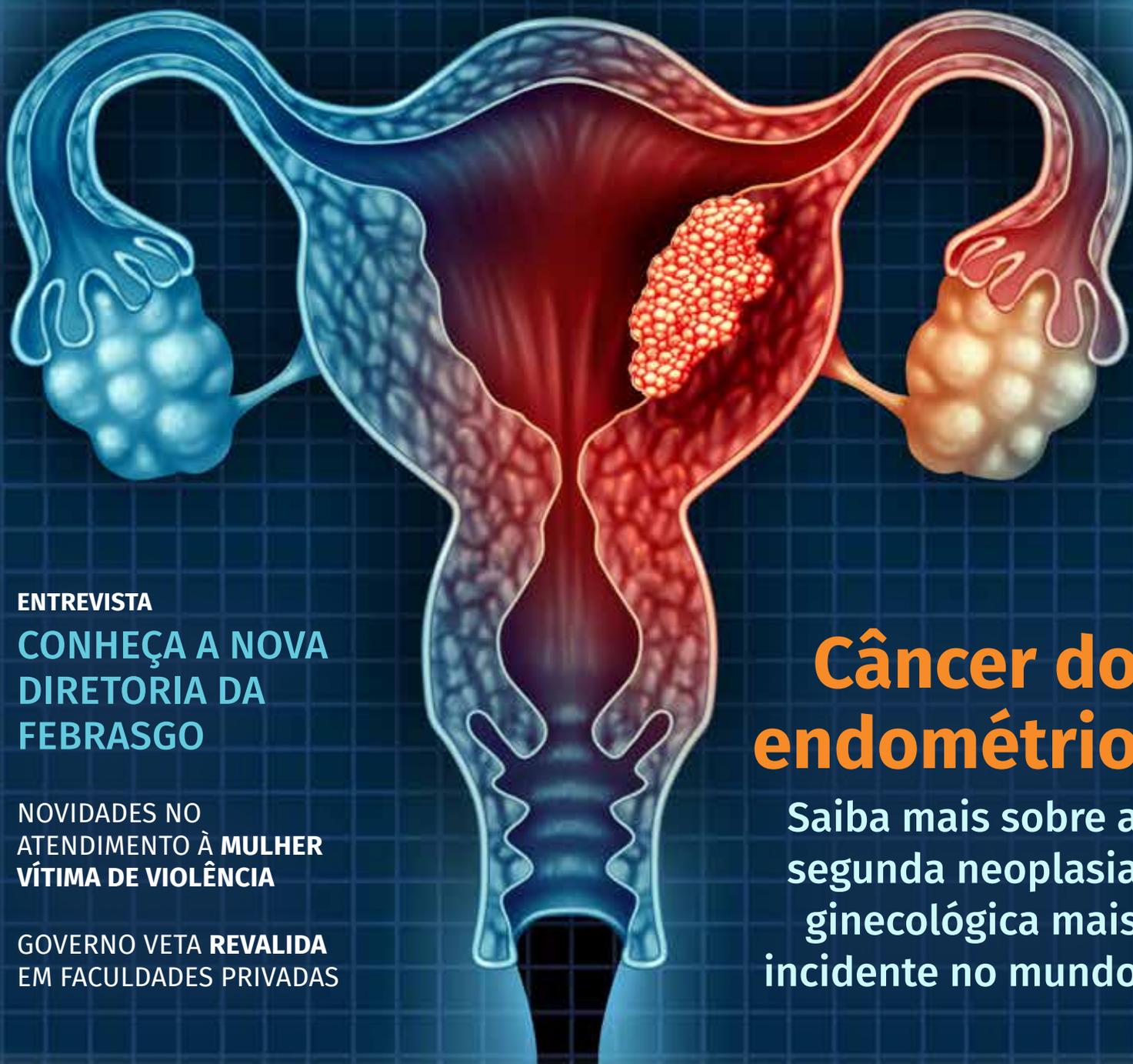


Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 1, 2020



ENTREVISTA

CONHEÇA A NOVA DIRETORIA DA FEBRASGO

NOVIDADES NO
ATENDIMENTO À MULHER
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

GOVERNO VETA REVALIDA
EM FACULDADES PRIVADAS

Câncer do endométrio

Saiba mais sobre a
segunda neoplasia
ginecológica mais
incidente no mundo

CADERNO CIENTÍFICO Artigos e relatos de casos aprovados pelas comissões da Febrasgo

PROTOCOLOS FEBRASGO Documentos de alta qualidade científica para orientação dos profissionais em sua prática diária no consultório



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

**Prezado associado,
entre em contato com a
Federada para atualizar
seus dados!**

BENEFÍCIOS:

- Recebimento de revistas e artigos científicos;
- Correspondências;
- Comunicados;
- Descontos em eventos científicos;
- Acesso online em conteúdos exclusivos;
- Cursos de capacitação;
- Educação continuada;
- Protocolos;
- Posicionamentos.

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: 2279-308 – 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 Joaquim Távora, 1.093, Vila Mariana, 04015-002. 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 Borges da Fonseca
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 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 Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes
Pessoa de Aguiar
Renato Augusto Moreira de Sá
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



Femina inicia o ano sob o impulso da nova diretoria. O cenário é promissor: inovar e agregar. Espalham-se as ações e propostas, que são mostradas em texto produzido com base nas opiniões dos membros da nova diretoria da Febrasgo. Essa diretoria está composta por expoentes pinçados de todas as regiões do Brasil. Goiás e Rio Grande do Sul entraram com o cariótipo XX, com expressão completa de seus genes! Em seu artigo de capa, *Femina* dissecou a hiperplasia e o câncer de endométrio em dois textos primorosos. Um deles, na forma de protocolo, foi redigido por membros da Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica da Febrasgo. O outro texto revê os aspectos históricos da doença pelas mãos de renomados especialistas no câncer feminino.

O ensino e o preparo do ginecologista/obstetra para a prática clínica são novamente considerados neste volume, deixando clara a necessidade de a avaliação ser pautada nos níveis de compreensão, aplicação e análise de Bloom, utilizando instrumentos validados para nossa língua. Esse texto, como esperado, tem redação clara e é de leitura essencial aos educadores e aprendizes da ginecologia e obstetrícia. O atendimento à mulher vitimada por qualquer tipo de violência é elegantemente abordado por duas mulheres, capitaneadas pela nova Diretora de Defesa Profissional da Febrasgo. Do feminino a todos nós, apaixonados pela assistência às mulheres.

No caderno científico, a cirurgia robótica em ginecologia é revisitada em artigo de revisão com narrativa irretocável e produzido por um grupo de especialistas de Minas Gerais. Tem leitura leve, objetiva e sistematizada, mostrando os conhecimentos atuais e apontando perspectivas para o futuro. Esse caderno publica ainda três protocolos de leitura mandatória para a excelência de nossa prática. O protocolo sobre a atenção à vítima de violência sexual trata com detalhes as normas vigentes que norteiam os associados da Febrasgo. Como conduzir mulheres com pólipos endometriais é ensinado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica, em texto também objetivo. Como proceder durante a monitorização fetal intraparto é tema revisto pela Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério.

Dois mil e vinte com paixão pela Febrasgo e pela revista *Femina* e seus leitores! Iniciamos assim o ano, renovados.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO



6 Capa

Câncer do endométrio

A história contemporânea do
carcinoma do endométrio

Hiperplasia endometrial e
câncer do endométrio

20 Entrevista

Inovar e agregar

Nova diretoria assume
a Febrasgo com o
compromisso de fazer
uma associação de
todos para todos



31 Residência Médica

Avaliação de Residentes em Ambientes da Prática Clínica (Work-Based Assessment – WBA)



38 Defesa Profissional

Novidades no atendimento à mulher vítima de violência

40 Defesa Profissional

Governo veta realização do Revalida em faculdades privadas



41 Caderno científico

ARTIGO DE REVISÃO

Cirurgia robótica em ginecologia: atualidade e perspectivas

PROTOCOLOS

Atenção à vítima de violência sexual

Pólipo uterino

Monitorização fetal intraparto

ERRATA

Em “Pré-eclâmpsia/eclâmpsia”, Matéria de Capa, FEMINA, volume 47, número 5, de 2019, página 258:

Leia-se em Autores:

José Carlos Peraçoli¹, Vera Therezinha Medeiros Borges¹, José Geraldo Lopes Ramos², Ricardo de Carvalho Cavalli³, Sérgio Hofmeister de Almeida Martins Costa², Leandro Gustavo de Oliveira¹, Francisco Lázaro Pereira de Souza⁴, Henri Augusto Korkes⁵, Ione Rodrigues Brum⁶, Maria Laura Costa⁷, Mário Dias Corrêa Junior⁸, Nelson Sass⁹, Angélica Lemos Debs Diniz¹⁰, Caio Antonio de Campos Prado³, Edson Viera da Cunha Filho¹¹

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, SP, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. 3. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 4. Centro Universitário Lusíada, Santos, SP, Brasil. 5. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 6. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil. 7. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 8. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. 9. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 10. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil. 11. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Em “Gonadoblastoma bilateral em paciente com mosaïcismo de síndrome de Turner: relato de caso e revisão da literatura”, no Caderno Científico, FEMINA, volume 47, número 11, de 2019, página 839:

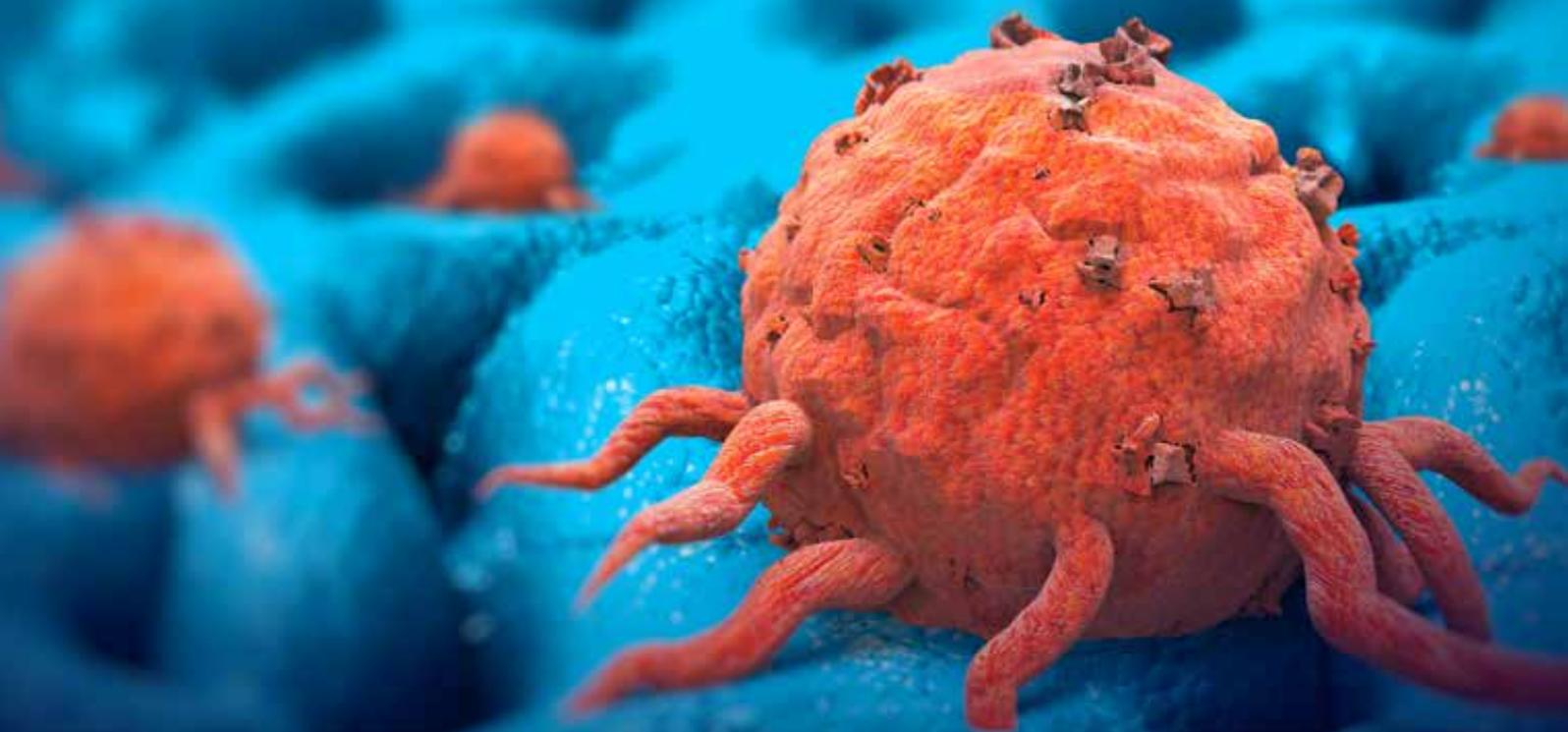
Leia-se em Autores: Marta Ribeiro Hentschke¹, Talita Colombo², Vanessa Devens Trindade^{1,2}, Ariane Tiekko Frare Kira¹, Lúcia Helena Dupuy Patella¹, Helena Lanner Vieira¹, Maria Teresa Vieira Sanseverino¹, Andrey Cechin Boeno¹, Giovana De Nardo Maffazioli¹, Alvaro Petracco², Mariangela Badalotti²

1. Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. 2. Centro de Medicina Reprodutiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

CAPA



Câncer do **endométrio**



A história contemporânea do carcinoma do endométrio

Alexandre Silva e Silva¹, Filomena Marino Carvalho², Jesus Paula Carvalho³

O câncer do endométrio é uma doença que vem despertando interesse crescente nas últimas décadas, por diferentes motivos, a saber: a) a incidência está aumentando rapidamente em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento;⁽¹⁻³⁾ b) com o aumento da expectativa de vida da população feminina, aumentou o grupo de risco para carcinoma do endométrio, formado por mulheres na pós-menopausa;⁽³⁾ c) existem várias doenças com perfis moleculares diferentes dentro do que denominamos de câncer do endométrio;⁽⁴⁾ d) o câncer do endométrio é o segundo câncer mais frequente na síndrome de Lynch, ficando atrás apenas do câncer colorretal e precedendo este câncer em cerca de 50% das vezes, em pacientes afetadas;^(5,6) e) a cirurgia estadiadora é a base do tratamento e do estadiamento da doença;⁽⁷⁾ f) a extensão da cirurgia estadiadora e o papel da linfadenectomia pélvica e paraórtica ainda são assuntos que despertam controvérsias;^(8,9) g) a prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, é muito elevada nessas pacientes, e esses fatores têm impacto no plano de tratamento cirúrgico e estadiamento do câncer do endométrio;^(10,11) h) a cirurgia minimamente invasiva por videolaparoscopia é um recurso relativamente recente no tratamento do câncer ginecológico, e a sua efetividade, segurança, vantagens, desvantagens e custos ainda estão em estudo;⁽¹²⁻¹⁵⁾ i) a cirurgia robótica é um recurso ainda mais recente no tratamento do câncer do endométrio, apresenta alto custo para a sua implantação e sua efetividade, segurança e custos ainda estão sendo testados em diferentes cenários;^(16,17) j) a comparação entre as cirurgias abertas, cirurgias videolaparoscópicas e cirurgias robóticas assistidas por laparoscopia ainda está em andamento.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Ao contrário do câncer do colo do útero, cuja história e preocupações remontam a séculos atrás,⁽²¹⁾ a história relevante do câncer do endométrio é muito mais recente.⁽²²⁾ Até os anos 1960 o câncer do endométrio era considerado uma única doença e seu tratamento era sempre cirúrgico e consistia na histerectomia total, na radioterapia ou na combinação dos dois tratamentos.

Em 1961, Kelley e Baker⁽²³⁾ descreveram a possibilidade de tratar a doença com agentes progestacionais. O acetato de medroxiprogesterona utilizado por longo tempo demonstrou resposta positiva em 20,8% em casos de doença avançada. Os resultados pareceram ainda melhores em casos de doença localizada no útero, e a sobrevida média foi de dois anos. Esse feito foi considerado muito significativo para os padrões daquela época.⁽²⁴⁾

A relação entre câncer do endométrio, hiperestrogenismo relativo ou absoluto e o uso de estrogênios sem a contraposição de progestogênios foi demonstrada em 1976.⁽²⁵⁾

A quimioterapia foi introduzida em 1979 com o estudo que demonstrou a efetividade da doxorrubicina no carcinoma do endométrio avançado ou recorrente.⁽²⁶⁾

1. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

3. Departamento de Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Aalders *et al.*⁽²⁷⁾ demonstraram em 1980 que a radioterapia pélvica reduzia as recidivas locais, sem, contudo, alterar a sobrevida global.

O carcinoma do endométrio, que até então era considerado uma única doença, passou a ser classificado em 1983 como duas doenças distintas – o tipo I e o tipo II –, com características epidemiológicas, demográficas e patológicas muito diferentes. O carcinoma do tipo I, mais frequente, resultava da hiperestimulação estrogênica intrínseca ou extrínseca, era precedido de hiperplasias endometriais, acometia mulheres obesas, na peri e na pós-menopausa, e tinha tipo histológico de carcinoma endometriode, grau I, histológico e comportamento menos agressivo. O carcinoma do tipo II, por sua vez, ocorria em mulheres uma década mais idosas, não guardava relação com a obesidade e hiperestrogenismo, não tinha como lesão precursora as hiperplasias endometriais e era constituído pelos tipos histológicos carcinoma seroso e carcinoma de células claras.⁽²⁸⁾ Apresentava pior prognóstico do que os carcinomas do tipo I.

Creasman *et al.*,⁽²⁹⁾ em 1987, estabeleceram os principais fatores prognósticos do carcinoma do endométrio, ou seja, tipo histológico, grau histológico, profundidade de invasão miometrial e comprometimento linfonodal.^(29,30)

O estadiamento do câncer do endométrio era clínico até o final dos anos 1980, baseado no tamanho do útero avaliado pela histerometria, e pouco refletia a real extensão e gravidade da doença. Em 1988, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) determinou que o carcinoma do endométrio passasse a ter estadiamento cirúrgico, que incluía o estudo da extensão da doença no útero, a profundidade de invasão miometrial, o estudo citológico do líquido peritoneal, além da avaliação dos linfonodos pélvicos e paraórticos.⁽³¹⁾ Não havia definição clara de como a avaliação linfonodal deveria ser realizada.

