

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 8, 2020

Depressão pós-parto

O abismo imenso que
vai do diagnóstico ao
tratamento adequado

AMAMENTAÇÃO

O leite materno ainda
é o alimento mais
completo para o bebê

ENTREVISTA

Tabagismo ameaça a
fertilidade das mulheres

#Setembro Amarelo

Falar pode ser o início de um futuro diferente

A cada 45 minutos, no Brasil, uma pessoa comete suicídio. Uma sensação intensa de dor que vai crescendo até parecer insuportável e fazê-la acreditar que a morte é a única saída. Mas não é!

Está tudo bem não sermos perfeitos, não sermos infalíveis!

Há outras possibilidades a tentar. Há pessoas que podem ajudar. Há pessoas que querem te ouvir: amigos, familiares, colegas profissionais. Converse mais uma vez! Falar pode ser o início de um futuro diferente.

Em outra medida, podemos ser o espaço de acolhida de uma paciente. Mudanças de comportamento, desesperança contínua ou alegria exacerbada após momentos severos de depressão podem apontar a necessidade de indicarmos um apoio especializado.

#MêsdePrevençãooSuicídio

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Almir Antônio Urbanetz (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

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*, indexada 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.

Não é permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, sem prévia autorização da revista *Femina*.

Produzida por: **Modo Comunicação.**

Editor: Maurício Domingues; *Jornalista:* Leticia Martins (MTB: 52.306);
Revisora: Glair Picolo Coimbra. *Correspondência:* Rua Leite Ferraz, 75,
Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CONSELHO EDITORIAL

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Alberto Carlos Moreno Zaconeta
Alex Sandro Rolland de Souza
Almir Antonio Urbanetz
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva
Antonio Rodrigues Braga Neto
Belmiro Gonçalves Pereira
Bruno Ramalho de Carvalho
Camil Castelo Branco
Carlos Augusto Faria
César Eduardo Fernandes
Claudia Navarro Carvalho
Duarte Lemos
Cristiane Alves de Oliveira
Cristina Laguna Benetti Pinto
Corintio Mariani Neto
David Barreira Gomes Sobrinho
Denise Leite Maia Monteiro
Edmund Chada Baracat
Eduardo Cordoli
Eduardo de Souza
Fernanda Campos da Silva
Fernando Maia Peixoto Filho
Gabriel Ozanan
Garibalde Mortoza Junior

Geraldo Duarte
Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
Jorge Fonte de Rezende Filho
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 Osorio 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 Maerawi
Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral



EDITORIAL

A obstetrícia brasileira experimentou cenário extremamente complexo: interromper a gestação tardia, de origem criminoso, por estupro, em uma menina de 10 anos de idade. Na sociedade plural, houve ruídos, como esperado. Fez-se o legal. A *Femina* entrevistou o professor Olimpio Barbosa, responsável pela equipe que conduziu o caso. A jornalista da *Femina* chegou ao mais íntimo do entrevistado. Respostas honestas e admiráveis! Não deixem de ler. A *Femina* de setembro pluga várias fontes. A depressão pós-parto, que acomete uma em cada cinco puérperas, é assunto de capa. O texto é protocolo da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério da Febrasgo. Além de redação suave, traz, na íntegra, a escala de Edimburgo para uso clínico, já validada em nossa língua. É recomendável que essa escala descole das páginas da *Femina* para a prática obstétrica no mundo real da nossa obstetrícia. Só assim terá valia o esforço da Febrasgo na publicação desse protocolo. Esse assunto é ainda enriquecido com a entrevista de cinco obstetras ativos no país. A leitura dos comentários e opiniões de cada um deles assegura uma compreensão mais abrangente do assunto.

Mas os ventos de agosto sopraram em redemoinho! Como resultado, sem analogia com a fumaça que emana do Pantanal, a jornalista Letícia entrevistou três destacados ginecologistas e produziu um texto extremamente agradável acerca da associação do tabagismo com o uso de esteroides sexuais, a fertilidade e a idade da menopausa, e do tabagismo com a saúde da gestante e do feto. Há mais fogo que fumaça! Ainda, a relevância da amamentação é esmiuçada em ensaio agradável; além da importância do tema, o ensaio traz a lactação para o momento COVID-19. A Febrasgo continua sua dedicação aos eventos científicos na forma digital. Por meio do projeto Conecta GO, discutem-se os aspectos atuais de tópicos mais relevantes e de interesse para a nossa prática. Em outubro, teremos o *Highlights* Febrasgo 2020, com discussões profundas sobre os mais diferentes assuntos, em três dias, em diferentes formações. Aguardem!

A Febrasgo em crescimento é o normal! Neste volume, a *Femina* publica a posição da Associação acerca do tratamento hormonal na insuficiência ovariana prematura. Há muito que aprender! O texto é da CNE em Ginecologia Endócrina. Foi escrito por seis de seus membros e está irretocável. No Caderno Científico, a *Femina* publica a opinião de vários especialistas sobre o tema COVID-19 e mortalidade materna. Esse caderno termina com três revisões de atualização envolvendo a neoplasia intracervical e o papilomavírus, e os aspectos da citologia oncótica cervicovaginal em lésicas e transgêneros. O uso de anticoagulantes na prevenção das trombofilias na gestação é explorado em todos os seus aspectos. Da eficácia real ao uso indiscriminado, sem suporte científico. Certamente é a cloroquina do obstetra.

Com gratidão aos autores, boa leitura.

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO



454 Capa

Depressão pós-parto



463 Entrevistas

Depressão pós-parto



467 Dia Nacional de Combate ao Fumo

Onde há fumaça, há perigo

470 Entrevista

A batalha pela vida



472 Especial

Amamentação combina com proteção



475 Residência médica

Ensino remoto emergencial no contexto da pandemia da COVID-19

480 News

Conectando especialistas Expectativas para o *Highlights* 2020

483 Federadas

Somago Da pandemia ao novo normal

484 Defesa e Valorização Profissional

A pandemia e você, tocoginecologista! Dicas de autocuidado e saúde mental

486 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Insuficiência ovariana prematura: foco no tratamento hormonal

OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS

COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível

ARTIGOS DE REVISÃO

Frequência de neoplasia intraepitelial cervical e papilomavírus humano na região Sul do Brasil: um estudo retrospectivo

Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros

Anticoagulação e prevenção de morbidade obstétrica em trombofilias hereditárias: mito ou verdade?



Depressão pós-parto

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é uma entidade clínica heterogênea que, geralmente, se refere a um episódio depressivo maior ou de intensidade grave a moderada, presente nos primeiros meses após o nascimento. Há maior vulnerabilidade da mulher a sintomas e sinais depressivos durante aproximadamente seis meses depois do parto.⁽¹⁾ No Brasil, amostras de base populacional e populações de unidades hospitalares terciárias demonstraram prevalência aproximada de 20%⁽²⁾ para DPP, semelhante à recente metanálise que identificou prevalência de 20% para estudos que empregaram a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) (Anexo 1).⁽³⁾ O único estudo brasileiro que investigou a prevalência de DPP por meio de entrevista diagnóstica semiestruturada constatou a prevalência de 7,2%.^(4,5) Dentre os principais fatores de risco para a DPP, destaca-se a depressão na gravidez. De fato, 60% das mulheres com DPP já apresentavam a doença na gestação. Outros fatores significativamente associados são cesariana de emergência, estresse constante no cuidado filial, manifestações psiquiátricas ansiosas pré-natais e suporte social inadequado. Em mulheres com história de DPP, há 25% de risco de recorrência na gestação subsequente.⁽⁶⁾ A DPP está relacionada a maior risco de descontinuação da amamentação, conflitos familiares e negligência em relação às necessidades físicas e psíquicas da criança. A DPP pode influenciar negativamente o relacionamento entre mãe e filho ao comprometer a capacidade da criação de vínculos saudáveis estáveis. Podem ocorrer danos ao desenvolvimento psicomotor e da linguagem e, consequentemente, prejuízos cognitivos e sociais relevantes. A DPP pode dificultar que a mulher interprete adequadamente os comportamentos da criança, o que favorece que esta, ao longo do tempo, apresente respostas mal-adaptativas, tornando-se isolada ou inquieta ou manifestando distúrbios alimentares ou de sono. Poderão ser observadas reduções na frequência, duração e qualidade da amamentação. Algumas mães passam a temer, evitar ou suspender as mamadas, aumentando os riscos ao desenvolvimento físico e psíquico da criança. Efetivamen-

Descritores

Gravidez; Depressão; Rastreamento; Antidepressivos; Amamentação

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Depressão Pós-parto. São Paulo: Febrasgo; 2020. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 3, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Agradecemos aos Doutores Joel Rennó Júnior e Renan Rocha a contribuição intelectual na elaboração do protocolo.

te, adolescentes e adultos cujas mães apresentaram DPP demonstram maior risco para doenças psiquiátricas.^(7,8) A décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) identifica sob o código F53 os “transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério”, iniciados dentro de seis semanas após o nascimento, incluindo a “depressão pós-natal” ou a “depressão pós-parto”.

ETIOLOGIA

Os elementos envolvidos na etiologia da DPP incluem redução dos níveis de hormônios reprodutivos, alterações tireóideas, disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, anormalidades do colesterol e ácidos graxos e vulnerabilidade genética. Em roedores e humanos, foram constatadas relevantes oscilações perinatais de corticosterona, hormônio liberador corticotrópico e oxitocina.⁽⁷⁾ De particular nota, a mulher gestante apresenta um aumento intenso dos níveis de progesterona (20 vezes) e o incremento de estradiol é ainda maior (200 a 300 vezes). Ambos demonstram abrupta redução concomitante à expulsão da placenta, levando à hipótese de que um “estado de retirada de estradiol” durante as primeiras semanas após o parto favorece a origem da DPP.⁽⁹⁾ Há uma base genética para episódios psiquiátricos que começam particularmente dentro de quatro semanas após o parto. Fatores genéticos explicam 38% da variância da DPP, conforme estudo com gêmeos. As regiões dos cromossomos 1 e 9 e um gene em particular, o HMCN1, foram vinculados com a DPP, porém os achados necessitam ser replicados em amostras maiores. O HMCN1 é altamente expresso no hipocampo e, em estudo animal, apresentou alteração relacionada à diminuição abrupta de estrogênio após o parto. De fato, algumas mulheres com DPP apresentaram elevada sensibilidade à sinalização de estrogênio. Ainda, o polimorfismo da região promotora do gene transportador de serotonina pode desempenhar papel na suscetibilidade à DPP no período de pós-parto imediato.^(10,11)

FISIOPATOLOGIA

Existem importantes motivos que sustentam a hipótese de que os hormônios reprodutivos participam da fisiopatologia da DPP. Eles desempenham papel relevante no processamento cognitivo das emoções e, assim, podem contribuir indiretamente para a DPP, influenciando os fatores de risco psíquicos e sociais.⁽¹²⁾ No hipocampo, a ovariectomia reduz e o estradiol eleva os níveis de fator neurotrófico derivado do cérebro (*brain-derived neurotrophic factor* – BDNF), cujas taxas estão diminuídas na depressão. O estradiol

também aumenta a atividade da proteína receptora de neurotrofina trkA33 em modelo animal, semelhante ao mecanismo de medicamentos antidepressivos. A progesterona influencia a síntese, a liberação e o transporte de neurotransmissores, interferindo na expressão de BDNF no hipocampo e no córtex cerebral. A relevância dos esteroides gonadais para a regulação afetiva é, ainda, sugerida por efeitos moduladores sobre o estresse, a neuroplasticidade e a atividade imunológica.⁽¹³⁾ Os efeitos dos esteroides gonadais nas funções mentais são identificados em estudos de imagem cerebral que utilizam tomografia por emissão de pósitrons ou ressonância magnética funcional em mulheres assintomáticas, demonstrando que os esteroides gonadais modulam a atividade dos circuitos cerebrais envolvidos em estados afetivos normais e psiquiátricos. Em um estudo de mulheres saudáveis, o fluxo sanguíneo cerebral regional foi atenuado no córtex pré-frontal durante hipogonadismo induzido e o padrão característico de ativação cortical ressurgiu com a presença de estradiol e progesterona. Assim, há evidências de que os hormônios reprodutivos influenciam diretamente os sistemas biológicos e os circuitos neurais implicados diretamente na depressão, sugerindo que a instabilidade hormonal inerente ao período perinatal poderia contribuir para a desregulação do humor na DPP.⁽¹⁴⁾

DIAGNÓSTICO

Somente 14% das mulheres com DPP receberam algum tipo de tratamento, de acordo com um estudo populacional nos Estados Unidos.⁽¹⁵⁾ Em serviços de Obstetrícia e Ginecologia, 80% a 60% das mulheres que apresentavam depressão não foram diagnosticadas.⁽¹⁶⁻²¹⁾ Assim, os pesquisadores têm apontado para a necessidade do rastreamento de rotina para a DPP e consideram que essa conduta deve ser uma das prioridades no trabalho do obstetra/ginecologista.⁽²²⁻²⁷⁾ No entanto, os índices de rastreamento de DPP na especialidade ainda são pequenos e inadequados.⁽²⁸⁻³¹⁾ Os obstáculos para o rastreamento da DPP por obstetras/ginecologistas incluem a carência de tempo, o estigma relacionado às doenças psiquiátricas na gravidez e pós-parto – denominado de psicofobia perinatal – e o treinamento insuficiente ou inadequado na pós-graduação.^(21,27,32) Nesse contexto, os índices de encaminhamento de mulheres com DPP à psiquiatria por obstetras/ginecologistas ainda são incipientes e discretos,^(23,28,33,34) embora a referência ao médico psiquiatra nesses casos seja a conduta sugerida com ênfase, baseada em evidências de melhores desfechos para pacientes de serviços de Obstetrícia e Ginecologia.⁽³⁵⁻³⁸⁾

Atualmente, o rastreamento da DPP por meio de instrumento validado é recomendado por *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, *The American Medical Association*, *The National Institute for Health and Care Excellence*, *The American Pediatrics Association* e *The American Academy of Family Physicians*.⁽³⁹⁾ O rastreamento da DPP demonstrou ser uma intervenção economicamente viável, na qual os benefícios são maiores que os custos.⁽⁴⁰⁾ Nesse sentido, a EPDS é o instrumento de rastreamento mais recomendado e mais utilizado em ambientes clínicos e de pesquisa.^(3,41) A EPDS é utilizada para triagem, portanto não define o diagnóstico nem a gravidade da doença. A EPDS foi desenvolvida especificamente para evitar a identificação excessiva de DPP, pois fadiga, alterações alimentares e distúrbios do sono são relativamente mais comuns no pós-parto. No entanto, também são sugestivos de DPP. Por isso, a EPDS contempla principalmente sintomas cognitivos e afetivos.⁽³⁾ No Brasil, de acordo com duas das principais pesquisas, o melhor ponto de corte para rastreamento foi o escore igual a 10 ou maior.^(42,43) Deve-se conceder especial atenção à história pessoal ou familiar de depressão, psicose ou transtorno bipolar (TB), principalmente se estiver associada ao período perinatal. A alta suspeição é pertinente e o obstetra/ginecologista deve estar muito atento a sintomas e sinais de mania ou hipomania, pois o puerpério é uma fase de altíssimo risco para o TB. O diagnóstico incorreto de depressão em uma gestante com TB pode levar a um tratamento inefetivo, induzir um episódio maníaco-psicótico e aumentar o risco de suicídio.⁽⁴⁴⁾ Para uma mulher com transtorno depressivo, o pós-parto é o momento da vida com maior risco de surgimento do TB. De fato, entre as mães no pós-natal com pontuação da EPDS igual a 10 ou maior, cerca de 20% têm alto risco para TB. O diagnóstico diferencial entre o TB e a DPP pode ser particularmente desafiador, pois há certo desconhecimento entre médicos e pacientes de que a DPP pode ser uma manifestação de TB. Também, não há recomendações formais para o rastreamento de manifestações maníacas nem hipomaniacas. Ainda, a avaliação de tais manifestações requer anamnese especializada para o diagnóstico diferencial. Assim, de modo equivocado, o TB no pós-parto tem sido diagnosticado como transtorno depressivo.^(45,46) Ainda, recomenda-se para a DPP a avaliação laboratorial da função tireóidea e a investigação de deficiências de micronutrientes (por exemplo: vitaminas D e B12) e anemia.⁽⁴⁷⁾ Em caso de diagnóstico psiquiátrico suspeito e confirmado, a paciente deve ser informada e esclarecida sobre todas as opções de tratamento pertinentes ao pós-parto. A seleção terapêutica depende do histórico médico psi-

quiátrico, da singularidade do conjunto de sintomas e sinais específicos que a paciente apresenta, da gravidade de cada uma das manifestações e do seu impacto funcional, das preferências pessoais da mulher diante de diferentes características das opções de tratamento e do acesso da paciente a tais opções. O êxito terapêutico no pós-parto pode reduzir os riscos de desfechos adversos associados às nosologias psiquiátricas nesse período.^(40,48,49)

TRATAMENTO

As evidências dos benefícios da amamentação para a criança incluem associação a maior coeficiente intelectual e menor risco de obesidade e *diabetes mellitus*. Entretanto, a decisão de amamentar também requer uma análise cuidadosa da severidade da instabilidade do humor e do possível comprometimento do juízo crítico da mãe. Ainda, a amamentação pode causar privação de sono na mãe, que é um fator de risco importante para precipitar ou exacerbar manifestações psiquiátricas graves. Portanto, a amamentação e suas rotinas devem ser muito bem ponderadas e conduzidas diante do caso de uma mãe com particularidades psiquiátricas. Assim, em conjunto com a paciente e familiares, podem ser consideradas determinadas medidas destinadas a minimizar a interrupção do sono, incluindo auxílios para os cuidados noturnos da criança.⁽⁵⁰⁾ Durante o pós-natal, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal apresentam resultados predominantemente favoráveis em estudos de eficácia e efetividade para a depressão. São tratamentos geralmente indicados como monoterapia nos casos de intensidade leve a moderada ou em associação com medicamentos nos casos de intensidade moderada a grave.^(51,52) A respeito da eficácia dos antidepressivos na DPP, uma revisão sistemática do Grupo Cochrane identificou três estudos randomizados controlados por placebo que avaliaram a eficácia de antidepressivos na DPP. Os índices de resposta terapêutica (52,2% vs. 36,5%; *pooled risk ratio*, 1,43; IC 95%: 1,03-2,03) e de remissão (46,0% vs. 25,7%; *pooled risk ratio*, 1,79; IC 95%: 1,08-2,98) foram mais altos no grupo de mulheres que utilizou antidepressivo.⁽⁵³⁾ A maioria dos estudos a respeito da segurança dos antidepressivos durante a lactação é de relatos de casos e séries de casos. Raras são as pesquisas que incluem um grupo controle. As reações adversas agudas – quando ocorrem – são reversíveis e o lactente apresenta geralmente episódio de irritabilidade, inquietude ou distúrbio do sono. Os estudos em neonatos são frequentemente complicados pela exposição pré-natal ao mesmo medicamento, o que pode aumentar o risco de efeitos adversos precoces. Poucas pesquisas investigaram a influência

dos fatores de confundimento associados à depressão, como o tabagismo e o uso de álcool ou outras substâncias pela mãe. Os dados sobre o desenvolvimento a longo prazo da criança cuja mãe utilizou antidepressivo na lactação ainda não permitem conclusões a respeito desse aspecto da segurança reprodutiva.⁽⁵⁴⁾ De modo geral, a exposição a antidepressivos (incluindo-se os tricíclicos) maternos em lactentes é cinco vezes menor em comparação com a exposição uterina.⁽⁵⁵⁾ A maioria dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina e dos inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina é transferida para o leite em dose inferior a 10% da dose infantil relativa (DIR), taxa compatível com uma quantidade marcadamente inferior à gestacional e considerada, por especialistas, como referência para um perfil de segurança mais favorável.⁽⁵⁶⁾ Embora em alguns casos a fluoxetina e o citalopram possam exibir índices relativamente mais elevados de DIR, eles têm sido bem tolerados pelos lactentes, demonstrando associação a sinais adversos em 4% a 5% dos casos, nos quais predominam manifestações breves de irritabilidade.^(54,57) Estudo recente constatou que o uso materno de sertralina e paroxetina estava associado a manifestações adversas em 13% e 11% dos lactentes, respectivamente; os principais sinais foram insônia (88%) e inquietude motora (55%).⁽⁵⁸⁾ Portanto, não há antidepressivo materno livre de riscos para a criança durante a lactação (Anexo 2).^(59,60) Com o objetivo de reduzir a exposição da criança a medicamentos, ainda não está clara a evidência de benefício devido ao descarte de leite materno em picos séricos estimados de antidepressivos ou em função de amamentação ou retirada de leite imediatamente após a ingestão de antidepressivo.^(54,61) Apesar da variabilidade entre os antidepressivos com relação à passagem para o leite materno e os seus níveis em lactentes, a substituição de medicamento em função da lactação deve ser ponderada, considerando-se também a efetividade dele para determinada paciente durante a gravidez ou antes. Por isso, devem-se revisar especificamente tais evidências de segurança reprodutiva na lactação a respeito de determinados antidepressivos aos quais a mãe tenha apresentado resposta terapêutica favorável.^(57,62) Os níveis séricos em recém-nascidos prematuros ou naqueles com insuficiências hepática e renal podem ser maiores e, portanto, a consulta com o pediatra também deve orientar as decisões nesses casos.^(54,62) De modo marcante no período perinatal, há grande e diversa oscilação nas atividades das enzimas hepáticas metabolizadoras do citocromo P450. Assim, alterações farmacocinéticas específicas podem causar grande impacto terapêutico para a puérpera em uso de antidepressivo, em razão de potenciais e frequentes alterações nos níveis séricos. Logo, o médico deve estar especialmente

atento à necessidade de aperfeiçoamento de sua conduta diante das particularidades farmacocinéticas perinatais de determinado antidepressivo.^(63,64)

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. Antes do período pós-parto, deve haver diálogo e esclarecimentos médicos pertinentes para a gestante que apresenta manifestações depressivas, para a gestante que já as apresentou previamente e, também, para a gestante que está em uso de medicamentos antidepressivos.
2. O obstetra está em posição privilegiada para realizar o rastreamento da depressão no pós-natal. O uso da EPDS é recomendado para aprimorar significativamente essa conduta.
3. O pós-parto é o período da vida de maior risco para recorrência de episódios do TB. O diagnóstico incorreto de DPP na vigência de TB pode levar a um tratamento inefetivo, induzir um episódio maniaco-psicótico e aumentar o risco de suicídio. Por isso, é essencial a realização do diagnóstico diferencial entre a DPP e o TB.
4. Não há um antidepressivo único que possa ser considerado a melhor opção para todas as pacientes com DPP. Recomenda-se, sempre, uma conduta individualizada proveniente da análise minuciosa das particularidades de cada caso e do discernimento rigoroso das melhores evidências disponíveis. O exame crítico de cada estudo primário à luz do conhecimento em epidemiologia clínica perinatal é o trabalho insubstituível.

REFERÊNCIAS

1. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33(4):410-20.
2. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2011;11(4):369-79.
3. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782-6.
4. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry.* 2018;8:248.
5. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TL, Paes JA, Montenegro AC, Sougey EB. Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):1-9.
6. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot.* 2017;6:60.
7. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153-66.

8. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6.
9. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr.* 2015;20(1):48-59.
10. McEvoy K, Osborne LM, Nanavati J, Payne JL. Reproductive affective disorders: a review of the genetic evidence for premenstrual dysphoric disorder and postpartum depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(12):94.
11. Constanza Mendonza B, Saldívia S, Pihån R. Update on the neurobiological aspects of postpartum depression. *EC Neurol.* 2017;6(2):31-8.
12. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol.* 2011;117(4):961-77.
13. Gao X, Wang J, Yao H, Cai Y, Cheng R. Serum BDNF concentration after delivery is associated with development of postpartum depression: A 3-month follow up study. *J Affect Disord.* 2016;200:25-30.
14. Duan C, Cosgrove J, Deligiannidis KM. Understanding peripartum depression through neuroimaging: a review of structural and functional connectivity and molecular imaging research. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(10):70.
15. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(7):805-15.
16. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(3):759-69.
17. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv.* 2004;55(4):407-14.
18. Cerimele JM, Vanderlip ER, Croicu CA, Melville JL, Russo J, Reed SD, et al. Presenting symptoms of women with depression in an obstetrics and gynecology setting. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):313-8.
19. Kelly R, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry.* 2001;158(2):213-9.
20. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt).* 2003;12(4):373-80.
21. Goldin Evans M, Phillippi S, Gee RE. Examining the screening practices of physicians for postpartum depression: implications for improving health outcomes. *Womens Health Issues.* 2015;25(6):703-10.
22. Learman LA. Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):525-32.
23. Moraes GP, Lorenzo L, Pontes GA, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(1):54-61.
24. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(4):771-88.
25. Sit DK, Wisner KL. Identification of postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):456-68.
26. Stotland NL, Stotland NE. Depression in women. *Obstet Gynecol Surv.* 1999;54(8):519-25.
27. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(2):639-45.
28. Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(3):477-90.
29. Pawils S, Metzner F, Wendt C, Raus S, Shedden-Mora M, Wlodarczyk O, et al. Patients with postpartum depression in gynaecological practices in Germany – results of a representative survey of local gynaecologists about diagnosis and management. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016;76(8):888-94.
30. Delatte R, Cao H, Meltzer-Brody S, Menard MK. Universal screening for postpartum depression: an inquiry into provider attitudes and practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(5):e63-4.
31. LaRocco-Cockburn A, Melville J, Bell M, Katon W. Depression screening attitudes and practices among obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5 Pt 1):892-8.
32. Leddy M, Haaga D, Gray J, Schulkin J. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician-gynecologists. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2011;32(1):27-34.
33. Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ.* 2004;103(6):56-63.
34. Diket AL, Nolan TE. Anxiety and depression. Diagnosis and treatment during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24(3):535-58.
35. LaRocco-Cockburn A, Reed SD, Melville J, Croicu C, Russo JE, Inspektor M, et al. Improving depression treatment for women: integrating a collaborative care depression intervention into OB-GYN care. *Contemp Clin Trials.* 2013;36(2):362-70.
36. Melville JL, Reed SD, Croicu CA, Ludman E, LaRocco-Cockburn A, et al. Improving care for depression in obstetrics and gynecology: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2014;123(6):1237-46.
37. Byatt N, Levin LL, Ziedonis D, Moore Simas TA, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2015;126(5):1048-58.
38. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the Clinician. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):604-14.
39. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med.* 2016;375(22):2177-86.
40. Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and treating postpartum depression and psychosis: a cost-effectiveness analysis. *Matern Child Health J.* 2017;21(4):903-14.
41. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Riehm KE, Azar M, et al. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *BMJ Open.* 2015;5(10):e009742.
42. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev Saude Publica.* 2009;43 Suppl 1:79-84.
43. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2577-88.
44. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2016;173(2):117-27.
45. Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: an update and recommendations. *J Affect Disord.* 2017;219:105-11.
46. Sharma V, Khan M, Corpse C, Sharma P. Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression. *Bipolar Disord.* 2008;10(6):742-7.
47. Wesseloo R, Kamperman AM, Bergink V, Pop VJ. Thyroid peroxidase antibodies during early gestation and the subsequent risk of first-onset postpartum depression: A prospective cohort study. *J Affect Disord.* 2018;225:399-403.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Committee Opinion No. 666: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol.* 2016;127(6):e187-92.
49. Anderson EA, Kim DR. Psychiatric consultation to the postpartum mother. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(4):561.

50. Kempler L, Sharpe L, Miller CB, Bartlett DJ. Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2016;29:15-22.
51. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2016;14(5):463-72.
52. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016;315(4):388-406.
53. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(9):CD002018.
54. Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Hum Psychopharmacol.* 2015;30(1):4-20.
55. Bourke CH, Stowe ZN, Owens MJ. Prenatal antidepressant exposure: clinical and preclinical findings. *Pharmacol Rev.* 2014;66(2):435-65.
56. Sie SD, Wennink JM, van Driel JJ, te Winkel AG, Boer K, Casteelen G, et al. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(6):F472-6.
57. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S. ABM Clinical Protocol #18: Use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeed Med.* 2015;10(6):290-9.
58. Uguz F, Arpacı N. Short-term safety of paroxetine and sertraline in breastfed infants: a retrospective cohort study from a university hospital. *Breastfeed Med.* 2016;11(9):487-9.
59. Pinheiro E, Bogen DL, Hoxha D, Ciolino JD, Wisner KL. Sertraline and breastfeeding: review and meta-analysis. *Arch Women Ment Health.* 2015;18(2):139-46.
60. Davanzo R, Copertino M, De Cunto A, Minen F, Amaddeo A. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Med.* 2011;6(2):89-98.
61. Weisskopf E, Fischer CJ, Bickle Graz M, Morisod Harari M, Tolsa JF, Claris O, et al. Risk-benefit balance assessment of SSRI antidepressant use during pregnancy and lactation based on best available evidence. *Expert Opin Drug Saf.* 2015;14(3):413-27.
62. Fortinguerra F, Clavenna A, Bonati M. Psychotropic drug use during breastfeeding: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2009;124(4):e547-56.
63. Panchaud A, Weisskopf E, Winterfeld U, Baud D, Guidi M, Eap CB, et al. Pharmacokinetic alterations in pregnancy and use of therapeutic drug monitoring. *Therapie.* 2014;69(3):223-34. French.
64. Westin AA, Brekke M, Molden E, Skogvoll E, Spigset O. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in pregnancy: changes in drug disposition. *PLoS One.* 2017;12(7):e0181082.

