AL, Nascimento DJ, Zlotnik E, Teruchkin MM, Marques MA, et al. Uso de hormônios e risco de tromboembolismo venoso. *Femina*. 2024;52(2):91-8.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Use of hormones and risk of venous thromboembolism", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;2.

Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros

Clínica Obstétrica, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

André Luiz Malavasi Longo de Oliveira

Clínica Obstétrica, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Denis Jose do Nascimento

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Eduardo Zlotnik

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

Marcelo Melzer Teruchkin

Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil.

Marcos Arêas Marques

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Paulo Francisco Ramos Margarido

Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso e Hemorragia na Mulher da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**Presidente:**

Venina Isabel Poco Viana Leme de Barros

Vice-presidente:

André Luiz Malavasi Longo de Oliveira

Secretário:

Paulo Francisco Ramos Margarido

Membros:

Ana Maria Kondo Igai

Cristiano Caetano Salazar

Dênis José Nascimento

Eduardo Zlotnik

Egle Cristina Couto

Eliane Azeka Hase

Fernanda Andrade Orsi

Joaquim Luiz de Castro Moreira

Marcelo Melzer Teruchkin

Marcos Arêas Marques

Mônica Cristina da Costa Drago Souza

Valeria Doria Mendes da Costa

Descritores

Gravidez de alto risco;
Hipertensão induzida pela
gravidez; Complicações
cardiovasculares na gravidez;
Diabetes gestacional; Obesidade

Keywords

High risk pregnancy;
Pregnancy-induced hypertension;
Cardiovascular complications
in pregnancy; Gestational
diabetes; Obesity

Submetido:

19/09/2023

Aceito:

21/11/2023

1. Universidade da Região de
Joinville, Joinville, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Eduardo Manoel Pereira
Rua Paulo Malschitski, 10, Zona
Industrial Norte, 89219-710, Joinville,
SC, Brasil
eduardo_manoel@yahoo.com.br

Como citar:

Trombelli MC, Pereira EM, Paladino
SL. Perfil epidemiológico de
gestantes obesas, hipertensas e
diabéticas de uma maternidade do
norte de Santa Catarina – Brasil.
Femina. 2024;52(2):99-107.

Perfil epidemiológico de gestantes obesas, hipertensas e diabéticas de uma maternidade do norte de Santa Catarina – Brasil

Epidemiological Profile of obese, hypertensive and diabetic Pregnant Women of a maternity hospital in northern Santa Catarina – Brazil

Melody Cristina Mansani Carraro Trombelli¹, Eduardo Manoel Pereira¹, Sandra Luft Paladino¹

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de gestantes com hipertensão, diabetes e obesidade no serviço de pré-natal de alto risco de uma maternidade no norte de Santa Catarina, onde foi realizado este estudo. **Métodos:** Estudo transversal acerca das características epidemiológicas e clínicas de 174 gestantes maiores de 18 anos em atendimento no pré-natal de alto risco. **Resultados:** As gestantes eram, na maioria (80%), jovens (18 a 35 anos), pardas (24,1%), com ensino médio completo (40,5%) e renda *per capita* de até um salário mínimo (58,1%). Os percentuais de hipertensão e diabetes foram mais elevados acima dos 35 anos. Foi elevado o percentual de mulheres obesas (17%) e com diabetes (≈24%), com histórico elevado dessas doenças na família (≈63%). Correlação estatisticamente significativa de diabetes com a idade foi encontrada. Verificou-se também tendência de associação de hipertensão com a idade gestacional e transtornos do sono. **Conclusão:** Essas condições estão intimamente ligadas com a saúde pré-concepcional, sendo, muitas vezes, modificáveis. O incremento de ações de melhoria da qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva é um recurso para a redução desses agravos. Ainda, a precoce identificação deles pelos profissionais que realizam acompanhamento pré-natal pode reduzir a incidência de gestações de alto risco sem acompanhamento especializado.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to characterize the clinical and epidemiological profile of pregnant women with hypertension, diabetes, and obesity in the high-risk prenatal service of a maternity hospital in northern Santa Catarina. **Methods:** The present was a cross-sectional study that involved 174 pregnant women over 18 years of age and in high-risk prenatal care. **Results:** The women were mostly (80%) young (18 to 35 years), brown (24.1%), with complete high school education (40.5%), and per capita income up to a minimum wage (58.1%). The percentages of hypertension and diabetes were higher above 35 years of age. High percentage of obese (17%) and diabetic (≈24%) women were found, most with family history to these diseases (≈63%).

*Statistically significant correlation was found between diabetes and age. Hypertension tended to associate with gestational age and sleep disorders. **Conclusion:** These conditions are intricately linked with preconception health and are, frequently, modifiable. The increase of actions to improve the quality of life of women in reproductive age is a strategy to reduce these diseases. Furthermore, the early identification of these by prenatal follow-up professionals may reduce the incidence of high-risk pregnancies without specialized follow-up.*

INTRODUÇÃO

O período gestacional, apesar de fisiológico, apresenta peculiaridades relacionadas às alterações do organismo materno, que chamam a atenção para a necessidade de um olhar mais atento para a população de gestantes, que apresenta variados níveis de risco para uma evolução desfavorável. Para tal, as assistências pré-natal, ao parto e ao recém-nascido são as principais ações dos serviços de saúde para atender a essa demanda.⁽¹⁾

A assistência pré-natal apresenta características variadas ao redor do mundo, sendo fator de impacto importante na prevenção das mortalidades materna e neonatal, constituindo um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs).⁽²⁾ A referência para os cuidados é determinada pela Organização Mundial de Saúde, que atualiza com frequência as recomendações mínimas para a assistência à gestante, garantindo a segurança do desenvolvimento do feto e da saúde materna.⁽³⁾ No Brasil, o Programa de Assistência Pré-natal oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) adota estratégias para a identificação das gestantes de alto risco, que seguem um protocolo diferenciado, mas ainda não totalmente padronizado por todo o território nacional.⁽⁴⁾

A gestação de alto risco envolve fatores predisponentes, como a idade e comorbidades preexistentes ou desenvolvidas durante a gestação. No Brasil, a assistência às mulheres com gestação de risco ainda é muito variada, mesmo com as importantes melhorias a partir dos anos 2000, por meio do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) e a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede Cegonha, instituídas pelo Ministério da Saúde em 2011.^(5,6)

Patologias que levam à classificação de uma gestação como de alto risco podem estar associadas a alterações fetais ou em seus anexos desde o início do desenvolvimento embrionário, principalmente no processo de placentação. Destaca-se a presença de diabetes, obesidade e síndromes hipertensivas da gravidez, particularmente a pré-eclâmpsia.⁽⁷⁾ Tais comorbidades implicam redução da perfusão uteroplacentária, aumentando o risco de complicações maternas e fetais em curto e longo prazo.^(1,7) No diabetes e na obesidade materna, devido à presença de altos níveis de hemoglobina glicada, cai a afinidade dessa proteína pelo oxigênio, o que pode comprometer o desenvolvimento ade-

quado da placenta e reduzir a capacidade desse órgão de promover as trocas gasosas e fornecer os nutrientes necessários ao feto.⁽⁷⁾

A pré-eclâmpsia é uma das causas principais de mortalidade materna em diversos países.⁽⁸⁾ Sua fisiopatologia envolve uma placentação superficial, devido à invasão debilitada do sinciotrofoblasto no estroma uterino.⁽⁹⁾ Assim, há déficit na remodelação das artérias espiraladas uterinas, que deveriam modificar sua conformação para aumentar o aporte de oxigênio e nutrientes, o que compromete o desfecho gestacional e causa distúrbio inflamatório e hipertensiva sistêmica na gestante.⁽⁸⁾

Em vista da importância da identificação precoce desses fatores de risco para o encaminhamento ao atendimento especializado, objetivou-se traçar o perfil clínico-epidemiológico de gestantes atendidas por uma maternidade pública Amiga da Criança do norte de Santa Catarina (Brasil) com as comorbidades de maior prevalência no país, que são, principalmente, hipertensão, diabetes e obesidade.⁽¹⁰⁻¹²⁾

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal conduzido após a aprovação do projeto de pesquisa por Comitê de Ética (Parecer nº 3.276.544/2019). Foram incluídas gestantes ou puérperas atendidas no referido serviço, com 18 anos ou mais, sem enfermidades de caráter autoimune, infeccioso ou genético que não as de estudo no presente trabalho. Foram critérios de exclusão a desistência da participação na pesquisa e o abandono do pré-natal no referido serviço. De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, a instituição estudada realiza, em média, 400 partos ao mês e 1.147 atendimentos no Ambulatório de Alto Risco mensalmente. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2019. Os dados provêm de entrevistas (conduzidas após a autorização das participantes por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e de informações complementares obtidas no sistema de informação Micromed. Para determinar possíveis correlações entre a ocorrência de hipertensão, diabetes e obesidade e as características epidemiológicas e clínicas das gestantes, foi realizado o teste de correlação de Pearson, cujos coeficientes associados a valores de P menores que 0,05 foram considerados significativos.

RESULTADOS

Um total de 174 participantes foi alcançado, sendo 170 gestantes e quatro puérperas. Não houve exclusão de participantes. A população desta amostra é de faixa etária jovem, estando cerca de 80% entre os 18 e 35 anos (menor e maior idade, respectivamente, de 18 e 43 anos, média de 26,7 anos). Houve predomínio da autodenominação de cor parda (24,1%), constituição familiar patriarcal (89,7%), nível educacional de ensino médio com-

pleto (40,5%), com trabalho remunerado (57,5%) e renda *per capita* de até um salário mínimo (58,1%). A tabela 1 apresenta mais detalhes da caracterização das participantes. Em relação às comorbidades apresentadas pelas gestantes, a hipertensão esteve presente em 21% das participantes. Já em relação ao diabetes, somados os diagnósticos de *diabetes mellitus* dos tipos 1, 2 e gestacional, 24% das participantes o apresentaram. Quanto ao estado nutricional, aproximadamente 17% das mulheres estavam obesas no momento da avaliação. Autopercepção de possibilidade de comprometimento do sono foi indicada por 21,3% das participantes, sendo insônia o distúrbio mais prevalente, presente em 92% das participantes dessa categoria. Além disso, 12,1% das participantes eram trabalhadoras noturnas. No momento da entrevista, 41% das gestantes se encontravam no terceiro trimestre gestacional e estavam vivenciando sua segunda gestação. Mais da metade (65,5%) eram sedentárias e apresentavam os comportamentos de risco, respectivamente: tabagismo (26,4% fumaram até o momento ou pelo menos até saberem que gestavam), consumo de bebida alcoólica (quase 34% faziam uso de álcool ou o fizeram até saberem que gestavam) e uso de drogas ilícitas (cerca de 5% das participantes fizeram ou fazem uso de drogas durante a atual gestação).