Agentes citotóxicos combinados foram utilizados no carcinoma do endométrio em 1993, com esquemas contendo doxorubicina e cisplatina a cada 28 dias, por até oito ciclos, e foram obtidas respostas completas em 20% dos casos e reposta parcial e doença estável em 40% e 23%, respectivamente.⁽³²⁾

No final dos anos 1990, surgiram os primeiros tratamentos do carcinoma do endométrio com preservação da fertilidade em mulheres jovens e desejosas de gravidezes. Treze de 21 pacientes (62%) tiveram resposta inicial com o uso de agentes progestacionais isolados, demonstrando ser possível a preservação de fertilidade em pacientes com câncer de endométrio.⁽³³⁾

O estudo PORTEC, em 2000, demonstrou que radioterapia pós-operatória nos carcinomas de endométrio em estágio I reduzia as recorrências locais, mas não

tinha impacto na sobrevida global.⁽³⁴⁾ O uso combinado de acetato de megestrol e tamoxifeno alternadamente demonstrou ser efetivo em doença extrapélvica.^(35,36)

Em 2004, o uso combinado de paclitaxel, cisplatina e doxorubicina no carcinoma do endométrio, demonstrou aumento da sobrevida livre de progressão da doença e da sobrevida global.⁽³⁷⁾

Em 2005, o carcinoma do endométrio foi identificado como o câncer sentinela mais frequente entre mulheres portadoras da síndrome HNPCC (*hereditary non-polyposis colorectal cancer*). Câncer sentinela é aquele que é diagnosticado primeiro ou sincronicamente com o câncer principal. O câncer principal da síndrome HNPCC é o câncer colorretal, que ocorre em até 80% das mulheres afetadas, porém o carcinoma do endométrio ocorre em até 62% das mulheres afetadas e em 50% das vezes precede o câncer colorretal.⁽³⁸⁾

O esquema de quimioterapia com doxorubicina e paclitaxel, em 2006, demonstrou ser superior à radioterapia de abdome total.⁽³⁹⁾ Em 2011, os inibidores mTOR (tenisrolimo) demonstraram atividade no controle do câncer do endométrio recorrente ou metastático, como agentes únicos. A resposta foi melhor em pacientes virgens de tratamento do que em pacientes previamente tratadas com agentes citotóxicos.⁽⁴⁰⁾ Nesse mesmo ano, terapias antiangiogênicas com o bevacizumabe, um anticorpo monoclonal humanizado contra o fator de crescimento endotelial (VEGF-A), foi utilizado com sucesso em carcinomas do endométrio avançados.⁽⁴¹⁾

Nos carcinomas endometrioides, restritos ao útero e considerados como tumores de baixo risco de recidivas, um estudo em 2013 demonstrou que a expressão da molécula de adesão L1CAM (*L1 cell adhesion molecule*) identificava um grupo de alto risco de recidivas e, portanto, candidato a tratamentos adjuvantes.⁽⁴²⁾

Um avanço espetacular aconteceu em 2013, a partir dos estudos do TCGA (*The Cancer Genome Atlas*),^(43,44) um projeto público que tinha por objetivo catalogar e descobrir as alterações genômicas causadoras de câncer e criar um atlas compreensivo do perfil dos diferentes tipos de câncer. O carcinoma do endométrio, que até então era classificado do ponto de vista unicamente morfológico, como duas entidades (tipo I e tipo II),⁽²⁸⁾ pôde então ser definido como quatro subgrupos moleculares, com comportamentos e história natural muito diferentes entre si. Isso abria as portas para a caracterização molecular dos carcinomas do endométrio, com a possibilidade de traçar condutas terapêuticas individualizadas e baseadas no perfil molecular da doença.⁽⁴⁾

O uso de informações moleculares, ainda que espetaculares, implicava sequenciamento genômico, processo esse demorado e de alto custo, que tornava difícil a sua incorporação na prática clínica. Em 2015, a

equipe do estudo denominado TransPORTEC e o grupo de estudo denominado projeto Vancouver conseguiram traduzir as informações moleculares em perfis imunistoquímicos, com resultados muito próximos das informações moleculares e, agora sim, passíveis de serem incorporados na prática clínica.^(45,46)

No que concerne ao tratamento cirúrgico do câncer do endométrio, houve conquistas muito expressivas nas últimas décadas. Até os anos 1960, a histerectomia total, realizada por via laparotômica, era considerada como tratamento suficiente para essa doença. Em 1988, com a adoção pela FIGO do estadiamento cirúrgico e a necessidade de informações sobre o estado dos linfonodos pélvicos e paraórticos, tornou-se necessária a adição da linfadenectomia pélvica e paraórtica à histerectomia, no tratamento e estadiamento cirúrgico do câncer do endométrio.^(47,48) Em 2009, o estadiamento FIGO foi revisto com a incorporação de mudanças mínimas nos estádios I e II, e manutenção da exploração dos linfonodos pélvicos e paraórticos.⁽⁴⁸⁾

Paralelamente, a extensão e a técnica da histerectomia também incorporaram modificações importantes no câncer ginecológico como um todo e também no câncer do endométrio.

Em 1987, Dargent utilizou a laparoscopia como complemento na histerectomia vaginal. Nascia a histerectomia vaginal assistida por laparoscopia. Após isso, outros cirurgiões experimentaram combinações diferentes de cirurgias vaginais e laparoscopia.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

A primeira histerectomia total laparoscópica foi realizada na Pensilvânia, em 1988, por Reich,^(52,53) que já antevia a sua indicação como tratamento de escolha para endometriose, leiomiomas, carcinoma do colo do útero e carcinoma do endométrio restrito ao útero.

A história da histerectomia radical no tratamento do câncer uterino é longa e remonta a 1895 com John Clark, porém essa cirurgia se popularizou com os relatos da série de mais de 500 histerectomias, com linfadenectomias parciais realizadas por Ernst Whertheim entre os anos de 1898 e 1911.⁽⁵⁴⁾

Nezhat *et al.*,⁽⁵⁵⁾ em 1992, relataram a primeira histerectomia radical laparoscópica, com linfadenectomia pélvica e paraórtica em um caso de carcinoma de colo do útero em estágio IA2.

A histerectomia radical, com todas as suas virtudes no controle da doença uterina, resultava, porém, em danos na inervação autonômica e consequentes disfunções vesicais, sexuais e colorretais. Pesquisadores japoneses, nos idos dos anos 1960, introduziram o conceito e a técnica de preservação dos nervos autonômicos pélvicos nas histerectomias radicais, o que denominou-se *nerve sparing hysterectomy*, e isso resultou em significativa diminuição das disfunções urinárias sem comprometer a radicalidade oncológica.⁽⁵⁶⁾

O sonho humano de ensinar máquinas a realizarem tarefas humanas é antigo. O vocábulo “robô” é oriundo da palavra tcheca “robota”, que significa trabalho.⁽⁵⁷⁾ Robôs são máquinas inteligentes que trabalham e realizam tarefas humanas.

Robôs guiados por computadores e com diferentes tecnologias de imagens permitiram, a partir dos anos 1990, que cirurgiões executassem procedimentos com destreza e precisão sem precedentes.⁽⁵⁸⁾ Como tudo em tecnologia, esse é um campo de desenvolvimento frenético com aquisições e incorporações de novos dispositivos em novas aplicações constante.

Em ginecologia oncológica, a cirurgia robótica foi recebida com grande entusiasmo, principalmente na cirurgia do câncer do colo do útero e no carcinoma do endométrio. Mulheres com câncer do endométrio são geralmente obesas e com diversas comorbidades, e a dissecação linfonodal torna-se muitas vezes impeditiva pelas técnicas tradicionais. A chegada da cirurgia robótica trouxe muito entusiasmo e esperanças de tornar esses procedimentos menos mórbidos, com curva de aprendizado mais curta, e, portanto, mais factíveis por um maior número de cirurgiões. Os benefícios potenciais da tecnologia robótica incluem a visão óptica tridimensional, instrumentos com grande variedade de movimentos, precisão, ganho em escala e aumento da autonomia do cirurgião.⁽¹⁶⁾ A histerectomia robótica assistida por laparoscopia (RALH) veio finalmente incorporar-se ao arsenal terapêutico cirúrgico do carcinoma do endométrio

A segurança e a factibilidade da RALH foi avaliada em diferentes estudos, demonstrando ser segura e factível e propiciando aumento do desempenho do cirurgião após uma curva de aprendizado menor do que na laparoscopia tradicional.⁽⁵⁹⁻⁶⁵⁾

Outros fatores importantes que carecem de avaliação, em termos de racionalização e otimização de recursos, são os custos da incorporação dessas tecnologias em diferentes cenários.^(13,61,65,66)

Diante de tantas mudanças no conhecimento da epidemiologia, fatores de risco, métodos de diagnóstico, tratamento cirúrgico, radioterapia e tratamento sistêmico do carcinoma do endométrio, bem como diante de todas as novas demandas que essa doença começa a despertar no campo da reprodução humana, oncogenética, imunoterapia, entre outros, os ginecologistas e obstetras, que são os primeiros profissionais médicos que atendem essas pacientes, precisam rever rapidamente seus antigos conceitos. Esse é o câncer ginecológico que vai predominar no futuro próximo e essa doença não pode mais ser tratada como nos tempos de nossas avós, quando uma histerectomia simples era considerada tratamento suficiente.

REFERÊNCIAS

- Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res.* 2014;74(11):2913-21. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-14-0155
- Paulino E, Nogueira-Rodrigues A, Goss PE, Faroni L, Guitmann G, Strasser-Weippl K, et al. Endometrial cancer in Brazil: preparing for the rising incidence. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(10):577-9. doi: 10.1055/s-0038-1673644
- Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Bray F, Jemal A. International patterns and trends in endometrial cancer incidence, 1978-2013. *J Natl Cancer Inst.* 2018;110(4):354-61. doi: 10.1093/jnci/djx214
- Kandoth C, Schultz N, Cherniack AD, Akbani R, Liu Y, Shen H, et al. Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature.* 2013;497(7447):67-73. doi: 10.1038/nature12113
- Singh S, Resnick KE. Lynch syndrome and endometrial cancer. *South Med J.* 2017;110(4):265-9. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000633
- Moore K, Brewer MA. Endometrial cancer: is this a new disease? *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2017;37:435-42. doi: 10.14694/EDBK_175666
- Bhatla N, Denny L. FIGO Cancer Report 2018. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143 Suppl 2:2-3. doi: 10.1002/ijgo.12608
- Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. *Lancet.* 2010;375(9721):1165-72. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62002-X
- Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10:CD007585. doi: 10.1002/14651858.CD007585.pub4
- Shaw E, Farris M, McNeil J, Friedenreich C. Obesity and endometrial cancer. *Recent Results Cancer Res.* 2016;208:107-36. doi: 10.1007/978-3-319-42542-9_7
- Viola AS, Gouveia D, Andrade L, Aldrighi JM, Viola CF, Bahamondes L. Prevalence of endometrial cancer and hyperplasia in non-symptomatic overweight and obese women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008;48(2):207-13. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00845.x
- Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med.* 2018;379(20):1895-904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395
- Fader AN, Weise RM, Sinno AK, Tanner EJ 3rd, Borah BJ, Moriarty JP, et al. Utilization of minimally invasive surgery in endometrial cancer care: a quality and cost disparity. *Obstet Gynecol.* 2016;127(1):91-100. doi: 10.1097/AOG.0000000000001180
- Bregar AJ, Rauh-Hain JA, Spencer R, Clemmer JT, Schorge JO, Rice LW, et al. Disparities in receipt of care for high-grade endometrial cancer: a National Cancer Data Base analysis. *Gynecol Oncol.* 2017;145(1):114-21. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.01.024
- Bregar AJ, Melamed A, Diver E, Clemmer JT, Uppal S, Schorge JO, et al. Minimally invasive staging surgery in women with early-stage endometrial cancer: analysis of the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(6):1677-87. doi: 10.1245/s10434-016-5752-8
- Veljovich DS, Paley PJ, Drescher CW, Everett EN, Shah C, Peters WA 3rd. Robotic surgery in gynecologic oncology: program initiation and outcomes after the first year with comparison with laparotomy for endometrial cancer staging. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(6):679.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.032
- Paley PJ, Veljovich DS, Shah CA, Everett EN, Bondurant AE, Drescher CW, et al. Surgical outcomes in gynecologic oncology in the era of robotics: analysis of first 1000 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(6):551.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2011.01.059
- Agarwal R, Rajanbabu A, Goel G, Unnikrishnan UG. A comparison of the clinical outcomes in uterine cancer surgery after the introduction of robotic-assisted surgery. *J Obstet Gynaecol India.* 2019;69(3):284-91. doi: 10.1007/s13224-018-1170-0
- Korsholm M, Gyrd-Hansen D, Mogensen O, Möller S, Sopina L, Joergensen SL, et al. Long term resource consequences of a nationwide introduction of robotic surgery for women with early stage endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2019;154(2):411-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2019.05.027
- Padmanabhan DS, Anumolu A, Pranav SM, Patel V, George S, Rajanbabu A. Long-term morbidity after endometrial cancer surgery: a comparison of open vs. robotic approach. *Indian J Surg Oncol.* 2019;10(2):292-5. doi: 10.1007/s13193-019-00906-9
- De Palo G. Cervical precancer and cancer, past, present and future. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004;25(3):269-78.
- McAlpine JN, Temkin SM, Mackay HJ. Endometrial cancer: not your grandmother's cancer. *Cancer.* 2016;122(18):2787-98. doi: 10.1002/cncr.30094
- Kelley RM, Baker WH. Progestational agents in the treatment of carcinoma of the endometrium. *N Engl J Med.* 1961;264:216-22. doi: 10.1056/NEJM196102022640503
- Rendina GM, Donadio C. [Treatment with progestational agents in the advanced phase of carcinoma of the endometrium. Study of 137 patients treated at the 1st division of obstetrics and gynecology of the San Camillo De Lellis Hospital in Rome]. *Minerva Ginecol.* 1975;27(12):1026-30. (Italian)
- Gordon J, Reagan JW, Finkle WD, Ziel HK. Estrogen and endometrial carcinoma. An independent pathology review supporting original risk estimate. *N Engl J Med.* 1977;297(11):570-1. doi: 10.1056/NEJM197709152971102
- Thigpen JT, Buchsbaum HJ, Mangan C, Blessing JA. Phase II trial of adriamycin in the treatment of advanced or recurrent endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer Treat Rep.* 1979;63(1):21-7.
- Aalders J, Abeler V, Kolstad P, Onsrud M. Postoperative external irradiation and prognostic parameters in stage I endometrial carcinoma: clinical and histopathologic study of 540 patients. *Obstet Gynecol.* 1980;56(4):419-27.
- Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1983;15(1):10-7. doi: 10.1016/0090-8258(83)90111-7
- Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer.* 1987;60(8 Suppl):2035-41.
- Morrow CP, Bundy BN, Kurman RJ, Creasman WT, Heller P, Homesley HD, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 1991;40(1):55-65.
- Creasman WT, Eddy GL. Recent advances in endometrial cancer. *Semin Surg Oncol.* 1990;6(6):339-42. doi: 10.1002/ssu.2980060608
- Barrett RJ, Blessing JA, Homesley HD, Twigg L, Webster KD. Circadian-timed combination doxorubicin-cisplatin chemotherapy for advanced endometrial carcinoma. A phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1993;16(6):494-6. doi: 10.1097/0000421-199312000-00007
- Kim YB, Holschneider CH, Ghosh K, Nieberg RK, Montz FJ. Progesterin alone as primary treatment of endometrial carcinoma in premenopausal women. Report of seven cases and review of the literature. *Cancer.* 1997;79(2):320-7. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19970115)79:2<320::aid-cncr15>3.0.co;2-2
- Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, Lybeert ML, Jobsen JJ, Wälåm-Rodenhuis CC, et al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. *Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma.* *Lancet.* 2000;355(9213):1404-11. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02139-5
- Fiorica JV, Brunetto VL, Hanjani P, Lentz SS, Mannel R, Andersen W, et al. Phase II trial of alternating courses of megestrol acetate and tamoxifen in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 2004;92(1):10-4. doi: 10.1016/j.ygyno.2003.11.008