Anexo 1. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje. Assinale uma alternativa para cada pergunta:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- A. Como eu sempre fiz
- B. Não tanto quanto antes
- C. Sem dúvida, menos que antes
- D. De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.

- A. Como sempre senti
- B. Talvez, menos que antes
- C. Com certeza menos
- D. De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- A. Sim, na maioria das vezes
- B. Sim, algumas vezes
- C. Não muitas vezes
- D. Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- A. Não, de maneira alguma
- B. Pouquíssimas vezes
- C. Sim, algumas vezes
- D. Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- A. Sim, muitas vezes
- B. Sim, algumas vezes
- C. Não muitas vezes
- D. Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.

- A. Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- B. Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- C. Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- D. Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.

- A. Sim, na maioria das vezes
- B. Sim, algumas vezes
- C. Não muitas vezes
- D. Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- A. Sim, na maioria das vezes
- B. Sim, muitas vezes
- C. Não muitas vezes
- D. Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- A. Sim, quase todo o tempo
- B. Sim, muitas vezes
- C. De vez em quando
- D. Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- A. Sim, muitas vezes, ultimamente
- B. Algumas vezes nos últimos dias
- C. Pouquíssimas vezes, ultimamente
- D. Nenhuma vez

Como fazer a pontuação:

Questões 1, 2 e 4: A = 0; B = 1; C = 2; D = 3

Questões 3, 5 a 10: A = 3; B = 2; C = 1; D = 0

Uma pontuação de 12 ou mais identifica a maioria das mulheres com depressão pós-parto. Mulheres que relatam sintomas depressivos sem ideação suicida ou comprometimento funcional importante (ou pontuação entre 5 e 9 na escala) devem ser reavaliadas dentro de um mês.

Fonte: Traduzido e adaptado de Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150(6):782-6.⁽³⁾ Copyright © 1987 British Journal of Psychiatry.

Anexo 2. Principais antidepressivos e a amamentação

Droga	Dose inicial	DIR (%)*	Amamentação	Riscos
Sertralina	50 mg/dia, máx. 200 mg/dia	0,5%-3%	Compatível	Mínimos. Raramente pode haver distúrbios do sono e/ou sucção.
Paroxetina	20 a 25 mg/dia, máx. 62,5 mg/dia	5,6%	Compatível	Mínimos. Pode haver choro constante, insônia, letargia, baixo ganho de peso, cansaço.
Fluoxetina	20 mg, máx. 80 mg/dia	<12%	Compatível	Mínimos. Pode haver choro, insônia, vômitos e diarreia.
Citalopram	20 mg/dia, máx. 40 mg/dia	3%-10%	Compatível	Mínimos. Sonolência, dificuldade de sucção e perda de peso.
Escitalopram	10 mg/dia, máx. 20 mg/dia	3,9%	Compatível	Mínimos. Menos excretado no leite que citalopram.
Venlafaxina	37,5 a 75 mg/dia, máx. 225 mg/dia	5%-13%	Menos compatível	Pequenos. Poucos estudos.
Mirtazapina	15 mg/dia, máx. 45 mg/dia	4,4%	Compatível	Poucos estudos
Nortriptilina	10-25 mg/dia, máx. 150 mg	3,4%	Compatível	Mínimos. Nada relatado. Não é a primeira escolha como antidepressivo.

Fonte: Pinheiro E, Bogen DL, Hoxha D, Ciolino JD, Wisner KL. Sertraline and breastfeeding: review and meta-analysis. Arch Women Ment Health. 2015;18(2):139-46. Davanzo R, Copertino M, De Cunto A, Minen F, Amaddeo A. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Med. 2011;6(2):89-98.(59,60)

* Dose infantil relativa (em geral, a amamentação é aceitável se a DIR for <10%).



**Conheça agora
o seu novo clube
de benefícios!**

CLUBE DE BENEFÍCIOS FEBRASGO

São mais de 150 parceiros com até 60% de desconto

Veja como é fácil se cadastrar no Clube de Benefícios Febrasgo:

- 1. Acesse o site do clube de vantagens e clique em "Cadastro".**
- 2. Preencha o formulário com os seus dados pessoais e o número do seu CPF, sem pontos e traço.**

Acesse e aproveite: clubedebeneficios.febrasgo.org.br

Ficou com alguma dúvida ou teve algum problema de acesso?
Entre em contato com beneficiosfebrasgo@redeparcerias.com

A qualidade dos produtos e serviços, o prazo e a efetivação da entrega e o suporte pós-venda são de inteira responsabilidade da empresa parceira, isentando este clube de vantagens de quaisquer responsabilidade junto aos associados participantes que venham efetivar a compra de produtos ou contratação de serviços.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Um assunto que, definitivamente, não pode ser deixado para depois

Por Letícia Martins

Não é uma tristeza que logo passa nem é só uma fase ruim. Depressão pós-parto é uma doença séria, mal diagnosticada e com frequência confundida com a tristeza materna.

A tristeza materna, ou *blues puerperal*, caracteriza-se basicamente pelo sentimento de tristeza e choro fácil que não impedem a realização das tarefas da mãe. É extremamente prevalente, sendo manifestada por cerca de 50% das mulheres. “É uma condição benigna que se inicia nos primeiros dias após o parto (dois a cinco dias), dura entre alguns dias e poucas semanas, tem intensidade leve e, em geral, não requer uso de medicações, pois é autolimitada e cede espontaneamente”, explicou o médico obstetra e ginecologista, Alberto Trapani Júnior, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Assistência ao Parto, Puerpério e Abortamento da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Por outro lado, a depressão pós-parto ou, melhor dizendo, depressão perinatal, já que ela pode ocorrer durante a gestação até um ano após o parto, inclui muitos fatores, entre eles a oscilação dos níveis de hormônios reprodutivos, alterações tireóideas, disfunções na produção hormonal, anormalidades do colesterol e ácidos graxos e vulnerabilidade genética.

Ou seja, é uma doença mental que merece diagnóstico correto e tratamento adequado. Contudo, embora a depressão puerperal também seja muito comum entre as brasileiras,





“Durante o pré-natal, devem ser reforçadas a importância do diagnóstico e a segurança de um possível tratamento para a depressão”, disse o Dr. Alberto Trapani Júnior.

com prevalência que varia de 7% a 20%, ela não tem sido devidamente detectada. “Vários estudos demonstraram que 60% a 80% dos casos de depressão puerperal não são adequadamente diagnosticados. O assunto precisa ser abordado durante o pré-natal, quando devem ser reforçadas a importância do diagnóstico e a segurança de um possível tratamento”, afirmou Trapani.

Essa conversa entre o ginecologista e a paciente é extremamente importante, principalmente se analisarmos o problema com um olhar macro. No Brasil, a prevalência da depressão ao longo da vida é em torno de 15%. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 10,4% de todas as mulheres atendidas na rede de atenção primária de saúde têm algum quadro de depressão associada a um sintoma físico. “Às vezes, as pessoas vão à unidade de saúde investigar algum problema e não encontram sintomas de uma doença clínica, mas acabam tendo uma manifestação na somatização do quadro depressivo”, apontou o psiquiatra Joel Rennó Jr., um dos principais estudiosos e conhecedores da saúde mental no Brasil, com ênfase em psiquiatria feminina.

O professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e coordenador do Programa Saúde Mental da Mulher do Instituto de Psiquiatria da USP Rennó Jr. alerta para uma consequência nem sempre evidente para a maioria das pessoas: “A depressão gera perdas de anos de qualidade de vida”. Essa afirmação do Dr. Joel é corroborada pelos dados da OMS, que revela que a depressão aparece, em média, entre as cinco primeiras doenças com maior causa de ônus durante a vida e ocupa o primeiro lugar se considerarmos a incapacitação ao longo da vida.

Segundo o psiquiatra, a depressão pode ocorrer desde a infância e adolescência, sendo mais comum na terceira década de vida e com maior incidência na terceira década de vida. Ao comparar o público masculino com o feminino, os números são taxativos: mulheres sofrem muito mais de depressão do que os homens. Enquanto a prevalência da doença nelas é de cerca de 20%, nos homens gira em torno de 12%. “Uma em cada cinco mulheres tem depressão em algum período de sua vida”, declarou Rennó Jr.

Trazendo para a realidade a gestante, Rennó Jr. ratifica: a depressão perinatal é bastante comum, “ao contrá-

rio do que muitas vezes as pessoas e até profissionais de saúde falam, de que a gestação seria um período protetor com menores riscos de depressão”. “Atualmente, nem usamos mais o termo depressão pós-parto, pois sabemos que cerca de 60% dos quadros de depressão ocorrem no início da gestação, mas infelizmente muitas vezes não são diagnosticados no pré-natal”, esclareceu o professor da USP.

A Dra. Alessandra Cristina Marcolin, professora-associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP, argumenta que existem vários fatores que contribuem para a subnotificação dessa doença mental durante a gestação. Um deles, disse a médica, é a dificuldade que a sociedade tem em acreditar ou mesmo aceitar que uma mulher gestante ou que acabou de ter um filho possa estar deprimida. “As pessoas acham que estar grávida é sempre algo maravilhoso. Muitas nem imaginam que a depressão possa ocorrer durante a gestação”, observou a coordenadora do Setor de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da FMRP-USP e vice-presidente da CNE em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério da Febrasgo.

“Tem outro lado que é o estigma da doença mental. As mulheres sentem culpa e vergonha por estarem passando por isso em um momento tão importante na vida delas, mas não falam sobre o que estão sentindo. Elas omitem os sintomas e isso só aumenta a importância do nosso papel como profissionais de saúde. Todos nós, ginecologistas e obstetras, precisamos prestar atenção nessa mulher que já tem fatores de risco para depressão”, alertou Alessandra.

“Em recente revisão sistemática os fatores de risco mais identificados para DPP foram gestação não planejada, falta de apoio/social/familiar, antecedente pessoal de doença psiquiátrica (depressão, história pregressa de comportamento suicida, ou crises de ansiedade), relacionamento ruim com o parceiro, idade menor que 20 anos e baixa escolaridade. “Identificaram-se ainda como fator de risco a violência doméstica e a história familiar de depressão”, completou Dra. Stenia.

“Os obstetras e ginecologistas são, indubitavelmente, os médicos de referência e de confiança da mulher. Por essa razão, é importante que façam o diagnóstico inicial da depressão nas mulheres”, disse o psiquiatra Joel Rennó Jr.



CAUSAS, MITOS E QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS

A falta de conhecimento da sociedade sobre o assunto anda de braços dados com diversos mitos criados em torno da gestação, como o mito da mãe perfeita, “que impõe à maternidade uma forte pressão e é responsável por frustrações de expectativas idealizadas e socialmente cobradas”, como analisou a Dra. Stenia dos Santos Lins, médica aposentada da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP) e da Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade do Rio Grande do Norte (MEJC/UFRN), onde coordenou dois programas importantes: um de atenção à saúde reprodutiva de adolescentes e outro de atenção à mulher em situação de violência sexual.

Para a Dra. Stenia, a dupla jornada com a inserção da mulher no mercado de trabalho adicionou a ela uma sobrecarga, além de desfavorecer a aceitação das limitações diárias para o desempenho do seu papel materno, “imprimindo-lhe grande dose de sofrimento e culpa”. “Há pressões culturais sobre as mulheres que invariavelmente exercem a maternidade. Há ainda uma visão romaneada e perfeita desse período de vida, o que é incompatível com as vivências reais da mulher moderna. Se a mulher não se enquadra nesse padrão e se depara com sentimentos ambivalentes ao cumprir o seu papel, sentimentos de incapacidade, ansiedade e culpa são inevitáveis, suscitando, dessa maneira, conflitos que predisporiam à depressão pós-parto”, refletiu a médica.

Ela chamou a atenção para o caso de mães que tiveram partos de prematuros, bebês malformados ou que não conseguem amamentar. “Essas merecem cuidados puerperais em saúde mental redobrados”, salientou.

Outro mito ainda bastante persistente refere-se à estigmatização de pessoas com transtornos psíquicos. Segundo a Dra. Stenia, esse estigma inibe a procura por um profissional de saúde mental e “tem sido responsável por atraso no diagnóstico, agravamento de sintomas, postergação de tratamento, automedicação, e tudo isso é ratificado pela própria família. Há muita resistência em procurar um psicólogo, em aderir a psicoterapias e na utilização de psicofármacos quando necessário, com ajuda de um especialista”.



“As pessoas acham que estar grávida é sempre algo maravilhoso. Muitas nem imaginam que a depressão pode ocorrer durante a gestação”, analisou a Dra. Alessandra Cristina Marcolin.



“Mães que tiveram partos de prematuros, bebês malformados ou que não conseguem amamentar merecem cuidados redobrados”, alertou a Dra. Stenia dos Santos Lins.

E voltamos à raiz do problema: como melhorar a acurácia diagnóstica da depressão perinatal?

Elias Melo Jr. é professor de Obstetrícia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e chefe da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher do Hospital das Clínicas da UFPE, e fez o doutorado em Tocoginecologia, com tese sobre depressão pós-parto. Ele reconhece que o assunto “ainda não é uma entidade com a qual o médico tocoginecologista tenha muita familiaridade”, mas coloca luz na discussão.

“Nós temos a tendência de subvalorizar a sintomatologia, considerar uma simples adaptação a um momento de estresse, no máximo uma *blues puerperal*. É necessário sensibilizar os colegas para a necessidade de aplicar os questionários disponíveis, como a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDSS), em casos sugestivos, para iniciar a terapia, como também ter consciência da importância do trabalho multidisciplinar, criando uma cadeia de suporte para a mulher nesse momento tão desafiador da vida, que é o puerpério, especialmente os dois primeiros meses pós-parto”, declarou o Dr. Elias, que também integra a CNE de Assistência ao Parto da Febrasgo.

O Dr. Rennó Jr. reforça o apelo: “Os colegas obstetras e ginecologistas são, indubitavelmente, os médicos de referência e de confiança da mulher. Por essa razão, é importante que vocês, de alguma forma, façam esse diagnóstico inicial, pois, sem dúvida alguma, o rastreamento precoce leva a um bom prognóstico e o tratamento tende a ser mais eficaz”.

ACOMPANHAMENTO DA MULHER NO PUERPÉRIO APÓS A ALTA HOSPITALAR

Com larga experiência na área, a Dra. Stenia destaca a importância do acompanhamento da mulher no puerpério após a alta hospitalar como uma ótima oportunidade para o diagnóstico da depressão pós-parto. Segundo ela, o Ministério da Saúde recomenda, pelo Programa Saúde da Família, uma visita nos primeiros 10 dias após o parto como forma de detecção precoce de alguns sinais ou sintomas depressivos ou adaptativos, responsáveis por desencadear a depressão pós-parto.

“É preconizado também um retorno à unidade de saúde com 30 a 40 dias. Essa consulta não deve ser restrita ao exame físico ou ao planejamento reprodutivo. Se a paciente já fazia uso de psicofármacos, é o momento de avaliação e ajustes e reavaliação do quadro depressivo, que pode sofrer exacerbação nesse período”, esclareceu a médica.

Ela reconhece e salienta que nem sempre é fácil fazer o diagnóstico, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com exaustão e noites mal dormidas, adaptação à nova dinâmica familiar e cuidados com o bebê. “Muitas vezes, esses sintomas são subestimados pela própria puérpera ou sua família, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sinais. Nas primeiras duas semanas pós-parto, podem ocorrer sintomas depressivos em grau mais leve, tais como tristeza, maior labilidade emocional, irritabilidade, problemas com o apetite e o sono, sensação de cansaço e exaustão, configurando *baby blues*”, citou a Dra. Stenia, ratificando o panorama que apresentamos no início da reportagem.

O psiquiatra Rennó Jr. esclarece que todo quadro depressivo precisa ter um dos sintomas cardinais, que são humor deprimido ou anedonia (perda da capacidade de sentir prazer ou interesse pelas atividades habituais). O espírito animado que prevalecia no pré-natal cede lugar à desmotivação, incluindo cuidados com a saúde. A mulher deixa de se alimentar de forma saudável, começa a faltar nas consultas de pré-natal, pode consumir álcool, tabaco e outras substâncias nocivas, além de apresentar dificuldades no trabalho e viver em constante quadro de insônia ou de sonolência excessiva.

“Muitas vezes, essa paciente relata desânimo, fadiga, tristeza, crises de choro e começa a ter uma perspectiva negativa em relação ao momento do parto, julgando-se incapaz de ser uma boa mãe. Se esses pensamentos negativos se tornam frequentes e presentes por pelo menos duas semanas, o médico precisa fazer o diagnóstico de depressão”, afirmou Rennó Jr.

Sem dúvida, uma avaliação do especialista, no caso o psiquiatra, é importante. “Hoje, nós trabalhamos muito com equipe multidisciplinar, mas é fundamental que o médico de referência da mulher, no caso o obstetra, faça o diagnóstico e, se for o caso e ele se sentir seguro, inicie o tratamento.”

A depressão não tratada pode levar a puérpera ao limite. Se você pensou em suicídio, lamento informar que sim, pode acontecer em casos graves. “A confusão entre a depressão puerperal e o transtorno bipolar pode levar a um tratamento inefetivo, episódio maníaco-psicótico e aumento do risco de suicídio”, alertou Alberto Trapani.

TRATAMENTO E APOIO FAMILIAR

Tão importante quanto diagnosticar bem e precocemente, é iniciar o tratamento correto. No artigo de capa desta edição, os autores convidados explicam a abordagem terapêutica para os casos de depressão, mas nunca é

“É necessário sensibilizar os colegas para a necessidade de aplicar os questionários disponíveis para rastreamento da depressão pós-parto”, pontuou o Dr. Elias Melo Jr.



demasiado dizer que o tratamento deve ser individualizado. De acordo com as características de cada mulher, pode envolver desde ajustes sociais, terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, medicamentos antidepressivos e, em casos graves, até a indicação de eletroconvulsoterapia.

Outro ponto que vale ressaltar são os desafios, muitas vezes invisíveis, que precisam ser superados nessa fase para tratamento eficaz.

O medo de ficar dependente do medicamento está nessa lista. O Dr. Rennó Jr. confirma que, na área de saúde mental, muitos confundem os tipos de fármacos. No tratamento da depressão pós-parto, a classe de medicamentos utilizada é a de antidepressivos, sendo os mais usados os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, e não existem evidências científicas que mostrem risco de dependência. “Ninguém fica dependente de antidepressivo”, afirmou o psiquiatra da USP.

A vice-presidente da CNE de Assistência ao Parto, Puerpério e Abortamento da Febrasgo aponta outro desafio ainda: “Existe o lado da paciente, com seus medos e estigmas, mas há também o lado do profissional da saúde, que pode ter receio de usar medicações durante a gravidez ou na fase da amamentação”, contrapôs Dra. Alessandra Marcolin. “Esses antidepressivos podem ser administrados por lactantes, porque passam muito pouco para o leite materno”, esclareceu Rennó Jr.

A confusão, segundo o psiquiatra, ocorre porque muita gente chama os populares ansiolíticos, que são drogas usadas para diminuir a ansiedade e a tensão, com um efeito calmante, de antidepressivos. “Ansiolítico e calmante têm potencial de dependência química, mas é bom esclarecer que eles não são antidepressivos. Essa é uma informação importante até para o médico esclarecer para a paciente.”

Por fim, mas não menos importante, é fundamental que as mulheres se sintam apoiadas não só pela equipe médica quanto pela família. Longe de ser um mar de rosas, com ondas calmas e pequenas, a gestação e a maternidade já têm desafios demais para que a sociedade ainda coloque mais peso e culpa nas costas das mulheres. É tempo de acolhimento, que também não pode ser deixado para depois.

Onde há fumaça, há perigo

Cigarro afeta a saúde da mulher de várias maneiras, aumentando o risco de infertilidade, aborto e menopausa precoce, entre outros problemas

Por Letícia Martins

Quem acende um cigarro alegando algum momento de prazer nem sempre tem consciência do tamanho do perigo que está correndo. O tabagismo é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

De acordo com a OMS, mais de 8 milhões de pessoas morrem por ano por causa do tabaco, e cerca de 1,2 milhão são fumantes passivos, isto é, não possuem o vício, mas convivem diretamente com fumantes. Esses representam um terço da população adulta do planeta.

O tabagismo provoca sérios danos à saúde tanto dos homens quanto das mulheres. Problemas como enfisema, bronquite crônica, doenças cardiovasculares e vários tipos de câncer, como de pulmão, bexiga, intestino, boca e faringe, esôfago, estômago, fígado e pâncreas, figuram entre os malefícios do tabagismo, considerado pela OMS uma ameaça à saúde coletiva e uma pandemia global – para usar um termo atual.

Para conscientizar os fumantes em geral sobre a necessidade de parar de fumar, foi criada no Brasil, em 1986, a Lei Federal nº 7.488, que institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). Este ano, os tabagistas ganharam mais um motivo para abandonar o cigarro: a pandemia do



“Contraceptivos combinados, que contêm estrogênios, aumentam o risco cardiovascular em mulheres fumantes”, alertou o Dr. Rogério Bonassi.

novo coronavírus. Isso porque o tabaco tem papel de destaque no agravamento da COVID-19, já que é fator de risco para a transmissão do vírus e para o desenvolvimento de formas mais graves da doença causada pelo Sars-CoV-2.

Independentemente da COVID-19, os danos do cigarro atingem ainda mais a saúde feminina. “O tabagismo pode afetar a fertilidade da mulher e se associar a complicações gestacionais e pós-gestacionais, que podem acometer o feto e a criança que com ela convive. Além disso, os cânceres do colo do útero, de mama, de ovários e de vulva também se associam ao hábito de fumar”, apontou o médico ginecologista Rogério Bonassi Machado, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Fumar durante a gravidez traz graves riscos, como abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e neonatais. “O cigarro diminui o fluxo de sangue para o útero e altera a camada onde o óvulo vai se implantar. Devido a essa insuficiência placentária, o feto fica com um peso menor. Ele ainda pode nascer prematuro em função de um risco aumentado de descolamento prematuro de placenta”, explicou a médica obstetra Rosiane Mattar, presidente da CNE em Gestação de Alto Risco da Febrasgo e professora titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Abandonar o vício do cigarro antes de engravidar também é uma forma de proteger o bebê: “O acúmulo de monóxido de carbono e nicotina no organismo da gestante impede a oxigenação adequada da mãe, comprometendo a saúde do bebê mesmo antes do nascimento”, pontuou Rosiane, que esclareceu ainda que as gestantes que fumam têm risco maior de desenvolver outras comorbidades durante a gravidez, como hipertensão arterial.

Para a mulher que planeja engravidar, não existe, portanto, melhor recomendação do que esta: apague de uma vez por todas o cigarro da sua vida para não colocar em xeque a própria fertilidade. “Mulheres que fumam têm 60% mais chance de desenvolver infertilidade”, apontou Rui Ferriani, professor titular de Ginecolo-

gia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e presidente da CNE de Reprodução Humana da Febrasgo.

O cigarro não interfere apenas na fertilidade feminina. Ferriani destacou que o tabagismo eleva o risco de impotência sexual e aumenta o estresse oxidativo do sêmen, diminuindo cerca de 22% a concentração de espermatozoides, segundo dados da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva.

O tabagismo vem diminuindo no mundo todo, por conta de campanhas e educação permanente focando os riscos associados ao hábito de fumar, além de leis municipais sobre ambiente livre. “No Brasil, as mulheres fumantes representam 11%, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. Para a diminuição ainda maior do número de tabagistas, há necessidade de aumento das ações preventivas, que inclui a educação em saúde como elemento primordial”, argumentou Bonassi.

Por outro lado, muitas pessoas ainda não assimilaram os riscos do fumo para a fertilidade. De acordo com dados da instituição americana, enquanto 99% reconhecem que o cigarro causa câncer de pulmão e 96% sabem que o tabagismo provoca doença cardíaca, apenas 22% associaram o fumo à infertilidade.

Por isso, o presidente da CNE de Reprodução Humana da Febrasgo também ressaltou a importância do Dia Nacional de Combate ao Fumo, com a disseminação de informações para toda a sociedade.

“Colocar imagens dos danos provocados pelo cigarro nas embalagens pode ajudar, mas não resolve, pois, muitas vezes, as pessoas só enxergam aquilo que elas querem. Nesse sentido, é fundamental ações de conscientização coletiva para despertar mais a curiosidade dos fumantes e levá-los a entender os prejuízos que o tabaco causa ao organismo, entre eles na fertilidade”, reforçou Ferriani.

ANTICONCEPCIONAIS E CIGARRO: COMBINAÇÃO PERIGOSA

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de mortalidade em todo o mundo e se associam intimamente ao fumo. Por essa razão, o doutor Rogério Bonassi, da CNE de Anticoncepção da Febrasgo, faz o

“O cigarro é inimigo das medicações hormonais, pois potencializa o risco de trombose e torna a reposição hormonal menos efetiva”, disse o Dr. Rui Ferriani.





“Falar sobre os danos do tabagismo para a saúde da mulher e do bebê deve fazer parte da anamnese”, salientou a Dra. Rosiane Mattar.

alerta: mulheres fumantes que usam anticoncepcionais combinados, que contêm estrogênios e progestagênios em suas formulações, aumentam o risco cardiovascular, especialmente aquelas que consomem mais de 15 cigarros ao dia.

“Independentemente da idade, tabagistas de 15 ou mais cigarros por dia devem usar outros métodos, se possível. Por outro lado, mulheres acima de 35 anos que fumam, independentemente do número de cigarros consumidos diariamente, têm contraindicação a todos os métodos que contêm estrogênios em suas formulações. Nessas situações, o risco de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e tromboembolismo é aumentado”, afirmou Bonassi.

Dessa forma, os contraceptivos contendo somente progestagênios e os dispositivos intrauterinos (de cobre ou hormonal) podem ser usados com segurança em tabagistas.

O médico esclareceu ainda que os efeitos negativos do tabaco começam a surgir conforme a carga tabágica, ou seja, o número de cigarros consumidos por dia ao longo do tempo. “Quanto maior o consumo de cigarros, mais rapidamente os prejuízos começam a aparecer. A maior parte dos estudos, no entanto, considera que o tempo prolongado, acima de cinco anos, também figura como fator para a ocorrência de doenças”, apontou.

Em relação às fumantes passivas, Bonassi explicou que existem controvérsias sobre o assunto, porém “sabe-se que o tabagismo passivo pode associar-se a aumento da morbidade e mortalidade perinatal, incluindo baixo peso ao nascer, aborto espontâneo, parto prematuro, placenta prévia, ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino e morte súbita do recém-nascido”.

Outra consequência negativa da nicotina é a menopausa precoce. Estudos mostram que o tabagismo pode adiantar a menopausa em cerca de um a três anos. “O cigarro é inimigo das medicações hormonais, porque ele potencializa o risco de trombose e torna a reposição hormonal menos efetiva”, disse o doutor Ferriani.

APOIO PARA PARAR DE FUMAR

O que geralmente começa com uma tragada eventual evolui para uma dependência química, e o fumante que tenta deixar o cigarro acaba se defrontando com

grandes desconfortos físicos e psicológicos. Por isso, a doutora Rosiane acredita que o ginecologista, como principal médico que cuida da saúde da mulher, precisa chamar, sempre que possível, a atenção da paciente para esse tema. “Falar sobre os riscos do tabagismo para a saúde da mulher e do bebê deve fazer parte da anamnese. O ginecologista precisa perguntar para a paciente se ela, o companheiro ou alguém da casa fuma e orientá-los a parar o mais rapidamente possível quando a resposta for positiva”, salientou Rosiane. No caso da gestante, vale tocar no assunto a cada consulta de pré-natal e questioná-la também sobre outros hábitos que podem indicar uma tendência ao tabagismo. “Muitas mulheres comentam que sentem vontade de fumar quando bebem. Por isso, é importante que perguntas sobre os hábitos das pacientes façam parte da anamnese”, completou Rosiane.

Se a mulher solicitar auxílio, cabe ao médico encaminhá-la para um grupo de apoio – existem diversas instituições sérias que ajudam a diminuir e até interromper o uso do cigarro.

O ESTRAGO DO TABACO FUMADO

- 428 pessoas morrem por dia no Brasil por causa da dependência de nicotina.
- R\$ 56,9 bilhões são perdidos a cada ano devido a despesas médicas e perda de produtividade.
- 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas.

Fonte: Portal <https://www.inca.gov.br/tabagismo>

RISCOS DO TABAGISMO NA SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

- Retardo da concepção.
- Comprometimento da reserva dos óvulos.
- Riscos mutagênicos com efeitos nos filhos.
- Efeitos no início da gravidez, com aumento de abortos de cerca de 80% em quem fuma em comparação a não fumantes.
- Aumento de 300% de gestação ectópica.
- Aumento da infertilidade masculina em filhos de mulheres que fumaram durante a gestação.
- Diminuição do sucesso de tratamento de infertilidade com fertilização *in vitro* em cerca de 80%.

Fonte: Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva.

A batalha pela vida



Gestor Executivo do Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade Estadual de Pernambuco (UPE), onde foi realizado o aborto previsto em lei da menina de 10 anos estuprada por um tio no Espírito Santo, o **Professor Olímpio Barbosa de Moraes Filho** fala sobre o episódio que chamou atenção não só aqui no Brasil, mas também da imprensa internacional.