Tabela 1. Características das participantes do estudo

Características	n (%)
Idade (anos)	18 a 35 139 (79,9)
	>35 35 (20,1)
Raça	Branca 36 (20,7)
	Negra 24 (13,8)
	Parda 42 (24,1)
	Amarela 4 (2,3)
	Indígena 1 (0,6)
	Indefinida 1 (0,6)
Estado civil	Casada/união consensual 68 (39,1)
	Outro 106 (60,9)
Tipo familiar	Patriarcal 156 (89,7)
	Monoparental feminina 15 (8,6)
	Homoafetiva 3 (1,7)
Educação (n = 173)	Fundamental incompleto 20 (11,5)
	Fundamental completo 18 (10,4)
	Médio incompleto 32 (18,5)
	Médio completo 70 (40,5)
	Superior incompleto 14 (8,1)
	Superior completo 19 (11,0)
Trabalha	Sim 100 (57,5)
	Não 74 (42,5)
Renda familiar (SM) (n = 167)	≥3 161 (96,4)
	<3 6 (3,6)
Renda <i>per capita</i> (n = 167)	≥1 SM 70 (41,9)
	<1SM 97 (58,1)

Hipertensa	Não	137 (78,7)
	Sim	37 (21,3)
Diabética	Não	133 (76,4)
	Sim	41 (23,6)
Obesa	Não	145 (83,3)
	Sim	29 (16,7)
Distúrbios do sono	Não	137 (78,7)
	Sim	37 (21,3)
Trabalha à noite	Não	153 (87,9)
	Sim	21 (12,1)
Idade gestacional (T)	1º T	31 (17,9)
	2º T	67 (38,7)
	3º T	71 (41,0)
	Puérpera	4 (2,3)
Número de gestações	Gesta 1	42 (24,1)
	Gesta 2	55 (31,6)
	Gesta 3	36 (20,7)
	Gesta 4 ou mais	41 (23,6)
Histórico familiar de HAS	Não	54 (31,0)
	Sim	120 (69,0)
Histórico familiar de DM	Não	65 (37,3)
	Sim	109 (62,6)
Histórico familiar de OBES	Não	111 (63,8)
	Sim	63 (36,2)
Sedentarismo	Não	60 (34,5)
	Sim	114 (65,5)
Tabaco	Não	128 (73,6)
	Sim	46 (26,4)
Álcool	Não	115 (66,0)
	Sim	59 (33,9)
Drogas ilícitas	Não	165 (94,8)
	Sim	9 (5,2)

SM: salário mínimo 2019 (1 SM = R\$ 998,00); T: trimestre; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: *diabetes mellitus*; OBES: obesidade.

A maioria (71,4%) das gestantes hipertensas encontra-se na faixa etária acima dos 35 anos de idade. O nível educacional prevalente foi o de ensino médio completo (40,5%). Houve tendência de correlação entre a presença de hipertensão e de distúrbios de sono e entre a hipertensão e o segundo trimestre gestacional, mas que não atingiram significância estatística (Tabela 2).

Observou-se correlação estatisticamente significativa entre diabetes e a idade das participantes ($r = 0,286$ (Tabela 3). A idade gestacional e o consumo de bebidas alcoólicas tenderam a estar correlacionados à presença de diabetes, porém não atingiram significância estatística.

Nenhuma das características das gestantes apresentou correlação significativa com a obesidade gestacional (Tabela 4). Porém, é possível observar que as participan-

Tabela 2. Correlação das características das participantes do estudo de acordo com a presença de hipertensão durante a gestação

Características		Hipertensão			r
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	
Idade (anos)	18 a 35	132 (94,9)	7 (5,1)	139 (79,9)	0,022
	>35	10 (28,6)	25 (71,4)	35 (20,1)	
Raça	Branca	11 (30,6)	25 (69,4)	36 (20,7)	-0,062
	Negra	20 (83,3)	4 (16,6)	24 (13,8)	
	Parda	36 (85,7)	6 (14,3)	42 (24,1)	
	Amarela	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (2,3)	
	Indígena	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
	Indefinida	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Estado civil	Casada/união consensual	56 (82,4)	12 (17,6)	68 (39,1)	0,083
	Outro	81 (76,4)	25 (23,6)	106 (60,9)	
Tipo familiar	Patriarcal	123 (78,8)	33 (21,2)	156 (89,7)	0,057
	Monoparental feminina	11 (73,3)	4 (26,6)	15 (8,6)	
	Homoafetiva	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,7)	
Educação (n = 173)	Fundamental incompleto	16 (80,0)	4 (20,0)	20 (11,5)	-0,049
	Fundamental completo	16 (88,9)	2 (11,1)	18 (10,4)	
	Médio incompleto	24 (75,0)	8 (25,0)	32 (18,5)	
	Médio completo	52 (74,3)	18 (25,7)	70 (40,5)	
	Superior incompleto	11 (78,6)	3 (21,4)	14 (8,1)	
	Superior completo	16 (84,2)	3 (15,8)	19 (11,0)	
Trabalha	Sim	77 (77,0)	23 (23,0)	100 (57,5)	-0,043
	Não	60 (81,1)	14 (18,9)	74 (42,5)	
Renda familiar (SM) (n = 167)	≥3	127 (78,9)	34 (21,1)	161 (96,4)	0,055
	<3	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (3,6)	
Renda per capita (n = 167)	≥1 SM	54 (77,1)	16 (22,9)	70 (41,9)	0,031
	<1SM	78 (80,4)	19 (19,6)	97 (58,1)	
Distúrbios do sono	Não	112 (81,8)	25 (18,2)	137 (78,7)	0,142
	Sim	25 (67,6)	12 (32,4)	37 (21,3)	
Trabalha à noite	Não	121 (79,1)	32 (20,9)	153 (87,9)	0,023
	Sim	16 (76,2)	5 (23,8)	21 (12,1)	
Idade gestacional (n = 173)	1º T	27 (87,1)	4 (12,9)	31 (24,1)	0,110
	2º T	56 (83,6)	11 (16,4)	67 (31,6)	
	3º T	51 (71,3)	20 (28,2)	71 (20,7)	
	Puérpera	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (23,6)	
Número de gestações	Gesta 1	35 (83,3)	7 (16,7)	42 (24,1)	-0,008
	Gesta 2	40 (72,7)	15 (27,3)	55 (31,6)	
	Gesta 3	29 (80,6)	7 (19,4)	36 (20,7)	
	Gesta 4 ou mais	33 (80,5)	8 (19,5)	41 (23,6)	
Sedentarismo	Não	50 (83,3)	10 (16,7)	60 (34,5)	0,052
	Sim	88 (77,2)	26 (22,8)	114 (65,5)	
Tabaco	Não	101 (78,9)	27 (21,1)	128 (73,6)	-0,025
	Sim	38 (82,6)	8 (17,4)	46 (26,4)	
Álcool	Não	105 (91,3)	10 (8,7)	115 (66,0)	0,075
	Sim	32 (54,2)	27 (45,8)	59 (33,9)	
Drogas ilícitas	Não	130 (78,8)	35 (21,2)	165 (94,8)	0,005
	Sim	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (5,2)	

SM: salário mínimo 2019 (1 SM = R\$ 998,00); T: trimestre; r: coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 3. Correlação das características das participantes do estudo de acordo com a presença de diabetes durante a gestação

Características		Diabetes			r
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	
Idade (anos)	18 a 35	112 (88,2)	27 (11,8)	139 (79,9)	0,286
	>35	21 (60,0)	14 (40,0)	35 (20,1)	
Raça	Branca	9 (25,0)	27 (75,0)	36 (20,7)	-0,114
	Negra	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (13,8)	
	Parda	34 (81,0)	8 (19,0)	42 (24,1)	
	Amarela	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (2,3)	
	Indígena	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
	Indefinida	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Estado civil	Casada/união consensual	54 (79,4)	14 (20,6)	68 (39,1)	-0,037
	Outro	79 (74,5)	27 (25,5)	106 (60,9)	
Tipo familiar	Patriarcal	117 (75,0)	39 (25,0)	156 (89,7)	-0,070
	Monoparental feminina	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (8,6)	
	Homoafetiva	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,7)	
Educação	Fundamental incompleto	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (11,5)	-0,079
	Fundamental completo	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (10,4)	
	Médio incompleto	30 (93,8)	2 (6,2)	32 (18,5)	
	Médio completo	49 (70,0)	21 (30,0)	70 (40,5)	
	Superior incompleto	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (8,1)	
	Superior completo	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (11,0)	
Trabalha	Sim	81 (81,0)	19 (19,0)	100 (57,5)	0,132
	Não	62 (83,8)	22 (16,2)	74 (42,5)	
Renda familiar (SM) (n = 167)	≥3	121 (75,2)	40 (24,8)	161 (96,4)	0,025
	<3	6 (100,0)	0 (0,0)	6 (3,6)	
Renda per capita (n = 167)	≥1 SM	53 (75,7)	17 (24,3)	70 (41,9)	-0,016
	<1 SM	74 (76,3)	23 (23,7)	97 (58,1)	
Distúrbios do sono	Não	105 (76,6)	32 (23,4)	137 (78,7)	0,009
	Sim	28 (75,7)	9 (24,3)	37 (21,3)	
Trabalha à noite	Não	116 (75,8)	37 (24,2)	153 (87,9)	-0,039
	Sim	17 (73,9)	4 (26,1)	21 (12,1)	
Idade gestacional	1º T	24 (77,4)	7 (22,6)	31 (24,1)	0,116
	2º T	58 (86,6)	9 (13,4)	67 (31,6)	
	3º T	46 (64,8)	25 (35,2)	71 (20,7)	
	Puérpera	100 (100,0)	0 (0,0)	4 (23,6)	
Número de gestações	Gesta 1	31 (73,8)	11 (26,2)	42 (24,1)	0,094
	Gesta 2	43 (78,2)	12 (21,8)	55 (31,6)	
	Gesta 3	30 (83,3)	6 (16,7)	36 (20,7)	
	Gesta 4 ou mais	29 (70,7)	12 (29,3)	41 (23,6)	
Sedentarismo	Não	47 (78,3)	13 (21,7)	60 (34,5)	0,0324
	Sim	86 (75,4)	28 (24,6)	114 (65,5)	
Tabaco	Não	99 (77,3)	29 (22,7)	128 (73,6)	0,036
	Sim	34 (73,9)	12 (26,1)	46 (26,4)	
Álcool	Não	96 (83,5)	19 (16,5)	115 (66,0)	-0,146
	Sim	37 (62,7)	22 (37,3)	59 (33,9)	
Drogas ilícitas	Não	125 (75,8)	40 (24,2)	165 (94,8)	-0,069
	Sim	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (5,2)	

SM: salário mínimo 2019 (1 SM = R\$ 998,00); T: trimestre; r: coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 4. Correlação das características das participantes do estudo de acordo com a presença de obesidade durante a gestação

Características		Obesidade			r
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	
Idade (anos)	18 a 35	116 (83,5)	23 (16,5)	139 (79,9)	-0,014
	>35	29 (82,9)	6 (17,1)	35 (20,1)	
Raça	Branca	23 (63,9)	13 (36,1)	36 (20,7)	0,085
	Negra	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (13,8)	
	Parda	33 (78,6)	9 (21,4)	42 (24,1)	
	Amarela	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (2,3)	
	Indígena	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
	Indefinida	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Estado civil	Casada/união consensual	52 (74,5)	16 (23,5)	68 (39,1)	0,072
	Outro	93 (87,7)	13 (12,3)	106 (60,9)	
Tipo familiar	Patriarcal	130 (83,3)	26 (16,7)	156 (89,7)	0,020
	Monoparental feminina	13 (86,7)	2 (13,3)	15 (8,6)	
	Homoafetiva	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,7)	
Educação	Fundamental incompleto	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (11,5)	-0,079
	Fundamental completo	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (10,4)	
	Médio incompleto	30 (93,8)	2 (6,2)	32 (18,5)	
	Médio completo	50 (71,4)	20 (28,6)	70 (40,5)	
	Superior incompleto	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (8,1)	
	Superior completo	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (11,0)	
Trabalha	Sim	82 (82,0)	18 (18,0)	100 (57,5)	-0,036
	Não	64 (86,5)	10 (13,5)	74 (42,5)	
Renda familiar (SM) (n = 167)	≥3	133 (82,6)	28 (17,4)	161 (96,4)	0,005
	<3	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (3,6)	
Renda per capita (n = 167)	≥1 SM	58 (82,9)	12 (17,1)	70 (41,9)	-0,037
	<1 SM	80 (82,5)	17 (17,5)	97 (58,1)	
Distúrbios do sono	Não	115 (84,0)	22 (16,0)	137 (78,7)	0,031
	Sim	30 (81,1)	7 (18,9)	37 (21,3)	
Trabalha à noite	Não	128 (83,7)	25 (16,3)	153 (87,9)	0,024
	Sim	17 (81,0)	4 (19,0)	21 (12,1)	
Idade gestacional	1º T	23 (72,2)	8 (25,8)	31 (24,1)	-0,041
	2º T	53 (79,1)	8 (20,9)	67 (31,6)	
	3º T	59 (88,0)	12 (12,0)	71 (20,7)	
	Puérpera	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (23,6)	
Número de gestações	Gesta 1	36 (85,7)	6 (14,3)	42 (24,1)	0,073
	Gesta 2	48 (87,3)	7 (12,7)	55 (31,6)	
	Gesta 3	28 (77,8)	8 (22,2)	36 (20,7)	
	Gesta 4 ou mais	33 (80,5)	8 (19,5)	41 (23,6)	
Sedentarismo	Não	52 (86,7)	8 (13,3)	60 (34,5)	0,065
	Sim	93 (85,6)	21 (18,4)	114 (65,5)	
Tabaco	Não	105 (82,0)	23 (18,0)	128 (73,6)	-0,058
	Sim	40 (87,0)	6 (13,0)	46 (26,4)	