36. Whitney CW, Brunetto VL, Zaino RJ, Lentz SS, Sorosky J, Armstrong DK, et al. Phase II study of medroxyprogesterone acetate plus tamoxifen in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 2004;92(1):4-9.
37. Fleming GF, Brunetto VL, Cella D, Look KY, Reid GC, Munkarah AR, et al. Phase III trial of doxorubicin plus cisplatin with or without paclitaxel plus filgrastim in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2004;22(11):2159-66.
38. Lu KH, Dinh M, Kohlmann W, Watson P, Green J, Syngal S, et al. Gynecologic cancer as a "sentinel cancer" for women with hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome. *Obstet Gynecol.* 2005;105(3):569-74. doi: 10.1097/01.AOG.0000154885.44002.ae
39. Randall ME, Filiaci VL, Muss H, Spiratos NM, Mannel RS, Fowler J, et al. Randomized phase III trial of whole-abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2006;24(1):36-44. doi: 10.1200/JCO.2004.00.7617
40. Oza AM, Elit L, Tsao MS, Kamel-Reid S, Biagi J, Provencher DM, et al. Phase II study of temsirolimus in women with recurrent or metastatic endometrial cancer: a trial of the NCIC Clinical Trials Group. *J Clin Oncol.* 2011;29(24):3278-85. doi: 10.1200/JCO.2010.34.1578
41. Aghajanian C, Sill MW, Darcy KM, Greer B, McMeekin DS, Rose PG, et al. Phase II trial of bevacizumab in recurrent or persistent endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol.* 2011;29(16):2259-65. doi: 10.1200/JCO.2010.32.6397
42. Zeimet AG, Reimer D, Huszar M, Winterhoff B, Puistola U, Azim SA, et al. L1CAM in early-stage type I endometrial cancer: results of a large multicenter evaluation. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105(15):1142-50. doi: 10.1093/jnci/djt144
43. Stratton MR, Campbell PJ, Futreal PA. The cancer genome. *Nature.* 2009;458(7239):719-24. doi: 10.1038/nature07943
44. Tomczak K, Czerwińska P, Wiznerowicz M. The Cancer Genome Atlas (TCGA): an immeasurable source of knowledge. *Contemp Oncol (Pozn).* 2015;19(1A):A68-77. doi: 10.5114/wo.2014.47136
45. Stelloo E, Bosse T, Nout RA, MacKay HJ, Church DN, Nijman HW, et al. Refining prognosis and identifying targetable pathways for high-risk endometrial cancer; a TransPORTEC initiative. *Mod Pathol.* 2015;28(6):836-44. doi: 10.1038/modpathol.2015.43
46. Talhouk A, McConechy MK, Leung S, Li-Chang HH, Kwon JS, Melnyk N, et al. A clinically applicable molecular-based classification for endometrial cancers. *Br J Cancer.* 2015;113(2):299-310. doi: 10.1038/bjc.2015.190
47. Shepherd JH. Revised FIGO staging for gynaecological cancer. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989;96(8):889-92. doi: 10.1111/j.1471-0528.1989.tb03341.x
48. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(2):103-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.02.012
49. Kucukmetin A, Biliatis I, Naik R, Bryant A. Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy versus radical abdominal hysterectomy for the treatment of early cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10):CD006651. doi: 10.1002/14651858.CD006651.pub3
50. Koehler C, Gottschalk E, Chiantera V, Marnitz S, Hasenbein K, Schneider A. From laparoscopic assisted radical vaginal hysterectomy to vaginal assisted laparoscopic radical hysterectomy. *BJOG.* 2012;119(2):254-62. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03202.x
51. Querleu D. Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 1993;51(2):248-54. doi: 10.1006/gyno.1993.1281
52. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1992;2(1):85-8.
53. Reich H. Total laparoscopic hysterectomy: indications, techniques and outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(4):337-44. doi: 10.1097/GCO.0b013e328216f99a
54. Arispe C, Pomares AI, Santiago JD, Zapardiel I. Evolution of radical hysterectomy for cervical cancer along the last two decades: single institution experience. *Chin J Cancer Res.* 2016;28(2):215-20. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2016.02.09
55. Nezhat CR, Burrell MO, Nezhat FR, Benigno BB, Welander CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(3):864-5. doi: 10.1016/0002-9378(92)91351-a
56. Maas CP, Trimpos JB, DeRuiter MC, van de Velde CJ, Kenter GG. Nerve sparing radical hysterectomy: latest developments and historical perspective. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003;48(3):271-9.
57. Kalan S, Chauhan S, Coelho RF, Orvieto MA, Camacho IR, Palmer KJ, et al. History of robotic surgery. *J Robot Surg.* 2010;4(3):141-7. doi: 10.1007/s11701-010-0202-2
58. Bargar WL, Carbone EJ. Robotic systems in surgery. *Surg Technol Int.* 1993;2:419-23.
59. Backes FJ, Brudie LA, Farrell MR, Ahmad S, Finkler NJ, Bigsby GE, et al. Short- and long-term morbidity and outcomes after robotic surgery for comprehensive endometrial cancer staging. *Gynecol Oncol.* 2012;125(3):546-51. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.02.023
60. Holloway RW, Ahmad S, DeNardis SA, Peterson LB, Sultana N, Bigsby GE, et al. Robotic-assisted laparoscopic hysterectomy and lymphadenectomy for endometrial cancer: analysis of surgical performance. *Gynecol Oncol.* 2009;115(3):447-52. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.08.017
61. Reza M, Maeso S, Blasco JA, Andradas E. Meta-analysis of observational studies on the safety and effectiveness of robotic gynaecological surgery. *Br J Surg.* 2010;97(12):1772-83. doi: 10.1002/bjs.7269
62. Stephan JM, Goodheart MJ, McDonald M, Hansen J, Reyes HD, Button A, et al. Robotic surgery in supermorbidly obese patients with endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(1):49.e1-e8. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.052
63. Doo DW, Guntupalli SR, Corr BR, Sheeder J, Davidson SA, Behbakht K, et al. Comparative surgical outcomes for endometrial cancer patients 65 years old or older staged with robotics or laparotomy. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(11):3687-94. doi: 10.1245/s10434-015-4428-0
64. Park DA, Lee DH, Kim SW, Lee SH. Comparative safety and effectiveness of robot-assisted laparoscopic hysterectomy versus conventional laparoscopy and laparotomy for endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2016;42(9):1303-14. doi: 10.1016/j.ejso.2016.06.400
65. Silva e Silva A, de Carvalho JPM, Anton C, Fernandes RP, Baracat EC, Carvalho JP. Introduction of robotic surgery for endometrial cancer into a Brazilian cancer service: a randomized trial evaluating perioperative clinical outcomes and costs. *Clinics (Sao Paulo).* 2018;73 Suppl 1:e522s. doi: 10.6061/clinics/2017/e522s
66. Kristensen SE, Mosgaard BJ, Rosendahl M, Dalsgaard T, Bjørn SF, Frøding LP, et al. Robot-assisted surgery in gynecological oncology: current status and controversies on patient benefits, cost and surgeon conditions – a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(3):274-85. doi: 10.1111/aogs.13084

Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio

Adriana Yoshida¹, Luís Otávio Zanatta Sarian¹, Liliana Aparecida Lucci De Angelo Andrade¹

Descritores

Hiperplasia endometrial/diagnóstico; Hiperplasia endometrial/terapia; Câncer de endométrio/diagnóstico; Câncer de endométrio/terapia; Câncer de corpo uterino

Como citar?

Yoshida A, Sarian LO, Andrade LA. Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 76/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 76, acesse: <http://www.Febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

A hiperplasia endometrial (HE), CID-10 N85.0, é uma entidade nosológica que representa todo um espectro de alterações endometriais morfológicas. Estima-se que a incidência de HE seja de aproximadamente três vezes a de câncer endometrial (CE), CID-10 C54. Ela é caracterizada por um aumento da relação glândula-estroma endometrial quando comparada ao endométrio proliferativo normal. A relevância do conhecimento dessa doença reside na associação do risco de progressão para o CE, além da hiperplasia atípica ser considerada uma lesão precursora do CE do tipo endometrióide. Além disso, a HE e o CE compartilham fatores de risco similares.⁽¹⁾ A HE subdivide-se em 1) hiperplasia benigna e 2) hiperplasia atípica ou neoplasia intraepitelial endometrial (HA/NIE) (Figura 1).⁽²⁾

Com relação ao câncer de corpo uterino no Brasil, foram estimados 6.600 casos novos, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 6,22 casos a cada 100 mil mulheres.⁽³⁾ No mundo, o câncer de corpo uterino é a segunda neoplasia ginecológica mais incidente, com 382.069 casos novos e 89.929 mortes estimadas em 2018.⁽⁴⁾

A classificação histológica do CE, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), subdivide os tumores nos seguintes tipos histológicos: 1) carcinoma endometrióide; 2) carcinoma mucinoso; 3) carcinoma seroso; 4) carcinoma de células claras; 5) tumores neuroendócrinos (subdividido em tumores neuroendócrinos de baixo grau e de alto grau); 6) adenocarcinoma misto; 7) carcinoma indiferenciado; 8) carcinoma desdiferenciado (Figura 2).⁽²⁾ O carcinosarcoma uterino possui dois componentes: o epitelial (componente principal) e o sarcomatoso ou mesenquimal. Esse tipo de tumor apresenta comportamento biológico agressivo, similar aos carcinomas de alto grau uterinos, e está associado às mutações TP53 em até 60% dos casos.⁽⁵⁾ O tratamento para a HE e o CE costuma ser curativo na maior parte das vezes. Dos CEs, 80% são diagnosticados em estágio I, com taxa de sobrevivência em cinco anos de 95%.⁽⁶⁾

ETIOLOGIA

O principal fator de risco para o CE, assim como para a HE, é a exposição prolongada aos estrógenos, sem oposição da progesterona. Desconsiderando as situações de uso clínico de estrógenos exógenos (por exemplo, tratamento dos sintomas climatéricos, uso de tamoxifeno para o tratamento de câncer de mama), essa situação ocorre mais comumente em duas circunstâncias: 1) obesidade e 2) síndrome dos ovários policísticos (SOP). A obesidade atinge níveis epidêmicos no mundo desenvolvido e também nas regiões em desenvolvimento, contribuindo para o aumento da incidência da neoplasia.⁽⁷⁾ Na pré-menopausa, a produção cíclica de estrógenos pelos

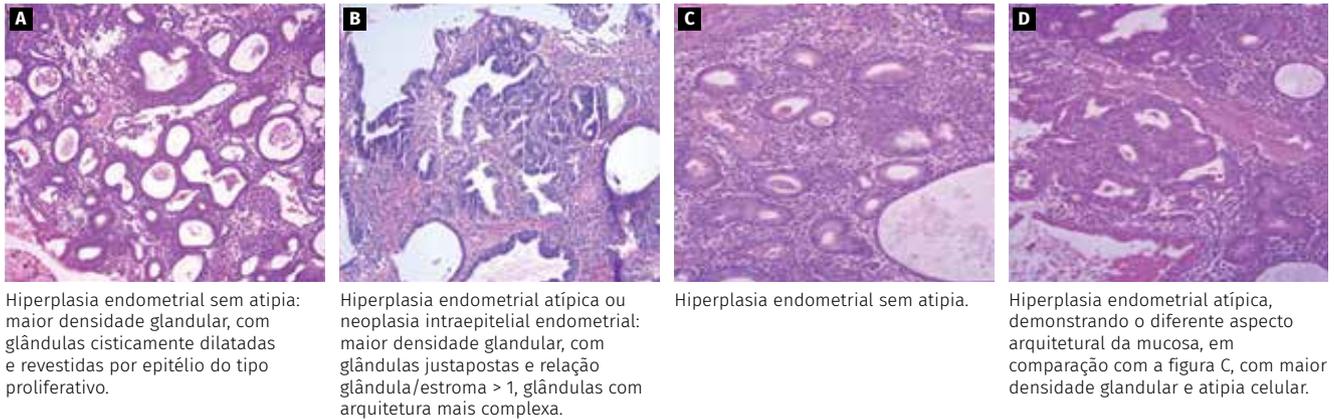


Figura 1. Tipos de hiperplasia endometrial

ovários leva à proliferação do endométrio. Na pós-menopausa, o tecido adiposo periférico constitui o principal local de síntese do estrogênio. Outros fatores como *diabetes mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica, a própria idade (o CE é mais frequente na pós-menopausa), nuliparidade, infertilidade, idade precoce da menarca, idade tardia da menopausa e a história familiar/predisposição genética (síndrome de Lynch) também devem ser considerados.⁽⁸⁾ As mulheres com SOP apresentaram um aumento de risco estatisticamente significativo de CE em metanálise envolvendo estudos observacionais.⁽⁹⁾ É importante ressaltar que existem vários fatores confundíveis associados à população de mulheres com SOP dos estudos, como obesidade, DM, inflamação e síndrome metabólica. No entanto, prevalece um consenso de que mulheres com SOP, em amenorreia, têm um risco aumentado para HE e CE.⁽⁹⁾

FISIOPATOLOGIA

O endométrio pode receber estímulo de estrógenos sem oposição da progesterona por diversas vias ou mecanismos: 1) iatrogênico (por exemplo, reposição hormonal apenas com estrógenos); 2) produção de estrógenos por meio de tumores funcionais (por exemplo, tumor da célula da granulosa); 3) perimenopausa, que cursa com níveis elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH), diminuição da reserva ovariana e ciclos anovulatórios frequentes; 4) obesidade, que cursa com resistência à insulina, aumento dos níveis de insulina, diminuição dos níveis da globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG, do inglês *sex hormone binding globulin*) e aromatização de andrógenos para estrógenos; 5) SOP, que cursa com hiperinsulinemia, aumento da relação hormônio luteinizante (LH)/FSH, hiperandrogenemia e ciclos anovulatórios.⁽¹⁰⁾ O estrogênio leva à proliferação das glândulas endometriais,

atuando como um agente promotor. O processo pode ser revertido pela administração de terapia com progestágenos, que podem agir como agentes supressores. Em pacientes de risco, um clone mutante pode se desenvolver em glândulas endometriais fenotipicamente normais. Esse clone mutante pode ser selecionado e progredir com o auxílio dos estrógenos sem oposição da progesterona. Com o acúmulo de dano genético, fenômeno esse ainda não completamente elucidado, o clone mutante pode proliferar, causando progressão para HA/NIE. Modificadores endócrinos podem levar à involução da HA/NIE (por exemplo, progestágeno). A mulher pode apresentar espessamento endometrial em exame de ultrassom (US) transvaginal com sangramento uterino anormal. Com o contínuo acúmulo de múltiplos eventos genéticos, a HA/NIE pode progredir para transformação de CE.⁽¹⁰⁾

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de HE ou CE é feito mediante a avaliação histológica de tecido endometrial. As mulheres com HA/NIE ou CE classicamente apresentam sangramento pós-menopausa, ou seja, aquele quando transcorreram pelo menos 12 meses desde o último período menstrual, em mulheres que não estão sob terapia hormonal (TH) para sintomas climatéricos. Já as pacientes na pré-menopausa ou perimenopausa apresentam sangramento intermenstrual ou menstruação prolongada e frequentemente têm antecedente de menstruação irregular, disfuncional, que sugere anovulação.⁽¹⁾ As mulheres em uso de TH devem ser investigadas quando apresentarem sangramento não programado.

Essas mulheres com os sintomas supradescritos devem ser submetidas à anamnese completa e ao exame físico e ginecológico, incluindo o exame especular para a visualização do colo uterino e vagina.⁽¹⁾ O US transva-

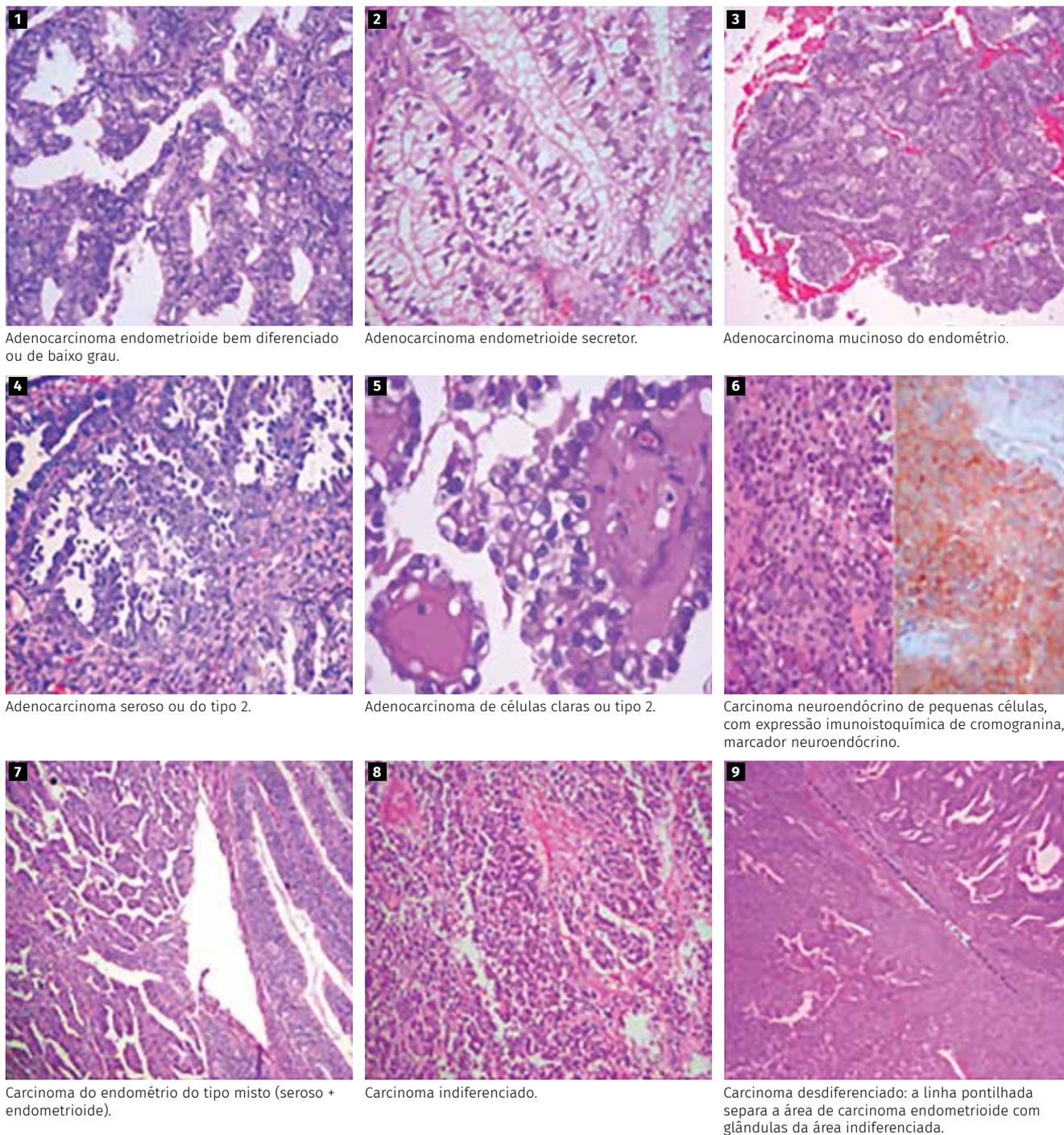


Figura 2. Tipos histológicos do carcinoma de endométrio

ginal com a medida da espessura da linha endometrial é o exame complementar inicial. Na paciente com sangramento pós-menopausa, o espessamento endometrial ≥ 4 mm deve ser investigado. Se < 4 mm e ausência de qualquer irregularidade no endométrio, a biópsia de endométrio será necessária se houver recorrência

do sangramento.⁽¹⁾ Nas pacientes na pós-menopausa em uso de TH, assintomáticas, o limite superior da linha endometrial é 8 mm. Se apresentarem sangramento vaginal, a biópsia é necessária se > 5 mm. Entretanto, o diagnóstico definitivo de CE é por amostra histológica, e na persistência de sangramento, mesmo com US

transvaginal normal, a investigação deve prosseguir.⁽¹⁾ As mulheres em uso de tamoxifeno menopausadas devem ser informadas sobre o risco aumentado de HE, CE e sarcoma endometrial. Qualquer sangramento vaginal na usuária de tamoxifeno menopausada deve ser investigado com biópsia. A princípio não há aumento de risco de CE na usuária de tamoxifeno na pré-menopausa, mas elas devem ser investigadas na vigência de sangramento uterino anormal.⁽¹¹⁾