Por Letícia Martins

Formado na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 1986 e com residência médica no Hospital Barão de Lucena (1987-1988), sempre se incomodou com o sofrimento e mortes das mulheres vítimas de complicações dos abortamentos clandestinos. No entanto, só em 1994, durante o mestrado, começou a estudar o assunto sob orientação dos Professores Rivaldo Medes Albuquerque e Ellen Hardy. Esse interesse pelo aborto foi intensificado quando passou a conhecer mais de perto o trabalho realizado pelo Professor Anibal Faundes no Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, Universidade Estadual de Campinas (Cemicamp/Unicamp), isso durante o doutorado que teve como orientador o Professor José Guilherme Cecatti, pesquisador na área não só do aborto, mas da morte materna.

Recentemente, o Dr. Olímpio passou a ficar no centro dos holofotes, defendendo o direito de uma menor de idade, negra e moradora da periferia, de abortar um bebê fruto de violência sexual. No dia 16 de agosto, grupos compostos por religiosos e parlamentares da bancada religiosa tentaram invadir o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), em Recife (PE), para impedir o procedimento. Os manifestantes dispararam diversas ofensas contra o gestor do CISAM/UPE e contra a vítima de estupro, bloquearam a entrada

da triagem, prejudicando o acesso de gestantes, parturientes e mulheres à maternidade. A Polícia Militar foi chamada para tentar conter as tentativas de invasão e, em seguida, os manifestantes começaram a obstruir a entrada da maternidade, ação essa que se estendeu por mais de cinco horas. A onda de ódio havia se alastrado pela internet depois que o nome da garota e o endereço do Cisam vazaram.

O Dr. Olímpio, de 58 anos de idade, casado e pai de três filhos, entretanto, sabe que, ao cumprir a lei e a vontade da vítima, estava defendendo a criança e os princípios bioéticos da medicina. Nessa batalha, no entanto, ele não está só. “A Febrasgo, por meio das suas Comissões Nacionais Especializadas, realiza um trabalho intenso e muito sério de suporte jurídico e embasamento científico aos ginecologistas e obstetras. É importante que todos os colegas saibam disso”, disse o Dr. Olímpio em entrevista à *Femina*.

Desde janeiro deste ano, o Dr. Olímpio é diretor financeiro da Febrasgo e conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe) há mais de uma década. Ele analisa que o aborto legal, permitido em casos de estupro, de risco à vida da mãe e de anencefalia no feto, ainda é um grande desafio no Brasil, mas acredita no trabalho sério das instituições e na união dos ginecologistas e obstetras para mudar essa realidade e evitar que casos como esse aconteçam novamente.

O Dr. Olímpio começou nossa conversa quando ainda não fazia uma semana do ocorrido. Por telefone, procurou um cantinho mais reservado no CISAM/UPE para fazer uma reflexão sobre os últimos dias e deixar uma mensagem aos colegas ginecologistas e obstetras. Confira a seguir!

Femina: Como o senhor está se sentindo diante de tanta repercussão?

Dr. Olímpio: Cansado. Não é fácil lidar com uma situação como essa que mexe com o nosso emocional e fruto de tanto sofrimento. Por diversas vezes, eu me perguntei: que mundo é este onde estamos vivendo? Como pode tanta maldade? Pessoas querendo interferir no direito de escolha de outras com tanto ódio? Ninguém pode impor a própria verdade aos outros e se colocar acima da lei. Cansado sim, mas com um sentimento de plenitude por termos cumprido o nosso dever. Quando há falta de humanidade entre as pessoas, a gente percebe o tamanho da nossa luta. Toda a cadeia de atenção e proteção à criança e ao adolescente tem que funcionar de acordo com as leis e o melhor das evidências científicas. Não podemos deixar que o Estado também seja um instrumento de violência contra essas crianças e mulheres tão vulneráveis e sofridas. Não podemos permitir um Estado omissivo e contraventor em relação aos Direitos Reprodutivos das mulheres brasileiras.

Femina: O senhor já vivenciou um caso parecido no passado?

Dr. Olímpio: Sim, já passei por uma situação semelhante em 2009, quando sofremos interferência de forças religiosas que não queriam que uma menina de 9 anos, grávida de gemelar, tivesse direito ao aborto. A vida dela estaria em perigo se a gravidez fosse levada adiante. Como no caso atual, grupos específicos estavam impedindo o cumprimento da lei e do Estatuto da Criança e do Adolescente. Imagina o sofrimento dessas meninas diante da gravidez e de toda a repercussão que os casos tiveram. Neste último, a menina foi ofendida e perseguida de várias formas e teve a identidade revelada. Depois de tudo isso, ela não poderá mais ter o mesmo nome, morar na mesma casa, ir para a mesma escola... Que esse sofrimento extremo, uma verdadeira tortura, que essa menina e sua avó sofreram sirva de exemplo para que a sociedade e nós, tocoginecologistas, juntos, trabalhe-mos para que esses fatos lamentáveis sejam cada vez mais raros no Brasil.

Femina: Como o senhor avalia o trabalho da equipe do Cisam?

Dr. Olímpio: Trabalho aqui há 31 anos e tenho o maior orgulho do nosso grupo. Não só dos médicos, muitos desses ex-alunos, mas também de toda a equipe de enfermagem, psicologia, assistente social, até o pessoal de apoio, como limpeza, segurança e maqueiros. Todos devem estar imbuídos de acolher e respeitar a dor dessas meninas e mulheres que nos procuram. Esse meu apreço ainda é mais potencializado pelas precárias condições de acolhimento que temos pela superlotação imposta às maternidades públicas de Pernambuco, que não é diferente do restante do Brasil. Foi lindo ver no dia seguinte a frente da instituição enfeitada com balões, flores e cartazes com mensagens de apoio e carinho para o CISAM e, principalmente, para a criança. Na reunião clínica que tivemos na quinta-feira passada (20/08), discutimos o caso com toda a equipe multiprofissional e os médicos residentes, e todos externaram com muita emoção seus sentimentos; saímos mais fortes

e decididos a melhorar ainda mais o que já fazemos.

Femina: Como médico, o senhor encontrou apoio nas suas decisões?

Dr. Olímpio: Totalmente. Tanto dentro da nossa disciplina de Tocoginecologia, da minha equipe de gestão, corpo clínico, Superintendência do Complexo Hospitalar, Universidade de Pernambuco, Governo Estadual e Municipal, Assembleia Legislativa de Pernambuco, Câmara de Vereadores, OAP-PE, Cremepe, Sindicato dos Médicos (SIMEPE), movimentos sociais, pessoas famosas e simples. Sem contar, claro, a Febrasgo, na pessoa do nosso presidente Agnaldo Lopes e demais componentes da diretoria. Tenho que ressaltar o trabalho realizado na Febrasgo nos últimos anos, com o fortalecimento das Comissões Nacionais Especializadas, principalmente da Comissão de Violência contra a Mulher e Interrupção da Gestação Prevista em Lei. Em momentos de tensão e de casos com repercussão nacional como esse, fica evidente a importância das Comissões Nacionais Especializadas, que realizam um trabalho intenso e muito sério de suporte jurídico e embasamento científico aos ginecologistas e obstetras. Acho que hoje os profissionais estão mais empoderados e fazem um trabalho muito sólido. A população já percebe que a Febrasgo está ao lado das mulheres na garantia de seus Direitos Sexuais e Reprodutivos. Por meio da liderança de César Fernandes, vamos intensificar cada vez mais o trabalho das Comissões para dar suporte às nossas federadas para a criação de redes de proteção às mulheres de todo o Brasil. Não tenho dúvida de que é possível dar agilidade à demanda do colega tocoginecologista, em qualquer lugar do país, que se sinta inseguro ou tenha dificuldade de prestar assistência à interrupção da gravidez prevista em lei. O acesso a uma boa assistência depende da educação continuada e do apoio próximo das Comissões. O colega nessa situação difícil não pode se sentir sozinho e desamparado. É nisso que Robinson Dias e o seu grupo estão trabalhando na Comissão de Violência contra a Mulher e Interrupção da Gestação Prevista em Lei.

Femina: Casos de violência sexual contra menores não são raros no Brasil. Por que esse ganhou tanta visibilidade?

Dr. Olímpio: De fato. Como médico, dói muito saber que mais de 20 mil meninas abaixo de 14 anos engravidam todos os anos no Brasil e muitas não têm sequer a oportunidade ou o espaço adequado de expor o que aconteceu com elas e receber apoio e atendimento. Não podemos deixar desassistidas essas meninas que não desejam a gravidez, pois precisam ser acolhidas. Muitas dessas crianças e adolescentes entram num sofrimento mental tão grande por causa dos abusos que acabam cometendo suicídio. E dói ainda mais saber que nós temos ferramentas para evitar essa calamidade e, quem sabe, transformar a sociedade. Cabe ao tocoginecologista, mesmo aquele com objeção de consciência, dar apoio, não julgar e encaminhar para o colega não objetor de consciência.

Femina: Qual a avaliação que o senhor faz do trabalho da mídia na cobertura desse caso?

Dr. Olímpio: A boa mídia tem um papel fundamental para promover informação e combater algumas mazelas da sociedade, que estão por trás da violência contra mulher, como, por exemplo: ignorância, misoginia e machismo. Precisamos da mídia para levar conhecimento para a população sobre os seus direitos reprodutivos e sexuais. A imprensa está do nosso lado em defesa das mulheres. Temos que usar a imprensa para mobilizar a sociedade no avanço da garantia da saúde e dos direitos reprodutivos da mulher brasileira. Na Febrasgo, temos uma importante ferramenta por meio da qual estamos chegando às mulheres, que se chama o projeto ELA.

Femina: Que desejo e que mensagem ficam de toda essa história?

Dr. Olímpio: Na verdade meu desejo é um sonho: sonho que um dia a gravidez para mulher brasileira seja um direito, nunca uma penação, que a gravidez seja motivo de alegria, nunca de sofrimento e desespero.

Amamentação combina com proteção



Em tempos de COVID-19, o leite materno continua sendo o melhor alimento para o recém-nascido. Promover essa conscientização é papel de todos nós

Por Letícia Martins



Silvia Regina Piza F. Jorge

O que pode querer um bebê que acabou de chegar a este mundo em meio a uma pandemia causada por um vírus novo ainda coberto de mistérios? Certamente, mamar. E o que pode fazer uma mãe pelo presente e pelo futuro desse recém-nascido?

Acertou se você respondeu que ela deve amamentá-lo exclusivamente com o leite materno até os 6 meses de vida e como complemento até 2 anos ou mais, sem limite definido. Ou seja, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das principais instituições médicas, entre elas a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo), tem sido a mesma das últimas décadas, pois, como explicou a médica obstetra Silvia Regina Piza F. Jorge, professora e chefe do Setor de Gravidez de Baixo Risco da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), “o leite materno é considerado o instrumento mais eficaz e acessível economicamente para combater a mortalidade infantil”.

E estamos precisando mesmo desse alimento de ouro. Na última década, o Brasil teve uma melhora nas taxas de aleitamento materno, porém o país ainda está muito longe de atingir a meta para o ano de 2025, que é ter pelo menos 50% das crianças amamentadas exclusivamente com o leite materno até os 6 meses de vida. “Atualmente, a taxa brasileira nesse quesito gira em torno de 38%. Ela já foi mais baixa, mas ainda não está dentro da meta estabelecida para 2025. Por essa razão, as campanhas de conscientização promovidas pelo Governo, sociedades médicas e diversas instituições são importantes para que a mulher se sinta apoiada e incentivada”, analisou Silvia.

Por isso, investir em ações de conscientização sobre a importância do aleitamento materno para o bebê é atuar na remissão desses dados. “O leite materno é repleto de vantagens para mãe e filho. Ele é capaz de proteger o bebê e fortalecer as defesas do organismo, entre tantos outros benefícios”, destacou a Dra. Silvia,

atual presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Aleitamento Materno da Febrasgo.

Mesmo com tantas vantagens claras da amamentação, muitas mães enfrentam desafios diários para ofertar esse alimento nutritivo ao filho. Falta de estímulo ou apoio, falta de conhecimento a respeito da amamentação, medo de sentir dor, vergonha ou embaraço diante de uma possível exposição pública, além de questões sociais, econômicas

e de políticas de saúde, são alguns dos motivos que podem dificultar a adesão das mães que amamentam, manter o aleitamento até 6 meses ou mais após o parto.

Uma dessas barreiras infelizmente ainda é bem visível na sociedade brasileira: o preconceito. Parece absurdo que algo tão natural quanto alimentar o próprio filho possa ofender alguém. E chegamos ao ponto de que o direito de amamentar em público, em espaços coletivos ou privados tornou-se lei (Lei Nº 16.396) em nosso País, passível de punição nos casos de constrangimento da mãe que amamenta o filho. Então, que fique bem claro que amamentar não é crime, mas o preconceito é.

O desafio de aumentar a adesão ao aleitamento materno é tão sério que, em 2017, foi instituído no país, por meio da Lei nº 13.435, o **Agosto Dourado**, mês que simboliza a riqueza do leite materno e abriga diversas iniciativas de conscientização sobre a importância do aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida. Além de reportagens na imprensa e de ações locais,

Estudos comprovam que o leite materno é o único alimento completo para o recém-nascido durante os seis primeiros meses de vida.

2020. Durante o encontro virtual, transmitido pelas redes sociais, médicos da SBP conversaram com milhares de mães sobre a importância e a dificuldade desse ato de nutrição e amor. Que o aleitamento materno vire o novo normal!

neste ano, o movimento ganhou força na internet. Não poderia deixar de ser, afinal a quarentena imposta pela propagação do novo coronavírus fez a maioria das pessoas aderirem às aulas, às reuniões e aos mais diversos tipos de eventos *on-line*.

Então, por que não realizar um mamão virtual?

Foi o que fez a SBP no dia 7 de agosto para encerrar a programação da Semana Mundial do Aleitamento Materno

AMAMENTAÇÃO POR LACTANTES COM COVID-19

Tendo em vista o momento ímpar que estamos vivenciando no mundo todo por causa da pandemia de COVID-19, existem muitas dúvidas a respeito do risco de transmissão do vírus SARS-Cov-2 pelo leite materno.

De acordo com a Dra. Silvia, atualmente, com exceção de um estudo publicado na China, que desaconselha o aleitamento materno, as demais sociedades médicas em torno do mundo, entre elas a Febrasgo e a Sociedade Brasileira de Pediatria, aconselham a manutenção do aleitamento materno durante a pandemia, “até porque, não foram encontrados dados consistentes até o mo-

Bancos de leite humano

Eles desempenham um papel fundamental como rede de apoio no aleitamento materno, tanto para as mães que têm alguma dificuldade de amamentar quanto para o recém-nascido que está no hospital. Nesse sentido, a função dos

bancos de leite humano (BLH) vai além de coletar, processar, controlar a qualidade e distribuir o alimento, atuando fortemente na orientação e no acolhimento das mães lactantes que mais precisam de ajuda.

Contudo, com a pandemia, o desabastecimento nos bancos de leite humano tornou-se um problema sério e a esperança é que campanhas, como o Agosto Dourado, sensibilizando a população, também ajudem a contornar ou resolver essa situação.

O Brasil é referência em BLH. Recentemente, o trabalho do pesquisador e servidor público da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), João Aprígio Guerra de Almeida, à frente da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, foi reconhecido pela

OMS e ele recebeu o prêmio Dr. Lee Jong-wook de Saúde Pública.

Ao indicar o nome do brasileiro ao Conselho Executivo da OMS, o painel de especialistas responsáveis pelo prêmio afirmou que Almeida atua na mobilização da rede desde 1981 e “é considerado a força motriz por trás da maior e mais complexa rede de bancos de leite humano do mundo”.

Com um modelo baseado em pesquisas para baratear custos e oferecer apoio à amamentação, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano se tornou exemplo para países do Mercosul, da África, da Europa, da comunidade de países de Língua Portuguesa e para membros do BRICS, grupo que reúne Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.



mento, do ponto de vista científico, que mostrem que o vírus da Covid-19 possa ser transmitido pelo leite materno”, explicou a presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo.

Nos casos de neonatos que se contaminaram com Covid-19, segundo a médica obstetra, não foi possível afirmar até o momento que o contágio se deu pelo leite, em vez da contaminação pelo próprio ambiente e contato com a mãe portadora – disse Dra. Silvia. “E, se compararmos as inúmeras vantagens do aleitamento materno em relação aos prejuízos de não amamentar, os benefícios são muito maiores, inclusive no que confere mais imunidade e melhor resistência imunológica para a criança que amamenta”, argumentou.

Assim, ela reforçou que, até o momento, a recomendação do Ministério da Saúde, da SBP e da Febrasgo é para que os profissionais de saúde estimulem a manutenção do aleitamento materno se as mães estiverem

“O leite materno é repleto de vantagens para mãe e filho. Ele é capaz de proteger o bebê e fortalecer as defesas do organismo, entre tantos outros benefícios”, disse a Dra. Silvia Regina Piza, presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo.

em boas condições clínicas. Contudo, é importante frisar que a lactante deve ser esclarecida sobre os cuidados que devem ser tomados, como fazer a higiene das mãos e antebraços, cortar as unhas, usar luva e máscara, prender o cabelo, entre outros.

E, se a mãe lactante estiver com Covid-19 e houver insegurança por parte dela na amamentação, o ideal é fazer manualmente a extração do leite, que pode ser ofertado por outra pessoa ao recém-nascido para que não se perca a possibilidade do aleitamento materno.

A Dra. Silvia destacou também a importância dos obstetras e ginecologistas na adequada orientação e sensibilização das mães sobre o aleitamento materno. Esse

especialista pode orientar a mulher a respeito do ato de amamentar em diferentes fases da vida, por exemplo, antes mesmo da gestação, no período em que ela está planejando a gravidez, durante o pré-natal, no parto e no pós-parto. “O obstetra tem papel fundamental no esclarecimento, no estímulo, no incentivo e no apoio ao aleitamento materno. Muitas vezes, essas questões podem passar despercebidas durante o acompanhamento do pré-natal, mas é essencial que sejam abordadas”, ressaltou Silvia.

Segundo a presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo, os obstetras e ginecologistas devem dar oportunidade para a futura mamãe falar sobre as dúvidas, medos e experiências que ela tem ou já teve em relação ao aleitamento, além de examinar as mamas da paciente para investigar alguma alteração ou fator de risco que possa dificultar o aleitamento. “Esses cuidados e estímulos precisam ser constantes, a cada consulta, pois nossas gestantes merecem esse acompanhamento acolhedor”, finalizou.



LEITURA RECOMENDADA

Em 2019, a Febrasgo fez uma edição especial da revista *Femina* com artigos científicos, entrevistas e orientações sobre o aleitamento materno.

A revista está disponível na versão digital e constitui uma fonte muito rica de informação para ginecologistas obstetras.

Confira no *link* <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/839-revista-femina-2019-vol-47-n-8> ou use o QR code no seu *smartphone*.



Ensino remoto emergencial no contexto da pandemia da COVID-19

Sheyla Ribeiro Rocha¹, Silvana Maria Quintana², Gustavo Salata Romão³

1. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

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

3. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar?

Rocha SR, Quintana SM, Romão GS. Ensino remoto emergencial no contexto da pandemia da COVID-19. *Femina*. 2020;48(8):475-9.

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão
Av. Costábile Romano, 2.201, Ribeirão, 14096-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

Em tempos sem precedentes, o mundo vivencia profundas mudanças em decorrência da pandemia da COVID-19. Essa situação aumentou a demanda de trabalho para os profissionais da saúde, modificou a rotina dos serviços e impactou drasticamente a formação médica. O cancelamento de atividades educacionais presenciais e a necessidade de utilizar meios digitais desafiam a forma convencional de ensino-aprendizagem dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica (PRMs) em todo o mundo. É notório que os avanços tecnológicos da última década possibilitaram que atividades educacionais tradicionais sejam complementadas pela educação digital. Esse ambiente digital já está presente nos prontuários eletrônicos, nos grupos de aplicativos utilizados na discussão de casos, nos teleatendimentos, na socialização de informações científicas, entre outros. É inegável que o ambien-

te digital vem mudando a maneira como os médicos aprendem, interagem e atuam no atendimento ao paciente. No Brasil, a última portaria do Ministério da Educação (MEC), publicada em 15/06/2020, autorizou a substituição de aulas presenciais por aulas em meios digitais até dezembro de 2020 nas instituições de ensino superior. No caso dos cursos de Medicina, essa autorização se aplica apenas às atividades teórico-cognitivas. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) também recomendou a utilização de meios digitais para cumprir o componente teórico dos PRMs. Nesse contexto, as instituições formadoras estão sendo solicitadas a adaptarem parte dos seus currículos ao ambiente virtual de forma emergencial.⁽¹⁻³⁾ Neste artigo discutiremos alguns conceitos em relação ao ensino em ambiente virtual, apresentando alguns recursos disponíveis para auxiliar na adaptação das atividades a esse novo ambiente.

ENSINO REMOTO EMERGENCIAL NÃO É EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

A educação a distância (EAD) consiste em uma modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica ocorre por meio de tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos distintos. Tem por objetivos ampliar e flexibilizar o acesso a conteúdo educacional específico para a formação, com planejamento, qualificação de pessoal, políticas de acesso, acompanhamento e avaliação compatíveis com essa modalidade educacional.⁽⁴⁾

Por outro lado, o ensino remoto emergencial é uma adaptação temporária nas atividades educacionais e tem por objetivo possibilitar a continuidade da formação durante uma emergência ou crise, sendo necessário assegurar o acesso rápido e confiável às atividades em meio digital.⁽⁵⁾ Enquanto grande parte das atividades de EAD é desenvolvida de forma assíncrona (em tempos diferentes), no ensino remoto emergencial a maior parte das atividades ocorre sincronicamente (em tempo real) para reproduzir de forma mais fiel as atividades presenciais.

Para a implementação do ensino remoto emergencial, faz-se necessário um treinamento de professores, alunos, preceptores e residentes para atuarem em ambiente remoto utilizando os novos recursos de ensino-aprendizagem. Portanto, na escolha dos recursos, devem-se considerar a facilidade de treinamento, a usabilidade e o custo. Para essa modalidade de ensino, ferramentas *on-line* de videoconferência e *chat* são fundamentais.

FERRAMENTAS DE VIDEOCONFERÊNCIA PARA ATIVIDADES SINCRÔNICAS

Os avanços na tecnologia permitiram o acesso a diversas plataformas de videoconferência confiáveis e acessíveis. Conhecer as opções disponíveis se tornou especialmente importante durante a pandemia. A seguir, apresentamos as principais ferramentas disponíveis (Quadro 1).

ConferênciaWeb

<https://conferenciaweb.rnp.br/>

O ConferênciaWeb é um serviço gratuito de videoconferência desenvolvido pela Rede Nacional de Pesquisa (RNP) do governo brasileiro, em parceria com a empresa Mconf. Estão também disponíveis as funcionalidades para interação instantânea e colaborativa como *chat*, bloco de notas e compartilhamento de imagens, arquivos, quadro branco ou tela do computador. O número máximo de participantes varia de acordo com as funcionalidades utilizadas. Suporta até 75 pessoas, sendo um usuário utilizando câmera aberta com compartilhamento de tela e os demais participantes apenas como ouvintes ou 12 pessoas utilizando todos os recursos (áudio, câmera e compartilhamento de conteúdo). Conta ainda com sistema fácil de agendamento e disparo

de convites. O serviço pode ser acessado a partir de um computador ou dispositivo móvel que tenha um navegador instalado e conexão com a internet. Para participar, basta acessar a sala virtual para a qual a reunião foi programada e fazer autenticação por meio da federação CAFe ou entrar como convidado. As salas podem ser públicas ou privadas e toda comunicação é feita de forma segura por meio de certificados digitais ICPEdu. Permite transmissões *streaming* quando o limite da sala atinge sua capacidade máxima. Oferece uma central de ajuda *on-line* bem estruturada, que pode ser acessada no *link*: <https://ajuda.rnp.br/conferenciaweb/>. Uma limitação é que, para organizar uma reunião virtual, é necessário que a instituição tenha feito adesão à RNP.

Skype

www.skype.com/pt-br/features

O Skype é uma plataforma de videoconferência muito conhecida, o que pode ser um forte atrativo para muitas pessoas. A versão gratuita suporta chamadas de vídeo em grupo para até 50 pessoas. Estão também disponíveis gratuitamente as funcionalidades de compartilhamento de tela, *chat*, gravação da chamada, legenda ao vivo e desfoque automático do fundo. O Skype pode ser usado em um navegador de internet sem que o aplicativo seja instalado. O convite para participar pode ser enviado por um endereço de *e-mail*. A opção para realizar videoconferências com maior número de pessoas está disponível apenas na versão paga.

Zoom Meetings

www.zoom.us/pricing

O Zoom Meetings é uma plataforma de videoconferência rápida e fácil de configurar, além de oferecer uma ampla variedade de recursos escalonáveis. A versão gratuita suporta chamadas de vídeo em grupo para até 100 pessoas com o máximo de 40 minutos de duração. No entanto, permite um número ilimitado de reuniões com vídeo e áudio em HD. Estão também disponíveis gratuitamente as funcionalidades de agendamento da reunião com a criação de um identificador (ID) da reunião ou sala pessoal, compartilhamento de tela, *chat* particular e em grupo, controles do anfitrião, função "levantar a mão" para pedir a palavra, gravação da chamada, fundo virtual e sala de espera. É compatível com Mac, Windows, Linux, iOS e Android, e está disponível para dispositivos móveis. Tem um sistema de segurança integrada, usando a criptografia TLS de 256 bits. A opção para realizar videoconferências com maior número de pessoas (até 1.000) está disponível apenas na versão paga.

Google Hangout (Clássico)

<https://support.google.com/a/answer/7303775>

O Google Hangouts é a plataforma gratuita de videoconferência do Google. O Hangouts é uma ferramenta muito simples que suporta chamadas de vídeo em grupo para

até 25 pessoas. Estão também disponíveis agendamento da reunião, compartilhamento de tela e *chat* em grupo. O Hangouts pode ser usado no navegador ou no aplicativo disponível para dispositivos móveis (Android e iOS). Uma limitação é a exigência de uma conta do Gmail para acessar a plataforma.

Google Meet

<https://meet.google.com/>

Essa plataforma do Google tem uma versão gratuita para quem já é usuário do Google e permite realizar reuniões com até uma hora de duração, máximo de 100 participantes e número ilimitado de reuniões. Devido à pandemia, a Google liberou acesso gratuito a funcionalidades que antes estavam disponíveis apenas nas versões pagas. Dessa forma, até 30 de setembro de 2020, os clientes terão acesso gratuito a recursos avançados de videoconferência do Google Meet, como realizar reuniões com até 250 participantes e gravar as videochamadas no Google Drive para os membros da equipe que não puderem participar. Esse material pode ser compartilhado posteriormente. Para os usuários do Gmail, basta acessar a agenda Google e programar a atividade no dia e horário desejado. Ao adicionar os *e-mails* dos participantes, será gerado um *link* que dará acesso à sala da videoconferência. Uma desvantagem é que, durante o compartilhamento de tela, o apresentador não enxerga o *chat* nem os participantes, o que pode prejudicar a interação. Permite reuniões maiores (até 250 participantes), transmissão ao vivo e gravação. Outra questão a ser considerada é que, após 30 de setembro, a disponibilidade desses recursos do Google Meet estará condicionada ao contrato do cliente. No entanto, as reuniões gravadas permanecerão no *drive* do proprietário. O ser-

viço de videoconferência poderá ser utilizado via aplicativos para Android e iOS e pela versão *web*. Em todas as versões, oferece suporte *on-line* aos usuários.

Cisco Webex Meetings

<https://www.webex.com/pt/index.html>

O Cisco Webex permite realizar reuniões de vídeo em HD com até 100 participantes. A versão gratuita inclui 1 GB de armazenamento na nuvem, reuniões ilimitadas de duração ilimitada e a capacidade de fazer gravações em MP4 e compartilhamento de tela e *chat* privados. Ao se inscrever em uma conta, você recebe um URL pessoal que pode ser usado para gerenciar todas as suas reuniões, agendar videoconferências e acessar as suas gravações. O WebEx Meetings pode ser usado no navegador ou no aplicativo disponível para dispositivos móveis (Android e iOS). A segurança é atendida pela criptografia TLS 1.2 e AES de 256 bits, consideradas de excelente desempenho.

Moodle

<https://moodle.org/>

Moodle é o acrônimo para *Modular Object Oriented Distance Learning*. Utilizada principalmente em ambientes universitários, é uma ferramenta de apoio ao ensino e à aprendizagem. Permite aos professores e estudantes de qualquer curso realizarem todas as atividades *on-line*: fóruns, *chats*, aulas, provas etc. Pode ser usado no navegador ou no aplicativo disponível para dispositivos móveis (Android e iOS). As principais vantagens são concentrar, num único espaço, todas as informações relativas a uma disciplina. Entretanto, apresenta como limitação o fato de não ter sido desenvolvido para a realização de videoconferências, sendo necessária a utilização de *plugin* que

Quadro 1. Plataformas de videoconferência na versão gratuita

	ConferenciaWeb	Skype	Zoom	Hangout (Clássico)	Google Meet	Cisco Webex
Compartilhamento de tela	X	X	X	X	X	X
Gravação	X	X	X	-	X	X
Chat	X	X	X	X	X	X
Criação de subgrupos	X		X			X
Número máximo de participantes por reunião	75	50	100	25	250	100
Limitações	Funcionalidades limitadas pelo número de participantes Exige adesão institucional à RNP	Problemas de privacidade	Problemas de privacidade	Exige conta Google Permite apenas 25 participantes	Durante o compartilhamento de tela, diminui a interação Funcionalidades gratuitas até 30/09/2020	Baixa qualidade de vídeo



permita essa funcionalidade, como o ConferenciaWeb. Embora a plataforma Moodle seja gratuita e disponível no mundo todo, sua utilização ainda é pouco difundida.