Álcool	Não	106 (92,2)	9 (7,8)	115 (66,0)	0,027
	Sim	39 (66,1)	20 (33,9)	59 (33,9)	
Drogas ilícitas	Não	137 (83,0)	28 (17,0)	165 (94,8)	-0,035
	Sim	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (5,2)	

SM: salário mínimo (1 SM = R\$ 998,00); T: trimestre; r: coeficiente de correlação de Pearson.

tes sedentárias foram as que mais apresentaram obesidade (65,5%). Houve tendência de maior percentual de gestantes obesas com o aumento da paridade, mais observada (25,8%) no primeiro trimestre gestacional.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou o perfil clínico e epidemiológico de 174 mulheres durante a realização da assistência pré-natal de alto risco. O consolidado de dados sugere poucas diferenças do perfil das participantes em relação a estudos semelhantes conduzidos no Brasil.⁽¹⁰⁻¹³⁾ É preciso compreender essas características para que os serviços estejam voltados às suas necessidades de assistência em todos os níveis de atenção.

As gestantes eram predominantemente jovens e vivenciavam a segunda gestação, sugerindo que a primeira gestação tenha ocorrido em idade ainda muito jovem. A gravidez em idades precoces está ligada a baixos níveis educacionais, cor parda e maior número de partos ao longo da vida.⁽¹⁴⁾ Avaliando a idade da primeira gestação no Brasil, outro trabalho verificou que a maioria das primeiras gestações ocorreu antes dos 18 anos de idade.⁽¹⁴⁾ Entretanto, pesquisadores verificaram que, numa grande coorte no Sul do país, a proporção de mães com idade ≥ 35 anos aumentou de 9,9% para 14,8%.⁽¹⁵⁾ Em relação à paridade, apesar de a maior parte vivenciar a segunda gestação, o percentual de mulheres com histórico de quatro gestações ou mais foi muito expressivo (23,6%), o que evidencia a necessidade de políticas públicas para o planejamento familiar.

As características sociais e econômicas indicaram predominância de cor da pele parda, ensino médio completo e renda *per capita* até um salário mínimo. No Brasil, a escolaridade e o rendimento laboral estão diretamente ligados, sendo o primeiro componente determinante da renda familiar.⁽¹⁶⁾ Quanto ao estado nutricional, aproximadamente 17% das mulheres eram obesas no momento da avaliação. Nas gestantes brasileiras, o excesso de peso mais do que dobrou nas últimas décadas: de 1982 a 2015 a prevalência de sobrepeso ou obesidade no início da gestação aumentou de 22,1% para 47,0%.⁽¹⁷⁾ Esses valores são preocupantes, dadas as consequências do excesso de peso para a gestante e o conceito, que incluem natimortalidade e mortalidade infantil.^(18,19)

Alterações no padrão de sono são comuns no decorrer da gestação. As mais comuns são a baixa eficiência e qualidade do sono, que estão presentes especialmente

no terceiro trimestre.⁽²⁰⁾ Baixa qualidade do sono foi autorrelatada como dificuldade para dormir ou para manter a continuidade do sono no presente estudo. Apesar de não apresentar correlação estatística significativa, nas gestantes obesas a prevalência de distúrbios do sono foi de quase 20%. Chama-se a atenção para algumas evidências, derivadas de pequenos estudos usando medidas de sono autorreferidas, sugerindo que o sono curto está associado a maior frequência de resultados ruins na gravidez.^(21,22) Em relação às gestantes hipertensas, observou-se correlação entre distúrbios de sono, presentes em quase 33% das gestantes hipertensas. A presença de hipertensão e alterações do sono também foi descrita em estudo anterior, que também destacou que a duração do sono esteve associada a riscos aumentados de doença hipertensiva específica da gestação e pré-eclâmpsia.⁽²³⁾

A atividade física esteve pouco presente nessa população: apenas 34,5% se exercitavam pelo menos três vezes por semana. Em uma revisão recente, os autores demonstraram o impacto da atividade física no ganho de peso gestacional adequado, que, por sua vez, associa-se diretamente com o peso ao nascer.⁽²⁴⁾ A atividade física tem ainda potencial de prevenção do diabetes gestacional e das complicações associadas à obesidade durante a gravidez.⁽²⁴⁾

Outros comportamentos maternos associados a desfechos perinatais desfavoráveis são o consumo de álcool e o tabagismo.⁽²⁵⁾ No Brasil, a prevalência de consumo de álcool na gestação varia de 17,7% a 36,9%.^(25,26) Na presente amostra, observou-se o percentual de 33,9% de etilismo e de tabagismo de, respectivamente, 33,9% e 26,4%, indicando que a população estudada está sob exposição importante, o que pode se tornar alvo de políticas públicas de educação em saúde para minimizar esse cenário.

Foi encontrada prevalência de diabetes, hipertensão e obesidade entre as gestantes de alto risco, respectivamente, de 24%, 21% e 17%. Esses resultados estão em consonância com outros trabalhos da última década, que verificaram a prevalência de hipertensão de, respectivamente, 40,5% e 18%.^(10,12) Em relação ao diabetes, outros estudos indicaram a prevalência de 7,5% e 2,5%.^(10,12) Essas duas patologias são as principais causas de morbimortalidade materna e perinatal, tanto no Brasil quanto em outros países, e, como elas são passíveis de controle, os esforços voltados para seu diagnóstico e tratamento devem ser incentivados.⁽²⁷⁾

Entre as participantes com presença de hipertensão, a maioria se encontrava na faixa etária acima dos 35 anos (71,4%). Gestações acima dessa idade apresentam maior risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia.⁽²⁷⁾ A ascendência pode ter um fator predisponente envolvido, já que quase 70% das participantes afirmaram ter histórico familiar da doença, assim como observado em outro centro de alto risco gestacional, contudo com percentual inferior (31%).⁽¹⁰⁾

Também foi observada correlação da presença de diabetes com a idade das participantes, de forma ainda mais acentuada do que com a hipertensão. A concepção em idade superior a 35 anos é considerada um fator de risco, assim como o índice de massa corporal > 25 kg/m² e antecedentes pessoais de diabetes gestacional e familiares de diabetes.^(28,29) No presente estudo, o índice de histórico familiar de diabetes foi de 62,6%. Houve tendência de correlação entre o diabetes e o consumo de bebidas alcólicas, sendo conhecida sua associação quanto ao consumo abusivo, devido às alterações metabólicas resultantes, que podem levar à resistência insulínica.⁽²⁴⁾

Aproximadamente 17% das mulheres eram obesas no momento da avaliação. Nas gestantes brasileiras, o excesso de peso mais do que dobrou nas últimas décadas: de 1982 a 2015, sua prevalência no início da gestação aumentou de 22,1% para 47,0%.⁽¹⁸⁾ Pelo fato de que não há homogeneidade na utilização de escalas, calculadoras ou protocolos para encaminhamento a assistência de alto risco, muitas gestantes com características que somem risco à gestação atual podem não ser encaminhadas para a atenção especializada.⁽³⁰⁻³²⁾ Isso compromete a possibilidade de acompanhar os desfechos gestacionais e de melhor caracterizar as correlações com o excesso de peso durante a gestação, que é fator predisponente para macrossomia fetal, diabetes gestacional, trombose venosa profunda, abortamento, parto prematuro, entre outros.⁽³⁰⁻³²⁾

Como limitações deste estudo, a obtenção de dados de algumas variáveis por autorrelato pode limitar a legitimidade deles. Além disso, a carência de algumas informações no prontuário eletrônico pode ter comprometido o processo de coleta de dados. A possibilidade de acompanhar os desfechos gestacionais seria um fator que enriqueceria o trabalho e viabilizaria a associação dos fatores de risco observados com a saúde do conceito. Esse fato, contudo, estimula a realização de novos estudos.

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou prevalência relevante de diabetes (24%), hipertensão (21%) e obesidade (17%) entre as gestantes de alto risco. Houve tendência de correlação da hipertensão com alterações do sono e com a idade gestacional. O diabetes tendeu a correlacionar-se com o consumo de bebidas alcólicas e correlacionou-

-se significativamente com a idade. Destaca-se a que a viabilização de um panorama do público atendido nos serviços de alto risco gestacional reitera a importância da realização de pré-natal para identificação precoce dos fatores de risco pré-natais, no sentido de minimizar a ocorrência de desfechos materno-fetais malignos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente da Univille pelo suporte.

REFERÊNCIAS

- Rodrigues AR, Dantas SL, Pereira AM, Silveira MA, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *SANARE*. 2017;16 Suppl 1:23-8.
- Chou VB, Walker N, Kanyangara M. Estimating the global impact of poor quality of care on maternal and neonatal outcomes in 81 low- and middle-income countries: a modeling study. *PLoS Med*. 2019;16(12):e1002990. doi: 10.1371/journal.pmed.1002990
- World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Neves RG, Flores-Quispe MD, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(1):e2019019. doi: 10.5123/S1679-49742020000100008
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: documentos fundamentais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PV, Aquino EM, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1915-28. doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018
- Raposo L, Ferreira C, Fernandes M, Pereira S, Moura P. Complicações da obesidade na gravidez. *Arq Med*. 2011;25(3):115-22.
- Alpoim PN, Pinheiro MB, Armond SC, Brandão AH, Cabral AC, Gomes KB, et al. Pré-eclâmpsia: o que há de anômalo na placentação? *Femina*. 2013;41(2):99-105.
- Silva BG, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC, et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):484-93. doi: 10.1590/1980-5497201600030002
- Anjos JC, Pereira RR, Ferreira PR, Mesquita TB, Picanço Júnior OM. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Rev Para Med*. 2014;28(2):23-33.
- Dalla Costa L, Cales Cura C, Rodrigues Perondi A, França VF, Schiavoni Bortoloti D. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm*. 2016;21(2):1-8. doi: 10.5380/ce.v21i2.44192
- Sampaio AF, Rocha MJ, Leal EA. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018;18(3):559-66. doi: 10.1590/1806-93042018000300007
- Gadelha IP, Diniz FF, Aquino PS, Silva DM, Balsells MM, Pinheiro AK. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. *Rev Rene*. 2020;21:e42198. doi: 10.15253/2175-6783.20202142198