A biópsia de endométrio com Pipelle® é realizada ambulatorialmente, e a histeroscopia cirúrgica (B) é indicada para casos em que as mulheres não têm condições para biópsia endometrial ambulatorial (por exemplo, estenose cervical, intolerância ao exame ambulatorial por dor) ou para aquelas de alto risco para CE.⁽¹⁾ O sangramento pós-menopausa recorrente pode ser investigado com histeroscopia com biópsia endometrial, e a histerectomia total pode ser considerada em caso de sangramento pós-menopausa recorrente já devidamente investigado, com biópsia(s) negativa(s).⁽¹⁾ Não há evidência para se realizar rastreamento de CE nas mulheres assintomáticas, da população geral.⁽⁶⁾ Para as mulheres de alto risco para CE, ou seja, obesas, com SOP, DM, infertilidade, menopausa tardia ou nulíparas, o rastreamento também não é recomendado.⁽⁶⁾ Mulheres com tumores das células da granulosa do tipo adulto que não foram submetidas à histerectomia devem ter biópsia de endométrio realizada. Se não houver evidência de doença, não há necessidade de realizar mais exames.⁽⁶⁾ Pacientes que foram submetidas a tratamento de carcinoma de ovário, com preservação da fertilidade, também devem ter uma amostra endometrial no momento do diagnóstico.⁽⁶⁾ O rastreamento de rotina para usuárias de tamoxifeno assintomáticas não é recomendado.⁽⁶⁾ Para as mulheres portadoras de mutação da síndrome de Lynch, o seguimento com exame ginecológico, US transvaginal e biópsia de endométrio deve ser oferecido e iniciado aos 35 anos, repetido anualmente, até a realização da histerectomia.⁽⁶⁾ A histerectomia total com salpingo-ouferectomia profilática, realizada preferentemente por meio de cirurgia minimamente invasiva (CMI), deve ser oferecida às portadoras de mutação para síndrome de Lynch aos 40 anos de idade.⁽⁶⁾

TRATAMENTO DA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

As pacientes com hiperplasia benigna (HB) têm um risco de progredir para CE de menos de 5% em 20 anos, e a maioria dos casos de HB regride espontaneamente durante o seguimento.⁽¹²⁾ Portanto, para essas pacientes, a observação apenas com biópsias de endométrio, para avaliar a regressão da HB, deve ser considerada, sobretudo se alguns fatores de risco puderem ser re-

vertidos. No entanto, o tratamento com progestágenos resulta em maior taxa de regressão da doença quando comparado apenas com observação.⁽¹²⁾ O sistema intrauterino (SIU) liberador de levonorgestrel é a primeira linha de tratamento, porque apresenta maior taxa de regressão com menos efeitos colaterais.⁽¹²⁾ As mulheres que não quiserem usar o SIU podem ser tratadas com progestágenos contínuos como acetato de medroxiprogesterona 10 a 20 mg/dia ou noretisterona 10 a 15 mg/dia.⁽¹²⁾ Progestágenos cíclicos não devem ser usados para esse tratamento.⁽¹²⁾ A histerectomia total é indicada para mulheres com HB nos seguintes casos: quando não desejam preservar a fertilidade e tiveram progressão para HA/NIE, quando não apresentaram regressão histológica da HB, mesmo após 12 meses de tratamento, nos casos de recidiva com HE após o término do tratamento, quando os sintomas de sangramento persistem ou quando a paciente não deseja ou não adere ao seguimento.⁽¹²⁾

As mulheres com HA/NIE devem ser submetidas à histerectomia total com ou sem salpingo-ouferectomia bilateral, preferentemente, por via laparoscópica, devido ao risco de uma neoplasia maligna não diagnosticada ou progressão para CE.⁽¹²⁾ Para as mulheres que desejam preservar a fertilidade ou não são candidatas à cirurgia, a primeira linha de tratamento é o SIU liberador de levonorgestrel, e os progestágenos orais são a segunda melhor alternativa.⁽¹²⁾ (B) Quando a prole estiver completa, a histerectomia total deve ser oferecida, uma vez que o risco de recorrência da doença é alto e há possibilidade de progressão para CE.⁽¹²⁾

TRATAMENTO DO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

O quadro 1 elenca o estadiamento do CE da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).⁽¹³⁾

Basicamente, o CE é tratado com cirurgia e terapia adjuvante ou não, de acordo com os achados histopatológicos.⁽¹⁴⁾

A abordagem cirúrgica é feita preferentemente por CMI devido à menor taxa de morbidade pós-operatória e menos dias de internação, comparado à laparotomia.⁽¹⁾ Além disso, a CMI para o tratamento do CE não está associada ao comprometimento do desfecho oncológico. A cirurgia por robótica não parece ser inferior à laparoscopia para o tratamento do CE.^(1,15)

O tratamento cirúrgico padrão para CE estágio I é a histerectomia total com salpingo-ouferectomia bilateral para tumores G1 ou G2 do tipo endometriode, aparentemente confinados ao útero. Apesar de ser uma situação mais rara, mulheres na pré-menopausa com CE em estágio inicial, com infiltração miometrial < 50%, grau 1, podem ter os ovários preservados.⁽¹⁴⁾ Não há evidência para a realização de linfadenectomia sistemática

Quadro 1. Estadiamento do Carcinoma de Endométrio da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria

Estádio	Descrição
I	Tumor limitado ao corpo uterino
IA	Tumor limitado ao endométrio ou < 50% de invasão miometrial
IB	≥ 50% de invasão miometrial
II	Tumor invade o estroma cervical, mas não se estende além do útero
III	Tumor com extensão local e/ou regional
IIIA	Tumor envolve a serosa uterina e/ou anexo(s)
IIIB	Envolvimento parametrial ou vaginal
IIIC	Metástases para linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos
IIIC1	Metástases para linfonodos pélvicos
IIIC2	Metástases para linfonodos para-aórticos com ou sem metástases para linfonodos pélvicos
IV	Metástases intra ou extra-abdominais
IVA	Invasão da bexiga ou mucosa intestinal
IVB	Metástases a distância (incluindo metástase intra-abdominal e/ou para linfonodos inguinais)

Fonte: Traduzido e adaptado de FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. Int J Gynaecol Obstet. 2014;125(2):97-8.⁽¹³⁾

(pélvica e paraaórtica até o nível das veias renais) em mulheres com CE de baixo risco (invasão miometrial < 50%, grau 1 ou 2).⁽⁶⁾ A linfadenectomia em pacientes com risco intermediário (invasão miometrial > 50% ou grau 3 com invasão miometrial < 50%) não foi associada à melhor sobrevida, mas pode ser considerada com a finalidade diagnóstica para o correto estadiamento cirúrgico da doença.⁽⁶⁾ Entretanto, a linfadenectomia é recomendada para as pacientes de alto risco (grau 3 com invasão miometrial > 50%).⁽⁶⁾

O quadro 2 lista as características dos grupos de risco para guiar tratamento adjuvante do CE, adaptado de Colombo *et al.*⁽⁶⁾

A extensão da abordagem cirúrgica linfonodal é motivo de extenso debate. Pode ir desde a sua omissão, à realização de linfadenectomia pélvica somente ou pélvica e paraaórtica. Deve-se ressaltar que nem todas as pacientes são elegíveis à linfadenectomia devido ao elevado risco cirúrgico.⁽¹⁵⁾ A revisão da Cochrane publicada em 2017 mostrou que não há evidência de que a linfadenectomia no CE diminua o risco de morte ou de recorrência da doença, comparada a não linfadenecto-

Quadro 2. Classificação de grupos de risco para guiar o tratamento adjuvante do câncer de endométrio

Grupos de risco	Características
Baixo	CE endometriode estádio I, grau 1 ou 2, < 50% de invasão miometrial, invasão linfovascular (-)
Intermediário	CE endometriode, grau 1 ou 2, > 50% de invasão miometrial, invasão linfovascular (-)
Intermediário alto	CE endometriode estádio I, grau 3, < 50% de invasão miometrial, independente do status de invasão linfovascular CE endometriode, grau 1 ou 2, invasão linfovascular (+), independente do grau de invasão miometrial
Alto	CE endometriode estádio I, grau 3, ≥ 50% de invasão miometrial, independente do status de invasão linfovascular CE estádio II CE endometriode estádio III, sem doença residual CE seroso ou células claras, ou indiferenciado ou carcinosarcoma
Avançado	CE estádio III com doença residual e CE estádio IVA
Metastático	CE estádio IVB

Fonte: Traduzido e validado de Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. Int J Gynecol Cancer. 2016;26(1):2-30.⁽⁶⁾

mia em mulheres com doença em estágio I presumida. As mulheres submetidas a linfadenectomia apresentaram maior morbidade sistêmica associada à cirurgia e formação de linfedema/linfocele. Ainda não há evidência obtida de estudo randomizado controlado que mostre o impacto da linfadenectomia em mulheres com doença em estágio mais avançado e aquelas com alto risco de recorrência.⁽¹⁶⁾

Além disso, diversos estudos prospectivos e retrospectivos têm mostrado que, comparado com a linfadenectomia sistemática, o mapeamento de linfonodo sentinela com *ultrastaging* (procedimento realizado por meio da avaliação histológica e imunoistoquímica capaz de detectar metástase de pequeno volume no linfonodo) pode aumentar a detecção de metástase linfonodal com menor taxa de falso-negativo em mulheres com doença aparentemente confinadas ao útero.⁽¹⁵⁾ A avaliação visual das superfícies peritoneal, diafragmática e serosa com biópsia de lesões suspeitas é importante para excluir doença extrauterina. O mapeamento com linfonodo sentinela pode ser considerado no estadiamento cirúrgico de doença restrita

ao útero pelos métodos de imagem e pela avaliação intraoperatória. Pode ser utilizada em histologias de alto risco (seroso, células claras, carcinosarcoma). Todo(s) o(s) linfonodo(s) mapeado(s) deve(m) ser retirado(s). No entanto, quando o mapeamento falha na hemipelve, é necessário que a linfadenectomia ipsilateral seja realizada. Se houver linfonodo suspeito ou de grande volume, pélvico ou paraórtico, ele deve ser removido a despeito do mapeamento.⁽¹⁵⁾ A linfadenectomia paraórtica pode ser realizada em mulheres com tumores de alto risco: com invasão miometrial profunda, histologia de alto grau e CEs seroso, de células claras e carcinosarcoma.⁽¹⁵⁾ A omentectomia deve ser realizada no CE seroso, de células claras e carcinosarcoma.⁽¹⁵⁾

Uma metanálise recente envolvendo seis estudos publicados entre 2015 e 2018 avaliou o papel do linfonodo sentinela em comparação à linfadenectomia no tratamento do CE. O mapeamento com linfonodo sentinela obteve maior taxa de detecção de doença linfonodal pélvica do que a linfadenectomia (em relação à detecção de doença em linfonodos paraórticos, não houve diferença entre os grupos), além de não ter sido inferior à linfadenectomia em relação ao desfecho oncológico, apresentando prevalências similares de recorrências em qualquer sítio ou em linfonodos. Apesar desses achados serem mais evidentes em pacientes de baixo risco para disseminação linfática, o mapeamento com linfonodo sentinela possibilitou uma detecção precisa dos linfonodos positivos mesmo em câncer de endométrio de alto risco.⁽¹⁷⁾

A histerectomia radical é uma alternativa para a histerectomia simples associada à radioterapia para as pacientes com doença em estágio II, mas o grau de radicalidade deve ser limitado a garantir as margens livres de tumor. As pacientes com tumores em estágio II devem ser submetidas à linfadenectomia pélvica e para-aórtica.⁽¹⁾

A ressecção cirúrgica completa de toda a doença visível em pacientes com CE em estágio III ou IV pode ser considerada em pacientes selecionadas, com condições clínicas e cirúrgicas adequadas, uma vez que evidências limitadas mostram aumento da sobrevida nesses casos.⁽¹⁾ Se possível, a linfadenectomia sistemática é preferível à palpação e retirada dos linfonodos aumentados somente.⁽¹⁾ Dessa forma, a primeira abordagem terapêutica desses casos avançados é idealmente cirúrgica, mas pode ser quimioterapia neoadjuvante naquelas com metástase a distância⁽¹⁾, ou radioterapia, no caso de paciente com doença metastática vaginal.⁽⁶⁾

Não há necessidade de tratamento adjuvante com radioterapia para CE endometriode de baixo risco.⁽¹⁾

Para pacientes do grupo de risco intermediário, na ausência de invasão linfovascular, não há benefício da

radioterapia externa com relação à sobrevida global quando comparada com a braquiterapia. Apesar de a radioterapia externa diminuir o risco de recorrência local, pode ter um impacto negativo na qualidade de vida das pacientes.⁽¹⁾

As pacientes com CE endometriode de alto risco podem apresentar melhora da sobrevida e diminuição da recorrência pélvica ao serem submetidas à radioterapia externa adjuvante, porém com redução da qualidade de vida, no longo prazo, pela radioterapia pélvica. As mulheres devem pesar os prós e contras da terapêutica.⁽¹⁾ A braquiterapia vaginal pode reduzir o risco pequeno de recorrência vaginal após cirurgia de CE, porém a braquiterapia não confere aumento na sobrevida.⁽¹⁾ A quimioterapia adjuvante, com esquema baseado em platina, pode ser uma opção para as pacientes com CE endometriode de alto risco, porém com baixa probabilidade de aumento da sobrevida.⁽¹⁾

O tratamento com quimioterapia neoadjuvante pode ser aplicado em pacientes com CE avançado, que não são candidatas à cirurgia como tratamento primário.⁽¹⁾ O esquema quimioterápico neoadjuvante é composto por carboplatina e paclitaxel.⁽¹⁾ A radioterapia externa com ou sem braquiterapia ou, ainda, a braquiterapia isolada são opções de tratamento para as pacientes com CE que não podem ser operadas.⁽¹⁾

O tratamento hormonal também pode ser recomendado para EC endometriode avançado ou recorrente,⁽⁶⁾ sendo mais efetivo para tumores endometrioides graus 1 ou 2, sem rápida progressão da doença.⁽⁶⁾ A positividade para receptor de estrógeno e/ou progesterona pode ser um fator preditivo de resposta à terapia endócrina,⁽⁶⁾ portanto o ideal é que seja determinada por biópsia da doença recorrente antes de se iniciar o tratamento, devido à possibilidade de haver diferenças no *status* dos receptores hormonais entre o tumor primário e o metastático.⁽⁶⁾ O acetato de medroxiprogesterona 200 mg por dia ou acetato de megestrol 160 mg por dia são os progestágenos utilizados.⁽⁶⁾

Outras opções que vêm sendo mais recentemente testadas para mulheres com CE avançado/recorrente são terapia anti-HER-2, imunoterapia com inibidores de *checkpoints*, terapia antiangiogênica e inibidores da *POLY (ADP-ribose) polymerase (PARP)*.⁽¹⁸⁾

A preservação da fertilidade em mulheres com CE é uma questão controversa e não é o tratamento-padrão. A princípio, aquelas com CE endometriode G1 com < 50% de profundidade de invasão miometrial, com desejo reprodutivo, podem ser manejadas conservadoramente, com envolvimento de uma equipe multidisciplinar, em centro especializado.⁽¹⁾ O diagnóstico histológico, neste caso, deve ser feito por patologista especialista.⁽⁶⁾ A ressonância magnética pélvica é necessária para avaliar a profundidade de invasão mio-

metrial e excluir comprometimento dos ovários, sendo o US transvaginal realizado por examinador experiente uma alternativa.⁽⁶⁾ Outros exames de imagem podem ser necessários para excluir outros sítios metastáticos. O tratamento medicamentoso recomendado é o acetato de medroxiprogesterona 400 a 600 mg/dia ou megestrol 160 a 320 mg/dia, mas o tratamento com SIU liberador de levonorgestrel associado ou não ao análogo de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH, do inglês *gonadotropin-releasing hormone*) também pode ser considerado. As biópsias de endométrio devem ser feitas a cada três a seis meses no primeiro ano e bianualmente nos anos subsequentes, realizadas preferentemente por histeroscopia cirúrgica.⁽¹⁾ Diante de resposta completa (ausência de neoplasia) por seis meses, a paciente é encorajada a engravidar. Quando a prole estiver completa ou se houver progressão da doença na amostra endometrial, a paciente deve ser submetida a histerectomia total com salpingo-óforotomia bilateral com avaliação linfonodal de acordo com os achados no intraoperatório.⁽¹⁵⁾

Para mulheres com CE não endometrióide (alto risco), após estadiamento cirúrgico completo, deve-se considerar quimioterapia adjuvante.⁽⁶⁾ Para estágio Ia, se invasão linfovascular ausente, considerar braquiterapia vaginal somente, sem quimioterapia.⁽⁶⁾ Para estágio \geq Ib, deve-se considerar radioterapia externa, além da quimioterapia, sobretudo para pacientes com acometimento linfonodal por neoplasia.⁽⁶⁾

Em 2013, o projeto *The Cancer Genome Atlas* (TCGA) mostrou que o CE pode ser reclassificado em quatro novos grupos prognósticos moleculares: 1) Ultramutado, que inclui CE endometrióide de graus variados, com alta taxa de mutação e mutações no domínio da *polymerase-ε* (POLE); 2) Hipermutado, que envolve os CEs endometrioides de graus variados com alta taxa de mutação, com instabilidade microssatélite (MSI); 3) Baixo número de cópias (p53 tipo selvagem), que inclui CE endometrióide de baixo grau, com baixa taxa de mutação e baixa taxa de alteração no número de cópias somáticas; 4) Alto número de cópias (p53 mutado), que é composto por CEs serosos com baixa taxa de mutação, mas alta taxa de alteração no número de cópias somáticas, além de mutações TP53.⁽¹⁹⁾

Uma metanálise recente envolvendo seis estudos, em que os grupos MSI e p53 mutados foram avaliados por imunistoquímica e o grupo POLE, por análise de sequenciamento, mostrou que, quando comparados ao grupo p53 tipo selvagem, o prognóstico do grupo p53 mutado foi o pior, com piora quando associado a fatores clinicopatológicos desfavoráveis. Já o prognóstico do grupo MSI se sobrepõe com o do grupo p53 selvagem, mas também é agravado por fatores clinicopatológicos desfavoráveis. Por fim, o prognóstico do grupo

POLE foi o melhor e não foi afetado pelos fatores clinicopatológicos.⁽¹⁹⁾

Os CEs dos grupos POLE e o de instabilidade microssatélite estão associados com maior número de linfócitos infiltrados no tumor e alta carga de neoantígenos, o que sugere que sejam responsivos à imunoterapia. A *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou recentemente o uso do pembrolizumabe, uma imunoterapia antiproteína morte celular programada-1 para as mulheres com CE metastático, do grupo instabilidade microssatélite.⁽¹⁸⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. As características típicas da mulher acometida por HE ou CE (presentes concomitantemente em cerca de 80% dos casos) são: obesidade, diabetes, hipertensão e sangramento vaginal na pós-menopausa.
2. Hiperplasia atípica e neoplasia intraepitelial endometrial (HA/NIE) devem ser consideradas sinônimos para efeitos de avaliação de risco para CE e tratamento.
3. A avaliação histológica de tecido endometrial está indicada para mulheres com sangramento pós-menopausa e pacientes na pré-menopausa ou perimenopausa que apresentam sangramento intermenstrual ou menstruação prolongada e antecedente de menstruação irregular, disfuncional, que sugere anovulação.
4. Na paciente com sangramento pós-menopausa, o espessamento endometrial \geq 4 mm deve ser investigado. Se $<$ 4 mm e ausência de qualquer irregularidade no endométrio, a biópsia de endométrio será necessária se houver recorrência do sangramento.
5. Não há evidência para se realizar rastreamento de CE nas mulheres assintomáticas da população geral.
6. Mulheres com hiperplasia benigna têm chance de progressão para CE menor que 5% e podem ser tratadas conservadoramente, se passíveis de acompanhamento rigoroso.
7. Mulheres com HA/NIE devem ser submetidas ao tratamento-padrão, que consiste na histerectomia total, com ou sem anexectomia bilateral, preferencialmente, por via endoscópica; o tratamento conservador pode ser aplicado, excepcionalmente (prole incompleta ou pacientes não candidatas à cirurgia), com SIU liberador de levonorgestrel.