DICAS PARA CONDUZIR AS ATIVIDADES EDUCACIONAIS EM AMBIENTE VIRTUAL UTILIZANDO FERRAMENTAS DE VIDEOCONFERÊNCIA⁽⁶⁻⁸⁾

1. **Utilize uma plataforma de videoconferência:** escolha aquela que seja mais fácil de utilizar e disponibilize os recursos de que você precisa (Quadro 1). Busque um tutorial *on-line* sobre a ferramenta escolhida e familiarize-se com a plataforma.
2. **Organize o encontro com antecedência:** oriente os alunos e palestrantes convidados antes da atividade. Isso inclui os *links* para a plataforma de videoconferência e os requisitos do navegador e conexão de internet necessários. Os participantes devem testar câmeras e áudio antes do início. Esses ajustes visam reduzir os atrasos gerados por problemas tecnológicos.
3. **Elabore e divulgue um roteiro de recomendações e regras** para as atividades *on-line*. Os participantes muitas vezes não têm experiência com esse tipo

de atividade. Sugestão: acesse a plataforma cinco minutos antes, mantenha o microfone fechado durante a apresentação, preferencialmente use um computador ou celular com acesso à câmera etc.

4. **Deixe sua câmera ligada durante a atividade:** isso é importante para estabelecer uma conexão entre os participantes, principalmente em épocas de distanciamento social. Sugerimos que posicione a câmera de forma que possa olhar diretamente para ela enquanto fala, favorecendo a percepção de contato visual. Considere desligá-la enquanto faz uma apresentação, pois isso pode distrair os participantes.
5. **Garanta uma boa qualidade de áudio:** utilize microfones e fones de ouvido para garantir um áudio de qualidade. Variações na entonação e ritmo da voz são importantes para reter a atenção dos alunos e evitar a monotonia. Peça aos participantes para desligarem os microfones quando não estiverem falando, para reduzir os ruídos de fundo.
6. **Oriente os participantes sobre as regras de convivência:** antes do início da atividade, esclareça aos participantes as regras a serem seguidas, como silenciar telefones e outros aplicativos, utilizar fones de ouvido para garantir áudio de qualidade, manter microfones desligados quando não estiverem falando, levantar a mão para

pedir a palavra, utilizar linguagem profissional no *chat* e vestir-se de forma adequada.

7. **Construa um senso de comunidade:** sugere-se que peça aos alunos para ligarem as suas câmeras e microfones no início da atividade para se cumprimentarem (isso pode ser mais difícil em grupos com mais de 10 pessoas, mas é possível se for pactuado no início) ou desenvolva alguma atividade que favoreça o entrosamento do grupo. Sugere-se reservar tempo para que os alunos possam compartilhar experiências, pô-las em prática e responder às perguntas.
8. **Pactue o tempo de duração da atividade:** no ambiente virtual, é muito importante limitar o tempo de duração da atividade. Envie previamente o material de leitura. Utilize o tempo *on-line* para a atividade e/ou discussão em grupo. Considera-se importante que os encontros virtuais sejam curtos, em torno de 1-2 horas. Caso seja necessário, considere reduzir o tempo de duração e aumentar o número de encontros.
9. **Envolva os alunos com frequência e de diferentes formas:** no ambiente virtual, podemos usar estratégias para envolver os participantes como chamar os alunos pelo nome, fazer perguntas frequentes durante a palestra para que os alunos respondam no *chat* ou permitir que os alunos façam apresentações de temas.
10. **Use a função "chat":** encoraje os participantes a fazerem perguntas no *chat* e faça pausas frequentes para responder às perguntas uma a uma, chamando o aluno pelo nome (isso favorece o envolvimento e o senso de comunidade e de presença). Se não for possível responder a todas as perguntas durante o encontro, considere a possibilidade de responder às perguntas após o término da atividade.
11. **Elabore uma apresentação simples e sem excesso de texto:** isso facilita a concentração durante a palestra.
12. **Elabore uma atividade para ser realizada após o encontro:** considere solicitar exercícios que auxiliem o aluno a refletir sobre o tema e a fixar as mensagens mais importantes.
13. **Peça feedback sempre que possível:** uma rodada breve de avaliação pode ser realizada ao final de cada encontro, dando aos participantes espaço para expressarem sua opinião sobre a atividade e sugerirem melhorias.
14. **Pode não ser adequado realizar a atividade on-line no mesmo tempo e formato da atividade presencial.** É necessário adaptar a atividade para a realização dela na plataforma virtual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 trouxe como consequência a necessidade de implementação de novas estratégias para o ensino médico. Docentes, preceptores, graduandos e residentes enfrentam muitos desafios com a mudança rápida e inesperada para o aprendizado virtual. Este é um momento para explorar os recursos disponíveis, revisar conceitos e programas de ensino e desenvolver novas habilidades pedagógicas. O aprendizado construído a partir da vivência deste momento provavelmente será útil para reflexões futuras sobre as possíveis respostas a situações de crise, que criam interrupções e impõem mudanças. Se mantivermos um olhar atencioso, teremos chance de analisar as ações bem-sucedidas e aprimorar o que não deu certo. Esperamos que este artigo possa auxiliar nesse processo de reestruturação, sem perder de vista a qualidade da formação médica. Só com o aprendizado poderemos avançar por novos caminhos com segurança.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Educação. Portaria nº 544, de 16 de junho de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus – COVID-19, e revoga as Portarias MEC nº 343, de 17 de março de 2020, nº 345, de 19 de março de 2020, e nº 473, de 12 de maio de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2020 Jun 19];Seção 1:62. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-544-de-16-de-junho-de-2020-261924872>
2. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Nota Técnica nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 19]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192
3. Ellaway R, Masters K. AMEE Guide 32: e-Learning in medical education Part 1: learning, teaching and assessment. *Med Teach*. 2008;30(5):455-73. doi: 10.1080/01421590802108331
4. Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 May 26 [cited 2020 Jun 25];Seção 1:3. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20238603/do1-2017-05-26-decreto-n-9-057-de-25-de-maio-de-2017-20238503
5. Hodges C, Moore S, Lockee B, Trust T, Bond A. The difference between emergency remote teaching and online learning [Internet]. 2020. [cited 2020 Jun 19]. Available from: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning#fn10>
6. Gisondi M. Teaching remotely in response to COVID-19: 10 tips to improve your digital classroom [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 25]. Available from: <https://icenetblog.royalcollege.ca/2020/03/17/teaching-remotely-in-response-to-covid-19-10-tips-to-improve-your-digital-classroom/>
7. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 10 tips for virtual teaching in COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 19]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/rc-virtual-teaching-e.pdf>
8. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 11 tips for virtual learning in COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 19]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/rc-virtual-learning-e.pdf>

Conectando especialistas

Febrasgo realiza a primeira *live* do programa de aprendizado para discussões de casos clínicos com a participação de residentes e debate interativo entre especialistas

Por Letícia Martins

Conectando gerações de Ginecologia e Obstetrícia. Esse é o lema do novo projeto que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desenvolveu para auxiliar na formação dos residentes médicos.

“A Febrasgo tem uma preocupação muito grande com a formação do jovem ginecologista e obstetra, da mesma forma que também reconhece os especialistas com mais experiência. Por isso, desenvolvemos esse projeto inovador, com o objetivo de debater, a cada semana, um tema com convidados de diferentes regiões do Brasil e um Serviço de Residência Médica”, explicou o presidente da Febrasgo, Agnaldo Lopes.

Os temas da Experiência Conecta GO são escolhidos a partir da Matriz de Competência em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO). Na *live* de estreia, a residente do segundo ano do Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Bárbara Flecha, apresentou um caso clínico sobre câncer de ovário.

Para debater o assunto, foram convidadas a presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Oncológica, Walquíria Primo, e a Dra. Angélica Nogueira Rodrigues, que também integra a mesma CNE, além de ser professora adjunta e pesquisadora da Faculdade de Medicina da UFMG e presidente do Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos (EVA).

O Dr. Agnaldo Lopes destacou que o câncer de ovário ainda é um desafio muito grande no Brasil, considerado

o segundo tumor mais prevalente entre as brasileiras. De acordo com o presidente da Febrasgo, cerca de 60% das pacientes são diagnosticadas nos estágios 3 e 4, com tumores avançados, e 10% a 20% delas têm sobrevida de cinco anos.

Após a apresentação e o debate do tema, as convidadas apresentaram suas conclusões. “A discussão desta primeira Experiência Conecta GO foi bastante produtiva, com a apresentação de um caso clínico bem ilustrativo. É um enorme desafio tratar o câncer de ovário, pois os sintomas não são específicos para fazer um diagnóstico. Acredito que a questão genética, imunológica e a biologia molecular vão caminhar para que um dia possamos ter uma assinatura concreta dos cânceres de ovário”, concluiu a Dra. Walquíria.

“Estudar o ovário é bastante instigante. Certamente teremos avanços robustos na área do tratamento do câncer de ovário na próxima década, quem sabe curando mais pacientes. Esse é o caminho”, avaliou a Dra. Angélica. Para a residente, a experiência de apresentar um caso clínico e debatê-lo ao vivo foi “muita rica”. “Acredito que esse modelo de discussão será muito válido para todos nós residentes. O Conecta GO precisa ser continuado”, disse Bárbara.



As *lives* da série Experiência Conecta GO ocorrem toda segunda-feira, das 20h às 21h30, no YouTube e no Facebook da Febrasgo.

Como funciona o projeto?

- A Febrasgo seleciona um Serviço de Residência Médica de qualquer região do Brasil.

- Depois ela define o tema e convida o preceptor do programa e um residente.
- Os convidados enviam previamente o caso clínico.
- A Febrasgo disponibiliza-o no portal com até 48 horas de antecedência da data da *live*.

Qual é a dinâmica da *live*?

- Apresentação do caso clínico + questões disparadoras (10 minutos).
- Questões disparadoras (5 minutos).
- Apresentação do tema (20 minutos).
- Discussão das questões disparadoras (30 minutos).
- Debate interativo com os participantes (30 minutos).

Expectativas para o **Highlights** **2020**



Febrasgo inova mais uma vez e prepara para outubro um evento dinâmico e 100% digital para os associados

Por Letícia Martins

Levanta o *mouse* quem nunca assistiu a um evento pela internet. Você, caro leitor, já deve ter acompanhado diversas *lives*, webinários, aulas e reuniões *on-line* este ano, mas certamente há um evento que você não poderá perder: o *Highlights* Febrasgo 2020, que está sendo organizado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologistas e Obstetras (Febrasgo) e acontecerá entre os dias 22 e 24 de outubro.

De acordo com o presidente da Febrasgo, Agnaldo Lopes, o evento já estava previsto desde o início do ano e seria feito na modalidade presencial na capital paulista. Porém, com a pandemia do novo coronavírus, a entidade achou melhor realizar esta edição no formato digital. “Nosso objetivo é ampliar o conhecimento de forma disruptiva, unindo inovação e interatividade. Esperamos que o *Highlights* seja um marco no modo de fazer eventos científicos na Febrasgo”, declarou Lopes.

O formato *on-line*, garante Lopes, não deixará a desejar nos quesitos criatividade e dinamismo. Para isso, foram planejadas seis grandes sessões - Escola Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo Talks, Grand Round, Pergunte ao Professor, High Tech e Videoaula Tips and Tricks em Técnicas Cirúrgicas - cada qual com uma característica e atratividade diferentes (confira a seguir).

“A organização do *Highlights* 2020 está bastante adiantada. Teremos algumas sessões sobre avanços tecnológicos, debates sobre temas de relevância para o exercício da profissão e contaremos com os mais renomados profissionais da área de ginecologia e obstetrícia”, resumiu o diretor científico da Febrasgo, César Eduardo Fernandes. “Esse evento terá a mesma qualidade dos congressos já realizados pela Febrasgo, mas com uma roupagem bem diferente, visto que será transmitido por uma plataforma digital. Tenho a impressão de que, com essa roupagem nova, moderna e dinâmica, vai

atrair bastante o interesse dos ginecologistas e obstetras”, aposta Fernandes.

“Sem falar que o formato digital permite a participação de muitos colegas que não teriam disponibilidade de tempo nem condições financeiras de viajar para São Paulo para assistir ao evento se fosse presencial”, acrescentou o diretor administrativo da Febrasgo, Sérgio Podgaec. Ele também destacou o aspecto dinâmico do *Highlights* ao mesclar debates, videoaulas, palestras e sessões ao vivo. “Na sessão Pergunte ao Professor, especialistas vão discutir ao vivo casos clínicos que eles até então não conheciam e responderão na hora a perguntas da plateia”, exemplificou Podgaec. Interatividade, provocação e atualidade serão os principais temperos deste evento, que, na opinião do diretor administrativo, tem grande potencial de atrair os jovens médicos.

Nos dias 21 e 22 de outubro, o evento acontecerá no período noturno. No dia 23, as atividades serão à tarde e no sábado a programação ocorrerá pela manhã. O acesso será feito mediante *login* e senha em uma área restrita no *site*. Acompanhe as informações pelo *site* www.febrasgo.org.br.

UMA NOVA ERA DE EVENTOS

Desde que a pandemia de Covid-19 começou no Brasil, em março de 2020, empresas, instituições e sociedade civil tiveram que se adaptar rapidamente. Não houve tempo para sentar e lamentar. E a Febrasgo, que na ocasião havia acabado de empossar sua nova diretoria, não pensou duas vezes: abriu a mente para a inovação

Programação inédita e novas tendências com os maiores experts da Ginecologia e Obstetrícia do Brasil.

e conclamou os associados a fazerem parte do futuro novo normal.

De lá para cá, muitas atividades foram feitas no universo *on-line*, utilizando-se as redes sociais, o canal de YouTube e outras ferramentas digitais para debater conteúdos, casos clínicos e atualizar os ginecologistas e obstetras de todo o Brasil sobre as informações mais recentes.

“A ideia é continuar com esses encontros virtuais, pois cada um tem sua função, objetivo e formato próprios. O Conecta GO, por exemplo, tem duração de 01h30 e foi feito para conectar jovens residentes a especialistas experientes para apresentação e discussão de casos clínicos com temas livres. Estamos muito satisfeitos com todos os eventos virtuais que a Febrasgo vem realizando e acreditamos que o *Highlights* será mais uma grande iniciativa em prol dos nossos associados”, avaliou Lopes.

Se é impossível ainda responder com clareza como será o pós-pandemia, não é muito difícil imaginar novos ares para os eventos médicos: “Tenho a impressão de que os modelos digitais e presenciais vão ocorrer hibridamente, o que é muito positivo para todos”, opinou o diretor científico da Febrasgo.

FIQUE POR DENTRO

Conheça um pouco mais sobre cada sessão do *Highlights* Febrasgo 2020.



FEBRASGO TALKS

Inspirado no TED Talks, essas sessões serão gravadas e cada palestrante terá 20 minutos para expor suas impressões sobre os temas propostos.

PERGUNTE AO PROFESSOR

Ao vivo, professores titulares de serviços acadêmicos tradicionais, expoentes na Ginecologia e Obstetrícia, vão analisar casos clínicos e responder às dúvidas do público.

ESCOLA FEBRASGO

Dois expositores vão apresentar e discutir um tema ou caso clínico, com dados científicos que forneçam base teórica para as condutas sugeridas. Uma parte da Escola Febrasgo será gravada e a outra, ao vivo com perguntas vindas da plateia.

GRAND ROUND

Temas não consensuais na sua abordagem clínica serão analisados por dois especialistas.

HIGHT TECH

Cada palestrante gravará um vídeo de até 10 minutos expondo temas voltados para inovação e alta tecnologia desenvolvidas na área da saúde.

TIPS AND TRICKS

Sessão híbrida, com aula gravada sobre técnicas cirúrgicas a partir de temas propostos e sessão ao vivo de perguntas e respostas.

Da pandemia ao novo normal

Somago se adaptou às reuniões de trabalho remoto e, com a Febrasgo, intensificou a divulgação de informações sobre a COVID-19

Por Letícia Martins

Já se passaram cinco meses desde que o novo coronavírus chegou ao território nacional e mudou drasticamente a rotina dos brasileiros. Os municípios continuam combatendo esse vilão invisível enquanto aprendem sobre a nova doença e tentam retornar às atividades presenciais.

Em Mato Grosso, por exemplo, o número de casos chegou a 76.540 até dia 18 de agosto, com 2.437 mortes por COVID-19. “Ainda estamos com índices altos de transmissão e mortes no estado, inclusive com a perda de vários colegas médicos, mas já vislumbrando uma queda na incidência da doença. A grande maioria dos colegas já retornou ao consultório, porém com ritmo e volume de pacientes ainda bem menores do que no período anterior à pandemia”, observou o ginecologista obstetra Angelo Barrionuevo Gil Júnior, professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

À frente da Associação Mato-grossense de Ginecologia e Obstetrícia (Somago) há cinco anos, o Dr. Angelo explicou que houve, de forma geral, uma diminuição importante no atendimento dos obstetras e ginecologistas, a partir do final de março, inclusive com ordem judicial para a suspensão de todos os procedimentos cirúrgicos eletivos. “A área mais afetada foi a ginecologia, visto que não é possível interromper o pré-natal”, destacou.

Angelo Barrionuevo
Gil Júnior



O FUTURO AGORA É OUTRO

Tão logo a pandemia começou, a Somago buscou auxiliar os ginecologistas e obstetras da região, principalmente os médicos que atuam nas cidades do interior, com orientações sobre conduta e fluxo de gestantes com COVID-19. “Trabalhamos na divulgação mais intensa dos conteúdos produzidos pela Febrasgo em relação à COVID e tantos outros temas relevantes”, disse o Dr. Angelo.

Com olhar no pós-pandemia, a associação segue se adaptando às reuniões de trabalho remoto, congressos *on-line* e webinários, e acredita que os encontros a distância serão mantidos. “Somos uma federada pequena, com 230 associados, e precisamos analisar esse processo novo e de mudanças tão profundas na vida de todos. Com certeza, teremos um novo modelo de ensino, aprendizado e relacionamento neste futuro tão presente em que estamos todos inseridos.”



A pandemia e você, tocoginecologista!

Dicas de autocuidado e saúde mental

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio², Leonardo Sérvio Luz³

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.
2. Membro associado à Febrasgo.
3. Professor de Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí.

Ser médico implica ter disponibilidade e desejo de cuidar da saúde de outras pessoas, agregando não só conhecimento técnico-científico, mas também a capacidade de compreensão e o acompanhamento ativo do significado do agravo apresentado para aquele paciente, e as consequências desse agravo na saúde e na vida daqueles que o procuram.⁽¹⁻⁶⁾ O avanço tecnológico da ciência, a sociedade atual e suas redes sociais complexas e imbricadas na vida de cada um trazem um campo novo de configuração na díade médico-paciente, na qual nem sempre existe uma compreensão adequada das necessidades de ambas as partes.^(2,6) Nesse contexto, existe um foco privilegiado para as necessidades do paciente, com pouco olhar ou um espaço menos privilegiado para as necessidades do médico.^(2,3)

Sabidamente nos últimos meses, nossas vidas mudaram muito. O simples ato de sair de casa passou a ser um desafio, produzindo, muitas vezes, uma sensação de medo e ansiedade. Nós, médicos e demais profissionais de saúde, passamos ao *status* de “grupo de risco”, convivendo com a possibilidade de contágio por um inimigo pouco conhecido cujo tratamento das enfermidades dele advindas ainda é um grande desafio.⁽²⁾ Estamos

ainda sujeitos a preconceito no meio social, sendo vistos muitas vezes como “vetores” e “culpados”.

O conceito de vulnerabilidade é pouco utilizado se o foco for o médico e seus questionamentos sobre o seu trabalho, sua vida pessoal e social.^(4,5) Assim, o tema “médicos e a pandemia” traz perplexidade e espanto quando se imagina que aquele que cuida está também cuidando de sua própria saúde.⁽⁶⁾ Esse paradoxo mascara e, muitas vezes, paralisa um olhar diferenciado para o cuidador médico, que tem a preservação da vida de seus pacientes como meta principal da profissão, mas que pode também estar em situação de sofrimento e necessitando ser cuidado.^(4,5) O autocuidado não significa estar bem o tempo inteiro, mas, sim, considerar as situações agradáveis e desagradáveis da vida, atentar-se às causas e escolher agir ou não sobre elas, procurando se permitir ser generoso consigo mesmo.^(1,2,6) Como médicos, significa aceitar também que não é possível controlar todos os desfechos e possibilidades.

É importante ressaltar que, idealmente, as instituições devem oferecer acompanhamento psicológico para ajudar a equipe durante esse período. Os profissionais de saúde devem verificar com seus gestores a disponi-

bilidade de apoio psicológico e de saúde ocupacional e não hesitar em utilizar as estratégias preventivas e terapêuticas em relação a sua saúde mental e completa sensação de bem-estar.^(1,2,6)

Nesse escopo, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) traz a sugestão de 10 mandamentos para o autocuidado nesses momentos difíceis:

1. Identificar pensamentos pessimistas que possam gerar mal-estar, como: “e essa pandemia que não acaba...”; “não aguento mais isso”.
2. Reconheça e, sobretudo, aceite suas emoções. Lembre-se: nós, médicos, também somos vulneráveis. Se precisar, compartilhe suas emoções com alguém.
3. Evite situações de sobrecarga de informações, como: “vou checar sempre todas as variáveis e possíveis novos protocolos, pois assim diminuirei as chances de um desfecho ruim” e (deixe-me só assistir a esse terceiro noticiário sobre os númeos de hoje da pandemia”.
4. Interaja com pacientes e familiares sempre de maneira realista, mantendo uma postura otimista, mas de modo objetivo.
5. Evite falar permanentemente sobre o tema.
6. Procure manter sua rotina o mais próximo possível dos parâmetros anteriores à pandemia.
7. Mantenha atividade física regular, procure dormir pelo menos 7 horas por noite e se alimente de modo saudável.
8. Diminua o uso de redes sociais e tente otimizar seu tempo organizando tarefas pendentes e, até mesmo, buscando novas habilidades.

9. Aproveite esse período para refletir sobre a sua organização financeira, desde o orçamento doméstico até o planejamento de metas para um futuro mais confortável.

10.

(linhas em branco para preencher com uma boa estratégia e que tem funcionado para você e sua família; se possível, compartilhe boas experiências.)

Esteja livre.
 Busque leveza.
 E leve vida e gentileza aos seus familiares, aos seus pacientes e, sobretudo, a si mesmo. Conte com a Febrasgo, literalmente, na sua Defesa e Valorização.

REFERÊNCIAS

1. Mello-Silva R. Autocuidado para melhor cuidar. *Arte Med Ampl* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 12];31(1):30-4. Available from: <http://abmanacional.com.br/arquivo/db3707be762e241eef48193763f170f98af3b5a4-31-1-autocuidado.pdf>
2. Saúde mental: precisamos falar sobre autocuidado: dicas e hábitos que podem fazer a diferença [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <http://uniateneu.edu.br/saude-mental-precisamos-falar-sobre-autocuidado/>
3. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95(3):542-75. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
4. Feito L. Vulnerabilidad. *An Sis San Navarra.* 2007;30 Suppl 3:7-22.
5. Figley CR. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* New York: Psychology Press; 1995.
6. Unadkat S, Farquhar M. Doctors’ wellbeing: self-care during the covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020;368:m1150. doi: 10.1136/bmj.m1150



CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

CONSELHO EDITORIAL: Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Almir Antonio Urbanetz, 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, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osorio 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

487 Insuficiência ovariana prematura: foco no tratamento hormonal

Cristina Laguna Benetti-Pinto, José Maria Soares Júnior, Gustavo Arantes Maciel, Andrea Prestes Nácul, Daniela Angerame Yela, Ana Carolina Japur Sá Rosa e Silva

OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS

496 COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível

Marcos Nakamura-Pereira, Melania Maria Ramos Amorim, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Maira Libertad Soligo Takemoto, Fatima Cristina Cunha Penso, Jorge de Rezende-Filho, Maria do Carmo Leal

ARTIGOS DE REVISÃO

499 Frequência de neoplasia intraepitelial cervical e papilomavírus humano na região Sul do Brasil: um estudo retrospectivo

Juliana Barros, Letícia Falkenbach da Costa, Morgana Fernandes, Djuli Hermes, Bruna Amorim, Simone Lysakowski

504 Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros

Dulcimary Dias Bittencourt, Fernanda Dias Bittencourt

509 Anticoagulação e prevenção de morbidade obstétrica em trombofilias hereditárias: mito ou verdade?

Lovily Duarte Toledo Paiva, Marina Matos de Moura Faico, Nestor Nurdan Soares

Insuficiência Ovariana Prematura: foco no tratamento hormonal

Número 2 – Agosto 2020

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

PONTOS-CHAVE

- A Insuficiência Ovariana Prematura (IOP) é caracterizada pela perda de função ovariana antes dos 40 anos de idade;
- O diagnóstico é firmado por duas dosagens de FSH >25 mUI/mL com intervalo entre as coletas de pelo menos 4 semanas;
- Suspeita-se de IOP na presença de ciclos menstruais irregulares ou amenorreia secundária, em mulheres com menos de 40 anos, ou ainda na amenorreia primária;
- Sintomas de hipoestrogenismo podem estar presentes, mas não são obrigatórios;
- A maioria dos casos de IOP é idiopática, porém pode ser decorrente de doenças autoimunes, causas genéticas, ooforectomia, quimioterapia, radioterapia, e outras causas menos frequentes;
- A IOP é de causa genética em cerca de 10% dos casos, sendo mais comum em mulheres com amenorreia primária;
- Cariótipo está indicado para os casos de IOP não iatrogênica. Na presença de material do cromossomo Y, a gonadectomia se impõe;
- Embora associada à infertilidade, a gestação espontânea pode ocorrer em 5% a 10% das mulheres com IOP;
- Orientações para hábitos de vida saudáveis, avaliação e orientação sexual e psicológica fazem parte das boas práticas terapêuticas;
- O tratamento hormonal é mandatório para todas as mulheres com IOP que não tenham contraindicação ao seu uso, e mantido ao menos até a idade habitual da menopausa.

RECOMENDAÇÕES

- Na suspeita de IOP, qualquer tratamento hormonal deve ser suspenso por 60 dias antes da dosagem de FSH. O diagnóstico somente pode ser confirmado após 2 dosagens de FSH com intervalo mínimo de 4 semanas;
- Solicite cariótipo para todas as mulheres com IOP não iatrogênica, preferencialmente em pacientes com menos de 30 anos;
- A avaliação da massa óssea com DXA no início do tratamento está indicada e auxilia nas orientações;
- Estimular um estilo de vida saudável, com atividades físicas e manutenção do peso corporal adequado, bem como orientar dieta que inclua ingestão adequada de cálcio, orientar evitar o tabagismo, auxiliam na prevenção de doenças cardiovasculares e osteometabólicas;
- Salvo contraindicação ao uso de estrogênios, há recomendação formal de reposição estrogênica com doses adequadas para menacme para melhora dos sintomas vasomotores, geniturinários, manter a saúde óssea, prevenir a osteoporose e o risco de fraturas ósseas, mantida até a idade fisiológica da menopausa, em torno dos 50 anos;

- Mulheres com útero intacto devem usar obrigatoriamente algum progestagênio associado ao estrogênio, em esquema cíclico ou contínuo para proteção endometrial. Não há evidências que sustentem, até o momento, o uso de androgênios para todas as mulheres com IOP;
- Em mulheres com IOP que ainda possam ovular e que não desejam correr risco de gravidez, há necessidade do uso de método contraceptivo;
- Na infertilidade, a recomendação preferencial é optar-se por técnicas de reprodução assistida com oócitos doados;
- Avaliação de função sexual, distúrbios psicológicos, qualidade do sono e qualidade de vida devem ser incorporadas à prática clínica;
- Recomenda-se acompanhamento clínico anual para verificar a adequação e aderência à terapia de reposição hormonal. Entretanto, os exames para rastreamento de câncer (colo do útero, mama, cólon) e de doenças metabólicas devem ser feitos com as mesmas indicações e periodicidade recomendados às mulheres da população em geral.

CONTEXTO CLÍNICO

Insuficiência ovariana prematura (IOP) é uma afecção decorrente da perda da atividade ovariana antes dos 40 anos de idade.⁽¹⁾ Caracteriza-se por menstruações irregulares com ciclos longos ou ausentes associadas à redução da capacidade ovariana de produzir esteroides sexuais, acompanhada por aumento de gonadotrofinas, ou seja, a um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico.⁽¹⁾

Além da alteração menstrual por pelo menos quatro meses, o diagnóstico de IOP requer aumento dos níveis de FSH em duas dosagens com intervalo de ao menos um mês. O valor de corte atualmente aceito e recomendado pela Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (*European Society for Human Reproduction and Embryology*, ESHRE) é de FSH \geq 25 mUI/mL.^(1,2)

O termo “Insuficiência Ovariana Prematura” não é utilizado de forma universal. A condição já foi nomeada “menopausa precoce” ou “falência ovariana precoce” ou ainda “falência ovariana prematura”, mas sabe-se que a afecção pode ter evolução longa e variável, com ovulação irregular e imprevisível em 50% dos casos e gravidez em até 5% a 10%.^(3,4) Outra variação é “Insuficiência Ovariana Primária”.^(1,4,5) A Febrasgo sugere e adota como terminologia preferencial “Insuficiência Ovariana Prematura”.