14. Fernandes FC, Santos EG, Barbosa IR. Age of first pregnancy in Brazil: data from the national health survey. *J Hum Growth Dev.* 2019;29(3):304-12. doi: 10.7322/jhgd.v29.9523
15. Bertoldi AD, Barros FC, Hallal PR, Mielke GI, Oliveira PD, Maia MF, et al. Trends and inequalities in maternal and child health in a Brazilian city: methodology and sociodemographic description of four population-based birth cohort studies, 1982-2015. *Int J Epidemiol.* 2019;48 Suppl 1:i4-15. doi: 10.1093/ije/dyy170
16. Carvalho VC, Araújo TV. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007;7(3):309-17. doi: 10.1590/S1519-38292007000300010
17. Horta BL, Barros FC, Lima NP, Assunção MC, Santos IS, Domingues MR, et al. Maternal anthropometry: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982-2015. *Int J Epidemiol.* 2019;48 Suppl 1:26-36. doi: 10.1093/ije/dyy278
18. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;311(15):1536-46. doi: 10.1001/jama.2014.2269
19. Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, Nyirenda M, Jaddoe VW, Eriksson JG, et al. Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(1):53-64. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30107-3
20. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):77-83. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c4f8ec
21. Facco FL, Grobman WA, Kramer J, Ho KH, Zee PC. Self-reported short sleep duration and frequent snoring in pregnancy: impact on glucose metabolism. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):142.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2010.03.041
22. Williams MA, Miller RS, Qiu C, Cripe SM, Gelaye B, Enquobahrie D. Associations of early pregnancy sleep duration with trimester-specific blood pressures and hypertensive disorders in pregnancy. *Sleep.* 2010;33(10):1363-71. doi: 10.1093/sleep/33.10.1363
23. Vargas-Terrones M, Nagpal TS, Barakat R. Impact of exercise during pregnancy on gestational weight gain and birth weight: an overview. *Braz J Phys Ther.* 2019;23(2):164-9. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.11.012
24. Guimarães VA, Fernandes KS, Lucchese R, Vera I, Martins BC, Amorim TA, et al. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool durante a gestação em uma maternidade de Goiás, Brasil Central. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(10):3413-20. doi: 10.1590/1413-812320182310.24582016
25. Maria FN, Jornada LK, Sakae TM, Cassol OJ Jr, Sakae DY, Quevedo JL. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do Sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* 2015;44(1):41-61.
26. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JW, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):37-45. doi:10.1590/S1983-14472013000200005
27. ACOG Practice Bulletin No. 202: gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):1-25. doi: 10.1097/AOG.0000000000003018
28. Albrecht CC, Zanesco C, Ribeiro MV, Fadel CB, Silva DT. Características evidenciadas em recém-nascidos de gestantes hipertensas e diabéticas: revisão sistemática da literatura. *J Nurs Health.* 2019;9(1):1-20.
29. Mirghani Dirar A, Doupis J. Gestational diabetes from A to Z. *World J Diabetes.* 2017;8(12):489-511. doi: 10.4239/wjd.v8.i12.489
30. ACOG Practice Bulletin No. 190: gestacional diabetes mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018;131(2):e49-64. doi: 10.1097/AOG.0000000000002501
31. Dawes L, Groom K, Jordan V, Waugh J. The use of specialised preterm birth clinics for women at high risk of spontaneous preterm birth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):58. doi: 10.1186/s12884-020-2731-7
32. ACOG Practice Bulletin No 156: obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e112-26. doi: 10.1097/AOG.0000000000001211.

Aconselhamento contraceptivo em mulheres portadoras de hipertensão pulmonar

Contraceptive counseling for women with pulmonary hypertension

Rossana Cristina Fontes Cotta¹, Elaine Cristina Fontes de Oliveira¹, Ana Luiza Lunardi Rocha¹

Descritores

Hipertensão pulmonar; Hipertensão arterial pulmonar; Anticoncepção; Contracepção hormonal; Contracepção reversível de longo prazo; Dispositivos intrauterinos

Keywords

Hypertension pulmonary; Pulmonary arterial hypertension; Contraception; Hormonal contraception; Long-acting reversible contraception; Intrauterine devices

Submetido:

06/12/2023

Aceito:

28/02/2024

1. Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Elaine Cristina Fontes de Oliveira
emedmg@gmail.com

Como citar:

Cotta RC, Oliveira EC, Rocha AL. Aconselhamento contraceptivo em mulheres portadoras de hipertensão pulmonar. Femina. 2024;52(2):108-14.

RESUMO

Objetivo: Discutir o uso de métodos contraceptivos em mulheres portadoras de hipertensão pulmonar, com ênfase nas indicações e contraindicações ao uso de cada um dos métodos. **Métodos:** Trata-se de revisão narrativa de artigos publicados nas bases eletrônicas PubMed, Cochrane e SciELO nos últimos dez anos, utilizando-se os seguintes descritores: “contracepção”, “hipertensão pulmonar”, “hipertensão arterial pulmonar”, “contracepção hormonal” e “dispositivo intrauterino”. **Resultados:** Os dados sobre o uso de métodos contraceptivos em mulheres portadoras de hipertensão pulmonar são escassos e baseiam-se principalmente na opinião de especialistas. Quando não existe o desejo de contracepção definitiva, o uso de métodos contraceptivos de longa duração (LARC) devem ser a primeira escolha. Uma vez indicado o uso dos dispositivos intrauterinos (DIUs), deve ser realizado o controle adequado da dor durante a inserção deles. Métodos contraceptivos contendo estrogênio são contraindicados devido aos riscos aumentados de hipertensão, tromboembolismo e embolia paradoxal. O uso de métodos contraceptivos contendo apenas progestagênio é considerado seguro. Métodos de barreira são seguros, mas geralmente não são recomendados devido ao maior risco de falha, e seu uso deve estar associado a outros métodos. Os dispositivos intrauterinos foram a forma mais frequentemente recomendada de contracepção por especialistas, seguidos pela ligadura tubária. **Conclusão:** O aconselhamento contraceptivo deve ser realizado em toda paciente portadora de hipertensão pulmonar que apresente riscos de gestação. O uso de métodos de longa duração deve ser a primeira escolha. Métodos menos eficazes devem ser evitados de maneira isolada, uma vez que a gravidez não planejada nessas pacientes está relacionada a elevada morbimortalidade materna e fetal.

ABSTRACT

Objective: To discuss the use of contraceptive methods in women with pulmonary hypertension, with an emphasis on indications and contraindications for each method. **Methods:** This is a narrative review of articles published in electronic databases such as PubMed, Cochrane, and SciELO over the last ten years, using the following keywords: “contraception,” “pulmonary hypertension,” “pulmonary arterial hypertension,” “hormonal contraception,” and “intrauterine device.” **Results:** Data on the use of contraceptive methods in women with pulmonary hypertension are scarce and primarily based on expert opinion. When there is no desire for permanent contraception, long-acting reversible contraceptives (LARC) should be preferred. Proper pain control during the insertion of intrauterine devices (IUDs) is necessary when recommended. Contraceptive methods containing estrogen are contraindicated due to increased risks of hypertension, thromboembolism, and paradoxical embolism.

Contraceptive methods containing only progestin are considered safe in this patient group. Barrier methods are safe but generally not recommended due to a higher risk of failure, and their use should be combined with other methods. IUDs were the most frequently recommended form of contraception by experts followed by tubal ligation. **Conclusion:** Contraceptive counseling should be provided to all female patients with pulmonary hypertension who are at risk of pregnancy. Long-acting methods should be preferred, while less effective methods should be avoided individually, as pregnancy in these patients is associated with high maternal and fetal morbidity and mortality.

INTRODUÇÃO

A hipertensão pulmonar (HP) é definida por pressão arterial pulmonar média (PAPm) > 20 mmHg em posição supina e em repouso, avaliada por meio de estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco direito.^(1,2) É uma condição fisiopatológica que envolve uma série de comorbidades, estando associada, especialmente, a uma variedade de doenças cardiovasculares e respiratórias.⁽¹⁾

Pacientes com HP apresentam inicialmente sintomas de dispneia e fadiga aos esforços. À medida que a doença progride, os sinais e sintomas de insuficiência ventricular direita se desenvolvem, como, por exemplo, dor torácica ao esforço ou síncope, hiperfonese do componente pulmonar (P2) da B2, pressão venosa jugular elevada, sopros no lado direito, edema, dor no quadrante superior direito, ascite e derrame pleural.^(2,3)

Pacientes com HP são classificados em cinco grupos com base na etiologia e mecanismo de desenvolvimento.^(2,3) Os pacientes do grupo 1 apresentam doenças que afetam principalmente os pequenos vasos pulmonares.⁽⁴⁾ Eles são considerados portadores de hipertensão arterial pulmonar (HAP), que é diagnosticada pela demonstração de PAPm $\geq$ 20 mmHg e resistência vascular pulmonar (RVP) $\geq$ 2 unidades Wood (WU), juntamente com exclusão de outros tipos de HP. Já os pacientes dos grupos 2 (devido a doença cardíaca do lado esquerdo), 3 (devido a doenças pulmonares crônicas e hipoxemia), 4 (devido a obstruções arteriais pulmonares) e 5 (devido a mecanismos não identificados) são considerados portadores de HP.^(2,3) Os diferentes tipos de HP estão descritos no quadro 1.

Os primeiros artigos que descreveram a HAP idiopática e hereditária demonstraram clara predominância feminina nessa doença.⁽⁵⁾ Diversas hipóteses tentam explicar esse fato. Primeiramente, as flutuações dos níveis de estrogênio podem ser prejudiciais à vasculatura pulmonar e ao ventrículo direito (VD), influenciando tanto no desenvolvimento da doença vascular pulmonar quanto na resposta ventricular direita ao estresse. Essas flutuações hormonais, observadas durante o período menstrual, podem atenuar a resposta vasoconstritora arterial pulmonar, podendo ter consequências na função vascular pulmonar.^(5,6) Em modelos animais, ratas ooforectomizadas,

Quadro 1. Classificação clínica da hipertensão pulmonar

Grupo 1 – Hipertensão arterial pulmonar
1.1. Idiopática
1.1.1. Não responsiva a testes vasorreatores
1.1.2. Responsiva a testes vasorreatores
1.2. Hereditária
1.3. Associada ao uso de toxinas e drogas
1.4. Associada com:
1.4.1. Doenças do tecido conjuntivo
1.4.2. Infecção pelo HIV
1.4.3. Hipertensão portal
1.4.4. Insuficiência cardíaca congênita
1.4.5. Esquistossomose
1.5. HAP com achados de envolvimento venoso/capilar
1.6. HP persistente do recém-nascido
Grupo 2 – HP associada com doença cardíaca esquerda
2.1. Insuficiência cardíaca
2.1.1. Com preservação da fração de ejeção
2.1.2. Com redução ou leve redução da fração de ejeção
2.2. Doença valvar cardíaca
2.3. Condições cardíacas congênitas ou adquiridas levando à HP pós-capilar
Grupo 3 – HP associada com doença pulmonar ou hipóxia
3.1. Doença pulmonar obstrutiva ou enfisema
3.2. Doença pulmonar restritiva
3.3. Doença pulmonar com padrão misto obstrutivo/restritivo
3.4. Síndromes de hipoventilação
3.5. Hipóxia sem doença pulmonar
3.6. Desenvolvimento de doenças pulmonares
Grupo 4 – HP associada com obstruções arteriais pulmonares
4.1. HP tromboembólica crônica
4.2. Outras obstruções arteriais pulmonares
Grupo 5 – HP com mecanismos não claros ou multifatoriais
5.1. Doenças hematológicas
5.2. Doenças sistêmicas
5.3. Doenças metabólicas
5.4. Doença renal crônica com ou sem hemodiálise
5.5. Tumor pulmonar microangiopático trombótico
5.6. Mediastinite fibrosante

HIV: vírus da imunodeficiência humana (em inglês, *human immunodeficiency virus*); HAP: hipertensão arterial pulmonar; HP: hipertensão pulmonar.