8. O tratamento para CE em estágio I, com menos de 50% de invasão miometrial, é histerectomia total com salpingo-óoforectomia bilateral, desde que sejam tumores G1 e G2. Para estadiamentos mais avançados, combinações de ampliação cirúrgica com radio/quimioterapia e hormonioterapia serão necessárias.
9. Estudos prospectivos e retrospectivos mostraram que o mapeamento com linfonodo sentinela pode aumentar a detecção de metástase linfonodal com taxa de falso-negativo baixa em mulheres com doença aparentemente restrita ao útero.
10. A reclassificação do CE proposta pelo projeto *The Cancer Genome Atlas* envolve quatro novos grupos prognósticos moleculares: POLE, instabilidade microssatélite, p53 tipo selvagem e p53 mutado, sendo o POLE o de melhor prognóstico e o p53 mutado o de pior prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Sundar S, Balega J, Crosbie E, Drake A, Edmondson R, Fotopoulou C, et al. BGCS uterine cancer guidelines: recommendations for practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:71-97.
2. Kurman R, Carcangiu M, Herrington C, Young R. World Health Organization Classification of Tumors of Female Reproductive Organs. 4th ed. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC) Press; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2019 Nov 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
5. Cantrell LA, Blank SV, Duska LR. Uterine carcinosarcoma: A review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2015;137(3):581-8.
6. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26(1):2-30.
7. Lega IC, Lipscombe LL. Review: Diabetes, Obesity and Cancer – Pathophysiology and Clinical Implications. *Endocr Rev.* 2019 Nov 13. pii: bnz2014.
8. Burke WM, Orr J, Leitao M, Salom E, Gehrig P, Olawaiye AB, et al.; SGO Clinical Practice Endometrial Cancer Working Group; Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Committee. Endometrial cancer: a review and current management strategies: part I. *Gynecol Oncol.* 2014;134(2):385-92.
9. Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ. Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2014;20(5):748-58.
10. Sanderson PA, Critchley HO, Williams AR, Arends MJ, Saunders PT. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Hum Reprod Update.* 2017;23(2):232-54.
11. Committee Opinion No. 601: Tamoxifen and uterine cancer. *Obstet Gynecol.* 2014;123(6):1394-7.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline no. 67: Management of endometrial hyperplasia [Internet]. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2016 [cited 2019 Nov 20]. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf
13. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;125(2):97-8.
14. Kong TW, Ryu HS, Kim SC, Enomoto T, Li J, Kim KH, et al. Asian Society of Gynecologic Oncology International Workshop 2018. *J Gynecol Oncol.* 2019;30(2):e39.
15. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN guidelines version 4.2019. Endometrial carcinoma [Internet]. Plymouth (PA): NCCN c2019. [cited 2019 Nov 15]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf
16. Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10:CD007585.
17. Bogani G, Murgia F, Ditto A, Raspagliesi F. Sentinel node mapping vs. lymphadenectomy in endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2019;153(3):676-83.
18. Brooks RA, Fleming GF, Lastra RR, Lee NK, Moroney JW, Son CH, et al. Current recommendations and recent progress in endometrial cancer. *CA Cancer J Clin.* 2019;69(4):258-79.
19. Raffone A, Travaglini A, Mascolo M, Carbone L, Guida M, Insabato L, et al. TCGA molecular groups of endometrial cancer: Pooled data about prognosis. *Gynecol Oncol.* 2019;155(2):374-83.

Inovar e agregar

Por Letícia Martins



***Agnaldo Lopes
assume a presidência
da maior entidade
representativa dos
ginecologistas e
obstetras brasileiros
com o compromisso
de fazer uma
Febrasgo de todos
para todos***

Eleita com 75% dos votos, a nova diretoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) reúne dez médicos das cinco regiões brasileiras, que emprestarão sólida experiência nas áreas de assistência e de pesquisa para a condução da entidade até dezembro de 2023.

À frente dela, está o médico Agnaldo Lopes da Silva Filho, que assume com o firme propósito de fazer uma Febrasgo cada vez mais unida, forte e atuante. “Vamos buscar a inovação em tudo que fizermos, agregando novos associados e valorizando os atuais. Vamos fazer uma Febrasgo de todos para todos”, declarou.

Por ter nascido em Minas Gerais, onde a Febrasgo foi fundada em 1959, Lopes abraça a responsabilidade de ocupar o cargo de liderança da instituição com orgulho adicional pela feliz coincidência.

O primeiro presidente mineiro da entidade é também o mais jovem médico a ocupar o cargo, aos 47 anos de idade. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1995, fez residência médica em Cirurgia Geral e do Trauma na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da UFMG. Lopes concluiu o doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) e o pós-doutorado pela Universidade do Porto, em Portugal, em 2009.

Atualmente é professor titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da



Da esquerda para a direita, em pé: Almir Antônio Urbanetz, César Fernandes, Ricardo de Almeida Quinteiros, Olímpio B. de Moraes Filho, Agnaldo Lopes (presidente), Carlos Augusto Pires Costa Lino e Sérgio Podgaec.

Da esquerda para a direita, sentados: Marta Franco Finotti, Maria Celeste Wender e Marcelo Zugaib.

UFMG e professor do Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia da Unesp. Sua relação com a Febrasgo vai muito além do estado natal, visto que Lopes integra a instituição há pelo menos seis anos, tendo assumido a vice-presidência da região Sudeste na gestão 2016-2019.

De posse do cargo de presidente, ele afirmou que dará sequência aos projetos “muito bem-sucedidos da Febrasgo, como a matriz de competência da residência médica, o papel da comissão do TEGO e das Comissões Nacionalizadas Especializadas (CNEs), protagonistas em diversas ações, e a questão do profissionalismo, responsabilidade, competência e da transparência na gestão administrativa”.

Lopes aponta também os desafios que o espera, entre eles o de aumentar o quadro associativo, hoje composto por cerca de 16 mil sócios, e trazer médicos recém-formados para a associação. “A média de idade dos associados da Febrasgo é de 51 anos. Precisamos trabalhar ainda mais para atrair os jovens ginecologistas obstetras para a Federação. Queremos reforçar o programa de treinamento dos residentes e trazer cada vez mais ferramentas digitais que cativem o associado, sempre lembrando que nosso objetivo, acima de tudo, é melhorar a saúde da mulher brasileira”, afirmou.

Sobre os temas polêmicos envolvendo a especialidade, o presidente eleito é enfático: “Vamos escutar a sociedade, investir cada vez mais na formação do gi-

necologista obstetra e sempre defender a boa prática obstétrica, baseada nas melhores evidências científicas. Nossa prioridade é o associado com olhos na assistência à mulher brasileira, resgatando o orgulho da nossa especialidade, com investimento na atualização, na valorização do profissional”.

EXPERIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Em 2019, a Febrasgo completou 60 anos de fundação e, nos últimos quatro anos, foi presidida pelo ginecologista **César Eduardo Fernandes**, que tinha três braços direitos: os médicos Marcos Felipe Silva de Sá, Corintio Mariani Neto e Juvenal Barreto B. de Andrade, que assumiram, respectivamente, os cargos de diretor científico, diretor financeiro-administrativo e diretor de defesa e valorização profissional.

“Nossa prioridade é o associado com olhos na assistência à mulher brasileira, resgatando o orgulho da nossa especialidade.”

Agnaldo Lopes, presidente da Febrasgo para a gestão 2020-2023

“Todas as evidências apontam para uma gestão muito profícua e estou muito feliz de participar deste novo momento da Febrasgo.”

César Eduardo Fernandes, diretor científico

O trabalho desenvolvido por eles, com a ajuda dos coordenadores e membros das CNEs, deixou um legado riquíssimo para a Febrasgo e seus associados, uma instituição madura, muito bem organizada, com processos administrativos instalados corretamente, canais de comunicação e atualização científica reconhecidos internacionalmente, além de boa relação com os associados.

Ou seja, a nova diretoria da Febrasgo está herdando uma instituição com uma marca respeitável e bases

sólidas, pronta para alçar novos voos. A renovação se faz importante, mas Lopes também acredita na experiência como um dos pilares para a construção do futuro. Por isso, convidou para compor a diretoria profissionais competentes, abnegados e comprometidos com o futuro da especialidade e da assistência à saúde da mulher. Um deles é o próprio César Fernandes, que assume o bastão de Silva de Sá. “Estou muito esperançoso em relação ao que vai acontecer nesta gestão. Acredito que essa não é uma percepção infundada. Todas as evidências apontam para uma gestão muito profícua e estou muito feliz de participar deste novo momento da Febrasgo”, declarou o novo diretor científico.

O plano, segundo Fernandes, é dar continuidade ao bom trabalho que vinha sendo feito pelo então diretor científico Marcos Felipe Silva de Sá: “O professor Marcos Felipe, conhecido de todos nós pela sua competência, integridade e maneira respeitosa com que trata todos que com ele convivem, conseguiu fazer uma gestão extremamente profícua. Terei como inspiração o trabalho desenvolvido por ele”.



Após diversos anos atuando intensamente na Febrasgo, Silva de Sá não assumirá, nesta nova gestão, nenhuma diretoria, mas Fernandes já avisou que faz questão da presença dele na condução das revistas **RGBO** e **Femina**. “Ambas as publicações vivem um bom momento e procuraremos sempre aperfeiçoar esse trabalho. O professor Marcos Felipe continuará responsável por elas e faço isso com absoluta convicção, porque sei do carinho com que ele trata as revistas. Vamos re-discutir os projetos editoriais, mas acredito que daremos continuidade a essas publicações que são a cereja do bolo da Febrasgo, tendo em vista que são extremamente importantes”, declarou Fernandes.

Uma das primeiras missões será montar, com a presidência da Febrasgo, as 30 CNEs, que devem ter cada uma 15 membros. “Será, sem dúvida, um trabalho hercúleo procurar no Brasil inteiro profissionais que tenham competência e queiram se dedicar a esse árduo trabalho das CNEs”, enfatizou Fernandes.

Além de dar continuidade aos projetos basilares das CNEs (protocolos, normas e recomendações da

Febrasgo) e eventuais atividades, como edições de livros, a diretoria científica também terá pela frente um extenso trabalho de preparar a próxima edição do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), que será realizado na cidade do Rio de Janeiro em 2021.

Para isso, contará com a experiência e o apoio de outro veterano da Febrasgo, o ginecologista **Sérgio Podgaec**,

“Vamos dar continuidade às diversas ações que têm sido feitas na Febrasgo e pensar em novos projetos que possam beneficiar os ginecologistas e obstetras.”

Sérgio Podgaec, diretor administrativo



DIRETORIA DA FEBRASGO – GESTÃO 2020-2023

A Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

Presidente

B Sérgio Podgaec (SP)

Diretor administrativo

C César Eduardo Fernandes (SP)

Diretor científico

D Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

Diretor financeiro

E Maria Celeste Osório Wender (RS)

Diretora de Defesa e Valorização Profissional

F Almir Antônio Urbanetz (PR)

Vice-presidente da região Sul

G Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

Vice-presidente da região Nordeste

H Marcelo Zugaib (SP)

Vice-presidente da região Sudeste

I Marta Franco Finotti (GO)

Vice-presidente da região Centro-Oeste

J Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

Vice-presidente da região Norte

“Tive a oportunidade de participar ativamente da gestão toda da Febrasgo e estou muito sensível a todas as possibilidades de atender da melhor maneira possível o associado.”

Maria Celeste Osório Wender, diretora de Defesa e Valorização Profissional

que foi presidente da CNE de Endometriose de 2011 a 2019, tendo atuado também nos últimos quatro anos na presidência da Comissão de Comunicação Digital. “Foi um período de importantes renovações na forma de comunicação da Febrasgo. Colaboramos para a mudança da marca da entidade, atualizamos o portal inteiro, entramos nas mídias sociais com mais ênfase, desenvolvemos o aplicativo para associados e também criamos a Escola Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia para atualização científica médica dos ginecologistas brasileiros”, resumiu Podgaec, que agora assume como diretor administrativo. “Vamos dar continuidade às diversas ações que têm sido feitas na Febrasgo e, ao mesmo tempo, pensar em novos projetos que possam beneficiar os ginecologistas e obstetras”, completou.

RELAÇÃO COM AS FEDERADAS

Ponto de atenção para a nova diretoria da Febrasgo, o relacionamento com as federadas vai primar pelo diálogo, integração e transparência; uma gestão com a participação das 27 federadas. “A Febrasgo tem uma capilaridade muito grande em função das federadas. Precisamos entender o contexto e a realidade de cada uma delas para, assim, conseguirmos atender todas as mulheres brasileiras”, enfatizou Agnaldo Lopes.

O novo diretor financeiro da Febrasgo endossa a estratégia do trabalho em conjunto. “Tenho a ideia

de trabalhar com as federadas e os vice-presidentes regionais, ouvindo e atendendo o que for possível de suas demandas”, declarou **Olímpio Barbosa de Moraes Filho**, que assume o cargo com boas expectativas. “Estamos recebendo uma Febrasgo mais forte do que nunca, resultante dos grandes avanços e mudanças ocorridas nos últimos anos. Isso tudo aumenta mais ainda nossa responsabilidade”, disse o professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE) e gestor executivo do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam-UPE).

Moraes Filho terá como missão gerenciar a parte financeira da entidade. “A Febrasgo tem uma equipe de profissionais de apoio que facilita o trabalho de qualquer um que ocupe esse cargo, no qual se prioriza a transparência e as divisões de responsabilidade. Estamos com uma reserva financeira nunca alcançada antes. Sem dúvida, esse resultado financeiro é uma condição indispensável para que a Febrasgo atinja seus verdadeiros objetivos, que são o fortalecimento da nossa especialidade em defesa da saúde da mulher e de seus direitos sexuais e reprodutivos”, analisou Olímpio.

Ele acredita que nos próximos quatro anos haverá mais oportunidades de parcerias e patrocínios em iniciativas como o evento CBGO. “A credibilidade atual da Febrasgo abre as portas para novos projetos e parcerias com as empresas privadas, poder público e organizações não governamentais. O que vimos nos últimos anos foi uma verdadeira revolução dos trabalhos realizados pelas nossas Comissões Científicas, trabalho este que tive o prazer de ajudar à frente da Comissão de Pré-Natal. Fizemos, sem dúvida, dois congressos excelentes (Belém e Porto Alegre), de alto nível científico e ao mesmo tempo com grande retorno financeiro. Além disso, entregamos vários produtos para os nossos associados, como os Tratados de Ginecologia e Obstetrícia, projetos que estavam parados há 10 anos e dos quais tive o prazer de participar como um dos editores”, contou.

Moraes Filho também acumula experiência como presidente da Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope) e vice-presidente da Febrasgo região Nordeste na gestão 2011-2015. Atualmente é conselheiro titular do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco e membro do Comitê de Ética e Direitos Reprodutivos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo representa um importante pilar na promoção da qualidade do trabalho do ginecologista obstetra brasileiro e será conduzida a partir de agora pela médica Maria Celeste Osório Wender, professora titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Gran-

“Estamos recebendo uma Febrasgo mais forte do que nunca, resultante dos grandes avanços e mudanças ocorridas nos últimos anos.”

Olímpio Barbosa de Moraes Filho, diretor financeiro

de do Sul (UFRGS) e chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS).

Maria Celeste destaca três dos maiores desafios dessa diretoria: renovar o quadro associativo da Febrasgo, atraindo profissionais recém-formados, garantir que as associações e contratos médicos sejam realizados de forma adequada e que, em todos os estados da Federação, os convênios médicos adotem a última tabela de valores preconizada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e propor questões éticas e jurídicas que ofereçam conforto para o médico trabalhar e condições adequadas de trabalho.

“Também estaremos sempre atentos para defender que os procedimentos realizados pelo ginecologista obstetra sejam efetivamente feitos somente por este médico, que tem a qualificação atestada através do nosso título de especialista. Isso vai prover que as mulheres brasileiras sejam atendidas da melhor maneira possível”, argumentou Maria Celeste, que tem um currículo sólido na área associativa, tendo sido diretora científica da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) por duas gestões, além de diretora administrativa. Na última presidência da Febrasgo, atuou como vice-presidente da região Sul. “Tive a oportunidade de participar ativamente da gestão toda da Febrasgo e estou muito sensível a todas as possibilidades de atender da melhor maneira possível o associado, as questões profissionais dos ginecologistas obstetras do Brasil inteiro e a promoção da saúde da mulher brasileira”, declarou.