A prevalência de IOP aos 35 anos é 0,5% e, aos 40 anos, aproximadamente 1%.⁽⁶⁾ A frequência parece variar com a etnia, sendo mais frequente em mulheres de origem hispânica e Afro-Americanas (1,4%) e menos em japonesas (0,5%).⁽⁷⁾ A IOP geralmente ocorre depois de uma puberdade normal e ciclos regulares, mas, em cerca de 10% dos casos, manifesta-se como amenorreia primária.⁽²⁾

QUAIS OS MECANISMOS E AS CAUSAS DA IOP?

Os mecanismos envolvidos na IOP são depleção ou disfunção folicular. A depleção folicular é o mais comum e pode ser consequência de redução do número inicial de folículos primordiais, aumento da apoptose (atresia folicular acelerada) ou destruição folicular.⁽⁸⁾ Na disfunção folicular, há falha na resposta do folículo às gonadotrofinas. Esse mecanismo é mais raro e está associado preferencialmente a deficiências enzimáticas (17 α -hidroxilase, 17,20-desmolase, aromata-se) e mutações em receptores (FSH, LH, proteína G).⁽²⁾ Independentemente de o mecanismo ser quantitativo ou qualitativo, as manifestações clínicas e os riscos associados à IOP são os mesmos. A maioria dos casos de IOP é considerada idiopática, ou seja, não tem causa determinada.^(1,2) No entanto, é importante investigar causas subjacentes e doenças associadas que possam ter repercussões na saúde global da mulher e, no caso de gestação ou aconselhamento familiar, a possibilidade de transmissão de doenças hereditárias.^(1,2) Os principais grupos etiológicos estão citados a seguir.

CAUSAS GENÉTICAS

As causas genéticas mais frequentes são anomalias numéricas ou estruturais do cromossomo X, tais como síndrome de Turner e deleções completas/parciais, translocações e outras alterações envolvendo o cromossomo X.^(2,5) Embora este perfil de alteração genética se apresente mais frequentemente na forma de amenorreia primária, há situações que cursam com amenorreia secundária.⁽⁹⁾

A síndrome do X-frágil (causa mais comum de retardo mental hereditários) é uma condição genética associada ao cromossoma X e causada pela mutação no gene FMR1. Mulheres que apresentem a pré-mu-

tação do gene FMR1 apresentam risco aumentado de desenvolver IOP. Essa alteração, embora represente uma pequena porcentagem das causas genéticas de IOP, está presente em até 13% dos casos de IOP familiar. Não causa retardo mental na portadora (pré-mutação), mas pode levar, na geração seguinte, à mutação completa do gene com expressão completa da síndrome. Por esse motivo, a avaliação em mulheres com IOP destina-se também a aconselhamento genético da família.^(2,5)

As doenças autossômicas, ou seja, relacionadas a genes autossômicos, são síndromes raras associadas a IOP, não tendo indicação de investigação rotineira. Incluem, entre outras, galactosemia, mutações em receptores hormonais (LH, FSH), síndrome blefarofimose-ptose-epicanto invertido (BPES) e defeitos em proteínas e enzimas envolvidas na esteroidogênese.^(2,3,5)

CAUSAS AUTOIMUNES – ASSOCIAÇÃO COM DOENÇAS AUTOIMUNES/AUTOIMUNIDADE

Estima-se que 20% a 30% dos casos de IOP tenham associação com doenças autoimunes.⁽²⁾ O órgão mais frequentemente acometido é a tireoide com tireoidite de Hashimoto, afetando 14% a 27% das acometidas.⁽²⁾ Com prevalência bem menor, a insuficiência adrenal (doença de Addison) e o *diabetes mellitus* tipo 1 são outras afecções autoimunes associadas à IOP. Outras doenças descritas incluem ainda lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, anemia perniciosa, vitiligo e doença de Crohn.⁽⁸⁾

CAUSAS IATROGÊNICAS

Cirurgias pélvicas

Cirurgias pélvicas são a causa mais frequente de deficiência hormonal em mulheres na pré-menopausa.⁽¹⁰⁾ A IOP pode ser consequente à redução do tecido ovariano, como nas cistectomias ou ooforectomias, ou ainda, embora com dados controversos, consequente a alterações circulatórias com redução da irrigação sanguínea dos ovários (por exemplo, nas histerectomias ou nas laqueaduras tubárias) e/ou processos inflamatórios locais.⁽¹¹⁾

Quimioterapia

Muitos quimioterápicos são tóxicos para os oócitos e células da granulosa, podendo causar depleção dos folículos primordiais e/ou danos à maturação folicular.⁽¹²⁾ Os agentes alquilantes, que têm efeito citotóxico independentemente do estágio do ciclo celular, são as drogas mais associadas à disfunção gonadal.⁽¹³⁾ Acredita-se que o mecanismo de dano seja a destruição maciça da população dos folículos em desenvolvimento. Como consequência ocorreriam a queda nos níveis estrogênicos e a elevação compensatório de FSH, recrutando nova população de folículos quiescentes, que serão rapidamente destruídos;

este ciclo de ativação e queima rápida da população folicular tem sido chamada de “*burnout*”.⁽¹⁴⁾ Nessa categoria estão ciclofosfamida, ifosfamida, dacarbazina, bussulfano, melfalano e clorambucil. A procarbazina (derivado da hidrazina com ação alquilante) também apresenta alta toxicidade gonadal.^(13,15) Esse fenômeno, que pode ser transitório, é influenciado pela idade da paciente, droga(s) utilizada(s) e dose; quanto mais jovem, maior a probabilidade de sobrevivência de alguns folículos.^(8,13)

Radioterapia

Os oócitos são muito sensíveis à radiação. Os danos ovarianos dependem do campo de tratamento, dose total e esquema de fracionamento.⁽¹³⁾ A depleção pós-radioterapia (RT) é proporcional à quantidade de oócitos existentes antes da irradiação; em outras palavras, a sensibilidade de ovariana à radiação aumenta com a idade.^(13,16)

Outras causas

Outras causas atribuídas à IOP, mas sem evidências sólidas, são: fumo, infecções (caxumba, rubéola, varicela, tuberculose, malária), produtos químicos (por exemplo, bromopropano e vinilciclohexodiepóxido), toxinas ambientais e metais pesados.^(11,17)

COMO O DIAGNÓSTICO DE IOP PODE SER INVESTIGADO E CONFIRMADO?

O diagnóstico de IOP é baseado na história clínica e pela demonstração de níveis elevados de gonadotrofinas, níveis revistos e estabelecido o diagnóstico de IOP quando FSH > 25 mUI/mL, em duas dosagens com intervalo superior a 4 semanas, em mulheres abaixo dos 40 anos de idade.^(1,2,8) Clinicamente, deve ter alteração menstrual tipo oligo/amenorreia por pelo menos 4 meses, não sendo obrigatório que apresente sintomas de hipoestrogenismo (como, por exemplo, fogachos).^(1,8)

O QUE DEVE SER AVALIADO NO ATENDIMENTO DE UMA MULHER COM IOP?

A avaliação da mulher com IOP requer anamnese e exame físico minuciosos, com objetivo de confirmar o diagnóstico e procurar uma possível causa. O histórico pessoal e familiar detalhado pode chamar a atenção para situações associadas a IOP, como doenças autoimunes e causas genéticas.^(2,3)

Nos casos de amenorreia primária, associada ou não à puberdade tardia, devem ser pesquisados sinais de anomalias genéticas (por exemplo, estigmas da síndrome de Turner tais como baixa estatura, pescoço alado, implantação baixa dos cabelos e cubitovalgo). Também é necessário avaliar o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, em especial da mama.^(2,8)

Após excluir a possibilidade de gravidez, as mulheres com ciclos menstruais irregulares (oligomenorreia)

ou amenorreia secundária devem ser avaliadas para diagnóstico diferencial com outras alterações menstruais: síndrome dos ovários policísticos, hiperprolactinemia, amenorreia hipotalâmica ou hipofisária (hipogonadotrófica) e doenças tireoidianas.^(2,8)

A mulher pode relatar sintomas de privação estrogênica, como sintomas vasomotores (fogachos, ondas de calor) e geniturinários (secura vaginal, dispareunia, urgência e frequência urinária), entre outros. Os sintomas vasomotores são mais significativos quanto mais agudo for o quadro. Alterações do humor, da sexualidade e do padrão de sono podem estar presentes e interferem de forma negativa na qualidade de vida.^(1,2)

QUE EXAMES SÃO RELEVANTES NA INVESTIGAÇÃO DA IOP?

Alguns exames têm indicação para confirmação do diagnóstico, enquanto outros são solicitados para investigar a causa da IOP ou para avaliar repercussões do hipostrogenismo, conforme citado a seguir.

Dosagens hormonais^(1,3,8)

- FSH (obrigatório, duas dosagens com intervalo de pelo menos 4 semanas com valor > 25 mUI/mL confirmam o diagnóstico de IOP);

Para diagnóstico diferencial ou complementação, os exames abaixo devem ter sua necessidade avaliada de forma individualizada:

- Prolactina (diagnóstico diferencial);
- TSH (diagnóstico diferencial ou avaliar associação com doença tireoidiana autoimune);
- Hormônio Anti-mülleriano (AMH): não mandatório, é um marcador da reserva folicular; com indicação extremamente restrita.⁽⁵⁾

Pesquisa de causas genéticas – o que é preciso investigar?

- Cariótipo: solicitar para todas com IOP não iatrogênica, especialmente na IOP em mulheres abaixo dos 30 anos.⁽¹⁾ São encontradas anomalias cromossômicas em aproximadamente 10% dos casos, sendo mais frequentes nas mulheres com amenorreia primária.^(18,19) A presença de cromossomo Y indica gonadectomia pelo risco de tumor, em especial gonadoblastoma.⁽¹⁾
- Pesquisa da pré-mutação do gene FMR1 (síndrome do X frágil): indicada não apenas para diagnóstico etiológico, mas especialmente para aconselhamento genético familiar, porém deve ser solicitada após aconselhamento quanto às implicações do resultado.^(1,2,8)

- Não se recomenda pesquisa rotineira de anomalias genéticas autossômicas, exceto se houver suspeita de uma mutação específica.⁽¹⁾

Pesquisa de doenças autoimunes – quais exames são necessários?

- Anticorpos antitireoidianos (anti-TPO): exame indicado nos casos de IOP de causa desconhecida ou na suspeita de doença autoimune. Caso o resultado seja positivo, recomenda-se dosagem anual do TSH, quando a doença tireoidiana ainda não estiver manifestada. Caso seja negativo, a avaliação da função tireoidiana deve ser a mesma da indicada à população feminina em geral.⁽¹⁾
- Anticorpos antiadrenal: algumas sociedades indicam que sejam pesquisados em pacientes com IOP de causa desconhecida ou na suspeita de doença autoimune, porém é preciso lembrar sua baixa frequência em mulheres com IOP e a dificuldade de interpretação. Embora seja um marcador indireto, a presença de anticorpos antiadrenal é usada para inferir sobre autoimunidade levando a lesão ovariana. Se identificados, a paciente deve realizar avaliação endocrinológica (possibilidade de doença de Addison na fase pré-clínica).^(1,8)

Vale ressaltar que a ausência de anticorpos positivos não exclui a origem autoimune da doença, uma vez que pode tratar-se de anticorpo não testado ou período de acalmia da doença. Além disso, o tratamento da IOP idiopática ou autoimune é semelhante, não implicando em mudança na abordagem terapêutica.

Exames de imagem estão indicados na investigação da IOP?

- Densitometria óssea: a IOP é causa importante de perda óssea e osteoporose. Recomenda-se avaliação inicial da massa óssea por meio de densitometria óssea. Exames subsequentes deverão ser realizados dependendo do resultado inicial (recomendando-se novas avaliações especialmente nos casos em que já exista perda óssea e osteoporose), da utilização de terapia hormonal e da resposta terapêutica nos casos de osteoporose.^(1,9,19)
- Ultrassonografia pélvica: para o diagnóstico diferencial com outras causas de amenorreia.⁽¹⁾

TRATAMENTO – QUAIS SÃO OS OBJETIVOS?

Os objetivos do tratamento da IOP são reverter os sintomas e reduzir as repercussões do hipostrogenismo. Embora os sintomas vasomotores (fogachos, ondas de calor) sejam aparentemente o principal motivo de uso

da TH, razões relacionadas a maior morbidade como perda óssea, por exemplo, devem ser orientadas e reforçadas às mulheres.⁽¹⁹⁾ Suporte psicossocial deve ser oferecido às pacientes, com cuidado especial em relação ao aspecto reprodutivo.⁽¹⁾

Reposição estrogênica é recomendada para manter a saúde óssea e prevenir osteoporose e redução do risco de fraturas.^(1,19) Da mesma forma, início precoce de terapia de reposição hormonal (TH) e manutenção até a idade habitual da menopausa tem efeito positivo no risco de doença cardiovascular (DCV).^(1,19) A TH tem ainda efeito benéfico na qualidade de vida e na função sexual (Quadro 1).^(18,20)

Quadro 1. Indicações de TH em mulheres com IOP

Indicação	Justificativa/observações
Sintomas vasomotores	Recomenda-se TH para tratamento dos sintomas e melhora da qualidade de vida
Sintomas geniturinários	Estrogênio sistêmico e, se necessário, local (vaginal) para tratamento de secura, irritação e atrofia vaginal, dispareunia e sintomas urinários
Saúde óssea	Manutenção da saúde óssea, prevenção de osteoporose e redução do risco de fratura
Saúde cardiovascular	Redução do risco de doença cardiovascular até a idade natural da menopausa
Sexualidade	Uso sistêmico e, se necessário, vaginal (dispareunia) colaboram para melhora da função sexual

Fonte: Adaptado de European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI, Webber L, Davies M, Anderson R, et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2016;31(5):926-37. Webber L, Anderson RA, Davies M, Janse F, Vermeulen N. HRT for women with premature ovarian insufficiency: a comprehensive review. *Hum Reprod Open.* 2017;2017(2):hox007. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 698: Hormone Therapy in Primary Ovarian Insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2017;129(5):e134-e141.^(1,19,22)

QUAIS ORIENTAÇÕES GERAIS DEVEM FAZER PARTE DO ATENDIMENTO A MULHERES COM IOP?

Considerando o risco aumentado de doenças associadas ao hipoestrogenismo, as mulheres com IOP devem receber as seguintes orientações:

- Ter estilo de vida saudável, incluindo exercícios físicos resistidos (com peso), não fumar e manter peso corporal adequado;
- Ingestão adequada de cálcio e vitamina D (preferencialmente através de dieta, porém, sempre que necessário, usar suplementos);
- Avaliação do risco cardiovascular, incluindo aferição da pressão arterial pelo menos anualmente e perfil lipídico a cada 5 anos;
- Importância da TH, ajustando-se o esquema conforme a resposta clínica e com reavaliação anual.

COMO A TERAPIA HORMONAL ESTROPROGESTATIVA DEVE SER PRESCRITA?

Dentre as opções de estrogênios, o estradiol é o mais fisiológico e tem efeito mais favorável cardiovascular do que o etinilestradiol presente nos contraceptivos hormonais combinados (CHCs).⁽¹⁹⁾ Os estrogênios equinos conjugados não são droga de escolha no consenso da ESRHE, no entanto o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) considera uma opção válida para TH em mulheres com IOP.⁽¹⁹⁻²²⁾

Os progestagênios mais usados para TH de mulheres com IOP são acetato de medroxiprogesterona (AMP), progesterona natural micronizada (P) e noretisterona. A dose depende do esquema (contínuo ou cíclico) e da dose do estrogênio utilizada. No uso cíclico, o progestagênio é usado por 12 a 14 dias consecutivos/mês e em doses maiores do que no uso contínuo. Com exceção dos primeiros anos de desenvolvimento puberal, não há benefício comprovado de um esquema em relação a outro, devendo-se consultar se a mulher deseja sangramento de privação periódico ou não.⁽¹⁹⁾ O dispositivo/sistema intrauterino liberador de levonorgestrel é uma alternativa aos progestagênios orais e, por ter ação contraceptiva, pode ser atraente para mulheres que não desejam se expor ao risco de engravidar.⁽¹⁹⁻²²⁾ Mulheres histerectomizadas não necessitam associar progestagênios à reposição estrogênica, exceção aos casos decorrentes de endometriose prévia.⁽¹⁹⁾

A administração do estrogênio por via transdérmica (adesivos ou gel) evita a primeira passagem hepática e está associada, em comparação à via oral, a menor risco de tromboembolismo venoso (TEV), além de associar-se a níveis hormonais séricos mais próximos do fisiológico para a idade.⁽¹⁹⁾ A via transdérmica é a preferencial para mulheres com comorbidades tais como hipertensão arterial, obesidade, e com fatores de risco para TEV (imobilização, cirurgia e trauma, entre outros).⁽¹⁹⁾ Mulheres com sintomas geniturinários em uso de TH sistêmica podem necessitar da associação de estrogênio vaginal para alívio de dispareunia e ressecamento vaginal.⁽¹⁹⁻²²⁾

Mulheres com endometriose que apresentem IOP secundária a ooforectomia podem receber TH. Nesta situação, recomenda-se terapia estroprogestativa contínua, mesmo nas histerectomizadas.⁽¹⁹⁾

As doses utilizadas são em níveis fisiológicos para simular a produção hormonal ovariana. Mulheres com útero intacto devem acrescentar, obrigatoriamente, um progestagênio para proteção endometrial em esquema contínuo ou cíclico/sequencial.⁽²³⁾ As doses preconizadas para reposição hormonal na IOP estão listadas na tabela 1, lembrando que, enquanto jovens, as formulações devem conter doses estrogênicas maiores (ver dose adulta na tabela 2), podendo ser reduzida para mulheres com IOP mais velhas. Embora as evidências da literatura sejam escassas e muitas

vezes não consensuais, esta comissão sugere a manutenção, em mulheres jovens, de TH contendo estradiol na dose de 2 mg/dia (VO) ou 100 mcg/dia (transdêrmico), combinado a um progestagênio conforme considerações anteriores, podendo ser aumentada até 4 mg de estradiol oral ou 200 mcg transdêrmico de acordo com sintomatologia e resposta sobre massa óssea.

Tabela 1. Esquemas para reposição hormonal na IOP

Fármaco	Posologia	
Estrógeno	Uso contínuo	
Estradiol (17β-estradiol)	100 – 200 mcg/dia TD (adesivo, gel percutâneo)	
Estradiol micronizado	1-4 mg/dia VO	
Valerato de estradiol*		
Estrógenos equinos conjugados*	0,625-1,25 mg/dia VO	
Progestagênio	Uso contínuo	Uso cíclico/sequencial
Acetato de medroxiprogesterona	2,5-5,0 mg/dia VO	10 mg/dia
Noretisterona	0,5-1 mg/dia VO	-
Progesterona micronizada	100 mg/dia	200 mg/dia
Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)	Duração depende da dose de LNG	-

Fonte: Adaptada de Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 698: Hormone Therapy in Primary Ovarian Insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2017;129(5):e134-e141. Steingold KA, Matt DW, DeZiegler D, Sealey JE, Fratkin M, Reznikov S. Comparison of transdermal to oral estradiol administration on hormonal and hepatic parameters in women with premature ovarian failure. *J Clin Endocrinol Metab.* 1991;73(2):275-80. Papat VB, Vanderhoof VH, Calis KA, Troendle JF, Nelson LM. Normalization of serum luteinizing hormone levels in women with 46,XX spontaneous primary ovarian insufficiency. *Fertil Steril.* 2008;89(2):429-33.^(22,24,25)
TD - via transdêrmica; VO - via oral; *Não preconizados pela ESRHE

A TH, em geral, não tem ação contraceptiva. Mulheres sem desejo de gravidez em que a perda da função gonadal não seja definitiva e irreversível devem usar um método anticoncepcional adicional (por exemplo, métodos de barreira ou dispositivos intrauterinos) ou substituir a TH por contraceptivos hormonais combinados (CHCs), com recentes evidências de boa ação sobre massa óssea, devendo ser usado em esquema contínuo.^(1,19,26,27) Há relatos de melhor aceitação de contraceptivos por mulheres com IOP, talvez podendo melhorar a aderência ao tratamento hormonal que deve ser prolongado, porém é indicado observar se não há contraindicações ao uso de CHCs usando critérios de elegibilidade (por exemplo, da Organização Mundial da Saúde – OMS).

Como deve ser a monitorização e acompanhamento de mulheres com IOP?

Mulheres em uso de TH devem ser acompanhadas periodicamente, dando particular atenção à aderência ao tratamento.⁽¹⁹⁾ Não há necessidade de dosagens hormonais periódicas para monitorização do tratamento.^(1,22)

Exames para rastreamento de câncer (colo do útero, mama, cólon) devem ser feitos com as mesmas indicações e periodicidade das mulheres sem IOP.⁽¹⁹⁾ Apesar de resultados controversos quanto ao aumento do risco de câncer de mama em usuárias de CHC, não se observou essa associação em mulheres com IOP em uso de TH até a idade da menopausa natural.^(19,22)

Até quando a TH deve ser mantida?

Recomenda-se que a TH seja mantida até a idade habitual da menopausa, ou seja, por volta dos 50 anos. A continuação do uso deve ser discutida com a mulher, levando-se em consideração suas condições clínicas, presença ou não de sintomas e relação risco-benefício.^(19,22)

QUAIS AS EVIDÊNCIAS EM RELAÇÃO À REPOSIÇÃO ANDROGÊNICA NA IOP?

Apesar de resultados controversos na literatura, muitas mulheres com IOP podem apresentar níveis séricos de testosterona mais baixos do que mulheres da mesma idade não afetadas.^(24,25,27-31) Apesar da deficiência de testosterona poder contribuir no quadro da IOP, não há evidências suficientes para recomendar sua dosagem ou reposição de forma rotineira nessas pacientes.^(22,32)

Atualmente, testosterona pode ser prescrita para mulheres com IOP sem contraindicações ao seu uso que tenham diagnóstico de Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo.^(33,34) Adesivos transdêrmicos de testosterona liberando 300 mcg/d, de acordo com a literatura, associam-se a melhora da função sexual, porém não estão disponíveis em nosso país, sendo por vezes prescritos utilizando produtos de manipulação.⁽³⁵⁻³⁷⁾ Evidências sugerem que o hormônio deve ser usado por 3 a 6 meses com reavaliação clínica e laboratorial da testosterona sérica (para verificar se a dose não está sendo usada em níveis supra-fisiológicos).⁽³³⁾ Caso não haja resposta clínica após seis meses, a terapia deverá ser interrompida.⁽³³⁾ Se optar por manutenção do tratamento, recomenda-se reavaliação clínica (sinais de hiperandrogenismo) e laboratorial (dosagem de testosterona) semestral.⁽³³⁾ A paciente deve ser informada de que não há dados de segurança quanto ao uso de testosterona por mais de 24 meses, bem como de que não há formulações aprovadas disponíveis para comercialização no Brasil.^(1,33)

QUAL É O ESQUEMA DE TERAPIA HORMONAL INDICADO NA IOP SEM DESENVOLVIMENTO DOS CARACTERES SEXUAIS SECUNDÁRIOS?⁽²⁴⁾

A indução da puberdade em pacientes com IOP é feita com estrogênio isolado em baixas doses com aumento gradual ao longo de dois a três anos. A associação de progestagênio deve ser feita quando ocorrer o primeiro sangramento ou dois anos após o início da terapia estrogênica, em esquema de uso cíclico.

A dose inicial de 17 β -estradiol é 12,5 mcg/d (adesivo TD) ou 0,5 mg/d (VO). Estrogênios conjugados equinos, na dose de 0,3 mg/d, podem ser usados como alternativa. A quantidade de estrogênio deve ser aumentada a cada 6-12 meses até alcançar a dose adulta (após 2 a 3 anos) (Tabela 2).⁽³⁸⁾

Tabela 2. Terapia hormonal para indução da puberdade e manutenção na vida adulta

Estrogênio			
Fármaco	Estradiol TD (mcg/d)	Estradiol VO (mg/d)	Estrogênios conjugados (mg/d)
Dose inicial	12,5	0,5	0,3
Aumento gradativo	25	0,5	0,625
(intervalo 6-12 meses)	50	1,0	
	100	1,5	
Dose adulta	100-200	2,0-4,0	1,25
Progestagênio			
Fármaco	Progesterona oral micronizada (mg/d)	Didrogesterona (mg/d)	Acetato de medroxi-progesterona (mg/d)
Dose (uso cíclico 12-14 dias/mês)	100-200	5-10	5-10

Adaptada de Sá e Benetti-Pinto.⁽³⁸⁾

QUANDO HÁ DESEJO REPRODUTIVO, O QUE ESTÁ INDICADO?

O tratamento de eleição para mulheres com IOP confirmada e que desejam engravidar é a fertilização *in vitro* (FIV) com ovodação (doação de oócitos).⁽⁶⁾ Mulheres com Síndrome de Turner devem ter uma avaliação cardiovascular prévia ao procedimento, uma vez que há contraindicação relativa à gravidez nessas pacientes (possibilidade de ruptura de aorta).^(8,39,40)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez estabelecido o diagnóstico de IOP, orientações claras devem ser dadas em relação a todas as repercussões decorrentes do hipostrogenismo precoce, incluindo orientações quanto ao comprometimento da fertilidade. A terapia hormonal estroprogestativa prolongada

é o tratamento de eleição da IOP, devendo ser individualizada de acordo com idade, manifestações clínicas, alterações metabólicas, além de considerar a preferência da mulher. A terapia hormonal deve ser mantida ao menos até os 50 anos de idade, não havendo indicação de acompanhamento com dosagem de FSH. Evidências relativas à TH em mulheres com menopausa habitual não podem ser transcritas diretamente a mulheres com IOP. Orientações quanto a hábitos de vida saudáveis em relação a dieta, exercícios, evitar tabagismo devem fazer parte das orientações gerais. Mamografia e colpocitologia oncológica têm indicação de realização igual à população feminina em geral, enquanto a densitometria óssea deve ser considerada ao diagnóstico de IOP, com repetição discutida e individualizada. O tratamento adequado da IOP tem como objetivo final oferecer melhora geral à saúde física, mental e sexual, promovendo qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI, Webber L, Davies M, Anderson R, Bartlett J, Braat D, Cartwright B, et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2016;31(5):926-37.
- Nelson LM. Clinical practice. Primary ovarian insufficiency. *N Engl J Med.* 2009;360(6):606-14.
- Welt CK. Primary ovarian insufficiency: a more accurate term for premature ovarian failure. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2008;68(4):499-509.
- van Kasteren YM, Schoemaker J. Premature ovarian failure: a systematic review on therapeutic interventions to restore ovarian function and achieve pregnancy. *Hum Reprod Update.* 1999;5(5):483-92.
- Hamoda H; British Menopause Society and Women's Health Concern. The British Menopause Society and Women's Health Concern recommendations on the management of women with premature ovarian insufficiency. *Post Reprod Health.* 2017;23(1):22-35.
- Coulam CB, Adamson SC, Annegers JF. Incidence of premature ovarian failure. *Obstet Gynecol.* 1986;67(4):604-6.
- Luborsky JL, Meyer P, Sowers MF, Gold EB, Santoro N. Premature menopause in a multi-ethnic population study of the menopause transition. *Hum Reprod.* 2003;18(1):199-206.
- Committee opinion no. 605: primary ovarian insufficiency in adolescents and young women. *Obstet Gynecol.* 2014;124(1):193-7.
- Jiao X, Qin C, Li J, Qin Y, Gao X, Zhang B, et al. Cytogenetic analysis of 531 Chinese women with premature ovarian failure. *Hum Reprod.* 2012;27(7):2201-7.
- Sarrel PM, Sullivan SD, Nelson LM. Hormone replacement therapy in young women with surgical primary ovarian insufficiency. *Fertil Steril.* 2016;106(7):1580-7.
- Jin M, Yu Y, Huang H. An update on primary ovarian insufficiency. *Sci China Life Sci.* 2012;55(8):677-86.
- De Vos M, Devroey P, Fauser BC. Primary ovarian insufficiency. *Lancet.* 2010;376(9744):911-21.
- Wallace WH, Anderson RA, Irvine DS. Fertility preservation for young patients with cancer: who is at risk and what can be offered? *Lancet Oncol.* 2005;6(4):209-18.
- Kalich-Philosoph L, Roness H, Carmely A, Fishel-Bartal M, Ligumsky H, Paglin S, et al. Cyclophosphamide triggers follicle activation and "burnout"; AS101 prevents follicle loss and preserves fertility. *Sci Transl Med.* 2013;5(185):185ra62.