Fonte: Rubin LJ, Hopkins W (2023).² Frost A, et al. (2019).³

submetidas a hipóxia, desenvolveram HP mais grave, apoiando o papel protetor dos estrogênios na vasculatura pulmonar.^(5,7) O estrogênio é capaz de aumentar a liberação de prostaglandina e melhorar a produção de óxido nítrico, por meio da regulação positiva da síntese de óxido nítrico.⁽⁷⁾ Por outro lado, a testosterona pode ser benéfica à vasculatura pulmonar e ao VD, e seus baixos níveis em mulheres não as protegeriam de lesões. A testosterona atua como um vasodilatador pulmonar, e seus efeitos são mediados por uma ação antagonista do cálcio.^(5,7) Além disso, mulheres apresentam maior exposição ambiental a substâncias anorexígenas, medicações à base de estrogênio e outras exposições ambientais, que poderiam predispor à HP. Finalmente, outros fatores associados ao sexo feminino aumentam o risco de HP, como autoimunidade, gravidez com exposição a células fetais ou outras relações indiretas.⁽⁵⁾

Embora relativamente rara (15 casos a cada 1 milhão de pessoas),⁽⁸⁾ a HP pode acometer mulheres jovens, destacando-se tanto pela gravidade da doença quanto pelos desfechos negativos para a mãe e o feto durante a gestação.

A HP está associada a um aumento de 25% a 56% da mortalidade materna, sendo esse risco ainda maior durante o parto e o período pós-parto imediato.⁽⁹⁾ No entanto, estudos recentes têm mostrado que a taxa de mortalidade em gestações complicadas por HP está em queda, devido à melhora nos cuidados médicos e à utilização de terapias mais avançadas.^(10,11) Apesar disso, a mortalidade materna na HP moderada a grave (9%) ainda é muito maior do que a mortalidade materna global (0,22%).⁽¹¹⁾

Durante a gravidez, as alterações hemodinâmicas pioram a HP, devido a compressão mecânica pelo útero em expansão, aumento de hormônios e aumento importante no volume circulatório. O aumento do volume sanguíneo de 40% a 100% da linha de base durante a gravidez é acompanhado por diminuição tanto da resistência vascular sistêmica quanto da RVP com aumento do débito cardíaco.^(5,12) Na HP, ocorre redução ou ausência da resposta vasodilatadora compensatória da vasculatura pulmonar, o que leva ao aumento significativo da pressão e resistência pulmonar. A incapacidade do leito vascular pulmonar de acomodar o aumento do débito cardíaco resulta em aumento de pós-carga do VD, insuficiência cardíaca direita e morte.^(5,9,12) O trabalho de parto e o período pós-parto apresentam riscos significativos, principalmente devido a importantes alterações de volume e oscilações de pressão intravascular.^(5,12) Riscos como hipercoagulabilidade e tromboembolismo, e alterações hemodinâmicas periparto, reflexo vagal e sobrecarga de fluidos podem contribuir para morte materno-fetal.⁽⁹⁾

Além disso, existe o risco potencial de teratogenicidade relacionado ao uso de medicamentos específicos para tratamento da HP, como riociguat, bosentana, macitentan, ambrisentana e selexipag.⁽⁹⁾

Devido a todos esses riscos associados, o Consenso Internacional de Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ECS) e da Sociedade Europeia de Pneumologia (ERS), o Instituto de Pesquisa Vascular Pulmonar e a Fundação do Colégio Americano de Cardiologia/Associação Americana do Coração (ACCF/AHA) contraindicam a gravidez em pacientes com HAP.⁽¹³⁾

Desse modo, o objetivo desta revisão é discutir o uso de métodos contraceptivos em mulheres portadoras de HP, por meio da análise de ensaios clínicos e metanálises, além das principais diretrizes internacionais das diferentes Sociedades de Ginecologia/Obstetrícia, Cardiologia e Pneumologia, com ênfase nas indicações e contraindicações ao uso de cada um dos métodos contraceptivos.

MÉTODOS

Foi realizada busca abrangente e não sistemática sobre o uso dos métodos contraceptivos em pacientes portadoras de HP nas bases de dados *on-line* (PubMed, Scopus, Google Scholar e SciELO), utilizando-se os termos “contracepção”, “hipertensão pulmonar”, “hipertensão arterial pulmonar”, “contracepção hormonal”, “dispositivo intrauterino” e variantes como palavras-chave. Aproximadamente 30 artigos tiveram seus títulos e resumos lidos pelos autores. Os critérios de seleção foram artigos em língua inglesa, artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos que abordassem o uso de quaisquer métodos contraceptivos em pacientes portadoras de HP, com preferência para ensaios clínicos, metanálises e artigos de revisão. Foram selecionados também protocolos clínicos das principais Sociedades Internacionais de Cardiologia, Pneumologia e Ginecologia/Obstetrícia. A seleção foi realizada de forma independente pelos autores.

RESULTADOS

Trata-se de revisão narrativa de artigos publicados nas bases eletrônicas, e não foram encontrados ensaios clínicos randomizados ou metanálises que avaliassem o uso de métodos contraceptivos em pacientes com HP. Foram encontrados alguns artigos de revisão e orientações de sociedades médicas de Cardiologia e Pneumologia e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que serão descritos a seguir. Foi encontrado apenas um pequeno estudo que avaliou o uso do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) em pacientes com HP.

O aconselhamento contraceptivo e o planejamento reprodutivo devem ser cuidados de rotina para pacientes com HAP, uma vez que a doença é mais prevalente em mulheres em idade fértil, e a gravidez estaria contraindicada na maioria dos casos. Deve ser realizada a avaliação dos riscos de cada método contraceptivo com base em cada mulher, considerando-se, por exemplo, o risco de tromboembolismo, o perfil de sangramento, a

adesão e os efeitos colaterais dos métodos. É importante que sejam avaliadas as barreiras ao acesso de cada método, as preferências pessoais (por exemplo, reversibilidade) e os objetivos reprodutivos de cada paciente. O aconselhamento contraceptivo deve ser fornecido antes do início das medicações para tratamento de HAP, evitando-se a exposição a essas medicações teratogênicas.^(13,14)

As mulheres com HP associada à doença cardíaca congênita, especialmente aquelas com síndrome de Eisenmenger, devem ser aconselhadas sobre a importância em evitar a gravidez, levando-se em consideração o risco elevado de morte materna.⁽¹⁵⁾

Os métodos contraceptivos contendo estrogênio, tais como os contraceptivos orais combinados (COCs), anel vaginal e adesivo transdérmico, aumentam o risco de tromboembolismo venoso,^(12,13,16) o que pode ser fatal com um VD vulnerável ou disfuncional.⁽¹³⁾ Além disso, os contraceptivos contendo estrogênio são contraindicados devido aos riscos aumentados de hipertensão e embolia paradoxal.⁽¹⁶⁾ Apesar de os contraceptivos contendo estrogênio serem classificados como categoria 4 pela OMS,⁽¹⁷⁾ baixas doses de estrogênio podem ser consideradas opções, quando concomitantes com o uso de anticoagulação.^(13,14)

Os métodos contraceptivos contendo apenas progestagênio são considerados seguros nesse grupo de pacientes (categoria 1 da OMS),^(6,11,17) uma vez que não apresentam o mesmo risco pró-trombótico de métodos contendo estrogênio. O uso do desogestrel, embora seguro, pode ter sua eficácia reduzida devido ao efeito das medicações para controle de HP em induzir a enzima P450, com redução da eficácia das pílulas orais de progestagênio (POPs).⁽⁶⁾ Além disso, as POPs requerem adesão mais rigorosa da paciente, não sendo recomendadas rotineiramente.⁽¹³⁾ O antagonista do receptor de endotelina, bosentana, reduz a eficácia dos anticoncepcionais orais e do implante de progestagênio, portanto esses métodos não devem ser usados como monoterapia contraceptiva nessas pacientes.⁽¹³⁾

Os métodos de barreira são seguros (categoria 1 da OMS),⁽¹⁷⁾ mas geralmente não são recomendados de maneira isolada devido ao maior risco de falha (taxa de falha de aproximadamente 18% a 28% em um ano com uso típico).⁽¹⁸⁾ O seu uso deve estar associado a outros métodos, tais como os métodos contendo progestagênio, com o objetivo de aumentar a eficácia contraceptiva e proteger contra infecções sexualmente transmissíveis.⁽¹³⁾

Os métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) são os métodos de escolha para mulheres com HP, em virtude da sua longa duração, alta eficácia contraceptiva e poucos eventos adversos,^(12,13,18) geralmente limitados ao procedimento de inserção. Os dispositivos intrauterinos (DIUs) (categoria 2 da OMS)⁽¹⁷⁾ apresentam risco teórico de reflexo vasovagal durante a inserção, sendo recomendadas medidas que minimizem o desconforto durante o procedimento.^(6,13,16)

O SIU-LNG é preferível, uma vez que reduz a perda sanguínea durante a menstruação, com taxas de amenorreia de até 50% após um ano de uso.⁽¹⁹⁾ Como o DIU de cobre pode estar associado ao aumento do fluxo menstrual e de sua duração, ele deve ser evitado, especialmente em mulheres cianóticas com níveis de hematócrito acima de 55%.⁽¹⁵⁾ O implante de etonogestrel também pode ser sugerido, porém ele apresenta menor previsibilidade em relação ao fluxo menstrual.⁽¹⁵⁾ Uma vez que a síncope pode ocorrer durante a inserção de qualquer um desses dispositivos, as diretrizes da ESC aconselham a inserção deles em ambiente monitorado, como sala de cirurgia, embora os dados sejam limitados.^(13,15)

As pacientes com HP associada a doença cardíaca congênita deveriam optar por vasectomia masculina, esterilização feminina ou uso de métodos LARC. A vasectomia é a opção de esterilização mais segura, pois não requer cirurgia intra-abdominal ou anestesia geral. Porém, ao se considerar a vasectomia como método contraceptivo permanente para o parceiro masculino de uma mulher com doença grave, deve ser levada em consideração a expectativa de vida limitada dessas pacientes e o fato de que o risco de gravidez não planejada ainda permanece, caso a mulher troque de parceria. Para as mulheres que desejam a esterilização feminina, os riscos da cirurgia abdominal, da anestesia geral e do pneumoperitônio precisam ser ponderados. As pacientes devem ser orientadas em relação aos riscos mínimos dos métodos LARC, que têm eficácia semelhante à da cirurgia (taxas de falha no uso típico no primeiro ano de 0,5% para ligadura *versus* 0,1% a 0,8% para métodos LARC).^(15,18)

O uso de métodos contraceptivos em pacientes com HP foi discutido no *guideline* para diagnóstico e tratamento de HP da ESC e da ERS (2015).⁽²⁰⁾ Não há consenso sobre o método contraceptivo ideal para essas pacientes. Os métodos contraceptivos de barreira são considerados seguros, mas com menor eficácia. As preparações contendo apenas progestagênio, tais como o acetato de medroxiprogesterona e o etonogestrel, são consideradas estratégias mais eficazes de contracepção. O SIU-LNG é considerado eficaz, porém existe o risco de reflexo vasovagal, que pode ser pouco tolerado em pacientes com HAP grave. Em virtude do alto risco de complicações durante a gestação, a associação do uso de métodos contraceptivos é altamente recomendada em mulheres portadoras de HP.⁽²⁰⁾

As recomendações da ESC e da ERS foram revisadas em 2022, sendo recomendado que mulheres com HP com potencial para engravidar recebam aconselhamento claro sobre contracepção, considerando as necessidades individuais de cada mulher. O uso de contraceptivos orais, de maneira correta, é efetivo. Em pacientes que usam a bosentana, a redução da eficácia dos contraceptivos hormonais deve ser considerada. Tanto o uso dos implantes hormonais quanto o dos DIUs são

opções seguras, com baixas taxas de falha. A esterilização cirúrgica pode ser considerada, porém está associada a riscos perioperatórios. A contracepção hormonal de emergência pós-coital é considerada segura na HP.⁽²¹⁾

Em relação à HAP, uma vez que existe alta letalidade em gestantes com essa doença, recomenda-se a utilização de dois métodos contraceptivos associados. Não há consenso sobre o melhor método. Os métodos de barreira são seguros, porém a eficácia é diretamente relacionada ao uso adequado do método. Os anticoncepcionais hormonais com progestagênio isolado são efetivos. Deve-se evitar a associação com os estrogênios, que podem aumentar os riscos de eventos tromboembólicos. Os DIUs são uma opção, mas as pacientes podem apresentar reações vasovagais no momento da inserção.⁽²²⁾