FEBRASGO PARA TODOS

Para cumprir com seu objetivo institucional de promover, apoiar e zelar pelo aperfeiçoamento técnico e científico e pelos aspectos éticos do exercício profissional de ginecologistas e obstetras, a Febrasgo conta com representantes nas cinco regiões brasileiras, eleitos com a diretoria administrativa. Além de colaborar com ideias, conteúdo científico e notório saber, os vice-presidentes das regionais Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste têm o papel de defender e trazer para a mesa de discussão os desafios da região onde atuam.

“A nova diretoria está muito bem representada nas cinco regiões do país. Assim, a Febrasgo tende a crescer cada vez mais, com uma atuação muito importante na defesa profissional e na discussão do mercado de trabalho médico, com colocações importantes na defesa do ato médico”, avaliou **Carlos Augusto Pires Costa Lino**, da Bahia, que assume como vice-presidente do Nordeste.

“Nossa missão é lutar para melhorar a condição do ginecologista obstetra no Nordeste, região mais pobre do país. Temos o desafio de promover a educação continuada e atividades *on-line* para os associados que moram no interior do país e em locais de dificuldade de acesso. Vamos buscar uma atuação mais próxima

“Temos o desafio de promover a educação continuada e atividades on-line para os associados que moram no interior do país e em locais de dificuldade de acesso.”

Carlos Augusto Pires C. Lino,
vice-presidente da região Nordeste

dos programas de residência médica, dos residentes e dos preceptores. A Febrasgo já vem fazendo isso, mas precisamos nos aproximar ainda mais”, destacou.

Com mais de 30 anos de atuação como ginecologista obstetra, Lino acredita ser fundamental integrar experiência pessoal e associativa. “Ter passado pela presidência da Sogiba (Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia) trouxe uma visão muito mais ampliada das questões que envolvem o ginecologista obstetra e que podemos repercutir para os associados posteriormente”, disse.



“Acho que o trabalho vai ser muito interessante, porque vamos agregar a parte científica e chegar ao paciente.”

Ricardo Quinteiros, vice-presidente da região Norte

Já o ginecologista **Ricardo de Almeida Quinteiros**, do Pará, destaca que não se pode falar sobre saúde da mulher da região Norte sem tratar do câncer de colo de útero. Como vice-presidente da Febrasgo para representar essa região do país, Quinteiros defende que é necessário atacar o câncer de maneira forte, com vacinas, palestras e mutirões em locais mais longínquos, além de preparar o médico. “É preciso desafogar os hospitais públicos e diminuir bastante as filas. Às vezes, as mulheres chegam na assistência com uma doença pré-maligna e até ela ser atendida muito tempo pode se passar. Além disso, temos uma fila de espera para as cirurgias ginecológicas extremamente longas. Acho que, como entidade, podemos fazer a capacitação de preceptores e residentes em um verdadeiro mutirão de educação médica continuada e de cirurgias para que essas filas sejam menores e mais rápidas e os colegas preceptores e residentes fiquem mais seguros na assistência. Podemos ainda celebrar convênios entre a Febrasgo e os hospitais públicos a fim de aumentar o número de profissionais qualificados”, expôs Quinteiros.

O médico acredita que a diretoria recém-eleita é formada por um grupo extremamente coeso, com médicos pesquisadores e assistencialistas cujas qualidades se completam. “Acho que o trabalho vai ser muito interessante, porque vamos agregar a parte científica e chegar ao paciente. Ao longo dos anos, a Febrasgo foi muito ao encontro do Associado, mesmo porque é a função da entidade, mas podemos ficar mais próximo da mulher brasileira. Precisamos chegar à ponta, à assistência da mulher”, completou o ginecologista,

“Um item desafiador é aumentar o número de associados e as federadas deverão ter atuação importante nesse objetivo.”

Almir Antonio Urbanetz, vice-presidente da região Sul

que acumula 30 anos de formação acadêmica, tendo participado ativamente de congressos médicos e contribuído para o sucesso da edição do CBGO realizada em Belém em 2017.

“A Febrasgo está muito voltada para a educação médica continuada. Ao longo da minha vida profissional e nos últimos anos, tenho participado ativamente da formação de jovens profissionais. Viajei quase todos os estados da região Norte dando palestras e cursos para divulgar o congresso. Fui aprendendo com o tempo como se faz um grande evento e uma importante sociedade”, explicou Quinteiros.

O vice-presidente da região Sul, **Almir Antonio Urbanetz**, também emprestará à nova gestão da Febrasgo, além da vivência acadêmica, uma larga experiência associativa, que começou em 1988, quando foi eleito presidente da Sogipa (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná). Iniciou na Febrasgo em 1989 como membro da Comissão Nacional do TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia) e integrou outras comissões, sendo a mais recente a de Ética e Jurídica, na gestão 2016-2019.

“Teremos muito trabalho até 2023. Vamos avançar nos protocolos de conduta e atualizando-os sempre. As CNEs têm e terão papel preponderante nas revisões e atualizações dos protocolos. Um item desafiador é aumentar o número de associados e as federadas deverão ter atuação importante nesse objetivo. Precisamos auxiliá-las na organização dos eventos locais e regionais e buscar patrocínio para tornar viável a realização da atualização constante”, listou Urbanetz, professor e chefe do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Ele citou também a importância de trabalhar intensamente na melhoria dos honorários médicos: “A Defesa e Valorização Profissional deve ter papel de destaque em defesa dos ginecologistas e obstetras, atuando junto às operadoras de saúde com o objetivo de melhorar e valorizar o trabalho do tocoginecologista. Além da defasagem dos honorários, os valores pagos pela remuneração são muito díspares. Por outro lado, podemos trabalhar junto às Secretarias de Saúde dos estados e municípios com o intuito que sejam oferecidas melhores condições de trabalho”.

DIVERSIDADE DE OPINIÕES

Para o médico e professor titular da disciplina de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **Marcelo Zugaib**, que assume a vice-presidência da região Sudeste na diretoria 2020-2023, a pluralidade de opiniões e a crítica construtiva serão sempre muito bem-vindas e necessárias. “Tenho uma expectativa muito grande de que essa nova diretoria, constituída por pessoas de pensamentos diferentes, terá uma permissividade para o debate e a diversidade, incrementando com isso essa grande

Federação. A gestão da Febrasgo tem que ser enfatizada, olhada e exercida como se uma Federação o fosse na prática e não só no discurso”, afirmou.

No passado, Zugaib militou na gestão de associações, tendo, inclusive, fundado a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp). Após essa experiência, o médico ficou focado na vida acadêmica e acredita que essa bagagem pode trazer contribuições importantes na gestão associativa: “Uma delas é buscar a diversidade de opiniões dentro da gestão associativa. Da discussão, no bom sentido, é que surgem os ajustes e a possibilidade de adquirir, uns com os outros, novas visões”.

Como representante de Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo e Rio de Janeiro, Zugaib pretende fazer uma interlocução maior com as federadas desses dois últimos estados. “Quero fazer uma aproximação com essas federadas a fim de diagnosticar suas dificuldades e, com isso, interceder junto à diretoria da Febrasgo para que soluções sejam encontradas e incentivos sejam dados para que elas possam crescer e exercer ações à altura do que esses estados representam no contexto do Brasil”, argumentou Zugaib, que esclarece que o estado mineiro estará bem representado pelo novo presidente da Febrasgo, Agnaldo Silva, enquanto São Paulo já possui grandes federadas.

Outro tema que o médico e professor considera importante é voltado para a residência médica. Ele explicou: “Buscarei, através do diálogo com os gestores, o acolhimento para pessoas que estão militando em programas de residência médica, em especial os do guarda-chuva do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

MULHERES NA FEBRASGO

Embora a especialidade de ginecologia e obstetrícia seja eminentemente feminina, apenas duas mulheres ocupam cargos na nova diretoria da Febrasgo, composta por 10 membros: Maria Celeste Wender e Marta Franco Finotti, de Goiás, eleita vice-presidente da região Centro-Oeste.

“Acho que a presença majoritariamente masculina tanto em cargos de maior liderança na Febrasgo quanto na participação de congressos científicos se deve a vários fatores. Mas, independentemente de qual seja ele, as mulheres devem ser mais incentivadas a ocupar esses postos”, contextualizou Maria Celeste.

“É muito importante a participação de mulheres na diretoria da Febrasgo. A visão feminina só soma à masculina em busca de melhores condições de saúde da mulher brasileira. O que falta é garantir mais espaço para a participação das GOs em todas as instâncias da Febrasgo”, argumentou Marta.

Ela defende que seja estabelecido, em regimento apropriado, que cargos diretivos da Febrasgo tenham sempre a participação das mulheres associadas, para que no futuro essa participação fique assegurada em

“Quero fazer uma aproximação com as federadas a fim de diagnosticar suas dificuldades e interceder por soluções junto à diretoria da Febrasgo.”

Marcelo Zugaib, vice-presidente da região Sudeste

condições de igualdade. “Nesta gestão teremos o compromisso de lutar em defesa dos direitos integrais das mulheres médicas e contra qualquer tipo de discriminação quanto a cargos e a favor da equidade de vencimentos”, afirmou.

Completando 40 anos no exercício da medicina, Marta é professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás há 33 anos, chefe do setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do Hospital das Clínicas de Goiás (HC-UFG/EBSERH) e já foi presidente da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia (SGGO) por dois mandatos. “Durante a minha vida profissional, exerci



vários cargos administrativos como diretora executiva da Fundação de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Funape) e do Hospital das Clínicas da UFG. Sempre priorizei a vida associativa. Na Febrasgo tenho participação ativa, tendo sido presidente de um grande Congresso Brasileiro, o 48º, realizado em Goiânia”, contou. Ela ainda foi presidente da CNE em Anticoncepção, entre outras participações.

Marta explica que os vice-presidentes atuarão nos pontos que todos os membros da atual diretoria identificaram como mais importantes e que fazem parte das propostas e projetos para a nova Febrasgo. “Todas estas ações são importantes de serem implementadas não só para a região Centro-Oeste, que eu represento, mas, sim, para todas as federadas e seus associados”, frisou Marta. Confira a seguir em “Propostas e projetos”.

Propostas & projetos



DEFESA DO GINECOLOGISTA/OBSTETRA

- Reivindicar na AMB a inclusão de novos procedimentos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM);
- Criar comissões de valorização do ginecologista e obstetra na região Centro-Oeste para unir forças e fortalecer as federadas da região, nas negociações com convênios, empresas e o estado;
- Trabalhar pela valorização diferenciada de consultas de gestação de alto risco;
- Implementar o pagamento diferenciado do acompanhamento ao trabalho de parto e também ao parto;
- Dar ampla divulgação na mídia à qualidade do trabalho dos ginecologistas obstetras, ao comprometimento com a educação continuada e ao elevado nível da assistência à saúde da mulher;
- Respaldar as federadas na realização de fóruns periódicos da defesa e valorização profissional, com o objetivo de conhecer problemas locais e monitorar eventuais intercorrências, para garantir condições adequadas ao exercício da ginecologia e obstetrícia.

DO PONTO DE VISTA CIENTÍFICO

- Criar novas ferramentas digitais para a atualização ágil dos associados;
- Aperfeiçoar continuamente todas as ações e ferramentas de educação médica continuada, além de criar novos canais para o desenvolvimento e reciclagem;
- Garantir a atualização dos protocolos, orientações e recomendações;
- Formatar, em sintonia com as federadas, cursos teóricos e práticos que possam agregar valor à prática clínica diária, a serem multiplicados por todo o Brasil, de acordo com as necessidades e decisão autônoma de cada região.

“É muito importante a participação de mulheres na diretoria da Febrasgo. A visão feminina soma à masculina em busca de melhores condições de saúde para a brasileira.”

Marta Franco Finotti, vice-presidente da região Centro-Oeste

FORMAÇÃO E RESIDÊNCIA

- Trabalhar pelo fim da abertura indiscriminada de escolas médicas;
- Fortalecer os programas de residência médica;
- Aprimorar a capacitação dos preceptores de residência médica.

AÇÕES EM PROL DOS JOVENS GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS

- Organizar fóruns virtuais e presenciais para a discussão sobre as subespecialidades da ginecologia e obstetrícia para que o residente possa fazer uma escolha qualificada de suas opções;
- Oferecer capacitação para os desafios referentes à montagem de consultório: melhor *layout*, normas sanitárias e legislação pertinente, equipamentos básicos, organização de finanças e *marketing*;
- Realizar fóruns sobre o relacionamento médico-paciente, abrangendo os seguintes pontos: melhor comunicação com os pacientes; ações para aumentar a adesão ao tratamento; comunicação de notícias difíceis; vantagens, desvantagens e limites das redes sociais;
- Tomar medidas de prevenção a demandas jurídicas;
- Promover painéis sobre defesa profissional, para que os próprios residentes compartilhem experiências, além de cobrar soluções para suas demandas e anseios;
- Promover videoconferências com a participação dos diversos serviços de residência médica para discussão de casos clínicos escolhidos pelos residentes;
- Promover oficinas e *workshops* gratuitos abrangendo situações não frequentes na prática clínica, em conjunto com os programas de residência.

REPRESENTATIVIDADE E CIDADANIA

- Defender os direitos sexuais e reprodutivos da mulher brasileira;
- Participar de ações políticas e de cidadania por qualidade à saúde feminina;
- Buscar de maneira incessante a melhoria da assistência obstétrica e a redução da mortalidade materna;
- Posicionar e participar, no Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais, das decisões de políticas públicas relacionadas à saúde feminina;
- Rever as áreas de atuação em ginecologia e obstetrícia na AMB;
- Investir e apoiar projetos sociais envolvendo a saúde e a qualidade de vida da mulher brasileira;
- Estreitar os contatos com outras entidades, como AMB, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), para ações de interesse da especialidade e dos ginecologistas obstetras;
- Estabelecer diálogo com conselhos e associações multiprofissionais, para resguardar atos privativos da nossa especialidade.

FOCO NA TRANSPARÊNCIA

- Ampliar cada vez mais os canais de transparência administrativa;
- Manter uma gestão plural e participativa, na qual o sócio possa apresentar ideias, críticas e sugestões para o aperfeiçoamento administrativo da Febrasgo.

BENEFÍCIOS DE SER SÓCIO

- Oferecer assistência jurídica ao associado, por meio de parceria com bancas renomadas;
- Criar novos produtos e vantagens para os sócios;
- Criar plataforma de consultório virtual aos associados, com facilidades para agendamento de consultas, receituário, organização de secretárias, prontuário, entre outras.



ATENÇÃO ASSOCIADOS!!!

FIQUE ATENTO ÀS DATAS DE VENCIMENTO DAS ANUIDADES DE 2020

Pague sua anuidade até 29/02/2020 e tenha acesso ilimitado a todos conteúdos científicos da FEBRASGO e da sua federada!!!



* Você receberá o boleto com a data de 31/12/2020. Fique atento ao realizar o pagamento online.

Acesse e confira os descontos:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/anuidades-2020>

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Avaliação de Residentes em Ambientes da Prática Clínica (*Work-Based Assessment – WBA*)

Gustavo Salata Romão¹, Silvana Maria Quintana², Raquel Autran Coelho Peixoto³, Marcos Felipe Silva de Sá²

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, as avaliações tradicionalmente se propunham a medir o que era mensurável, e não necessariamente o que era importante. Diante dessa constatação, ao longo das últimas três décadas observou-se uma mudança gradual dos métodos de avaliação no ensino médico, procurando-se tornar esse processo cada vez mais coerente com os objetivos de formação.⁽¹⁾

Algumas dessas mudanças merecem destaque, a começar pela substituição de testes que avaliam conhecimento superficial e irrelevante por aqueles que avaliam compreensão, interpretação e análise da aplicação em situações da prática real. Outro importante referencial de mudança foi a formação orientada por competências, que reconhece a necessidade de avaliação de todos os

seus subcomponentes, que incluem conhecimento, habilidades e atitudes. Por fim, a perspectiva psicométrica, que destaca a subjetividade dos avaliadores e a especificidade dos casos clínicos nas provas práticas, que potencialmente interferem no resultado da avaliação do desempenho de alunos, residentes ou candidatos.⁽²⁾ Para que a avaliação das competências médicas se tornasse um processo mais abrangente, válido e confiável, foram elaborados instrumentos com critérios predefinidos, tanto para ambiente simulado, como o Exame Objetivo Clínico Estruturado (OSCE), quanto para ambientes da prática do dia a dia, como o Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex) e a Observação Direta de Procedimentos (*Direct Observation of Procedural Skills – DOPS*).⁽³⁻⁵⁾

A pirâmide de Miller surgiu então como um grande referencial para a avaliação das competências, identi-

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

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

3. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente

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



ficando seus subcomponentes e ao mesmo tempo implicando a sua interdependência.⁽⁶⁾ De acordo com esse modelo, o conhecimento (SABE) é necessário, mas não suficiente para a compreensão (SABE COMO). A compreensão é necessária, mas não suficiente para a habilidade (DEMONSTRA), e a habilidade é necessária, mas não suficiente para o bom desempenho em ambientes de prática (FAZ) (Figura 1). Em 2016 foi proposto um novo patamar à pirâmide de Miller, partindo do pressuposto de que um bom desempenho momentâneo em ambientes da prática clínica não reflete necessariamente a aquisição da identidade profissional (SER).⁽⁷⁾

Como o desempenho em um ambiente controlado ou simulado não prediz de maneira confiável o desempenho na prática clínica, as avaliações em ambientes de prática (*work-based assessment* ou WBA) se tornaram indispensáveis e foram rapidamente incorporadas aos programas de residência médica em todo o mundo. No Reino Unido, por exemplo, a WBA é utilizada em todos os programas reconhecidos pelo *Royal College*.⁽²⁾

Como vantagens, esses instrumentos são de fácil utilização, não interferem na rotina do serviço, possibilitam a identificação e a correção de deficiências de desempenho durante o período de treinamento e se destinam à avaliação dos níveis mais elevados da pirâmide de Miller.^(8,9)