15. Sonmezer M, Oktay K. Fertility preservation in female patients. *Hum Reprod Update*. 2004;10(3):251-66.
16. Wallace WH, Thomson AB, Saran F, Kelsey TW. Predicting age of ovarian failure after radiation to a field that includes the ovaries. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;62(3):738-44.
17. Koh JM, Kim CH, Hong SK, Lee KU, Kim YT, Kim OJ, et al. Primary ovarian failure caused by a solvent containing 2-bromopropane. *Eur J Endocrinol*. 1998;138(5):554-6.
18. Ayed W, Amouri A, Hammami W, Kilani O, Turki Z, Harzallah F, et al. Cytogenetic abnormalities in Tunisian women with premature ovarian failure. *C R Biol*. 2014;337(12):691-4.
19. Webber L, Anderson RA, Davies M, Janse F, Vermeulen N. HRT for women with premature ovarian insufficiency: a comprehensive review. *Hum Reprod Open*. 2017;2017(2):hox007.
20. Benetti-Pinto CL, de Almeida DM, Makuch MY. Quality of life in women with premature ovarian failure. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27(9):645-9.
21. de Almeida DM, Benetti-Pinto CL, Makuch MY. Sexual function of women with premature ovarian failure. *Menopause*. 2011;18(3):262-6.
22. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 698: Hormone Therapy in Primary Ovarian Insufficiency. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):e134-e141.
23. Sullivan SD, Sarrel PM, Nelson LM. Hormone replacement therapy in young women with primary ovarian insufficiency and early menopause. *Fertil Steril*. 2016;106(7):1588-99.
24. Steingold KA, Matt DW, DeZiegler D, Sealey JE, Fratkin M, Reznikov S. Comparison of transdermal to oral estradiol administration on hormonal and hepatic parameters in women with premature ovarian failure. *J Clin Endocrinol Metab*. 1991;73(2):275-80.
25. Popat VB, Vanderhoof VH, Calis KA, Troendle JF, Nelson LM. Normalization of serum luteinizing hormone levels in women with 46,XX spontaneous primary ovarian insufficiency. *Fertil Steril*. 2008;89(2):429-33.
26. Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD000402.
27. Gazarra LBC, Bonacordi CL, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Bone mass in women with premature ovarian insufficiency: a comparative study between hormone therapy and combined oral contraceptives. *Menopause*. 2020;10.1097/GME.0000000000001592.
28. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2015.
29. Elias AN, Pandian MR, Rojas FJ. Serum levels of androstenedione, testosterone and dehydroepiandrosterone sulfate in patients with premature ovarian failure to age-matched menstruating controls. *Gynecol Obstet Invest*. 1997;43(1):47-8.
30. Janse F, Tanahatoo SJ, Eijkemans MJ, Fauser BC. Testosterone concentrations, using different assays, in different types of ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2012;18(4):405-19.
31. Soman M, Huang LC, Cai WH, Xu JB, Chen JY, He RK, et al. Serum androgen profiles in women with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*. 2019;26(1):78-93.
32. Faubion SS, Kuhle CL, Shuster LT, Rocca WA. Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric*. 2015;18(4):483-91.
33. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3489-510.
34. Weiss RV, Hohl A, Athayde A, Pardini D, Gomes L, Oliveira M, et al. Testosterone therapy for women with low sexual desire: a position statement from the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. *Arch Endocrinol Metab*. 2019;63(3):190-8.
35. Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, Shifren JL, Buster JE, Simon JA, et al. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med*. 2005;165(14):1582-9.
36. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5 Pt 1):944-52.
37. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Cerdas Perez S, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women [published correction appears in *Climacteric*. 2019 Dec;22(6):637]. *Climacteric*. 2019;22(5):429-34.
38. Sá MF, Benetti-Pinto CL. Insuficiência ovariana prematura. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), São Paulo, 2018. (Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 43 da Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
39. Gravholt CH, Andersen NH, Conway GS, Dekkers OM, Geffner ME, Klein KO, et al. Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome Meeting. *Eur J Endocrinol*. 2017;177(3):G1-G70.
40. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Increased maternal cardiovascular mortality associated with pregnancy in women with Turner syndrome. *Fertil Steril*. 2012;97(2):282-4.

Como citar:

Benetti-Pinto CL, Soares Júnior JM, Maciel GA, Nâcul AP, Yela DA, Rosa e Silva AC. Insuficiência ovariana prematura: foco no tratamento hormonal. *FEMINA*. 2020;48(7):487-95.

A versão original deste artigo está publicada na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(8):511-7. A *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* autoriza a publicação deste artigo, no idioma português, na *Revista Femina*.

Cristina Laguna Benetti-Pinto

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

José Maria Soares Júnior

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Gustavo Arantes Maciel

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Andrea Prestes Nâcul

Hospital Fêmina, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Daniela Angerame Yela

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Ana Carolina Japur Sá Rosa e Silva

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

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

Presidente:

Cristina Laguna Benetti Pinto

Vice-Presidente:

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Secretário:

José Maria Soares Júnior

Membros:

Andrea Prestes Nácul

Daniela Angerame Yela Gomes

Fernando Marcos dos Reis

Gabriela Pravatta Rezende

Gustavo Arantes Rosa Maciel

Gustavo Mafaldo Soares

Laura Olinda Rezende Bregieiro Costa

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio

Maria Candida Pinheiro Baracat Rezende

Sebastião Freitas de Medeiros

Tecia Maria de Oliveira Maranhão

Vinicius Medina Lopes

COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível

Marcos Nakamura-Pereira¹, Melania Maria Ramos Amorim², Rodolfo de Carvalho Pacagnella³, Maira Libertad Soligo Takemoto⁴, Fatima Cristina Cunha Penso⁵, Jorge de Rezende-Filho⁶, Maria do Carmo Leal⁷

A infecção pelo novo coronavírus SARS-Cov-2, responsável por causar a doença COVID-19, tornou-se uma ameaça devastadora à saúde da população mundial e foi decretada pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020. Com início na China no final de 2019, rapidamente se espalhou por diversos países, e o primeiro caso oficialmente diagnosticado no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Desde então, malgrado as medidas iniciais no sentido de diminuir a velocidade de propagação do vírus, assistimos alarmados ao crescimento exponencial do número de casos. No momento em que escrevemos este texto, o Brasil ultrapassa 800.000 casos e 40.000 mortes, atrás apenas dos Estados Unidos nesses números. No entanto, a reconhecida subnotificação de casos e óbitos no país, associada à incompreensível decisão de suspender o acesso à base de dados do SIVEP-Gripe com o intuito de recalcular o número de mortes, dificulta a estimativa atualizada desses números.

O real impacto da COVID-19 na gravidez, parto e puerpério e saber se o estado gravídico-puerperal modifica a história natural da COVID-19 são temas controversos que persistem por ser elucidados. Estudos iniciais na população obstétrica não sugeriam maior susceptibilidade das gestantes às complicações da COVID-19.^(1,2) Porém, publicações subsequentes reportaram casos de gestantes com doença grave e óbitos maternos decorrentes da COVID-19.⁽³⁻⁸⁾ Um estudo sueco evidenciou maior risco de as gestantes necessitarem de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) quando comparadas a mulheres não gestantes;⁽⁷⁾ até o momento, foram publicados relatos de mortes maternas no Irã e no México (7 casos em cada), no Reino Unido (5 óbitos) e nos Estados Unidos (1 morte materna).^(4-6,8)

Esses dados trazem preocupação quanto ao impacto da COVID-19 na mortalidade materna do Brasil. Em abril de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil incluiu todas as gestantes e ainda puérperas e pacientes com perda gestacional ou fetal até 15 dias como grupo de risco para COVID-19, contudo até o final de maio não havia divulgação oficial dos dados agregados de mortes durante a gestação nem pós-parto. Amorim *et al.* (2020)⁽⁹⁾ reportaram, preliminarmente, utilizando dados oficiais e da mídia, cinco casos de óbitos maternos no país até 10 de abril de 2020. Finalmente, o Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾ divulgou, no final de maio, a ocorrência de 36 óbitos maternos por COVID-19 e mais 252 casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) ocorridos até a semana epidemiológica 21 (17 a 23 de maio de 2020).⁽¹⁰⁾

A identificação desses 36 óbitos já coloca o Brasil na liderança de mortes maternas por COVID-19 no mundo, mesmo quando somadas todas as mortes maternas publicadas na literatura até o momento. O que justificaria tantas mortes por COVID-19 em nosso país? É possível que a população de gestantes tenha características bem diferentes das gestantes de outros países e que a presença de comorbidades, sobretudo pré-eclâmpsia e obesidade, que são estados inflamatórios muito frequentes em nossa população e que são fatores de risco para complicações por COVID-19, possa explicar esses

1. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

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

4. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade do Estado de São Paulo, Botucatu, SP, Brasil.

5. Maternidade Leila Diniz, Hospital Municipal Lourenço Jorge, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

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

7. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Manguinhos, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Marcos Nakamura-Pereira

Av. Rui Barbosa, 716, 3º andar, Flamengo, 22250-020, RJ, Brasil. marcosnakamura@globocom

#A versão original deste artigo está publicada na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(8):445-7. A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia autoriza a publicação deste artigo, no idioma português, na Revista *Femina*.

Como citar:

Nakamura-Pereira M, Amorim MM, Pacagnella RC, Takemoto ML, Penso FC, Rezende-Filho J, et al. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. *Femina*. 2020;48(8):496-8.

achados.⁽¹¹⁻¹³⁾ A hipertensão é a primeira causa de morte materna e de *near miss* materno no Brasil e há evidência de que pode ser observado um quadro de pré-eclâmpsia símile em mulheres com quadro grave de COVID.^(14,15) Dados do Ministério da Saúde apresentam maior incidência de hipertensão entre as gestantes e puérperas que evoluíram para o óbito, quando comparadas às que tiveram SRAG e se recuperaram (13,9% vs. 3,9%).⁽¹⁰⁾ Dessa forma, quando hipertensão e infecção por COVID-19 ocorrem simultaneamente na gravidez, é possível que a resposta inflamatória concorra para um pior prognóstico materno. Outra condição verificada em maior incidência entre os casos fatais no Brasil é a obesidade (11,1% vs. 4,4%).⁽¹⁰⁾ O Brasil possui alta prevalência de gestantes com sobrepeso e obesidade,⁽¹⁶⁾ e a síndrome metabólica também é um estado pró-inflamatório, tal qual a resposta sistêmica observada nos casos graves de COVID. Na França, a obesidade é fator de risco para morbidade materna grave e não há razão para supor que tal associação não esteja presente no Brasil.⁽¹³⁾ Ademais, a obesidade pode contribuir para a morte materna devido a sua associação com a pré-eclâmpsia.⁽¹²⁾

No Brasil também persistem barreiras no acesso a serviços com cuidado especializado e monitoração inadequada de complicações obstétricas tanto nos hospitais quanto na atenção básica e ambulatorios de especialidade, conforme evidenciado em dois grandes estudos nacionais.^(17,18) Além disso, há carências estruturais das maternidades brasileiras, tanto físicas como em recursos humanos e materiais (medicamentos, laboratório etc.). No sistema público, apenas 15% das maternidades possuem UTI adulto e a disponibilidade de vagas é extremamente desigual em todo o território brasileiro.⁽¹⁹⁾ Consequentemente, as mortes maternas no Brasil são mais relacionadas às fases II e III das demoras,⁽¹⁷⁾ o que possivelmente tem se intensificado nesse período de pandemia. De forma geral, durante o período de pandemia, com vistas a gerenciar melhor os casos de pessoas sintomáticas, as Unidades Básicas de Saúde têm adiado as consultas de pré-natal, o que tem aumentado as barreiras para o cuidado pré-natal adequado. Uma consequência dessa abordagem é a chegada aos hospitais de gestantes com condições clínicas mais graves, que poderia ser evitada com uma assistência pré-natal oportuna e de qualidade.

Essas deficiências do sistema de saúde, potencialmente agravadas pela recente crise econômica e restrição de investimentos públicos em saúde, estão postas em xeque com todos os recursos e atenções voltados no momento ao cuidado com a pandemia de COVID-19. Robertson *et al.*,⁽²⁰⁾ em modelagem estatística para avaliar os efeitos indiretos da COVID-19, estimaram que a mortalidade materna poderia aumentar entre 8,3% e 38,6% por mês em países de baixa e média renda e que 60% desse efeito poderia decorrer da redução de quatro intervenções essenciais: administração parenteral de uterotônicos, antibióticos, anticonvulsivantes e ambiente limpo para o parto.⁽²⁰⁾

Neste momento é difícil mensurar o impacto que a pandemia de COVID-19 terá na mortalidade materna do Brasil. Os números revelados e os relatos da mídia que se avolumam nos dão certeza de que haverá um incremento em relação aos anos anteriores. O Brasil não conseguiu cumprir a meta do milênio de reduzir em 75% a mortalidade materna de 1990 até o ano de 2015 e desde 2012 não se observa redução sustentada da mortalidade materna.⁽²¹⁾ Ainda estamos longe da meta estipulada pelo próprio governo federal de 30 mortes por 100.000 nascidos vivos para 2030, a fim de contribuir para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da OMS, plano do qual o país é signatário.

É imprescindível que, no momento atual, no contexto da pandemia, não haja descontinuidade da assistência obstétrica habitual, mantendo-se o atendimento de pré-natal nas unidades básicas e maternidades, facilitando o acesso das gestantes aos serviços de saúde, assegurando os insumos essenciais para os hospitais com assistência obstétrica e também dando continuidade aos serviços de planejamento familiar e assistência ao aborto previsto em lei. Nesta questão, em particular, observamos com perplexidade e preocupação a revogação da Nota Técnica nº 16/2020 (COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPES/MS), que apenas tratava de assegurar o acesso à saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia (https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_46.pdf). Também se faz necessário, por parte dos gestores, assegurar a identificação rápida de gestantes e puérperas com sintomas sugestivos de COVID-19, idealmente ofertando testagem universal,^(22,23) e disponibilizar leitos de UTI em tempo hábil, a fim de evitar demoras.

Por fim, é preciso pensar no momento pós-pandemia. Os equipamentos de suporte avançado, adquiridos pelos entes federativos por conta da COVID-19, podem ser revertidos em parte, *a posteriori*, para nossas maternidades. Entretanto, para reduzir a mortalidade materna no Brasil, é necessário reduzir demoras no acesso ao sistema de saúde e em receber cuidado adequado, respeitoso e de qualidade nos serviços.⁽²⁴⁾ Recentemente, a Comissão Nacional Especializada de Mortalidade Materna da Febrasgo fez diversas propostas a fim de contribuir para o debate da redução da mortalidade materna no Brasil⁽²⁵⁾ e permanece à disposição dos gestores para auxiliar na formulação de propostas e implementação de ações que visem à melhoria da atenção obstétrica e, consequentemente, à redução da mortalidade materna.

A morte de uma mulher no ciclo gravídico-puerperal é SEMPRE uma tragédia. A morte materna deve ser considerada uma tragédia evitável e todos os esforços devem ser realizados para evitá-la. A vida das mulheres gestantes e puérperas importa!

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo Brasileiro para Estudos de COVID-19 e Gravidez.

REFERÊNCIAS

- Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;395(10226):809-15. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
- Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2(2):100118. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100118
- Hantoushzadeh S, Shamshirsaz AA, Aleyasin A, Seferovic MD, Aski SK, Arian SE, et al. Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Apr 28. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.030. [Epub ahead of print].
- Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). *medRxiv* [Preprint]. 2020;1-22. doi: 10.1101/2020.05.08.20089268
- Vallejo V, Ilagan JG. A Postpartum Death Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Obstet Gynecol*. 2020 May 8. doi: 10.1097/AOG.0000000000003950. [Epub ahead of print].
- Collin J, Byström E, Carnahan A, Ahne M. Public Health Agency of Sweden's Brief Report: pregnant and postpartum women with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 infection in intensive care in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 May 9. doi: 10.1111/aogs.13901. [Epub ahead of print].
- Lumbreras-Marquez MI, Campos-Zamora M, Lizaola-Diaz de Leon H, Farber MK. Maternal mortality from COVID-19 in Mexico. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 May 30. doi: 10.1002/ijgo.13250. [Epub ahead of print].
- Amorim MMR, Takemoto MLS, Fonseca EB. Maternal deaths with Coronavirus Disease: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol*. 2020;S0002-9378(20)30471-3. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.023. [Epub ahead of print].
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: COE-COVID19. 2020. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf>.
- Harmon AC, Cornelius DC, Amaral LM, Faulkner JL, Cunningham MW Jr, Wallace K, et al. The role of inflammation in the pathology of preeclampsia. *Clin Sci (Lond)*. 2016;130(6):409-19. doi: 10.1042/CS20150702
- Poorolajal J, Jenabi E. The association between body mass index and preeclampsia: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(22):3670-6. doi: 10.3109/14767058.2016.1140738
- Siddiqui A, Azria E, Howell EA, Deneux-Tharoux C, Langer B, Dupont C, et al. Associations between maternal obesity and severe maternal morbidity: findings from the French EPIMOMS population-based study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019;33(1):7-16. doi: 10.1111/ppe.12522
- Zanette E, Parpinelli MA, Surita FG, Costa ML, Haddad SM, Sousa MH, et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reprod Health*. 2014;11(1):4. doi: 10.1186/1742-4755-11-4
- Mendoza M, Garcia-Ruiz I, Maiz N, Rodo C, Garcia-Manau P, Serrano B, et al. Preeclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study. 2020 Jun 1. doi: 10.1111/1471-0528.16339. [Epub ahead of print].
- Horta BL, Barros FC, Lima NP, Assunção MCF, 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):i26-i36. doi: 10.1093/ije/dyy278
- Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reprod Health Matters*. 2012;20(39):155-63. doi: 10.1016/S0968-8080(12)39601-8
- Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:1-12. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001458
- Bittencourt SD, Domingues RM, Reis LG, Ramos MM, Leal MD. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):120. doi: 10.1186/s12978-016-0229-6
- Roberton T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020 May 12. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30229-1. [Epub ahead of print].
- Boletim Epidemiológico. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020;51(20).
- Khalil A, Hill R, Ladhani S, Pattison K, O'Brien P. SARS-CoV-2 in pregnancy: symptomatic pregnant women are only the tip of the iceberg. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 May 7. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.005. [Epub ahead of print].
- Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2163-4. doi: 10.1056/NEJMc2009316
- Souza JP, Bellissimo-Rodrigues F, Santos LL. Maternal mortality: an eco-social phenomenon that calls for systemic action. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(4):169-73. doi: 10.1055/s-0040-1710041
- Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(9):501-6. doi: 10.1055/s-0038-1672181

Frequência de neoplasia intraepitelial cervical e papilomavírus humano na região Sul do Brasil: um estudo retrospectivo

Frequency of cervical intraepithelial neoplasia and human papillomavirus in southern Brazil: a retrospective study

Juliana Barros¹, Letícia Falkenbach da Costa², Morgana Fernandes³, Djuli Hermes¹, Bruna Amorin⁴, Simone Lysakowski^{2,5}

Descritores

Saúde pública; Neoplasia intraepitelial cervical; HPV; Infecções por papilomavírus; Doenças sexualmente transmissíveis

Keywords

Public health; Cervical intraepithelial neoplasia; HPV; Papillomavirus infections; Sexually transmitted diseases

Submetido:

07/05/2020

Aceito:

10/08/2020

1. Centro Universitário Ritter dos Reis, Porto Alegre, RS, Brasil.
2. Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
4. Faculdade Inedi, Cachoeirinha, RS, Brasil.
5. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Juliana Barros
Rua Orfanotrófio, 555, Santa Tereza,
90840-440, Porto Alegre, RS, Brasil.
julianabarro30@gmail.com

RESUMO

O artigo tem o objetivo de determinar a frequência de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e de papilomavírus humano (HPV) no Rio Grande do Sul (RS). Tratou-se de um estudo retrospectivo, em que se analisou a frequência de NIC e de HPV no RS durante o período de janeiro de 2015 a junho de 2018. Foram analisados 1.249 laudos histopatológicos de colo uterino, tendo sido possível observar na análise global que a maioria dos casos se manteve estável (183 casos), porém 107 progrediram em um nível. Dos 64 casos de NIC I em 2015, 12 apresentaram a presença de HPV; em 2016, 19 casos de NIC I, e todos com HPV; em 2017 teve uma diminuição de casos de NIC I mais HPV (12 casos). Até junho de 2018, apenas 2 casos de HPV foram registrados. Com este estudo, ficou evidente que, na população estudada, houve diminuição no número de casos de NIC (22%), o que pode estar relacionado a campanhas e incentivo aos cuidados com a saúde e prevenção.

ABSTRACT

The article aims to determine the frequency of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) and human papillomavirus (HPV) in Rio Grande do Sul (RS). This was a retrospective study, in which the frequency of CIN and HPV in RS, from January 2015 to June 2018, was analyzed. 1,249 cases of histopathological reports of the cervix were analyzed, being it is possible to observe in the global analysis that the majority of cases remained stable (183 cases), but 107 progressed at one level. Of the 64 cases of CIN I in 2015, 12 presented the presence of HPV, in 2016, 19 cases of CIN I, and all with HPV, in 2017 there was a decrease in cases of CIN I plus HPV (12 cases). As of June 2018, only 2 cases of HPV have been reported. With this study it was evident that in the studied population there was a decrease in the number of CIN cases (22%), which may be related to campaigns and incentives to health care and prevention.

INTRODUÇÃO

As lesões intraepiteliais escamosas (SIL) são anormalidades no epitélio que podem ser vistas no esfregaço vaginal. Na lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), observa-se, histologicamente, 1/3 do epitélio ocupado

por células basais indiferenciadas, enquanto na lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), do tipo moderada, encontra-se a displasia atingindo 2/3 inferiores do epitélio, e no tipo de lesão severa encontram-se 3/3, ou seja, toda a espessura do epitélio ocupada por células basais indiferenciadas. Essas lesões estão intimamente associadas à infecção pelo papilomavírus humano (HPV).⁽¹⁾

A LSIL ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC I), morfológicamente, apresenta um citoplasma maduro, eosinofílico ou basofílico, dependendo da maturação da célula, seu núcleo é aumentado, podendo apresentar binucleação ou multinucleação, expressa irregularidade na membrana nuclear e apresenta a relação núcleo/citoplasma elevada. A maior parte dos casos é eliminada espontaneamente, sendo alguns classificados como persistentes, devido ao fato de não apresentarem regressão e nem progressão da lesão, tendo uma pequena parte que progride para HSIL.⁽²⁾

A HSIL abrange a NIC II e III, tendo alterações mais enfatizadas e contendo algumas características adicionais, sendo consideradas lesões pré-malignas.⁽³⁾ Existe uma grande imaturação celular no diagnóstico histológico, já na citologia é expressado pela relação núcleo/citoplasma. As células são mais isoladas e monocamadas, o citoplasma apresenta-se denso, com predominância basofílica, sua membrana nuclear tem grande irregularidade e a relação núcleo/citoplasma é alta.⁽⁴⁾

O HPV é considerado um vírus relativamente pequeno, que se restringe ao epitélio, possuindo tropismo pela pele e mucosa.⁽⁵⁾ Atualmente, sabe-se da existência de mais 150 tipos diferentes de HPV; em torno de 40 tipos infectam a região anogenital.⁽⁶⁾

Os tipos de HPV são classificados em baixo risco e alto risco, e a diferenciação está na integração ou não ao DNA celular. Os de baixo risco não apresentam integração ao DNA celular, sendo os tipos 6 e 11 prevalentes, os quais são encontrados em 90% dos casos de condilomas genitais (verrugas genitais). Já os de alto risco apresentam integração ao DNA celular; nesta classe podemos destacar os tipos 16 e 18 como prevalentes, que se mostram presentes em 70% dos casos de câncer de colo de útero (CCU).^(5,7)

A principal forma de contágio do vírus é por meio da relação sexual, então são maneiras de prevenção o uso do preservativo e a vacinação. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou e registrou duas vacinas contra o vírus: a quadrivalente, que abrange proteção contra os tipos mais prevalentes de baixo e alto grau (6, 11, 16 e 18), e a bivalente, que engloba os tipos de alto grau (16 e 18).⁽⁶⁾

Com aproximadamente 570 mil casos novos por ano no mundo, o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, responsável por 311 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres.⁽⁷⁾

No Brasil, em 2017, ocorreram 6.385 óbitos por essa neoplasia, representando uma taxa de mortalidade por esse câncer de 5,14/100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, sem considerar tumores de pele não melanoma.⁽⁷⁾

Este estudo teve como objetivo avaliar a frequência da neoplasia intraepitelial cervical e do HPV no estado do Rio Grande do Sul (RS), possibilitando também conhecer a epidemiologia estadual desses casos, bem como a porcentagem de regressão e progressão da doença.

MÉTODOS

Os dados foram obtidos em um Laboratório Público de Citopatologia situado em Porto Alegre, no estado do RS, que recebe todos os exames citopatológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado.

Foram avaliados os exames citopatológicos realizados em mulheres com idades entre 17 e 63 anos, no período de 2015 a 2018, provenientes do RS, totalizando 34 municípios que foram atendidos pelo laboratório. Foram considerados somente os exames de pacientes atendidas pelo SUS.

As variáveis selecionadas para este estudo, além da idade e procedência, foram: raça/cor, grau da neoplasia intraepitelial cervical (NIC I, NIC II e NIC III) e progressão e regressão da infecção pelo HPV, ou seja, foi avaliado o desenvolvimento das lesões intraepiteliais. Esses dados foram obtidos por meio da análise das requisições, laudos de citopatológicos e sistema de cadastramento de usuários do SUS (CadSUS) e compilados para posterior análise.

Foram utilizadas as seguintes técnicas de análise descritiva: média, mediana e gráfico de barras. Os níveis de progressão foram considerados com uma relação de ordem de gravidade da doença, em que 1 – SEM (ausência da patologia); 2 – NIC I (lesão de baixo grau); 3 – NIC II (lesão de alto grau) e 4 – NIC III (lesão de alto grau).

Para análise da evolução da neoplasia ao longo do tempo em relação à população estudada, compararam-se os laudos constatados nas consultas (requisição) e os resultados da biópsia, identificando a frequência e a porcentagem dela. Foi criada uma variável categórica com seis possibilidades de classificação: “-2” – Regrediu dois níveis; “-1” – Regrediu um nível; “0” – Manteve-se estável; “1” – Progrediu um nível (NIC I); “2” – Progrediu dois níveis (NIC II); “3” – Progrediu três níveis (NIC III). A ferramenta utilizada foi o *software* estatístico “R”, versão 3.5.1.

Os dados coletados obedeceram às normas de confidencialidade exigidas, estando de acordo com a resolução de ética em pesquisa da Organização Mundial da Saúde nº 466, de dezembro de 2012, e autorizados para uso pelo Laboratório de Patologia e o projeto aprovado pelo comitê de ética sob nº 3.017.687.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2015 a junho de 2018, foram emitidos pelo laboratório 1.249 laudos histopatológicos de colo uterino, provenientes de paciente atendidas pelo SUS do RS. Dessas, 414 tiveram um laudo positivo para NIC, tendo como mediana de idade 34 anos (17 mínima e 63 máxima). Dos municípios com laudos analisados, a que teve maior frequência foi Porto Alegre, com total de 52 casos, seguido do município de Três de Maio, com 51 casos, e de Alvorada, com 50 casos. A figura 1 descreve a frequência de indivíduos de acordo com a sua procedência, destacando as nove cidades com maior presença de casos.

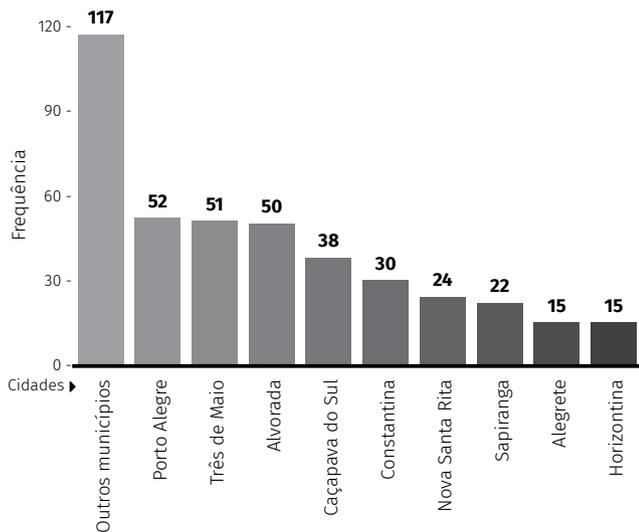


Figura 1. Frequência de indivíduos com NIC nas 9 regiões com maior frequência no RS no período em estudo

No ano de 2015, foram 121 casos de NIC, em 2016, outros 135 casos, em 2017, mais 102 casos e, em 2018, outros 56 casos, considerando que nesse último ano foram analisados os laudos até o mês de junho. Dos 414 casos de NIC no período em estudo, 291 (70,2%) declararam-se da raça branca, 13 (3,1%), afrodescendentes e 110 (26,5%) não se declararam quanto à raça. Na figura 2, o primeiro gráfico retrata a evolução da doença em todo o período estudado, e nos gráficos subsequentes é manifestado o desenvolvimento por ano. É possível observar na análise global, entre 2015 e 2018, que 183 casos (44,20%) se mantiveram estáveis, porém 107 casos (26%) progrediram em um nível.

Ao analisar a progressão, isoladamente, nos anos de 2015 e 2016, observou-se o aumento de um nível da doença, que ocorreu em 33 casos no ano de 2015 e em 40 casos no ano seguinte. Quando comparados, isoladamente, os anos de 2016 e 2017, identificou-se um decréscimo de 21 casos. Em 2018, até o mês de junho, foram registrados 13 casos.

Em relação à regressão de um nível da doença, alguns casos também puderam ser constatados – foram 13, 4, 7 e 2 casos nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, respectivamente. Com exceção do ano de 2015, em todos os anos avaliados houve uma progressão no número de casos.

A tabela 1 expõe um laudo de critério evolutivo das pacientes em relação ao constatado na consulta (requisição) e o resultado da biópsia, mostrando a frequência e a porcentagem dela. Em todos os anos, o resultado da biópsia mostrou uma maior frequência de casos, comparado com a requisição, independentemente do grau da neoplasia.

Os casos confirmados de NIC com a presença de HPV foram distribuídos anualmente, conforme tabela 2.