Já a Conferência do Consenso de Colônia (2018),⁽²³⁾ que reuniu delegados da Sociedade de Pneumologia Alemã, da Sociedade Alemã de Cardiologia e da Sociedade Alemã de Cardiologia Pediátrica, recomenda que pacientes com HP evitem a gravidez (grau de recomendação I; nível C de evidência). Essas recomendações foram baseadas nas Diretrizes Europeias de HP de 2015. No que diz respeito aos COCs, essa Conferência recomenda uma combinação de estrogênio e progestagênio com baixo risco de trombose (levonorgestrel, norgestimato ou noretisterona). Alternativamente, os SIUs-LNG podem ser utilizados se doses baixas de progestagênio não forem contraindicadas. Em pacientes que não apresentam risco de desenvolver endocardite, os DIUs não revestidos com hormônios (por exemplo, DIU de cobre tipo T) também podem ser usados. Se um produto contendo etinilestradiol for contraindicado, a pílula contendo desogestrel é a alternativa adequada. O implante subcutâneo de etonogestrel ou o acetato de medroxiprogesterona trimestral também pode ser usado. A esterilização também pode ser considerada em casos individuais, mas o risco potencial da anestesia geral deve ser levado em consideração.⁽²³⁾

O estudo prospectivo de Ueda *et al.*⁽²⁴⁾ avaliou a segurança e a eficácia do SIU-LNG 52 mg em mulheres com doença cardiovascular e as alterações nos biomarcadores de infecção, anemia e condições cardiovasculares após a inserção dele. Foram incluídas 34 mulheres com doença cardiovascular e duas pacientes com HP. A inserção do SIU-LNG em mulheres com HP foi realizada em bloco cirúrgico sob anestesia geral. Nenhum efeito colateral cardiovascular foi identificado durante o primeiro ano após a inserção do SIU-LNG, além de um caso de reflexo vasovagal durante a inserção observado em uma paciente com tetralogia de Fallot. Não houve aumento da contagem de glóbulos brancos nem da proteína C reativa (PCR) após a inserção do SIU-LNG. A perda de sangue menstrual diminuiu na maioria das mulheres, e os níveis medianos de hemoglobina aumentaram significativamente, dentro de um ano após a inserção ($P < 0,001$ e $P = 0,002$). A taxa de continuação do SIU-LNG

em 24 meses foi de 97%. A frequência de efeitos colaterais ginecológicos foi semelhante à relatada na literatura. Três meses após a inserção do SIU-LNG, onze mulheres (32%) desenvolveram metrorragia, quatro mulheres (12%) queixaram-se de dor pélvica e duas mulheres (5,9%) expulsaram o SIU-LNG. Não foram observadas doença inflamatória pélvica, endometrite, perfuração uterina ou gravidez durante o período de seguimento. O risco teórico de algum efeito adverso na inserção do SIU-LNG em mulheres com HP foi evitável por meio de administração de anestesia geral. Os autores relataram experiência prévia de inserção do SIU-LNG em seis mulheres com HP, incluindo as duas desse estudo, e não houve nenhum evento adverso cardiovascular durante a inserção e o uso desses dispositivos.⁽²⁴⁾

Já o estudo de Hill *et al.*⁽²⁵⁾ avaliou as práticas relacionadas ao aconselhamento dos médicos especialistas e profissionais de saúde sobre intimidade, contracepção e prevenção de gravidez em mulheres com HAP. As entrevistas foram conduzidas de forma anônima e *on-line*. Algumas questões foram abordadas, tais como: “Onde ocorre a maioria das suas sessões de aconselhamento sobre contracepção e como evitar a gravidez?”; “Você pergunta às pacientes do sexo feminino em idade fértil a data da última menstruação em todas as consultas de rotina?”; “Se você perguntar às pacientes qual método elas planejam usar para contracepção, quando você perguntará?”. A maioria dos entrevistados indicou que presta aconselhamento sobre essas questões em graus variados. Os DIUs foram as formas mais frequentemente recomendadas de contracepção, seguidos pela ligadura tubária. A principal barreira para discussão sobre o uso de métodos contraceptivos foi a falta de tempo. Os entrevistados relataram que grande percentagem das gravidezes observadas nos seus consultórios foi intencional ou devido a não adesão ao uso de contraceptivos. As principais barreiras para adesão da paciente ao uso dos métodos contraceptivos foram: desejo de concepção; parceiros não dispostos a opinar; ausência de cobertura dos planos de saúde; e crenças religiosas. Os autores concluíram que é necessário aumentar a consciência sobre o aconselhamento regular sobre intimidade, contracepção e prevenção de gravidez em mulheres com HAP. Além disso, devem ser criados protocolos relativos à prevenção da gravidez nessas mulheres e eles devem se tornar procedimentos-padrão.⁽²⁵⁾

DISCUSSÃO

Os dados sobre o uso de métodos contraceptivos em mulheres portadoras de HP são escassos e baseiam-se principalmente na opinião de especialistas. A HP está relacionada a piores desfechos gestacionais, com aumento de morbimortalidade materna. Mulheres portadoras de HP devem ser aconselhadas sobre os riscos de uma gravidez e sobre as opções contraceptivas mais eficazes para evitá-la.

O aconselhamento contraceptivo e o planejamento familiar devem fazer parte do cuidado de saúde das mulheres com HP, uma vez que muitas delas estão em idade reprodutiva em risco de uma gestação não planejada. Cabe aos profissionais de saúde orientar adequadamente suas pacientes. Quando não existe o desejo de contracepção definitiva, métodos contraceptivos mais eficazes, como os métodos LARC, devem ser os preferidos. Uma vez indicado o uso dos DIUs, deve ser realizado o controle adequado da dor durante a inserção deles.

Os métodos contraceptivos menos eficazes, tais como as POPs e os contraceptivos de barreira isolados (preservativos masculinos e femininos), não devem ser a primeira escolha nessas pacientes, devido ao alto risco de mortalidade materna no caso da ocorrência de gravidez. Contudo, caso as mulheres optem pelo uso de métodos contraceptivos menos eficazes, a combinação de métodos contraceptivos é desejável para aumento da eficácia contraceptiva (por exemplo, pílulas orais de progesterona mais um método de barreira, como o preservativo masculino ou feminino).

A realização de estudos clínicos avaliando o uso dos diferentes métodos contraceptivos em mulheres com HP é necessária. Deve-se estar atento aos efeitos colaterais e às complicações provenientes do uso deles, em especial a trombose. A escolha do método contraceptivo deve ser sempre uma decisão compartilhada entre o profissional de saúde e a paciente. O quadro 2 resume os principais pontos no aconselhamento contraceptivo de mulheres em idade fértil com HP.

Quadro 2. Pontos-chave no aconselhamento contraceptivo de mulheres em idade fértil com hipertensão pulmonar

O aconselhamento contraceptivo deve ser personalizado, considerando riscos, benefícios e necessidades individuais de cada paciente.
Métodos contendo estrogênio, como os contraceptivos orais combinados, anel vaginal e adesivo transdérmico, aumentam o risco de tromboembolismo venoso, sendo desaconselhados.
Métodos contendo apenas progestagênio são considerados seguros.
Métodos contraceptivos de longa duração (LARCs), como os dispositivos intrauterinos (DIUs), são recomendados devido a sua alta eficácia e poucos efeitos adversos. Sua inserção deve ser monitorada devido ao risco de reflexo vasovagal.
Métodos de barreira são seguros, mas menos eficazes. Seu uso deve estar associado aos métodos contendo progestagênio.
Em pacientes com hipertensão pulmonar associada a doença cardíaca congênita, a vasectomia masculina, esterilização feminina ou LARC são opções consideradas.

CONCLUSÃO

O aconselhamento contraceptivo deve ser realizado em toda paciente portadora de hipertensão pulmonar que apresente riscos de gestação. Os métodos de longa duração devem ser os preferidos, sendo importante

o oferecimento de analgesia adequada durante o procedimento de inserção dos dispositivos intrauterinos. Métodos menos eficazes devem ser evitados de maneira isolada, uma vez que a gravidez nessas pacientes está relacionada a elevada morbimortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Simonneau G, Montani D, Celmajer DS, Denton CP, Gatzoulis MA, Krowka M, et al. Haemodynamic definitions and updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. 2019;53(1):1801913. doi: 10.1183/13993003.01913-2018
2. Rubin LJ, Hopkins W. Clinical features and diagnosis of pulmonary hypertension of unclear etiology in adults. 2023 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-pulmonary-hypertension-of-unclear-etiology-in-adults>
3. Frost A, Badesch D, Gibbs JS, Gopalan D, Khanna D, Manes A, et al. Diagnosis of pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. 2019;53(1):1801904. doi: 10.1183/13993003.01904-2018
4. Rubin LJ, Hopkins W. The epidemiology and pathogenesis of pulmonary arterial hypertension (group 1). 2023 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/the-epidemiology-and-pathogenesis-of-pulmonary-arterial-hypertension-group-1>
5. Pugh ME, Hemnes AR. Pulmonary hypertension in women. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2010;8(11):1549-58. doi: 10.1586/erc.10.137
6. Franco V, Ryan JJ, McLaughlin VV. Pulmonary hypertension in women. *Heart Fail Clin*. 2019;15(1):137-45. doi: 10.1016/j.hfc.2018.08.013
7. Lahm T, Patel KM, Crisostomo PR, Markel TA, Wang M, Herring C, et al. Endogenous estrogen attenuates pulmonary artery vasoreactivity and acute hypoxic pulmonary vasoconstriction: the effects of sex and menstrual cycle. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2007;293(3):E865-71. doi: 10.1152/ajpendo.00201.2007
8. Humbert M, Sitbon O, Chaouat A, Bertocchi M, Habib G, Gressin V, et al. Pulmonary arterial hypertension in France: results from a national registry. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173(9):1023-30. doi: 10.1164/rccm.200510-1668OC
9. Sonntag E, Akgün KM, Bag R, Rosensweig EB, Bernardo RJ, Burnetti C, et al. Access to medically necessary reproductive care for individuals with pulmonary hypertension. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;208(3):234-7. doi: 10.1164/rccm.202302-0230VP
10. Bédard E, Dimopoulos K, Gatzoulis MA. Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? *Eur Heart J*. 2009;30(3):256-65. doi: 10.1093/eurheartj/ehn597
11. Ma R, Gao H, Cui J, Shi H, Yang Z, Jin Z, et al. Pregnancy feasibility in women with mild pulmonary arterial hypertension: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):427. doi: 10.1186/s12884-023-05752-w
12. Phoophiboon V, Pachinburavan M, Ruamsap N, Sanguanwong N, Jaimchariyatam N. Critical care management of pulmonary arterial hypertension in pregnancy: the pre, peri- and post-partum stages. *Acute Crit Care*. 2021;36(4):286-93. doi: 10.4266/acc.2021.00458
13. Coursen J, Simpson CE, Mukherjee M, Vaught AJ, Kutty S, Al-Talib TK, et al. Pregnancy considerations in the multidisciplinary care of patients with pulmonary arterial hypertension. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2022;9(8):260. doi: 10.3390/jcdd9080260
14. McLaughlin VV, McGoon MD. Pulmonary arterial hypertension. *Circulation*. 2006;114(13):1417-31. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.503540
15. Connolly HM. Pulmonary hypertension with congenital heart disease: pregnancy and contraception. 2023 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pulmonary-hypertension-with-congenital-heart-disease-pregnancy-and-contraception>