Entretanto, existem algumas limitações relacionadas a esse tipo de avaliação.⁽²⁾ Em relação à validade, esse tipo de abordagem pode ser um tanto “reducionista” para avaliar todas as complexidades do desempenho profissional do médico.⁽²⁾ Em relação à confiabilidade, a análise psicométrica demonstrou resultados altamente variáveis, com grande diferença entre os avaliadores, com uma tendência em classificar a maioria dos estagiários de maneira muito positiva.⁽⁴⁾ Diante dessas limitações, a WBA tem sido utilizada primordialmente como avaliação formativa, embora em alguns casos

também possa ser incluída como um dos componentes da avaliação somativa.⁽¹⁰⁾ Para assegurar a validade da WBA, recomenda-se ampliar o espectro de observação dos casos atendidos com uma amostragem que represente a verdadeira diversidade da prática do residente. Para garantir a confiabilidade da WBA, deve-se ampliar o número de observadores e, se possível, incluir outros olhares além dos preceptores, tais como os seus pares, os outros membros da equipe e as pacientes por ele atendidas.⁽¹⁰⁾

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO EM AMBIENTES DA PRÁTICA CLÍNICA (WBA)

Atualmente existem diversas opções para avaliação em ambientes da prática clínica (WBA). Didaticamente, esses métodos podem subdivididos nas seguintes categorias:⁽¹⁰⁾

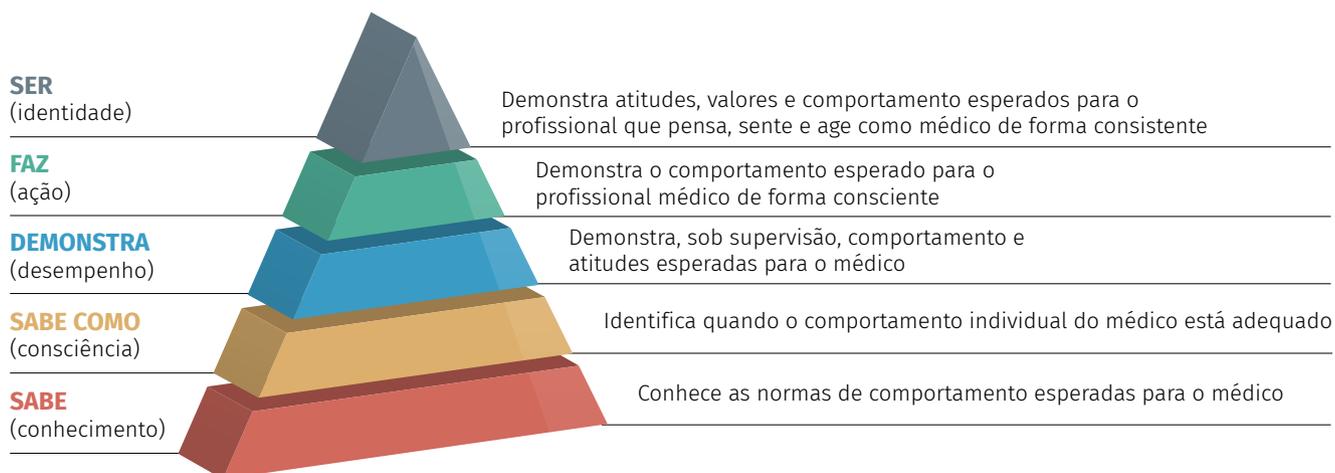
- Métodos de avaliação baseados em observação do desempenho na prática (por um único observador ou por múltiplos observadores);
- Métodos de avaliação baseados em documentos e registros.

O quadro 1 sumariza os principais métodos de avaliação utilizados nesses ambientes. A seguir, serão descritos alguns métodos utilizados em nosso meio.

A seguir, descreveremos os principais instrumentos de avaliação em ambientes da prática clínica (WBA), com ênfase nos mais utilizados em nosso meio.

MINIEXERCÍCIO CLÍNICO AVALIATIVO (MINIEX)

O Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex) é um instrumento de avaliação traduzido e validado para o português por Megale *et al.* (2009)⁽¹¹⁾ a partir de sua versão original, o *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX),



Fonte: Adaptada de Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med.* 2016;91(2):180-5.⁽⁷⁾

Figura 1. Pirâmide de Miller incluindo a identidade profissional⁽⁷⁾

Quadro 1. Métodos de Avaliação em Ambientes da Prática Clínica (WBA)

Observação por um único avaliador	Atendimento Clínico	Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex)
	Discussão de Casos	Case Based Discussion (CbD)
	Profissionalismo	Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-Mex)
	Procedimentos	Direct Observation of Procedures (DOPS)
Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)		
Non-Technical Skills for Surgeons (NOTTS)		
Observação por múltiplos avaliadores (Multiple Source Feedback – MSF)	Avaliação por pares	Peer Assessment Tool (mini-PAT)
	Avaliação por pacientes	Communication Assessment Tool (CAT)
Avaliação baseada em registros	De procedimentos	Diário de bordo (Logbook)
	De atividades	Portfólios

descrito originalmente por Norcini *et al.*, em 2003.⁽³⁾ Trata-se de um instrumento de observação direta de desempenho do residente ou estudante que permite que ele seja avaliado pelo preceptor ou supervisor enquanto realiza uma consulta. Seu principal atributo é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do médico-residente em seu ambiente de trabalho.^(3,8) A consulta clínica deve ser rápida, objetiva e focada em determinada necessidade da paciente, durando em média 15 a 20 minutos. A avaliação pode ser feita em diversos ambientes, como unidades básicas de saúde, ambulatórios, enfermarias, alojamento conjunto ou unidades de pronto atendimento, podendo ocorrer na oportunidade de um primeiro atendimento ou do retorno de uma paciente. Durante a consulta, o examinador observa o desempenho do residente e faz anotações em ficha padronizada. Imediatamente após o término do atendimento, o examinador fornece *feedback* ao residente, reconhecendo as áreas em que foi bem avaliado e pontuando aquelas em que há necessidade de melhorias ou aperfeiçoamento. Ao final, sugere-se que o examinador e o residente estabeleçam um plano de ação ou de melhorias de comum acordo, baseados no desempenho observado. A duração média do *feedback* é de 5 minutos, sendo esse um componente essencial da avaliação. Para cada aplicação do Miniex, o examinador deve registrar a data, o local e o tipo de consulta, as características clínicas da paciente, a complexidade do caso clínico, além do tempo de consulta e de *feedback* (em minutos).^(8,11)

O foco principal da consulta (necessidade de saúde) também deve ser anotado. Nas consultas de retorno, pode corresponder a coleta de dados (anamnese), investigação (diagnóstico), plano de cuidados (tratamento) ou orientações (aconselhamento). Nas primeiras consultas, o foco surgirá durante a consulta.⁽⁸⁾

O examinador deverá avaliar o residente nas seis competências clínicas nucleares descritas a seguir:

- História clínica;
- Competências no exame físico;
- Qualidades humanísticas/profissionalismo;
- Raciocínio e juízo clínico;
- Competências em comunicação e aconselhamento;
- Organização e eficiência.

Os avaliadores mais experientes (*experts*) também poderão avaliar o desempenho global do aprendiz.

O desempenho em cada competência deve ser avaliado em escala de 9 pontos, sendo de 1 a 3 pontos considerado insatisfatório, de 4 a 6, satisfatório e de 7 a 9, acima do esperado ou superior. O conjunto de competências clínicas passíveis de avaliação dependerá do enfoque da consulta, não havendo necessariamente o compromisso de avaliar todas as competências descritas acima em um único atendimento. A tabela 1 apresenta sumariamente um padrão de desempenho satisfatório para cada competência clínica do Miniex.^(8,11)

Quem pode ser avaliador no Miniex?

Preceptores, supervisores, docentes ou até mesmo um residente em fase final de formação poderão conduzir um Miniex, desde que estejam devidamente treinados. Os avaliadores não precisam ter mantido contato com o residente previamente. A avaliação pode ser realizada no ambulatório, na enfermaria, na sala de observação ou em sala de urgência. Tanto o estudante quanto o preceptor podem escolher uma situação para ser avaliada no formato Miniex.⁽⁸⁾

Existem questões éticas envolvidas na aplicação do Miniex?

Sim. Antes de se iniciar a avaliação é necessário informar e obter um consentimento verbal da paciente.⁽⁸⁾

Como preencher o formulário de aplicação do Miniex?

O formulário de avaliação deverá ser preenchido, datado e assinado pelo residente e pelo avaliador em duas vias. Recomenda-se que a via original seja entregue ao estudante e a cópia fique com o avaliador.⁽⁸⁾

Quantas aplicações do Miniex devem ser feitas para cada residente?

Para assegurar a validade e a confiabilidade da avaliação, recomendam-se, em média, seis aplicações do Miniex a cada ano de treinamento do residente. As avaliações devem ser feitas por diferentes avaliadores em diferentes tipos de consulta.⁽⁸⁾

Diversas vantagens têm sido atribuídas ao Miniex, entre as quais podemos citar:⁽⁸⁾

- Permite avaliar o residente no contexto de um atendimento a paciente real;
- Avaliação de curta duração: em geral 10 a 15 minutos;
- Não interfere na rotina do serviço;
- Permite identificar e corrigir deficiências de desempenho;
- Possibilita avaliação formativa por meio de *feedback*;
- Pode ser repetida várias vezes para o mesmo residente.

Dentre os desafios e limitações do Miniex, merecem destaque:⁽⁸⁾

- O alto grau de subjetividade da avaliação, que pode significar um fator de descrédito pelos residentes;
- Há necessidade de capacitação dos avaliadores;
- A avaliação deve ser repetida diversas vezes para se obter um resultado válido e confiável.

OBSERVAÇÃO DIRETA DE PROCEDIMENTOS – DIRECT OBSERVATION OF PROCEDURAL SKILLS (DOPS)

O DOPS é uma variação do Miniex, desenvolvido pelo *Royal College of Physicians*, no Reino Unido, em que o avaliador observa o residente enquanto este realiza um procedimento (como colposcopia, sondagem vesical, histeroscopia diagnóstica), classifica o desempenho e, em seguida, fornece *feedback*.^(5,12) Embora a estrutura de avaliação do DOPS seja semelhante à do Miniex, no DOPS deve-se observar todo o procedimento, incluindo a obtenção do termo de consentimento, a realização do procedimento e a comunicação ao paciente antes e depois do procedimento (Quadro 2); ao passo que no Miniex, pode-se observar e avaliar apenas parte das competências que o compõe.⁽⁵⁾ No DOPS o desempenho do residente é avaliado em uma escala de 6 pontos: 1 e 2 são considerados insatisfatórios, 3 reflete um nível de competência limítrofe, 4 atende às expectativas para o nível de competência esperado e 5 e 6 estão acima do nível de competência esperado (superior). Geralmente, espera-se que a avaliação dure em média 15 minutos e o *feedback*, 5 minutos.⁽¹³⁾ Para garantir a validade e a

Tabela 1. Padrões de desempenho satisfatório no Miniex⁽⁸⁾

ITENS	DESCRIPTOR DE DESEMPENHO SATISFATÓRIO
Habilidades na entrevista	Facilita a narrativa da história pela paciente, utilizando perguntas apropriadas de maneira efetiva para obter informações precisas e adequadas. Responde adequadamente à comunicação verbal e não verbal.
Habilidades no exame físico	Realiza exame clínico apropriado ao problema clínico em sequência lógica e eficiente. Mostra-se sensível ao conforto da paciente, explicando passo a passo suas ações.
Profissionalismo	Mostra-se respeitoso, compassivo e empático, estabelecendo uma relação de confiança e confidencialidade. Atende às necessidades de conforto da paciente, portando-se de forma ética e consciente em relação aos aspectos legais relevantes. Reconhece suas próprias limitações.
Raciocínio clínico	Solicita e realiza exames de investigação adequados com parcimônia. Estabelece diagnóstico coerente com o caso clínico e elabora um plano de cuidados apropriado, considerando os riscos e benefícios das ações propostas.
Habilidades de comunicação	Comunica as informações à paciente em linguagem compreensível, sem jargões, de forma aberta, honesta e empática. Explora, considera e valoriza a perspectiva da paciente, elaborando um plano de cuidados compartilhado com ela.
Organização/eficiência	Estabelece prioridades; é oportuno, conciso e sucinto.
Competência clínica geral	Demonstra julgamento clínico satisfatório, mostrando-se atencioso, compassivo e eficiente. Faz uso adequado de recursos, equilibrando risco e benefícios. Apresenta-se consciente de suas próprias limitações.

Fonte: Norcini JJ. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *Clin Teach*. 2005;2(1):25-30. doi: 10.1111/j.1743-498X.2005.00060.x⁽⁸⁾

confiabilidade da avaliação pelo DOPS, os residentes precisam realizar de quatro a oito encontros observados durante o ano. Preferencialmente, cada encontro deve ser observado por um avaliador diferente. O residente pode escolher o momento, mas os procedimentos devem ser amostrados de uma lista aprovada pelo programa.^(5,14) Esse método de avaliação de habilidades procedurais não se limita aos programas de residência. Paukert *et al.*⁽¹⁵⁾ incluíram habilidades cirúrgicas básicas que devem ser realizadas por estudantes de graduação em medicina. Os alunos recebem uma lista de procedimentos comumente executados para os quais se espera que eles demonstrem competência, como assistência ao parto normal e coleta de citologia oncológica cervical. Durante os estágios práticos os graduandos são avaliados por diferentes médicos e professores.

Quadro 2. Etapas da Observação Direta de Procedimentos (DOPS)⁽¹⁶⁾

O residente decide em qual procedimento será avaliado.
A paciente é informada sobre o procedimento e a avaliação, e o termo de consentimento é obtido.
O residente é observado enquanto realiza todo o procedimento, incluindo os passos técnicos, a informação à paciente antes e após o procedimento, a comunicação com os membros da equipe e as medidas de segurança da paciente.
O residente conclui o procedimento e discute com o avaliador o manejo das possíveis complicações.
O avaliador fornece <i>feedback</i> ao residente e preenche o formulário de avaliação.

Fonte: Adaptado de Bamforth M, Agarwal M. Direct observation of procedural skills (DOPS). In: Bhugra D, Malik A, Brown N, editors. Workplace-based assessments in psychiatry. London: Royal College of Psychiatrists; 2007. p. 56.⁽¹⁶⁾

DISCUSSÃO BASEADA EM CASOS – CASE-BASED DISCUSSION (CBD)

A Discussão Baseada em Casos (CbD) é um tipo de WPBA em que um caso clínico de uma paciente é selecionado para discussão com o residente, preferencialmente em ambiente silencioso e sem interrupções. A discussão estruturada dura em média 20 a 30 minutos, é conduzida pelo avaliador e se baseia no registro das informações em prontuário ou documento equivalente. As competências avaliadas incluem raciocínio clínico, tomada de decisão, planejamento terapêutico e aspectos éticos e profissionais. Ao final da discussão, o *feedback* é fornecido ao residente pelo avaliador, podendo ser realizado de forma oral ou escrita, registrada em portfólio.⁽¹⁷⁾

MINIEXERCÍCIO DE AVALIAÇÃO DE PROFISSIONALISMO – PROFESSIONALISM MINI-EVALUATION EXERCISE (P-MEX)

O P-MEX é um instrumento desenvolvido no Canadá para avaliar o profissionalismo de médicos-residentes e estudantes de medicina. Ao todo são avaliados 24 itens em quatro domínios: relacionamento médico-paciente, habilidades reflexivas, gerenciamento de tempo e relacionamento interprofissional.⁽¹⁸⁾ A estrutura completa do P-MEX foi apresentada no volume 47, número 7 da revista *Femina*, em 2019.⁽¹⁹⁾

AVALIAÇÃO OBJETIVA ESTRUTURADA DE HABILIDADES TÉCNICAS – OBJECTIVE STRUCTURED ASSESSMENT OF TECHNICAL SKILLS (OSATS)

A Avaliação Objetiva Estruturada de Habilidades Técnicas (OSATS) tem por finalidade avaliar o desempenho do residente em procedimentos cirúrgicos. Ao todo, são avaliadas as seguintes habilidades cirúrgicas: conhecimento e manuseio dos instrumentos, cuidados na manipulação dos tecidos, tempo e eficiência dos movimentos, uso apropriado de assistentes, planejamento e fluxo da cirurgia, conhecimento e domínio de procedimentos específicos. A avaliação é realizada pelo examinador em escala Likert de 5 pontos. O OSATS tem sido amplamente aplicado a residentes de áreas cirúrgicas, tanto em modelos animais e simulados quanto em cirurgias com pacientes reais.^(20,21)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE HABILIDADES NÃO TÉCNICAS PARA CIRURGIÕES – NON-TECHNICAL SKILLS FOR SURGEONS (NOTSS)

O instrumento de avaliação de habilidades não técnicas para cirurgiões (NOTSS) foi desenvolvido para avaliar competências cognitivas e comportamentais em sala cirúrgica. As categorias avaliadas são a consciência da situação, tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe e liderança. Os itens de cada categoria são avaliados em quatro níveis, sendo 1 insuficiente, 2 marginal, 3 aceitável e 4 bom.⁽²²⁾

MINI-INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO POR PARES – MINI PEER ASSESSMENT TOOL (MINI-PAT)

O mini-PAT é um instrumento composto por 16 perguntas, com um sistema de avaliação em escala de 6 pontos, com pontuação global e espaço para texto livre.⁽²³⁾ Deve-se solicitar ao residente que indique e forneça o contato de oito pessoas de seu ambiente profissional que atuarão como seus avaliadores. Para essa avaliação, podem ser escolhidos outros médicos-residentes, profissionais de saúde, funcionários ou pacientes. Preferen-

cialmente, deve-se compor uma amostra diversificada de avaliadores, considerando-se o tipo de profissional e o tipo de estágio no qual o residente tenha atuado. Cada avaliador deve fornecer um consentimento verbal para realizar a avaliação do residente. O próprio residente também deverá realizar sua autoavaliação utilizando o mesmo questionário, o qual deverá ser enviado ao preceptor ou supervisor do programa. Os formulários preenchidos pelos avaliadores também deverão ser enviados ao preceptor ou supervisor do programa, porém de forma anônima.⁽²³⁾

DIÁRIO DE BORDO – LOGBOOK

O diário de bordo ou *logbook* é um instrumento para documentação e registro dos procedimentos cirúrgicos realizados pelo residente. Em muitos países onde foi implementado o *logbook* eletrônico (*e-logbook*), os residentes recebem acesso individual ao sistema, no qual devem registrar a sua experiência cirúrgica ao longo de todo o treinamento. Anualmente ou semestralmente os *logbooks* são avaliados pelos supervisores, sendo esse um dos critérios para a progressão do residente no programa.⁽²⁴⁾