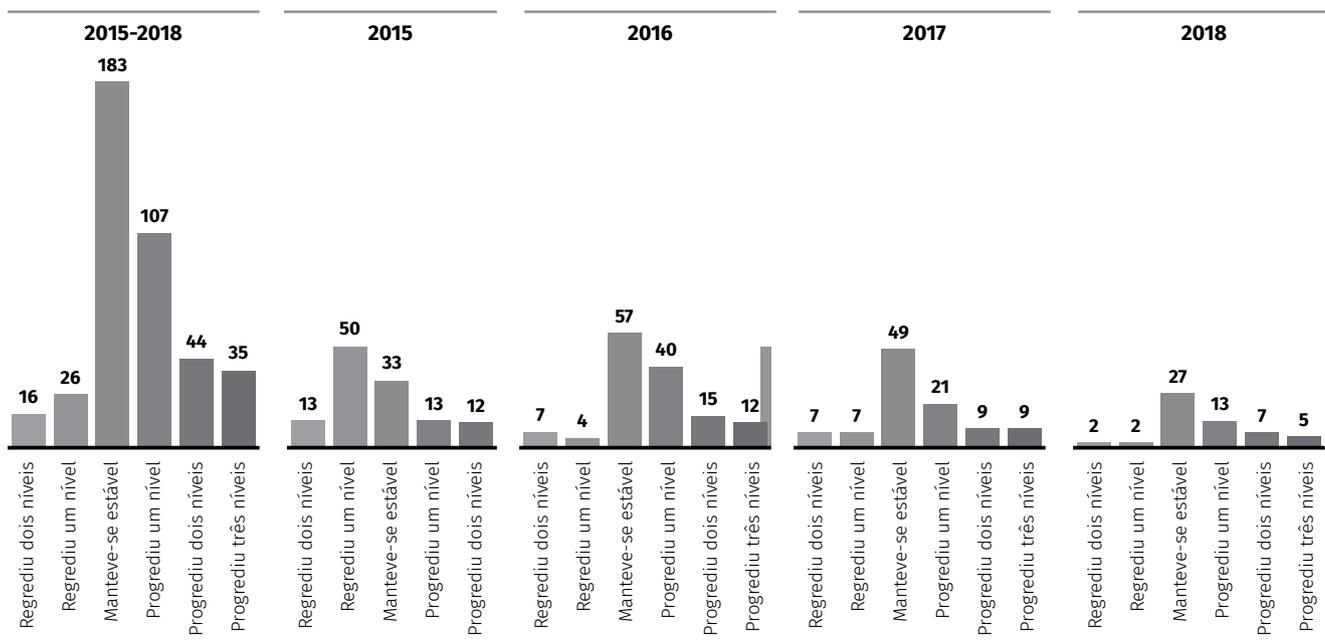


Figura 2. Status de evolução da NIC RS para todo o período (2015-2018) e isoladamente a cada ano

Tabela 1. Frequência anual de neoplasia constatada pela requisição e pelo resultado da biópsia

		f (%) NIC I	f (%) NIC II	f (%) NIC III	f (%) SEM
2015	Requisição	41 (0,33)	11 (0,09)	24 (0,19)	45 (0,37)
	Resultado	64 (0,52)	18 (0,14)	39 (0,32)	0 (0,00)
2016	Requisição	53 (0,39)	4 (0,02)	30 (0,22)	48 (0,35)
	Resultado	77 (0,57)	12 (0,08)	46 (0,34)	0 (0,00)
2017	Requisição	41 (0,40)	7 (0,06)	32 (0,31)	22 (0,21)
	Resultado	50 (0,49)	10 (0,09)	42 (0,41)	0 (0,00)
2018	Requisição	18 (0,32)	6 (0,10)	16 (0,28)	16 (0,28)
	Resultado	23 (0,41)	8 (0,14)	25 (0,44)	0 (0,00)

f: frequência; NIC: neoplasia intraepitelial cervical; SEM: ausência de patologia.

Foi possível observar o aumento na idade mediana das mulheres, bem como a diminuição dos casos de NIC.

DISCUSSÃO

O CCU é um importante problema de saúde pública em decorrência da crescente exposição a fatores de risco e modificação de hábitos de vida da população.⁽⁸⁾ De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), para 2020 são esperados 16.590 casos novos, com um risco estimado de 12,6 casos a cada 100 mil mulheres.⁽⁷⁾

Foram analisados 1.249 laudos histopatológicos de colo uterino de mulheres provenientes de cidades do RS. Desses, 414 (33,1%) apresentaram um laudo positivo para NIC em todo o período de estudo (2015-2018). Com esta análise, percebemos que as campanhas de prevenção ainda não são efetivas e difundidas para a sociedade, tornando escassa a divulgação da importância de realização do exame preventivo periodicamente, uma vez que ainda existe um grande número de pessoas progredindo pelo menos um nível da doença a cada ano (26%).

Os resultados do presente estudo exibiram uma maior frequência de NIC I em todos os anos (Tabela 1), porém os dados da frequência de NIC III do ano de 2015 (39 casos), comparado com o ano de 2018 (25 casos), apresentam uma proporção similar, considerando que o tempo de estudo em 2018 foi reduzido em seis meses, corroborando o estudo de Reis *et al.*,⁽⁹⁾ que afirma que

as taxas de câncer de colo uterino não apresentam uma baixa significativa ao longo dos anos.

Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior, justificando seu tratamento. As mulheres que desenvolvem infecção persistente por HPV do tipo 16 têm cerca de 5% de risco de desenvolverem NIC III ou lesão mais grave em três anos e 20% de risco em 10 anos.⁽¹⁰⁾ Dos 1.249 laudos analisados, 183 casos (15%) se mantiveram estáveis e não houve progressão e nem regressão da doença, 107 pacientes (8,5%) progrediram em um nível e 44 (3,5%) progrediram em dois níveis, em comparação com 26 pacientes (2%) que regrediram um nível. Sendo o Brasil um país desenvolvido e que possui um programa de rastreamento do colo do útero desde 1998,⁽¹⁰⁾ o índice de regressão da doença deveria ser mais alto. Esses resultados demonstram que a cobertura do exame preventivo é insuficiente, mostrando uma ineficácia das ações governamentais.

Neste trabalho, pode-se constatar que a maioria dos casos de HPV está relacionada com uma idade inferior a 25 anos. Esses achados corroboram um estudo feito com mulheres asiáticas que mostrou que a prevalência de HPV ocorre entre mulheres jovens com idade entre 21 e 24 anos.⁽¹¹⁾ Outros estudos também mostraram a correlação da idade, afirmando que iniciar precocemente a atividade sexual e ter múltiplos parceiros se mostram como fortes fatores de risco, não só para a infecção pelo HPV, mas também para a NIC.^(12,13)

Um estudo feito recentemente no Brasil⁽¹⁴⁾ mostrou a prevalência do HPV em diversas regiões do país, comprovando que as taxas de HPV estão cada vez mais altas. A amostra foi composta por 6.388 indivíduos; desses, 82,4% eram mulheres com idade média de 21,6 anos. A prevalência estimada de HPV foi de 54,6%, sendo o HPV de alto risco para o desenvolvimento de câncer presente em 38,4% dos participantes.⁽¹⁴⁾

Há uma estimativa de que 50% das pessoas deverão ser infectadas pelo HPV ao menos uma vez na vida.⁽¹⁵⁾ A vacina do HPV vem sendo oferecida pela rede pública de saúde, com o esquema básico de duas doses com

Tabela 2. Casos de NIC I com presença de HPV, por ano, número de casos e idade

Ano	Casos de NIC	HPV n (%)	Mediana de Idade (anos)
2015	64	12 (19)	20
2016	77	19 (25)	21
2017	50	12 (24)	24
2018 (1º Sem)	23	2 (9)	43

intervalo de seis meses para meninas de 9 a 14 anos, a qual é da classe quadrivalente e abrange os tipos mais prevalentes.⁽⁶⁾ Estima-se que 118 milhões de mulheres entre 10 e 20 anos de idade tenham sido alvo de programas de vacinação contra o HPV no mundo, mas apenas 1% delas está em países menos desenvolvidos.⁽¹⁶⁾

Dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) apontam que em 2014, no Brasil, 108% de meninas realizaram a primeira dose da vacina, porém apenas 64% delas retornaram ao posto de vacinação após os seis meses para a segunda dose,⁽¹⁷⁾ não sendo efetiva, assim, a imunização. Supõe-se que há um certo preconceito ou falta de conhecimento sobre o assunto dos pais, talvez pelo fato de a vacina ser oferecida no início da adolescência, o que, para muitos, induziria ao início da vida sexual, fazendo com que a adesão seja diminuída e as taxas de infecção venham aumentado.⁽¹⁸⁾

CONCLUSÃO

O estudo sugere que os laudos de anatomopatológico e citológico emitidos pelo laboratório que atende às coletas do SUS do RS podem, ainda, apresentar déficit quanto ao apontamento da presença de HPV nos anos em estudo, o que pode servir de alerta para a evolução dessa patologia no CCU. Para que sigamos com a diminuição dos casos, é importante que os profissionais de saúde reflitam sobre as melhores estratégias para difundir as informações inerentes às doenças apresentadas, que têm como público, em sua grande maioria, mulheres jovens. Além disso, a implementação de ações e campanhas efetivas em escolas e universidades se mostra fundamental para atingir esse público.

REFERÊNCIAS

- McKee GT. Citopatologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
- Eurocitology. Anormalidades de células escamosas do colo do útero: lesão intraepitelial escamosa (SIL) [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 9]. Available from: <https://www.eurocitology.eu/pt/course/1289>
- Khieu M, Butler SL. High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls; 2017 [cited May 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430728/>
- Eurocitology. Lesão intraescamosa de alto grau (HSIL) [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 2]. Available from: <https://www.eurocitology.eu/pt/course/1297>
- Consolaro MEL, Maria-Engler SS. Citologia clínica cervico-vaginal: texto e atlas. São Paulo: Roca; 2012.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Perguntas frequentes: HPV [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 12]. Available from: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/hpv>
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Controle do câncer do colo do útero: conceito e magnitude [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 12]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>
- Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Silva FR, Silva BR. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. Cad Saúde Pública. 2009;25(5):953-64. doi: 10.1590/S0102-311X2009000500000
- Reis AAS, Monteiro CD, Paula LB, Santos RS, Saddi VA, Cruz AD. Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15 Suppl 1:1055-60. doi: 10.1590/S1413-81232010000700012
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
- Polprasert W, Sawangdee Y, Porrapakham Y, Guo G, Sirirassamee B. Influences of socio-demographic and social context risk factors on labor force aged mortality from communicable disease. J Med Assoc Thai. 2006;89(6):854-63.
- Murta EFC, Franca HG, Carneiro MC, Caetano MSSG, Adad SJ, Souza MAH. Câncer do colo uterino: correlação com o início da atividade sexual e paridade. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999;21(9):555-9. doi: 10.1590/S0100-72031999000900009
- Silva TT, Guimarães ML, Barbosa MIC, Pinheiro MFG, Maia AF. Identificação de tipos de papilomavírus e de outros fatores de risco para neoplasia intraepitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(5):285-91. doi: 10.1590/S0100-72032006000500004
- Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Estudo epidemiológico sobre a prevalência nacional de infecção pelo HPV POP-Brasil: resultados preliminares. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2017.
- Okamoto CT, Faria AAB, Sater AC, Dissenha BV, Stasievski BS. Perfil do conhecimento de estudantes de uma universidade particular de Curitiba em relação ao HPV e sua prevenção. Rev Bras Educ Med. 2016;40(4):611-20. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e00532015
- de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. Int J Cancer. 2017;141(4):664-70. doi: 10.1002/ijc.30716
- Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Estratégia de vacinação contra HPV: vacinômetro D1: Total Brasil 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Jun 25]. Available from: http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14_C01.php
- Osís MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):123-33. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005026

Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros

Dulcimary Dias Bittencourt¹, Fernanda Dias Bittencourt²

Descritores

Lésbicas; Rastreamento de câncer cervical; Papanicolaou; Neovagina; Cirurgia de redesignação sexual; Lesão intraepitelial cervical; HPV; Transgênero masculino

Keywords

Lesbians; Cervical cancer screening; Pap smear; Neovagina; Gender reassignment surgery; Cervical intraepithelial lesion; HPV; Female-to-male

RESUMO

O câncer de colo uterino causa a morte de milhares de mulheres no mundo. Entre essas mulheres, há grupos como o de lésbicas e transgêneros que têm dificuldade no rastreamento devido à discriminação e ao desconhecimento. As lésbicas e transgêneros masculinos que não fizeram histerectomia total devem se manter no rastreamento da mesma forma que as mulheres cisgêneros. Transgêneros femininos devem ser seguidas, porém ainda não há protocolos definidos.

ABSTRACT

Cervical cancer causes the death of thousands of women worldwide. Among these women, there are groups, like lesbians and transgenders that present difficulty in screening due to discrimination and lack of knowledge. The lesbians and transgenders men who didn't have total hysterectomy, must keeping in screening the same way as cisgenders. Transgender woman must be followed, but there aren't definitive guidelines.

INTRODUÇÃO

O câncer cervical é o terceiro mais prevalente no mundo, levando à morte um grande número de mulheres. No Brasil ocorreram 5.385 mortes em 2017 e a estimativa para 2020 é de 16.590 casos novos, números que mostram falhas no diagnóstico precoce desse câncer.⁽¹⁾ Há muitas barreiras que impedem as mulheres de chegarem ao serviço de saúde; entre elas, temos a população rural, mulheres de baixa renda, mulheres com deficiência física, a população de mulheres homoafetivas (lésbicas) e outras.⁽²⁾

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa, de abordagem qualitativa com análise descritiva. Esse método permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo, porém não possui metodologia que permita a reprodução dos dados e forneça respostas quantitativas para questões específicas.

FONTES

A procura por referências bibliográficas não foi predeterminada e nem específica. Foram selecionadas nas bases de dados PubMed (*Nacional Library of Medicine*), plataformas do Google acadêmico e do Ministério da Saúde, pesquisa manual de revistas e verificação de listas de referências. A última pesquisa foi em 20/07/2020.

Submetido:

13/05/2020

Aceito:

10/08/2020

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
2. Universidade da Região de Joinville, Joinville, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Dulcimary Dias Bittencourt
Rua XV de Novembro, 1.299, Centro,
80060-000, Curitiba, PR, Brasil.
dulcidiasbitte@gmail.com

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

MeSH termos foram usados para pesquisa (*sexual and gender minorities, homosexuality female, Papanicolaou test, sex reassignment surgery*), associados com busca por termos livres para a recuperação de maior de número de referências (**lésbicas, rastreamento de câncer cervical, Papanicolaou, neovagina, cirurgia de redesignação sexual, lesão intraepitelial cervical, HPV, transgênero masculino, lesbians, cervical cancer screening, pap smear, neovagina, gender reassignment surgery, cervical intraepithelial lesion, HPV, female-to-male**). Não houve limite de tempo ou desenho de estudo. A pesquisa foi realizada para publicações em inglês e português.

SELEÇÃO DE ARTIGOS

Todos os artigos com textos completos foram selecionados por um dos autores e lidos na íntegra pelos dois autores. Os artigos em duplicata foram excluídos e depois foram discutidas partes importantes para serem selecionadas ou para exclusão do artigo. Foram excluídos os artigos em desacordo com os critérios determinados (Figura 1). Após a seleção, os artigos foram inseridos no gerenciador de referências MENDLEY.

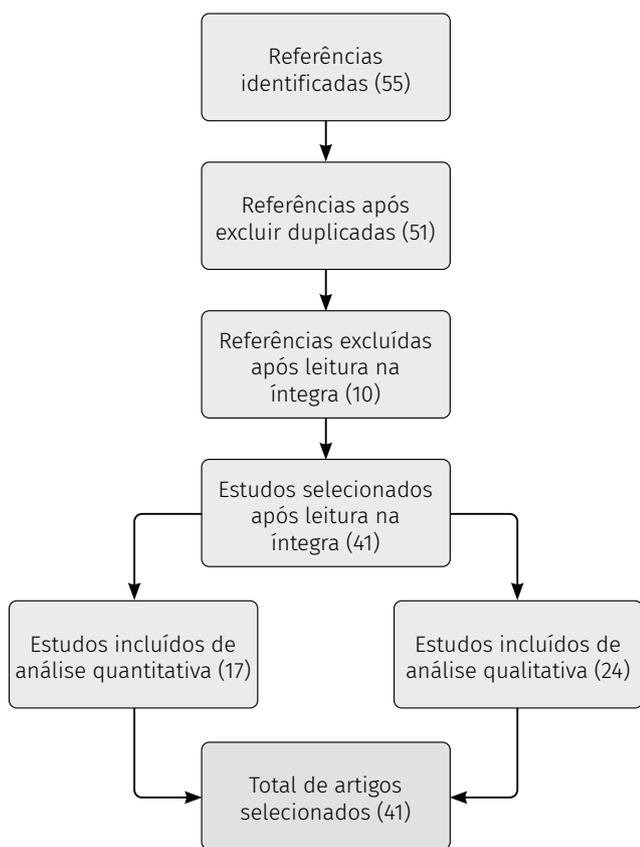


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados. O número de artigos em cada etapa está indicado entre parênteses

LÉSBCAS

Como definição, o termo “lésbica” descreve a identidade sexual da mulher, enquanto mulher que faz sexo com mulher indica o comportamento sexual. Não necessariamente a identidade sexual indica o comportamento sexual; há mulheres que já se relacionaram com outras mulheres e não se consideram lésbicas.⁽³⁾

Estudos mostram que mulheres lésbicas, além de baixa adesão ao Papanicolaou, possuem fatores de risco para câncer de mama, ovário e colo de útero, pelo fato de essa população apresentar altas taxas de tabagismo, obesidade, alcoolismo, HIV, depressão, nuliparidade ou baixa paridade e menores índices de uso de anticoncepcionais.⁽⁴⁻¹⁰⁾ Além desse risco, Matthews *et al.*⁽¹¹⁾ observaram um início mais precoce de atividade sexual e maior número de parceiros, quando comparadas com a população heterossexual.⁽¹¹⁾

Muitos fatores são responsáveis para a não coleta do Papanicolaou, como a discriminação, a homofobia, a falta de oportunidade, a não necessidade de anticoncepção e a crença de não possuírem risco de adquirir o papilomavírus humano (HPV). Aproximadamente 30% delas acreditam não poder transmitir ou adquirir o HPV.^(2,4)

Os profissionais de saúde têm grande dificuldade de comunicação com a população lésbica, gerando desentendimentos na consulta. Provavelmente, a maioria dos ginecologistas já atendeu pacientes homoafetivas, porém nem todas revelaram sua orientação sexual.^(2,12)

Essas mulheres relatam experiências negativas quando procuraram assistência médica, como brutalidade do profissional, perguntas referentes à sua sexualidade e comentários e reações inapropriadas, o que torna o exame mais estressante e doloroso. Curmi *et al.*⁽⁴⁾ citam relatos de medo da introdução do espéculo em pacientes com hímen íntegro ou naquelas que não usam penetração de dedos ou brinquedos nas práticas sexuais, bem como medo relacionado a traumas de abuso.^(4,13)

Segundo Curmi *et al.*,^(2,4) muitas acreditam que não necessitam de preventivo por não se relacionarem com homens, porém estudos mostram que 80% a 90% já tiveram relacionamento heterossexual no passado. Mesmo nas pacientes que nunca se relacionaram com homens o HPV pode ser transmitido por contato de pele, sexo oral e uso compartilhado de acessórios sexuais.^(14,15)

Estudos demonstram pesquisa de HPV positivo entre 13% e 30% em mulheres que nunca se relacionaram com homens. Bailey *et al.*⁽¹⁶⁾ encontraram 0,83% de lesões de alto grau em uma população de 606 mulheres.^(2,16)

Estudo realizado em Tel Aviv em lésbicas mostrou que 40% nunca ouviram falar em prevenção de câncer e somente 22% já tinham realizado coleta. Vários outros estudos confirmam a baixa adesão ao exame. Alguns autores demonstram que mulheres lésbicas em faixa etária mais avançada, após 40 anos, veem a necessidade de procurar por assistência médica, pois nessa idade aceitam mais a própria sexualidade e procuram mais informações sobre exames necessários à sua saúde.^(3,17)

O NHS (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido) não recomenda coleta de preventivo para mulheres que nunca tiveram relações sexuais com nenhum dos gêneros (homens e mulheres), e o *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) faz recomendações específicas de rastreamento para a população lésbica. A falta de aderência ao rastreamento leva à demora do diagnóstico e, conseqüentemente, eleva as taxas de câncer invasor.^(8,18-20)

TRANSGÊNEROS

Definem-se transgêneros ou incongruência de gênero como a não paridade entre a identidade de gênero (que é o reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero) e o sexo ao nascimento, incluindo-se nesses grupos transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero. Sendo assim, transexuais masculinos são aqueles que nascem com sexo feminino e se identificam como homens, transexuais femininas são aquelas que nascem com sexo masculino e se identificam como mulheres e travestis aqueles que nascem com um sexo, mas se apresentam como gênero oposto, porém aceitando sua genitália. O termo “cisgênero” é oposto da palavra “transgênero”, isto é, alguém que se identifica com o mesmo sexo com o qual nasceu.⁽²¹⁾ Estima-se no mundo em torno de 25 milhões de transexuais (0,3 a 0,9 da população), 1:37.000 para sexo masculino ao nascimento e 1:103.000 para sexo feminino ao nascimento.⁽²²⁾

TRANSGÊNEROS FEMININOS (TFS)

O TF poderá passar por vários processos de redesignação sexual, como tratamento com estrogênios, mastoplastia de aumento e cirurgia de face, da cartilagem cricoide e neovagina. A cirurgia de neovagina é a última etapa no processo de redesignação do novo gênero.⁽²³⁾

A neovagina é realizada por várias técnicas e com diferentes tecidos transplantados. O método padrão-ouro usado no TF é a inversão do pênis, mas também pode ser usado intestino, peritônio ou retalhos de pele.⁽²⁴⁾ Embora considerados raros, vários estudos demonstram casos de câncer ou lesão intraepitelial vaginal. Vários casos de carcinoma primário de neovagina em pacientes do sexo feminino com síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ou desordens do desenvolvimento sexual (DDS) foram descritos na literatura.⁽²⁵⁻²⁷⁾ Fernandes *et al.*⁽²⁸⁾ descreveram um caso de carcinoma moderadamente diferenciado em neovagina de TF e Bollo *et al.*⁽²⁹⁾ descreveram carcinoma de vagina com HPV positivo em vaginoplastia realizada com pele de pênis e bolsa escrotal.^(28,29)

TFs com risco elevado de câncer colorretal têm também alto risco para desenvolver carcinoma neovaginal quando o tecido transplantado foi seu próprio intestino; sendo assim, as mulheres transgêneros com antecedentes de câncer colorretal ou com risco elevado

como presença de pólipos ou história familiar devem fazer colonoscopia após 45 anos de idade e repeti-la mais frequentemente de acordo com os riscos que possuem, bem como vaginoscopia e coleta de citologia vaginal devem ser realizadas, embora não haja protocolos específicos sobre a periodicidade para a realização da citologia.^(25,30)

O HPV é reconhecido como fator de risco para carcinoma em neovagina e agentes ambientais atuam como fatores predisponentes, como microinjúrias pelo trauma sexual e recorrentes dilatações para manter a vagina aberta.⁽²⁵⁾

Loverro *et al.*⁽³¹⁾ encontraram 40% de presença de HPV em um grupo de 35 TF, sendo 93% com HPV de alto risco, e vários outros autores encontram HPV em neovaginas de TF, MRKH e DDS.^(25,31,32)

Van der Sluis *et al.*,⁽³³⁾ em uma revisão de 1.082 casos de TFs com neovagina, encontraram quatro casos de infecção sintomática por HPV (presença de verrugas).

Na citologia da neovagina, geralmente, a pele de pênis origina esfregaços degenerados e a de intestino é coberta de muco, o que torna a citologia inadequada. As diferenças entre a epiderme e a mucosa vaginal incluem ausência de estrato córneo, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas e pigmentação, e a presença de glicogênio na mucosa vaginal. Embora alguns estudos sugiram que o novo epitélio fique semelhante ao epitélio vaginal, Dekker *et al.*,⁽³⁴⁾ em um estudo com biópsias de tecido de neovagina, mesmo com o uso de estrogênios, não encontraram mudança da pele, a não ser pela presença de dermatite eczematosa devida à umidade e à falta de oxigenação do novo tecido.^(32,34)

As pacientes submetidas à neovagina têm que ter consciência do risco para câncer vaginal e da necessidade de participar de programas de rastreamento.⁽²⁵⁾

Com base nos resultados dos estudos, embora não exista protocolo, deve ser encorajado o rastreamento do câncer de vagina nessas pacientes.⁽²⁵⁾

TRANSGÊNEROS MASCULINOS (TMS)

A maioria dos TMs não faz a cirurgia completa de redesignação sexual ou se submete à histerectomia parcial, persistindo com o colo uterino pelo restante da vida. Alguns são submetidos à cirurgia abdominal e não sabem referir se houve a retirada total do útero. Segundo *The National Transgender Survey*, apenas 8% realizam a histerectomia total e, dos 92% restantes, apenas 27% contra 43% da população cisgênero colheram o preventivo no ano anterior à pesquisa.⁽³⁵⁾ Os TMs devem estar conscientes da necessidade de coleta do Papanicolaou após decidirem fazer uma histerectomia parcial, devendo seguir o mesmo rastreamento que as cisgêneros, como recomendado pela ACOG.^(8,36)

Da mesma forma que as pacientes homoafetivas, os transgêneros também sofrem com preconceito por parte dos profissionais de saúde. Apenas 33% dos profissio-

nais de saúde se sentem confortáveis no atendimento dos TMs, mesmo sabendo que TMs com colo uterino têm as mesmas necessidades que as outras pacientes cisgêneros.^(35,37)

Potter *et al.*⁽³⁸⁾ descreveram algumas orientações para médicos atenderem os TMs após entrevistar mais de 100 TMs, os quais referiram dor no exame (quando não haviam se relacionado com mulheres) e/ou resultado da coleta citológica inadequada devido à atrofia (Quadros 1 e 2).⁽³⁸⁾

Os TMs têm 37% menos chances de ter seu preventivo em dia que os não transgêneros. Fatores como ter plano de saúde, já estar há algum tempo em consultas para o tratamento, ser fumante, ter história de violência sexual e ter utilizado anticoncepcionais nos últimos três anos aumentam a assiduidade na consulta ginecológica.⁽³⁹⁾

A grande maioria dos TMs utiliza testosterona, o que leva à atrofia da mucosa genital. Peitzmeier *et al.*⁽³⁹⁾ mostraram que 16,3% de citologias são inadequadas em população de TMs (89% utilizavam testosterona) contra 2,6% em heterossexuais. Com um resultado inadequado, a conduta é a repetição do exame, considerando que na população de TMs esse tempo de retorno é cinco vezes maior que na população cisgênero.^(32,34)

Em razão da dificuldade em fazer rastreio nessa população, a autocoleta ou coleta do material por um profissional para a pesquisa de HPV é uma das alternativas aceitas por 90% dos TMs na pesquisa de McDowell *et al.*,⁽⁴⁰⁾ por ser menos invasiva e causar menos desconforto e menos discordância de gênero. Pesquisa realizada por Seay *et al.*⁽⁴¹⁾ mostrou que 57,1% dos TMs preferiram a autocoleta, 20,9%, o esfregaço tradicional, 14,3% foram indiferentes e 6,6% recusaram ambas as formas.^(40,41)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população lésbica que já manteve atividade sexual com homens ou mulheres deve manter o rastreio de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, devendo ser excluídas do rastreio somente aquelas que nunca tiveram relacionamento sexual. Pacientes com

Quadro 1. Linguagem de gênero neutro para usar durante a consulta

Com gênero	Sem gênero
Vulva	Área pélvica externa/parte externa
Lábios	Dobras externas
Vagina	Abertura genital/canal interno
Útero/ovário	Órgãos internos
Seios	Peito
Papanicolaou	Rastreamento de câncer
Calcinha/sutiã	Roupa íntima
Menstruação	Sangramento

Quadro 2. Estratégias para facilitar o exame pélvico e otimizar o rastreamento de câncer cervical para transgêneros masculinos

Antes da visita
Sites e propagandas sem discriminação/Atendente treinado para comunicação não discriminativa quando marcar a consulta/Opções trans inclusiva para formulários de cadastro/Identidade de gênero, nome e pronomes preferidos no prontuário eletrônico.
Ao chegar ao consultório
Marcar como primeira ou última consulta do dia ou deixar o paciente na sala de espera por pouco tempo./Disponibilizar um banheiro sem gêneros.
Antes do exame
Perguntar ao paciente sobre pronomes e termos anatômicos preferidos./Colher respeitosamente o histórico sexual./Desculpar-se imediatamente por erros de comunicação./Usar linguagem sem gênero./Perguntar ao paciente sobre exames pélvicos anteriores e observar o nível de conforto e barreiras sobre o assunto./Discutir sobre como otimizar o controle do paciente (permitir tirar apenas a vestimenta da cintura para baixo, o próprio paciente inserir o espéculo, reafirmar que o paciente pode sinalizar para interromper o exame)./Considerar estrogênio tópico para pacientes com resultados citológicos não satisfatórios.
Durante o exame
Usar pronomes e termos anatômicos preferidos./Evitar comentar sobre mudanças corporal e genital./Usar um espéculo pequeno com lubrificante e/ou lidocaína tópica e aplicar antes do exame./Coletar amostras para citologia e teste de HPV se houver indicação.
Depois do exame
Alertar sobre sangramentos e oferecer produtos absorventes usando linguagem sem gênero./Alertar sobre a alta prevalência de testes inadequados e a potencial necessidade de retorno para um reteste./Se o resultado for inadequado, usar as mesmas diretrizes feitas para mulheres cisgêneros./Citar o uso de testosterona na requisição da citologia./Preparar-se para advogar a favor do paciente com seguros de saúde se o requerimento for negado.