16. Morton AP. Contraception advice in women with pulmonary arterial hypertension. *Intern Med J.* 2013;43(5):608. doi: 10.1111/imj.12120
17. World Health Organization. WHO medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. 2015 [cited 2023 Nov 6]. Available from: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
18. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
19. Oliveira EC, Baêta T, Cotta RC, Rocha AL. Use of 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system in adolescents and young adult women: 3-year follow-up. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2023;36(1):45-50. doi: 10.1016/j.jpag.2022.09.001
20. Galiè N, Humbert M, Vachiery JL, Gibbs S, Lang I, Torbicki A, et al. 2015 ESC/ERS guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur Respir J.* 2015;46(4):903-75. doi: 10.1183/13993003.01032-2015
21. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM, Badagliacca R, Berger RM, Brida M, et al. 2022 ESC/ERS guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Heart J.* 2022;43(38):3618-731. doi: 10.1093/eurheartj/ehac237
22. Fernandes CJ, Calderaro D, Assad AP, Salibe-Filho W, Kato-Morinaga LT, Hoette S, et al. Update on the treatment of pulmonary arterial hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2021;117(4):750-64. doi: 10.36660/abc.20200702
23. Grünig E, Benjamin N, Krüger U, Kaemmerer H, Harutyunova S, Olsson KM, et al. General measures and supportive therapy for pulmonary arterial hypertension: updated recommendations from the Cologne Consensus Conference 2018. *Int J Cardiol.* 2018;272S:30-6. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.08.085
24. Ueda Y, Kamiya CA, Horiuchi C, Miyoshi T, Hazama R, Tsuritani M, et al. Safety and efficacy of a 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with cardiovascular disease. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(2):382-8. doi: 10.1111/jog.13828
25. Hill W, Holy R, Traiger G. EXPRESS: intimacy, contraception, and pregnancy prevention in patients with pulmonary arterial hypertension: are we counseling our patients? *Pulm Circ.* 2018;10(4):2045894018785259. doi: 10.1177/2045894018785259

Coombs indireto com presença de anti-M IgM em uma gestante com fator Rh positivo – relato de caso

Indirect Coombs test with presence of anti-M IgM in a pregnant woman with Rh positive factor – case report

Isabella Sempio Faria Figueiredo Costa¹, Daniel Antonio de Alcantara Machado¹, Matheus Guilherme Ferreira¹, Sílvia Corrêa Ramos Ribeiro¹

Descritores

Anticorpos; Gravidez; Isoimunização Rh; Imunoglobulinas; Pré-natal

Keywords

Antibodies; Pregnancy; Rh isoimmunization; Immunoglobulins; Prenatal care

Submetido:

25/01/2024

Aceito:

29/02/2024

1. Universidade de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Isabella Sempio Faria Figueiredo Costa
isabella_faria21@hotmail.com

Como citar:

Costa IS, Machado DA, Ferreira MG, Ribeiro SC. Coombs indireto com presença de anti-M IgM em uma gestante com fator Rh positivo – relato de caso. Femina. 2024;52(2):115-8.

RESUMO

A aloimunização é caracterizada pela produção de anticorpos na vigência de exposição a antígenos não próprios, estando mais relacionada ao sistema ABO/Rh. Contudo, infrequentemente, a doença pode surgir por meio da exposição por antígenos de outros sistemas sanguíneos, como o sistema MNSs. O caso deste estudo relata o acompanhamento do pré-natal de uma paciente com tipagem sanguínea O+ e Coombs indireto reagente com variação de titulação ao longo das consultas, sendo evidenciada a presença de anti-M IgM por pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares, entretanto sem repercussões fetais. Com isso, no decorrer das análises bibliográficas, notou-se que o Coombs indireto (antiglobulina humana anti-IgG) é capaz de reagir com as imunoglobulinas A e M, sendo, portanto, teoricamente capaz de ser positivado pelo anti-M IgM. Com isso, e devido ao fato de o fator IgM não atravessar a barreira transplacentária, não houve complicações fetais no presente caso clínico.

ABSTRACT

Alloimmunization is characterized by the production of antibodies in the presence of exposure to non-self antigens, most commonly associated with the ABO/Rh system. However, infrequently, the condition can arise from exposure to antigens from other blood systems, such as the MNSs system. This study reports the prenatal monitoring of a patient with blood type O+ and a reactive indirect Coombs test with titration variations during consultations. The presence of anti-M IgM was evidenced through irregular anti-erythrocyte antibody screening; however, no fetal repercussions were observed. Throughout the bibliographic analyses, it was observed that the indirect Coombs test (human anti-IgG globulin) is capable of reacting with immunoglobulins A and M. Therefore, it is theoretically possible to be positive due to anti-M IgM. Consequently, as the IgM factor does not cross the transplacental barrier, there were no fetal complications in the present clinical case.

INTRODUÇÃO

Aloimunização ou isoimunização é a produção de anticorpos irregulares maternos devido à sensibilização da gestante a antígenos não próprios durante

o período pré-natal e pós-natal, tendo como principal complicação a doença hemolítica do feto e do recém-nascido (DHFRN, também conhecida como doença hemolítica perinatal), que mais comumente se origina do sistema de grupo sanguíneo humano ABO e Rh.⁽¹⁻⁵⁾

Além disso, outras etiologias podem estar relacionadas à isoimunização, como as por anticorpos não anti-D e não ABO, representando menos de 30% dos casos. Entre os diversos sistemas de grupos sanguíneos humanos identificados até o momento, o sistema MNSs é um dos grupos mais frequentemente observados, e uma parcela significativa da população caucasiana e negra possui antígenos anti-M.⁽⁶⁻⁹⁾

A presença de antígenos anti-M é considerada como ocorrência espontânea, visto que indivíduos sem histórico transfusional se apresentam como anti-M positivos. Sua positividade não é descrita como causadora comum de reações transfusionais, e isso se soma ao fato de que, em geral, eles apresentam-se apenas como anticorpos IgM, que sabidamente não apresentam grande risco para o feto, por não atravessarem a barreira placentária, o que resulta em uma benignidade presumida da condição. Dito isso, há relatos em que o sistema MNSs apresenta anticorpos IgG, e são implicados na doença hemolítica fetal, mais comumente envolvendo o anti-S, mas há relatos que apontam para a presença do anti-M como provável causador dos eventos adversos.⁽⁹⁻¹¹⁾

Devido às chances de sensibilização durante a primeira gravidez, é necessário seguir o protocolo do Ministério da Saúde, recorrendo às devidas ferramentas preconizadas, entre elas, o teste do Coombs indireto. O teste do Coombs indireto utiliza hemácias de um banco de sangue contra o soro do paciente contendo os anticorpos. Após isso, aplicam-se os anticorpos de Coombs na solução para averiguar a presença ou ausência de hemoaglutinação. Na vigência de aglutinação, diz-se que o teste é positivo.^(1,5,6,12-14)

Sendo assim, devido à ampla variedade etiológica da sensibilidade a antígenos não próprios, torna-se fundamental a complementação diagnóstica por meio dos testes imuno-hematológicos como pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares (PAI), exame no qual é realizado reagente antiglobulina humana poliespecífico com amostras de soro na mãe durante o pré-natal, a fenotipagem eritrocitária e o teste de antiglobulina humana (TAD).^(2,5-7)

MÉTODOS

A pesquisa foi iniciada por meio da realização de uma revisão bibliográfica via internet, em julho de 2023 até outubro de 2023, a fim de melhor compreender o tema aloimunização, seus componentes, sua patogênese e seu diagnóstico. Em seguida, após a aprovação do Comitê de Ética (comitê de ética da Universidade de Cuiabá, parecer número: 6.525.455) e a coleta de dados referentes às consultas de pré-natal e de exames complementares

da paciente do presente caso clínico por meio da plataforma e-SUS, complementou-se a revisão bibliográfica por meio da busca focada em casos clínicos similares ao da paciente, com o intuito de elucidar a conduta terapêutica ideal, possíveis complicações da doença e os desfechos de uma gestação com mãe Rh+ e Coombs indireto positivo. Posteriormente, somaram-se os achados bibliográficos (totalizando 16 referências, que se dividem em revisões bibliográficas, relatos de caso e artigos), com as informações providenciadas na prática por meio do atendimento de pré-natal, e desenvolveram-se as etapas de discussão e conclusão do estudo.

RELATO DE CASO

Paciente de 29 anos, primigesta, em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Iniciou consulta de pré-natal no dia 19/08/2021, referindo resultado de teste de gravidez de farmácia positivo há 15 dias, com data da última menstruação (DUM) = 16/07/2021 (representando uma idade gestacional [IG] por DUM = 4 semanas e 6 dias). A paciente queixa-se de enjoo e náuseas intensas, associados a “queimação no estômago”. Das disposições dos dados antropométricos, sinais vitais e exame físico; índice de massa corpórea (IMC) de 20,2 kg/m², pressão arterial (PA) de 100 x 50 mmHg.

Foi feita a conduta investigativa para confirmação da gravidez com a solicitação de exames laboratoriais e de rotina de primeiro trimestre de gestação. Por fim, foi prescrito antiemético para as queixas da paciente e iniciada reposição vitamínica com sulfato ferroso e ácido fólico. A paciente retornou para a segunda consulta de pré-natal no dia 23/09/2021 com IG de 9 semanas e 6 dias por DUM, assintomática; nega sangramentos, disúria, perda de líquidos, corrimentos, movimentação fetal e dinâmica uterina. Exame físico nos padrões de normalidade, com leve ganho de peso desde a última consulta (IMC: 20,65 kg/m²; PA: 100 x 65 mmHg) e apresentando altura uterina de 10 cm, não sendo possível auscultar o batimento cardíaco fetal (BCF). Entre os exames laboratoriais solicitados (realizados no dia 08/09/2023), obtiveram-se os seguintes resultados: B-HCG = positivo; tipagem sanguínea e fator Rh = O+; Coombs indireto = reagente 1/16; toxoplasmose = IgG e IgM reagentes; citomegalovírus (CMV) = IgG reagente; e demais exames sem alterações.

Ademais, a ultrassonografia (USG) obstétrica do dia 15/09/2021 se apresentou sem alterações, com IG = 13 semanas e 2 dias. Sendo assim, optou-se por solicitar teste de avidez para IgG de toxoplasmose para determinação etiológica recente ou prévia da doença e Coombs indireto por suspeita de erro laboratorial; e iniciou-se tratamento para possível toxoplasmose com espiramicina. Orientou-se a paciente para que regressse ao atendimento na UBS assim que liberado o resultado dos exames.

Com isso, a paciente regressou à Atenção Primária à Saúde (APS) em 01/10/2021 com os achados dos exames

requisitados anteriormente (realizados em 24/09/2021), que confirmaram a presença de toxoplasmose e demonstraram um Coombs indireto reagente. Sendo assim, decidiu-se manter o tratamento para *Toxoplasma gondii* e encaminhar a paciente para acompanhamento simultâneo ao pré-natal de alto risco em centro de referência especializado.

Em terceira consulta de pré-natal (21/10/2021), a paciente estava em tratamento de toxoplasmose, relatando movimentos fetais presentes, sem queixas. No momento, com IG de 18 semanas e 1 dia por DUM, exame clínico sem alterações, com progressão do ganho de peso e dos achados obstétricos (IMC: 21,07 kg/m²; PA: 100 x 50 mmHg; altura uterina: 18 cm; BCF: 152 bpm; movimentação fetal: ausente no momento do exame); trouxe ao serviço primário as apurações dos exames solicitados no serviço terciário de pré-natal de alto risco (feitos na data de 06/10/2021). São eles: toxoplasmose = IgM reagente; CMV = IgG positivo; CI = reagente 1/64; e demais exames sem alterações. Outro achado laboratorial é referente a imuno-hematologia (elaborado no dia 10/11/2021), que processou uma investigação sobre a PAI, TAD, teste de autocontrole, teste de antiglobulina monoespecífico *DC-screening* 1 com fenotipagem eritrocitária. Identificou-se a PAI, pelo método Liss/enzimático 4°C, com especificidade para anti-M, classe IgM.