neovagina, independentemente do motivo da cirurgia, MRKH ou DDS ou TF, devem manter um seguimento de coleta citológica de vagina, porém não existem protocolos. TMs que não realizaram a histerectomia total devem seguir as mesmas diretrizes de rastreio que a população cisgênero.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estatísticas de câncer [Internet]. 2020 [cited 2020 May 01]. Available from: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
2. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening : a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14:153. doi: 10.1186/s12905-014-0153-2
3. Ben-Natan M, Adir O. Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women. *Int Nurs Rev*. 2009;56(4):433-41. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00728.x

4. Curmi C, Peters K, Salamonsen Y. Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2015;25(23-24):3643-51. doi: 10.1111/jocn.12947
5. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health*. 2006;83(5):970-9. doi: 10.1007/s11524-006-9096-8
6. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(2):229-37. doi: 10.1089/jwh.2009.1393
7. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. 2013;13:442. doi: 10.1186/1471-2458-13-442
8. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 525: health care for lesbians and bisexual women. *Obstet Gynecol*. 2012;119(5):1077-80. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182564991
9. Lehavot K, Rillamas-Sun E, Weitlauf J, Kimerling R, Wallace RB, Sadler AG, et al. Mortality in postmenopausal women by sexual orientation and veteran status. *Gerontologist*. 2016;56 Suppl 1:S150-62. doi: 10.1093/geront/gnv125
10. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(5):384-400. doi: 10.3322/caac.21288
11. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med*. 2004;38(1):105-13. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.034
12. Moegelin L, Nilsson B, Helström L. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(2):205-9. doi: 10.3109/00016340903490263
13. Tjepkema M. Healthcare use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Rep*. 2008;19(1):53-64.
14. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(5):1298-304. doi: 10.1016/j.ajog.2003.12.001
15. Marrazzo JM. Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):1974-8. doi: 10.3201/eid1011.040467
16. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract*. 2000;50:481-2.
17. McIntyre L, Szewchuk A, Munro J. Inclusion and exclusion in mid-life lesbians' experiences of the Pap test. *Cult Health Sex*. 2010;12(8):885-98. doi: 10.1080/13691058.2010.508844
18. NHS Cervical Screening Programme. Cervical screening for lesbian and bisexual women [Internet]. 2009 [cited 2020 May 01]. Available from: <https://www.unidocs.co.uk/docs/cx/decide/lesbian-bisexual-women.pdf>
19. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *J Fam Plan Reprod Health Care*. 2009;35(1):49-52. doi: 10.1783/14711890978072315
20. Douglas C, Deacon R, Mooney-Somers J. Pap smear rates among Australian community-attached lesbian and bisexual women: some good news but disparities persist. *Sex Health*. 2015;12(3):249-56. doi: 10.1071/SH14210
21. 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
22. Costa LC. CMF publica a nova resolução sobre transexualidade. *Femina*. 2020;48(2):99-100.
23. Buncamper ME, van der Sluis WB, van der Pas RS, Özer M, Smit JM, Witte BI, et al. Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: a retrospective study of 475 transgender women. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(5):999-1007. doi: 10.1097/PRS.0000000000002684
24. Colebunders B, Brondeel S, D'Arpa S, Hoebeke P, Monstrey S. An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sex Med Rev*. 2017;5(1):103-9. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.08.001
25. Grosse A, Grosse C, Lenggenhager D, Bode B, Camenisch U, Bode P. Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathology*. 2017;28(3):184-91. doi: 10.1111/cyt.12417
26. Steiner E, Woernle F, Kuhn W, Beckmann K, Schmidt M, Pilch H, et al. Carcinoma of the neovagina: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2002;84(1):171-5. doi: 10.1006/gyno.2001.6417
27. Lawrence A. Vaginal neoplasia in a male-to-female transexual: case report, review of the literature, and recommendations for cytological screening. *Int J Transgender*. 2001;5(1):1-8.
28. Fernandes HM, Manolitsas TP, Jobling TW. Carcinoma of the neovagina after male-to-female reassignment. *J Low Genit Tract Dis*. 2014;18(2):E43-5. doi: 10.1097/LGT.0b013e3182976219
29. Bollo J, Balla A, Rodriguez Luppi C, Martinez C, Quaresima S, Targarona EM. HPV-related squamous cell carcinoma in a neovagina after male-to-female gender confirmation surgery. *Int J STD AIDS*. 2018;29(3):306-8. doi: 10.1177/0956462417728856
30. American Cancer Society. Colorectal cancer screening guidelines [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines/colorectal-cancer-screening-guidelines>
31. Loverro G, Di Naro E, Caringella AM, De Robertis AL, Loconsole D, Chironna M. Prevalence of human papillomavirus infection in a clinic sample of transsexuals in Italy. *Sex Transm Infect*. 2016;92(1):67-9. doi: 10.1136/sextrans-2014-051987
32. Belleannée G, Brun JL, Trouette H, Mompert JP, Goussot JF, Brun G, et al. Cytologic findings in a neovagina created with Vecchiotti's technique for treating vaginal aplasia. *Acta Cytol*. 1998;42(4):945-8. doi: 10.1159/000331973
33. van der Sluis WB, Buncamper ME, Bouman MB, Neeffjes-Borst EA, Heideman DAM, Steenbergen RDM, et al. Symptomatic HPV-related neovaginal lesions in transgender women: case series and review of literature. *Sex Transm Infect*. 2016;92(7):499-501. doi: 10.1136/sextrans-2015-052456
34. Dekker JJML, Hage JJ, Karim RB, Bloemena E. Do histologic changes in the skin-lined neovagina of male-to-female transsexuals really occur? *Ann Plast Surg*. 2007;59(5):546-9. doi: 10.1097/01.sap.0000258953.00234.50
35. Gatos KC. A literature review of cervical cancer screening in transgender men. *Nurs Womens Health*. 2018;22(1):54-62. doi: 10.1016/j.nwh.2017.12.008
36. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, Potter J. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. *J Gen Intern Med*. 2014;29(5):778-84. doi: 10.1007/s11606-013-2753-1
37. Woodland MB, Callanan L, Schnatz PF, Jiang X. Gynecologic screening for men in an OBGYN resident community outreach clinic: the transgender care experience. *J Low Genit Tract Dis*. 2018;22(4):333-5. doi: 10.1097/LGT.0000000000000429
38. Potter J, Peitzmeier SM, Bernstein I, Reisner SL, Alizaga NM, Agéonor M, et al. Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: a narrative review and guide for clinicians. *J Gen Intern Med*. 2015;30(12):1857-64. doi: 10.1007/s11606-015-3462-8
39. Peitzmeier SM, Khullar K, Reisner SL, Potter J. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. *Am J Prev Med*. 2014;47(6):808-12. doi: 10.1016/j.amepre.2014.07.031
40. McDowell M, Pardee DJ, Peitzmeier S, Reisner SL, Agéonor M, Alizaga N, et al. Cervical cancer screening preferences among trans-masculine individuals: patient-collected human papillomavirus vaginal swabs versus provider-administered pap tests. *LGBT Health*. 2017;4(4):252-9. doi: 10.1089/lgbt.2016.0187
41. Seay J, Ranck A, Weiss R, Salgado C, Fein L, Kobetz E. Understanding transgender men's experiences with and preferences for cervical cancer screening: a rapid assessment survey. *LGBT Health*. 2017;4(4):304-9. doi: 10.1089/lgbt.2016.0143

Anticoagulação e prevenção de morbidade obstétrica em trombofilias hereditárias: mito ou verdade?

Anticoagulation and prevention of obstetric morbidity in hereditary thrombophilia: myth or truth?

Lovily Duarte Toledo Paiva¹, Marina Matos de Moura Faíco¹, Nestor Nurdan Soares¹

Descritores

Trombofilia; Aborto habitual; Aborto espontâneo; Anticoagulantes; Heparina

Keywords

Thrombophilia; Habitual abortion; Spontaneous abortion; Anticoagulants; Heparin

Submetido:

09/06/2020

Aceito:

10/08/2020

1. Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Nestor Nurdan Soares
Rua Niterói, s/n, Caratinga, MG, Brasil.
nestornurdan@hotmail.com

RESUMO

Tem sido observado, corriqueiramente, o uso indiscriminado de anticoagulantes durante a gravidez com a finalidade de evitar perdas gestacionais. A eficácia do uso de anticoagulantes na prevenção de perdas, precoces e tardias, tem sido questionada, levando-se em consideração os impactos econômicos, sociais e psicológicos gerados nas famílias a partir da indicação da utilização dessa terapia. Dada a relevância do tema, realizou-se uma revisão da literatura nos bancos de dados PubMed, Cochrane Library e Medline com a finalidade de avaliar evidências científicas do uso e da eficácia de anticoagulação na gravidez. Na literatura revisada, não foi possível sustentar a hipótese de que a anticoagulação é capaz de intervir ativamente no sucesso do curso da gravidez. Conclui-se, portanto, que mais estudos devem ser realizados a fim de determinar intervenções eficazes ao casal, preservar a saúde do concepto e minimizar o impacto econômico, social e psicológico da utilização de anticoagulantes durante a gravidez.

ABSTRACT

In medical practice, the anticoagulants indiscriminate use during pregnancy has been commonly observed to prevent future pregnancy losses. The effectiveness of using anticoagulants in preventing losses, early and late, has been questioned taking into account the economic, social and psychological impacts generated on families from the indication of the use of such drugs. Given the relevance of the topic, a literature review was carried out in the PubMed, Cochrane Library and Medline databases in order to assess scientific evidence on the anticoagulation efficacy use in pregnancy. It was not possible to support the hypothesis that anticoagulation is able to actively intervene in the success of the course of pregnancy. It is concluded, therefore, that more studies should be carried out in order to determine effective interventions for the couple, preserve the health of the fetus and minimize the economic, social and psychological impact of the anticoagulants use during pregnancy.

INTRODUÇÃO

A trombofilia é um estado de hipercoagulabilidade sanguínea, ou seja, a suscetibilidade à formação de múltiplos trombos em todos os vasos sanguíneos do organismo. A gravidez produz modificações fisiológicas no cor-

po da mulher, entre as quais a predisposição à formação de trombos. Sendo assim, a gravidez é considerada como um quadro pró-trombótico, notadamente quando a futura mãe possui um histórico de trombofilia documentada.⁽¹⁾

Com o intuito de reduzir a incidência de perdas gestacionais, foi implementada a prática de heparinização durante a gravidez. No momento atual, observa-se que as mulheres que são consideradas como alvo da terapêutica de anticoagulação são aquelas que possuem histórico de uma gestação sem sucesso ou múltiplos abortos recorrentes não explicados, muitas vezes nem investigados.^(1,2)

Não é incomum, na prática clínica, associar as trombofilias às causas diretas de perdas gestacionais inexplicadas, tanto precoces quanto tardias; na maioria das vezes, sem investigação e sem histórico compatível com a doença, o que leva à prática terapêutica desnecessária.

Assim, o uso indiscriminado de anticoagulantes durante a gravidez tem sido questionado na última década, principalmente pelo fato de essa prática médica acarretar consequências desastrosas para as famílias submetidas à terapêutica, que vão desde impactos econômicos significativos até prejuízos sociais e psicológicos.⁽¹⁾

Contudo, a falta de clareza sobre o tema e os impactos acarretados por essa prática, muitas vezes desnecessária, trazem à tona a necessidade do levantamento de evidências científicas que endossem ou não a utilização empírica da anticoagulação durante a gravidez. Para isso, foi realizada uma revisão de artigos publicados nos últimos cinco anos, utilizando os descritores “*thrombophilia*” e “*pregnancy*”, nos bancos de dados PubMed, Cochrane Library e Medline.

RESULTADOS

Estima-se que 2,6 milhões de famílias, anualmente, experimentam a tragédia do insucesso de uma gravidez. Sabe-se que as consequências desse acontecimento são devastadoras para o casal e as famílias.

Estudo realizado pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) avaliou 210 mulheres com alterações trombofílicas hereditárias e que tiveram abortamentos espontâneos recorrentes. Nessas mulheres, foi investigada a presença de alterações como polimorfismos dos genes para o fator V de Leiden, inibidor do ativador do plasminogênio tipo I, fator XIII, mutação do gene da protrombina e metilenotetra-hidrofolato redutase, mutações isoladas e/ou combinadas, e a relação destas com os episódios de perdas gestacionais precoces. A análise realizada não evidenciou associação entre a ocorrência de abortamentos consecutivos e a presença de trombofilias hereditárias. Desse modo, não foi possível recomendar a prescrição de terapia anticoagulante como prevenção de perdas gestacionais precoces em mulheres com trombofilias hereditárias e histórico de abortamentos repetidos.⁽³⁾

Wojcieszek *et al.*⁽⁴⁾ avaliaram a eficácia de cinco intervenções médicas em gestantes com histórico de perdas gestacionais, com a finalidade de evitar novas gestações sem sucesso. As intervenções avaliadas consistiram no uso de agentes antiplaquetários, baixa dose de ácido acetilsalicílico (AAS) ou heparina de baixo peso molecular (HBPM), ou ambos, na imunização de leucócitos de terceiros, na utilização de imunoglobulina intravenosa e de progestogênios. Nenhuma das intervenções avaliadas foi capaz de alterar o curso das novas gestações.⁽⁴⁾

A anticoagulação na gestação comumente é realizada por meio do uso de HBMP, uma droga segura para uso na gravidez, que se tornou a droga de eleição para essa terapia, já que não atravessa a barreira uteroplacentária.⁽⁵⁾ A principal medicação utilizada para esse fim existente no mercado é a enoxaparina, que é prescrita na dose de 40 mg/dia pela via subcutânea. Então, numa gravidez devidamente acompanhada e planejada, será utilizada uma média de 280 doses. Alguns autores recomendam também o uso de antiagregantes plaquetários como o AAS isolado ou concomitante com a HBPM, na ausência de trombofilia hereditária.⁽⁵⁾

Em metanálise realizada em 2016, considerada até o momento como um dos maiores estudos acerca da relação entre os benefícios da heparinização nas mulheres portadoras de trombofilia hereditária e a prevenção de futuras perdas gestacionais, as análises demonstraram que as trombofilias hereditárias contribuem pouco para o insucesso de uma gravidez, tanto precoce quanto tardia, e salientaram que a terapêutica anticoagulante proposta não foi capaz de impactar positivamente o porvir da gestação. Além do mais, o estudo ressaltou o potencial significativo dos efeitos colaterais da terapêutica anticoagulante e seu elevado custo.⁽⁶⁾

Corroborando o estudo anterior, Pasquier *et al.*⁽⁵⁾ realizaram um estudo com 256 mulheres provenientes de 13 centros hospitalares franceses distintos, com o objetivo de avaliar os resultados da utilização de enoxaparina na prevenção de abortos recorrentes inexplicáveis. A pesquisa foi motivada pela prática desenfreada de prescrição de antitrombóticos a mulheres com duas ou mais perdas gestacionais, mesmo na ausência de trombofilias documentadas. A avaliação da terapêutica com AAS, com o mesmo propósito, já havia sido realizada em estudo anterior, mostrando-se ineficaz para tal propósito. Os autores demonstraram que a terapêutica com enoxaparina 40 mg/dia não aumentou a chance de sucesso gestacional em mulheres não trombofílicas com histórico de abortos recorrentes idiopáticos.⁽⁵⁾

Outrossim, o Hospital Universitário de Split, na Croácia, realizou um estudo de coorte prospectivo que analisou a eficácia do uso de HBPM na prevenção de complicações obstétricas. O estudo contou com 50 gestantes portadoras de trombofilia hereditária e que possuíam histórico de intercorrências obstétricas em gestações anteriores. Os resultados evidenciaram números equivalentes na distribuição de abortos espontâneos e de

nascidos vivos em ambos os grupos de mulheres, tratadas e não tratadas com terapia anticoagulante.⁽⁷⁾

Revisão realizada pela Cochrane investigou a eficácia e a segurança da terapia anticoagulante em gestantes com história de pelo menos dois abortos inexplicáveis com ou sem trombofilia hereditária. Os resultados demonstraram que os anticoagulantes não alteraram o índice de nascidos vivos e que a terapia com HBPM aumenta de forma significativa a taxa de sangramentos durante a gravidez, uma das complicações obstétricas mais frequentes, além de desencadear reações locais na pele (dor, prurido e edema) em quase 40% das pacientes estudadas.^(8,9)

Quanto ao impacto econômico e psicossocial da terapia anticoagulante utilizada de forma indiscriminada e sem evidência científica, Wojcieszek *et al.*⁽¹⁰⁾ ressaltam que a perda gestacional por si já acarreta transtornos emocionais devastadores para o casal. Somada a isso, a utilização de drogas de alto custo como as HBPM, algumas vezes, exaure recursos não disponíveis da família que se abstém de financiar suas necessidades básicas,⁽¹⁰⁾ além de sobrecarregar os gastos no Sistema Único de Saúde com a prescrição de uma medicação de alto custo, sem comprovada eficácia clínica.

Estudos realizados no Brasil demonstraram o quão elevado é o custo com esse tipo de medicação durante todo o período gestacional. O preço de cada dose diária de HBPM varia entre R\$ 26,45 e R\$ 99,50 por unidade. Em média, considerando a duração da gravidez a termo, os gastos poderiam variar entre R\$ 7.406,00 e R\$ 27.860,00. Tais valores estão fora da realidade da maioria da população brasileira, que tem, em média, R\$ 1.373,00 de renda *per capita*.^(11,12)

DISCUSSÃO

As trombofilias são doenças decorrentes de alterações hereditárias ou adquiridas em fatores da cascata de coagulação, que colaboram com o desenvolvimento da tríade de Virchow. As gestantes são quatro a cinco vezes mais propensas a desenvolver tromboembolismo venoso do que as mulheres não grávidas. Durante a gravidez normal, há a presença dos três componentes da tríade de Virchow: a) estase venosa pela diminuição do tônus venoso e obstrução do fluxo venoso pelo aumento do útero; b) estado de hipercoagulabilidade com o aumento da geração de fibrina, diminuição da atividade fibrinolítica e aumento dos fatores de coagulação II, VII, VIII e X; além disso, há uma queda progressiva nos níveis de proteína S e resistência adquirida à proteína C ativada; e c) lesão endotelial devido a nidação, remodelamento vascular das artérias uteroespiraladas, com o parto e com a dequitação. O estado de hipercoagulabilidade da gravidez protege a gestante de sangramentos excessivos durante o aborto e o parto. Apesar do risco, a maioria das gestantes não precisa de anticoagulação, pois o risco de evento adverso com a anticoagulação supera o benefício.⁽¹³⁾

As trombofilias podem ser classificadas em hereditárias e adquiridas. As trombofilias hereditárias dependem de mutações em fatores sanguíneos, como deficiência de antitrombina, presença do fator V de Leiden, deficiência da proteína C, deficiência da proteína S, mutação no gene da protrombina e hiper-homocisteinemia, enquanto as trombofilias adquiridas compõem a síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) e a hiper-homocisteinemia.^(14,15)

O diagnóstico de trombofilias em gestantes potencializa o risco para a formação de trombos e complicações obstétricas, como abortamento de repetição, óbito fetal, descolamento prematuro de placenta, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, recorrência de pré-eclâmpsia, além de edema e alterações cutâneas.^(3,13)

A SAAF é uma trombofilia adquirida e associada à trombose vascular e complicações gestacionais (incluindo abortamentos de repetição e parto prematuro). Os eventos adversos dessa síndrome na gestação podem resultar de infartos placentários e alterações trombóticas nos microvasos decíduais. O uso de agentes antitrombóticos como heparina (heparina não fracionada ou HBPM) e AAS tem sido estudado nas mulheres com SAAF. Ambos os agentes apresentam propriedades anticoagulantes, mas agem de maneira diferente: a heparina aumenta o efeito natural anticoagulante da antitrombina, enquanto o AAS inibe a agregação plaquetária.⁽⁸⁾

Apesar do conhecimento em relação às complicações induzidas pelas trombofilias na gestação, o estudo realizado em 2015 por Lino *et al.*,⁽³⁾ no que diz respeito ao rastreamento de trombofilias hereditárias em mulheres com perdas gestacionais precoces (antes de 20 semanas de gestação), demonstrou que não há indicação desse tipo de investigação durante a gestação.⁽³⁾

Uma das alterações fisiológicas observadas durante a gravidez diz respeito à cascata de coagulação e ao sistema fibrinolítico. Observa-se um desequilíbrio nesse sistema que predispõe a um estado de hipercoagulabilidade, aumentando o risco de eventos tromboembólicos durante essa fase da vida da mulher. Há de se considerar o risco ainda maior que as mulheres apresentam de desenvolver eventos tromboembólicos durante a gravidez, uma vez que as alterações na composição corporal levam a limitações físicas, que podem favorecer o desenvolvimento de estase sanguínea.⁽¹⁴⁾

Dada a importância do tema, um estudo foi lançado em 2015 na Holanda, englobando vários países da Europa, com o objetivo de entender a relação entre trombofilia hereditária, aborto recorrente, morte fetal intrauterina e terapia anticoagulante na gestação. O estudo multicêntrico tem o nome de ALIFE 2 e busca, como desfecho primário, o número de nascimentos vivos com ou sem o uso da heparina e, como desfecho secundário, avaliar a segurança da droga, registrando possíveis complicações diretas, como sangramentos, reações alérgicas e trombocitopenias. Vários países têm aderido ao estudo e aguardam-se os resultados para maiores intervenções.⁽¹⁶⁾

CONCLUSÃO

A medicina baseada em evidências deve constituir a base teórica que norteia as condutas clínicas das especialidades médicas em geral. Diante disso, é de suma importância que todo assunto que gere divergências na prática clínica seja submetido primariamente a uma revisão literária de qualidade para sanar as dúvidas existentes. Dessa maneira, será possível evitar tratamentos desnecessários e invasivos, que, na maior parte das vezes, são empregados de maneira empírica, ou seja, sem fundamento científico documentado. A frequência de perdas gestacionais tendo como causa primária as trombofilias genéticas tem sido descrita na literatura médica como insignificante no insucesso gestacional. Não existe evidência científica de que o uso dos anti-coagulantes, notadamente as HBPMs, tem impacto no prognóstico da gravidez. Tais medicamentos são dispendiosos e passíveis de efeitos colaterais significativos e danos físicos e psicológicos. Portanto, os dados científicos demonstram que não há indicação para a utilização da terapia anticoagulante na prevenção de perdas gestacionais nas trombofilias genéticas e que tais perdas devem ser investigadas para tentar elucidar o real fator etiológico.

REFERÊNCIAS

- Leaf RK, Connors JM. The role of anticoagulants in the prevention of pregnancy complications. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017;23(2):116-23. doi: 10.1177/1076029615615972
- Gomaa MF, Elkholy AG, El-Said MM, Abdel-Salam NE. Combined oral prednisolone and heparin versus heparin: the effect on peripheral NK cells and clinical outcome in patients with unexplained recurrent miscarriage. A double-blind placebo randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(4):757-62. doi: 10.1007/s00404-014-3262-0
- Lino FL, Traina E, Barreto JA, Moron AF, Mattar R. Thrombophilic mutations and polymorphisms, alone or in combination, and recurrent spontaneous abortion. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2015;21(4):365-72. doi: 10.1177/1076029613520465
- Wojcieszek AM, Shepherd E, Middleton P, Lassi ZS, Wilson T, Murphy MM, et al. Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12(12):CD012203. doi: 10.1002/14651858.CD012203.pub2
- Pasquier E, de Saint Martin L, Bohec C, Chauleur C, Bretelle F, Marhic G, et al. Enoxaparin for prevention of unexplained recurrent miscarriage: a multicenter randomized double-blind placebo-controlled trial. *Blood*. 2015;125(14):2200-5. doi: 10.1182/blood-2014-11-610857
- Skeith L, Carrier M, Kaaja R, Martinelli I, Petroff D, Schleußner E, et al. A meta-analysis of low-molecular-weight heparin to prevent pregnancy loss in women with inherited thrombophilia. *Blood*. 2016;127(13):1650-5. doi: 10.1182/blood-2015-12-626739
- Aracic N, Roje D, Jakus IA, Bakotin M, Stefanovic V. The impact of inherited thrombophilia types and low molecular weight heparin treatment on pregnancy complications in women with previous adverse outcome. *Yonsei Med J*. 2016;57(5):1230-5. doi: 10.3349/ymj.2016.57.5.1230
- de Jong PG, Kaandorp S, Di Nisio M, Goddijn M, Middeldorp S. Aspirin and/or heparin for women with unexplained recurrent miscarriage with or without inherited thrombophilia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(7):CD004734. doi: 10.1002/14651858.CD004734.pub4
- Eckman MH, Alonso-Coello P, Guyatt GH, Ebrahim S, Tikkinen KA, Lopes LC, et al. Women's values and preferences for thromboprophylaxis during pregnancy: a comparison of direct-choice and decision analysis using patient specific utilities. *Thromb Res*. 2015;136(2):341-7. doi: 10.1016/j.thromres.2015.05.020
- Wojcieszek AM, Shepherd E, Middleton P, Gardener G, Ellwood DA, McClure EM, et al. Interventions for investigating and identifying the causes of stillbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;4(4):CD012504. doi: 10.1002/14651858.CD012504.pub2
- Enoxaparina sódica [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 30]. Available from: <https://consultaremedios.com.br/enoxaparina-sodica/pa>
- IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2018 [Internet]. Agência IBGE Notícias. 2019 Feb 27 [cited 2019 Sep 26]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23852-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2018>
- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia. Brasília (DF): Conitec; 2019.
- Nascimento CMDB, Machado AMN, Guerra JCC, Zlotnik E, Campêlo DHC, Kauffman P, et al. Consensus on the investigation of thrombophilia in women and clinical management. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019;17(3):eAE4510. doi: 10.31744/einstein_journal/2019AE4510
- Graham N, Rashiq H, Hunt BJ. Testing for thrombophilia: clinical update. *Br J Gen Pract*. 2014;64(619):e120-2. doi: 10.3399/bjgp14X677310
- de Jong PG, Quenby S, Bloemenkamp KW, Braams-Lisman BA, de Bruin JP, Coomarasamy A, et al. ALIFE2 study: low-molecular-weight heparin for women with recurrent miscarriage and inherited thrombophilia – study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:208. doi: 10.1186/s13063-015-0719-9



HIGHLIGHTS 2020

Inovação ampliando conhecimentos

21 a 24 de outubro

Evento
**100%
Digital**

Já conhece as Sessões do Highlights 2020?

O evento conta com programação inédita, conduzida por importantes nomes da Ginecologia e Obstetrícia, além de novas sessões com formatos interativos e modernas metodologias, que discutirão novidades e tendências.



Escola Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia

Apresentação conjunta de dois expositores sobre o mesmo tema. Possui duas partes: uma parte gravada e uma parte ao vivo com **abertura para perguntas da audiência ao fim da sessão.**



Grand Round

Temas que, em geral, não são consensuais na sua abordagem clínica na visão crítica de dois especialistas. Não haverá perguntas da audiência.



Febrasgo Talks

Inspirado nos TED Talks, são sessões gravadas onde cada palestrante expõe de forma coloquial suas impressões sobre os temas propostos, baseado na experiência clínica, científica e humana de cada um. Não haverá perguntas da audiência.



Pergunte ao Professor

Sessão ao vivo com uma hora de duração, com apresentação de casos clínicos. Discutidos por experts na área. **Abertura para perguntas da audiência durante a sessão.**



High Tech

Sessão gravada, com exposição de forma clara e objetiva de pontos fundamentais de temas voltados para inovação e alta tecnologia desenvolvidas na área da saúde. Não haverá perguntas da audiência.



Videoaula - Tips and Tricks em Técnicas Cirúrgicas

A primeira parte é gravada, onde o palestrante apresenta vídeos com técnicas cirúrgicas dos temas propostos. **A segunda parte é aberta para perguntas da audiência.**

Realização:



Organização:



Saiba mais:
www.febrasgohighlights.com.br

Ou acesse o QRCode ao lado



SEJA UM ASSOCIADO febrasgo



Além de participar ativamente da construção de uma associação mais forte e representativa para os Profissionais de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil, você ainda recebe muitos benefícios.

PILARES DE ATUAÇÃO DA FEBRASGO



Educação Médica
Continuada



Valorização e
Defesa Profissional



Melhoria da
Experiência do Associado

CONVIDAMOS VOCÊ A CONHECER OS **10 MOTIVOS**
PARA SE **TORNAR UM ASSOCIADO** E ACESSAR AOS DIVERSOS
CONTEÚDOS DO NOSSO **ACERVO CIENTÍFICO**

1. PORTAL FEBRASGO
2. ACESSO AOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 
3. ACESSO ÀS SÉRIES DE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES
4. POSITION STATEMENT: documentar o estado atual da GO na Prática Assistencial, Educação, Pesquisa e Extensão 
5. ACESSO ÀS SÉRIES DE LIVES E DOCUMENTOS RELACIONADOS 
6. REVISTAS FEBRASGO
7. TERMOS DE CONSENTIMENTO 
8. CLUBE DE BENEFÍCIOS 
9. EVENTOS FEBRASGO: DESCONTOS EXCLUSIVOS
10. APP FEBRASGO: CONTEÚDOS EXCLUSIVOS COM NOVO BUSCADOR E CALCULADORAS 

Associe-se: assistente.pres@febrasgo.org.br
www.febrasgo.org.br