Ademais, prosseguindo as consultas de pré-natal na APS, não houve intercorrências obstétricas maternas e/ou no crescimento fetal (não foram encontrados traços de *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico – 29/11/2021). Com isso, observamos na consulta de puerpério e na caderneta do neonato que ele nasceu com 40 semanas e 5 dias (26/03/2022), via parto vaginal, com peso de 3.465 g (sendo o peso da alta = 3.180 g), tipagem sanguínea fetal e fator Rh = O+, Apgar = 8 e 9, testes de triagem normais; USG transfontanela + abdominal e fundoscopia de olho realizadas no serviço terciário se encontraram normais.

DISCUSSÃO

As repercussões da DHFRN são percebidas apenas após o nascimento do neonato. Logo, existe uma ênfase na busca por pacientes susceptíveis a tal enfermidade durante o pré-natal.⁽²⁾

Os métodos utilizados para o acompanhamento de pré-natal na rotina clínica, os testes de Coombs, tanto indireto quanto direto, observam a presença ou ausência de aglutinação em amostras que contêm hemácias ligadas aos anticorpos maternos após o acréscimo de antiglobulina humana anti-IgG na solução.⁽¹¹⁾

A antiglobulina humana anti-IgG, conhecida como reagente de Coombs, é capaz de reagir com cadeias leves de IgG e pode também aglutinar com anticorpos IgA e IgM. No caso descrito acima, a identificação apenas da presença de anti-M IgM pelo PAI aponta para a possibilidade de o componente anti-IgG do reagente de Coombs ter aglutinado com o anti-M IgM.^(11,14,15)

É importante destacar que, apesar de poucos, alguns casos com anti-M IgG foram relatados na literatura até o momento, sendo relacionados com repercussão fetal, como a supressão da eritropoiese fetal no lugar da hemólise, pelo antígeno anti-M, causando anemia neonatal. Devido a isso, demonstra-se a importância de se ter o conhecimento de tal sistema e suas repercussões, para, assim, manter uma vigilância sobre essa condição e seu possível diagnóstico diferencial, visto que a isoimunização por anticorpos anti-M é raramente observada na prática clínica, servindo como fonte de duvidas para o clínico.^(3,9,16)

Portanto, existe a necessidade de acompanhar os casos, a fim de identificar possíveis alterações e complicações, além de obter o conhecimento sobre essa possível aloimunização.^(3,16)

CONCLUSÃO

Com base na revisão bibliográfica realizada pelo presente estudo, observou-se que o desenvolvimento de anticorpos anti-M da classe IgM pode ser formado de maneira natural, sem correlação com exposição a agente externo, e não possui repercussões materno-fetais, por não atravessar a barreira hematoplacentária. Em contrapartida, o desenvolvimento do anti-M da classe IgG é raro, pouco relatado em estudos e fora observada repercussão hemodinâmica em fetos sem outra causa plausível. Logo, nota-se que o desenvolvimento da doença de classe IgM, com sua presumida benignidade tanto nas literaturas quanto na descrição do relato de caso, não resultou em sofrimento fetal no período intraútero nem em transtornos no período neonatal (como descrito nos dados de nascimento do recém-nascido). Dessa forma, percebe-se que, mesmo que o atual caso não tenha implicações clínicas na mãe e no feto, é imprescindível o aprofundamento da pesquisa se o Coombs indireto se apresentar reagente em casos atípicos, a fim de identificar precocemente o marcador IgG e possibilitar a conduta ideal para o caso, evitando agravos. Com isso, apesar dos achados apresentados e das discussões descritas, o presente manuscrito não possui conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Rosa LS. Teste de antiglobulina humana indireto em gestantes aloimunizadas: uma revisão sistemática [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [cited 2023 Oct 22]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/199283/Luiza%20Simon%20Rosa.pdf?sequence=1>
2. Baioch E, Nardoza LM. Aloimunização. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(6):311-9. doi: 10.1590/S0100-7202009000600008
3. França CF. Doença hemolítica do feto e recém-nascido, provocada por anticorpos não anti-D, não anti-Abo [trabalho e conclusão de curso]. Marília: Secretaria de Estado da Saúde; 2014 [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://silo.tips/download/secretaria-de-estado-da-saude-programa-de-aprimoramento-profissional>

4. Schmidt LC, Corrêa Júnior MD, Loures LF. Atualizações na profilaxia da isoimunização Rh. *Femina*. 2010 [cited 2023 Oct 24];38(7):346-52. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n7/a1522.pdf>
5. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Consenso Clínico: "Doença hemolítica do feto e recém-nascido". 2014 [cited 2023 Oct 31]. Available from: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-D_Hemolitica.pdf
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Imuno-hematologia laboratorial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2023 Nov 3]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/imuno_hematologia_laboratorial.pdf
7. Cruz JS, Dias LF, Lima MF. Aloimunização materno-fetal: uma revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte: Centro Universitário UNA; 2021 [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstreams/7d6ab5d8-ed95-4ad3-8d18-dcedc3b3d4e6/download>
8. Clarke G, Côté J, Lane D. MNS system: anti-M. 2019 [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://professionaleducation.blood.ca/en/transfusion/best-practices/serological-best-practices/mns-system-anti-m>
9. Dean L. Blood groups and red cell antigens. Bethesda: National Center for Biotechnology Information; 2005 [cited 2023 Nov 27]. Chapter 12: The MNS blood group. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2274/>
10. Tondon R, Kataria R, Chaudhry R. Anti-M: report of two cases and review of literature. *Asian J Transfus Sci*. 2008;2(2):81-3. doi: 10.4103/0973-6247.42695
11. Sancho JM, Pujol M, Fernandez F, Soler M, Manzano P, Feliu E. Delayed haemolytic transfusion reaction due to anti-M antibody. *Br J Haematol*. 1998;103(1):268-9. doi: 10.1046/j.1365-2141.1998.00970.x
12. Anti-Human Globulin Anti-IgG (Rabbit). Dreieich: Biotest Medical Diagnostics GmbH; 2008 [cited 2023 Nov 29]. Available from: <https://www.fda.gov/media/72497/download>
13. Theis SR, Hashmi MF. Coombs test. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547707/>
14. Parker V, Tormey CA. The direct antiglobulin test: indications, interpretation, and pitfalls. *Arch Pathol Lab Med*. 2017;141(2):305-10. doi: 10.5858/arpa.2015-0444-RS
15. Storry JR, Coghlan G, Poole J, Figueroa D, Reid ME. The MNS blood group antigens, Vr (MNS12) and Mt(a) (MNS14), each arise from an amino acid substitution on glycophorin A. *Vox Sang*. 2000;78(1):52-6. doi: 10.1159/000031149
16. Duguid JK, Bromilow IM, Entwistle GD, Wilkinson R. Haemolytic disease of the newborn due to anti-M. *Vox Sang*. 1995;68(3):195-6. doi: 10.1111/j.1423-0410.1995.tb03927.x

Implantes com gestrinona: suas controvérsias

Loreta Canivilo Moraes¹

Comentário a respeito do artigo:

Rodrigues AR, Morais RV, Magalhães LP, Britto RL, Brito MB. Implantes com gestrinona: suas controvérsias. *Femina*. 2022;50(9):532-4.

Prezado Editor,

É apresentada em sua edição um equívoco muito importante. Os autores afirmam que, em 1978, em um trabalho de Alvarez, entre 200 pacientes com implante de gestrinona, 100 foram excluídas por alterações em enzimas hepáticas. No entanto, isso não corresponde à verdade. O mesmo autor traz dados de 48 pacientes que fizeram parte do estudo em 524 meses de acompanhamento, mas, na verdade, foram 504 meses.

Na verdade, o que aconteceu, em relação ao trabalho inicial de Alvarez, feito pela República Dominicana e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), é que:

- se planejou chamar 200 mulheres (100 mulheres para gestrinona e 100 para levonorgestrel);
- o recrutamento parou quando Diaz relatou o aumento de transaminases, no trabalho chileno usando gestrinona;
- quando o recrutamento foi encerrado, havia 48 mulheres para o implante de gestrinona e 52 para o implante de levonorgestrel, e um total de 100 mulheres deixou de ser recrutado;
- nesse trabalho a conclusão informa que os valores foram ascendentes em 3 mulheres, mas elevações excessivas não foram vistas; e o valor observado de 54 sgot no topo da faixa da normalidade não representou nada mais que aumento na margem superior.

Assim, o artigo descreve uma estatística que nunca existiu; não existiram 100 mulheres excluídas de 200 por aumento de enzimas hepáticas. O recrutamento parou em 100 mulheres, em vez de 200 no plano original.

RESPOSTA DOS AUTORES

Andréa Railla Nogueira Rodrigues^{2,3}, Rhuan Victor Pereira Morais^{2,3}, Lorena Porto Magalhães², Renata Lopes Britto³, Milena Bastos Brito³

Prezado Editor,

Agradecemos o prestígio pela leitura criteriosa do nosso trabalho, bem como os questionamentos referentes à publicação intitulada “Implantes com gestrinona: suas controvérsias”, aceito em 15/09/2022 pela revista *Femina*. Os esclarecimentos são em relação à citação do ensaio clínico⁽¹⁾ intitulado “Ensaio clínico comparativo das progestinas R2323 e levonorgestrel

1. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

2. Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Salvador, BA, Brasil.

3. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

administrado por implantes subdérmicos". O estudo comparativo foi realizado em mulheres jovens e não grávidas e tinha como objetivo avaliar padrão de sangramento, efeitos adversos e taxa de gravidez entre as usuárias. O estudo foi inicialmente planejado para contemplar 200 participantes, as quais seriam alocadas em dois grupos: usuárias com implantes de gestrinona e usuárias com implantes de levonorgestrel. Entretanto, devido a publicações contemporâneas ao artigo publicado da década de 1970, as quais observaram elevação de transaminases entre usuárias de implante de gestrinona,⁽²⁾ o recrutamento de pacientes foi interrompido e o ensaio clínico foi reformulado com a inclusão de 100 mulheres: 52 usuárias de implantes de levonorgestrel e 48 usuárias de implantes de gestrinona (R2323). Diante desse relato,⁽¹⁾ realizaram dosagem de TGO e TGP nas pacientes que estavam em uso do implante de gestrinona e, apesar de se observar uma tendência de elevação de TGO e TGP, os valores mantiveram-se dentro do limite de normalidade. Em nosso trabalho, no quarto parágrafo, ⁽¹⁾ "Das 200 pacientes iniciais no estudo, 100 foram excluídas por elevação das transaminases no grupo em uso de R2323". Esclarecemos que o ensaio clínico foi interrompido precocemente e envolveu apenas 100 usuárias e não houve exclusão dessas participantes, houve

redução da amostra pretendida (200 usuárias) pelos critérios acima explicitados. Pedimos desculpas pela dubiedade das informações e falta de clareza na citação do estudo.⁽¹⁾ Reforçamos, assim, nosso compromisso ético, responsável e direcionado à luz da ciência e medicina baseada em evidências. Essa informação equivocada não altera as conclusões do nosso artigo, em que são evidentes as controvérsias acerca dos implantes de gestrinona, bem como sobre suas implicações para a prática médica e segurança das usuárias, devido a escassez de ensaios clínicos que apontem a segurança para seu uso. Ansiamos, assim, por novos estudos com rigor metodológico que possam avaliar a dose-resposta, benefícios, indicações, contraindicações, efeitos colaterais a longo prazo e segurança para o uso da via subdérmica de gestrinona.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez F, Robertson DN, Montes de Oca V, Sivin I, Brache V, Faundes A. Comparative clinical trial of the progestins R-2323 and levonorgestrel administered by subdermal implants. *Contraception*. 1978;18(2):151-62. doi: 10.1016/0010-7824(78)90090-2.
2. Diaz S, Pavez M, Quniteros E, Robertson DN, Croxatto HB. Clinical trial with subdermal implants of the progestin R-2323. *Contraception*. 1977;16(2):155-65. doi: 10.1016/0010-7824(77)90083-x

FEBRASGO POSITION STATEMENT

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

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



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



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

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