PORTFÓLIOS

Os Portfólios vêm sendo utilizados por um número cada vez maior de Programas de Residência em todo o mundo.^(9,25) Na educação médica, os portfólios são classicamente definidos como coleções de evidências, que demonstrem aprendizado, experiência e/ou desenvolvimento profissional.⁽²⁵⁾ Tais evidências podem ser armazenadas em pastas ou arquivos eletrônicos e permitem que o residente possa documentar suas atividades, seu aprendizado e sua evolução no programa de treinamento. Nos portfólios eletrônicos, é possível anexar áudios e vídeos que retratem suas atividades profissionais. Quanto ao controle de seu conteúdo, existem três categorias de Portfólio Eletrônico. No Portfólio de Aprendizado, o residente tem controle total sobre o conteúdo inserido no Portfólio. No Portfólio Estruturado, parte do conteúdo do Portfólio é definido pelo Programa. No Portfólio Vitrine (*Showcase*), o conteúdo a ser inserido é totalmente definido pelo Programa, sendo esse o modelo mais utilizado para avaliação somativa, enquanto os dois modelos anteriores são mais usados para avaliação formativa do residente. A autoavaliação e a análise reflexiva das atividades realizadas são ferramentas úteis para a avaliação formativa, podendo ou não estar presentes no Portfólio, a depender da sua finalidade.⁽²⁵⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não haja evidências diretas de que a WBA (utilizando Mini-Cex e o DOPS) produza impacto educacional significativo, diversos achados indiretos sugerem o

efeito promissor desse tipo de avaliação formativa. Goff *et al.* (2002)⁽²⁶⁾ observaram melhora de desempenho dos estudantes com a quantidade de treinamento realizado. Da mesma forma, Winckel *et al.* (1994)⁽²⁷⁾ avaliaram o desempenho dos aprendizes em cirurgias e encontraram classificações mais altas com o aumento do treinamento. Finalmente, Grober *et al.* (2004)⁽²⁸⁾ descobriram que o treinamento prático em microcirurgia urológica produzia melhores avaliações globais de proficiência técnica do que o treinamento didático. Outros autores evidenciaram melhora da satisfação de aprendizes, avaliadores e pacientes a partir da segunda avaliação WBA. Estudantes, residentes e preceptores consideraram essas ferramentas viáveis e relevantes para o currículo. Há pouca evidência específica sobre o DOPS, mas ela é construída sobre um grande volume de trabalho sobre as classificações globais de habilidades procedurais. Auxilia ainda na aquisição de habilidades como comunicação, profissionalismo, ética e trabalho em equipe.⁽⁴⁾

NOVAS PERSPECTIVAS FUTURAS DA WBA

Atualmente existe uma tendência de sintetizar e integrar as diversas modalidades de avaliação, incluindo a WBA. Os quatro grandes referenciais que orientam essa integração são:⁽⁹⁾

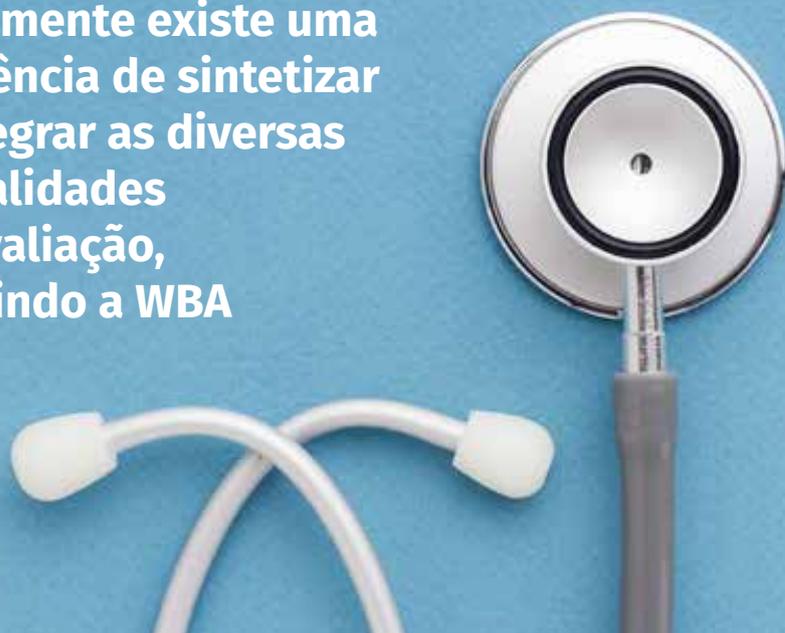
- As EPAS (*entrustable professional activities*) ou atividades profissionais confiáveis, que podem ser designadas ao residente quando ele demonstrou as competências esperadas para a sua execução. Esse tema foi previamente discutido no volume 47, número 12, da revista *Femina*, de 2019.
- Os Milestones ou marcos do desenvolvimento individual do residente ao longo do programa de treinamento.
- A Avaliação Programática, que integra as diversas avaliações para a tomada de decisões sobre progressão, não progressão ou remediação do residente no programa.
- O uso de Portfólios, que permitem o acompanhamento do desenvolvimento do residente no programa, além de gerenciarem e facilitarem a avaliação programática.

REFERÊNCIAS

1. Norcini J, Anderson MB, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, et al. 2018 Consensus framework for good assessment. *Med Teach*. 2018;40(11):1102-9. doi: 10.1080/0142159X.2018.1500016
2. Crossley J, Jolly B. Making sense of work-based assessment: ask the right questions, in the right way, about the right things, of the right people. *Med Educ*. 2012;46(1):28-37. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04166.x
3. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med*. 2003;138(6):476-81. doi: 10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012

4. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA*. 2009;302(12):1316-26. doi: 10.1001/jama.2009.1365
5. Wilkinson JR, Crossley JG, Wragg A, Mills P, Cowan G, Wade W. Implementing workplace-based assessment across the medical specialties in the United Kingdom. *Med Educ*. 2008;42(4):364-73. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03010.x
6. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 Suppl):S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045
7. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med*. 2016;91(2):180-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000000913
8. Norcini JJ. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *Clin Teach*. 2005;2(1):25-30. doi: 10.1111/j.1743-498X.2005.00060.x
9. Holmboe ES. Work-based assessment and co-production in postgraduate medical training. *GMS J Med Educ*. 2017;34(5):Doc58. doi: 10.3205/zma001135
10. Ponnampertuma G. Workplace based assessment. In: Walsh K, editor. *Oxford textbook of medical education*. New York: Oxford University Press; 2013. p. 537-48.
11. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercicio Clínico Avaliativo (Miniex). *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(2):166-75. doi: 10.1590/S0100-55022009000200002
12. Wragg A, Wade W, Fuller G, Cowan G, Mills P. Assessing the performance of specialist registrars. *Clin Med (Lond)*. 2003;3(2):131-4. doi: 10.7861/clinmedicine.3-2-131
13. Dabhadkar S, Wagh G, Panchanadikar T, Mehendale S, Saoji V. To evaluate direct observation of procedural skills in OBGY. *Natl J Integr Res Med*. 2014;5(3):1-6.
14. Morris A, Hewitt J, Roberts CM. Practical experience of using directly observed procedures, mini clinical evaluation examinations, and peer observation in pre-registration house officer (FY1) trainees. *Postgrad Med J*. 2006;82(966):285-8. doi: 10.1136/pgmj.2005.040477
15. Paukert JL, Richards ML, Olney C. An encounter card system for increasing feedback to students. *Am J Surg*. 2002;183(3):300-4. doi: 10.1016/s0002-9610(02)00786-9
16. Bamforth M, Agarwal M. Direct observation of procedural skills (DOPS). In: Bhugra D, Malik A, Brown N, editors. *Workplace-based assessments in psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists; 2007. p. 56.
17. Mohanaruban A, Flanders L, Rees H. Case-based discussion: perceptions of feedback. *Clin Teach*. 2018;15(2):126-31. doi: 10.1111/tct.12654
18. Cruess R, Mclroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The professionalism mini-evaluation exercise: a preliminary investigation. *Acad Med*. 2006;81(10 Suppl):S74-8. doi: 10.1097/00001888-200610001-00019
19. Romão GS, Peixoto RA, Brito MB, Barcelos IDES, Sá MFS. Profissionalismo na residência médica. *Femina*. 2019;47(7):413-8.
20. Landau A, Reid W, Watson A, McKenzie C. Objective structured assessment of technical skill in assessing technical competence to carry out caesarean section with increasing seniority. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(2):197-207. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.019
21. Niitsu H, Hirabayashi N, Yoshimitsu M, Mimura T, Taomoto J, Sugiyama Y, et al. Using the Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) global rating scale to evaluate the skills of surgical trainees in the operating room. *Surg Today*. 2013;43(3):271-5. doi: 10.1007/s00595-012-0313-7
22. Jung JJ, Borkhoff CM, Juni P, Grantcharov TP. Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS): critical appraisal of its measurement properties. *Am J Surg*. 2018;216(5):990-7. doi: 10.1016/j.amjsurg.2018.02.021
23. Abdulla A. A critical analysis of mini peer assessment tool (mini-PAT). *J R Soc Med*. 2008;101(1):22-6. doi: 10.1258/jrsm.2007.070077
24. Lonergan PE, Mulsow J, Tanner WA, Traynor O, Tierney S. Analysing the operative experience of basic surgical trainees in Ireland using a web-based logbook. *BMC Med Educ*. 2011;11:70. doi: 10.1186/1472-6920-11-70
25. Colbert CY, Ownby AR, Butler PM. A review of portfolio use in residency programs and considerations before implementation. *Teach Learn Med*. 2008;20(4):340-5. doi: 10.1080/10401330802384912
26. Goff BA, Nielsen PE, Lentz GM, Chow GE, Chalmers RW, Fenner D, et al. Surgical skills assessment: a blinded examination of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(4):613-7. doi: 10.1067/mob.2002.122145
27. Winkel CP, Reznick RK, Cohen R, Taylor B. Reliability and construct validity of a structured technical skills assessment form. *Am J Surg*. 1994;167(4):423-7. doi: 10.1016/0002-9610(94)90128-7
28. Grober ED, Hamstra SJ, Wanzel KR, Reznick RK, Matsumoto ED, Sidhu RS, et al. Laboratory based training in urological microsurgery with bench model simulators: a randomized controlled trial evaluating the durability of technical skill. *J Urol*. 2004;172(1):378-81. doi: 10.1097/01.ju.0000123824.74075.9c

Atualmente existe uma tendência de sintetizar e integrar as diversas modalidades de avaliação, incluindo a WBA



Novidades no atendimento à mulher vítima de violência

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osório Wender²

1. Hospital Universitário, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.



A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003,⁽¹⁾ estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em 10 de dezembro de 2019, com previsão expressa de entrar em vigor decorridos os decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ou seja, em março de 2020, foi publicada a Lei nº 13.931,⁽²⁾ que altera a lei de notificação compulsória da violência contra a mulher, após o Congresso Nacional derrubar o veto prévio do presidente sobre a questão.

A alteração prevê o seguinte:

“Art. 1º O art. 1º da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 1º Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

[...]

§ 4º Os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no *caput* deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.’

[...]

Vigente, essa alteração reforça a notificação compulsória e acrescenta a OBRIGAÇÃO, nos casos com INDÍCIOS ou confirmação de comunicar à autoridade policial e com PRAZO de 24 horas. Em que pese a importância indiscutível de todos os mecanismos possíveis de proteção à mulher, essa novidade legislativa acende a discussão de eternos dilemas éticos envolvendo princípios como sigilo, confiança, autonomia, liberdade e a própria garantia de segurança da mulher.

Cabe lembrar, no escopo dessa discussão, de esclarecer alguns conceitos importantes sobre a violência.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se como violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência contra a mulher engloba não somente a violência sexual, mas os cinco tipos previstos na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006),⁽³⁾ que são:

- “I – a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II – a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- III – a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- IV – a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de

trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V – a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.”

A previsão de notificação compulsória da violência contra a mulher abrange todas as idades, violência doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.

Consoante o posicionamento do Conselho Federal de Medicina ainda sobre a notificação compulsória nos Despachos COJUR-CFM nº 500/2017⁽⁴⁾ e nº 516/2019,⁽⁵⁾ destacam-se alguns pontos. O respeito ao sigilo médico é pilar hipocrático da profissão. A revelação de um segredo obtido em virtude do exercício da profissão será considerada ilícito ético e crime, respectivamente, salvo por motivo justo. O Código de Ética Médica e também o Código Civil e o Código Penal consideram como algumas das exceções aceitáveis à obrigatoriedade do sigilo médico a justa causa e o dever legal. Sendo assim, entende-se que, em tese, o médico está obrigado e respaldado pela legislação a comunicar à autoridade pública a ocorrência de violência doméstica. Com a entrada em vigência da nova lei, tanto dos índicos quanto das confirmações e no prazo de 24 horas.

Por outro lado, a prática tem demonstrado imensas dificuldades no cumprimento integral da Lei Maria da Penha, da notificação da violência contra a mulher e da efetiva proteção social, jurídica e de equipamentos públicos para essas mulheres. A alteração legislativa também reflete uma mudança na cultura de tolerância à violência, diminuindo as brechas para a impunidade e para o silêncio passivo da sociedade em relação a esse importante assunto.

Nos casos concretos e na prática assistencial, é importante ressaltar que a lei se encontra no *vacatio legis* e, portanto, até março de 2020 essa obrigação de informar à autoridade policial no prazo de 24 horas não se encontra vigente. Até lá, devemos nos posicionar enquanto instituições representativas de forma uníssona, posto que vários detalhes práticos precisam de cautela e melhor esclarecimento a fim de salvaguardar os nossos associados tanto de infrações éticas, civis e penais quanto de desobediência a dever legal, além de salvaguardar os seus direitos. Muitos pontos precisam ser ampla e responsabilmente discutidos, como os mecanismos para a efetivação dessa comunicação, a eficiência dos serviços de referência sentinela previstos no Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, para efetivar a notificação desses casos, a responsabilidade e a atuação do médico assistente nesses procedimentos (pessoalmente? institucionalmente? por meio de serviços de linha direta?). A informação e a divulgação são fundamentais para que o médico, ciente do dever legal e também dos riscos de violação ética ou criminal, consiga avaliar com cautela a forma de agir em cada

caso concreto e de acordo com a sua realidade local e as normativas éticas e institucionais. A Febrasgo está atenta e encaminhará as solicitações ao poder público para dirimir essas dúvidas, solicitará a regulamentação detalhada para os atendimentos no setor público e privado e será atuante na elaboração e divulgação das orientações e esclarecimentos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 [Internet]. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003 [citado 2019 Mar. 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm
2. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019 [Internet]. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. 2003 [citado 2020 Jan. 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm
3. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 [Internet]. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. 2006 [citado 2019 Jan. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm
4. Conselho Federal de Medicina [Internet]. Despacho COJUR nº 500/2017. Expediente nº 8213/2017. Assunto: Sigilo médico. Violência Doméstica. Matéria técnica. Caso concreto. Análise jurídica. 2017 [citado 2019 Maio 5]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/despachos/BR/2017/500_2017.pdf
5. Conselho Federal de Medicina [Internet]. Despacho COJUR nº 516/2019. Expediente CFM nº 10606/2019. Resolução CREMERJ nº 296/2019. Notificação compulsória. Autoridades competentes. Estupro. Análise jurídica. 2019 [citado 2020 Jan. 06]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2019/516>

LEITURA COMPLEMENTAR

- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Quebra de sigilo por “motivo justo” causa grandes dilemas aos médicos. Inf. CREMESP. 2012 [citado 2019 Mar 25];(289):16. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1550>
- Jardim VC, Araújo GSL, Martins ED, Cota EA, Souza JHK. Sigilo médico: dilemas que permeiam a conduta profissional em situações que envolvem “motivo justo”. Braz J Surg Clin Res [Internet]. 2019 [citado 2019 Dez 10];27(2):170-4. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_103050.pdf
- Lei Maria da Penha enfrenta dificuldades para ser cumprida integralmente [Internet]. Âmbito Jurídico. 2003 [citado 2019 Jul 27]. Disponível em: <https://ambito-juridico.jusbrasil.com.br/noticias/100663364/lei-maria-da-penha-enfrenta-dificuldades-para-ser-cumprida-integralmente>
- Ministério Público do DF e Territórios. Núcleo de Gênero [Internet]. Mês da mulher: profissionais de saúde debatem sigilo profissional em casos de violência doméstica. 2015 [citado 2019 Jan 20]. Disponível em: <https://www.mpdf.mp.br/portal/index.php/conhecampdf-menu/nucleos-e-grupos/nucleo-de-genero/7521-mes-da-mulher-profissionais-de-saude-debatem-sigilo-profissional-em-casos-de-violencia-domestica>
- Trezub C. O médico, o dever legal e a justa causa [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 12]. Disponível em: <http://claudiotrezub.com.br/artigos/o-medico-o-dever-legal-e-a-justa-causa/>

Governo veta realização do Revalida em faculdades privadas

Exame que revalida diplomas de medicina obtidos no exterior será aplicado apenas por universidades públicas



O presidente Jair Bolsonaro vetou, no dia 18 de dezembro de 2019, a autorização para que universidades particulares participem do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida).

Ao anunciar a decisão durante solenidade no Palácio do Planalto, o presidente da República explicou que atendeu a um apelo feito pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em nome da categoria. “Para atender a classe médica, afinal sou uma prova viva do quanto vocês trabalham bem, estou aqui sancionando a lei com os vetos”, ressaltou Bolsonaro.

O Revalida tem como objetivo verificar se o médico estrangeiro ou quem se forma no exterior possui conhecimentos e habilidades compatíveis ao que é exigido nos cursos de graduação do Brasil, para assim poder exercer a atividade profissional no país. Com o veto, esse processo de avaliação poderá ser realizado apenas em faculdades de medicina públicas (federais, estaduais ou municipais) com notas iguais a 4 ou 5 no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade).

O anúncio do veto foi comemorado pelo CFM. “Fica aqui o agradecimento do CFM e de todos os 470 mil médicos brasileiros, que esta-

vam indignados com a possibilidade de faculdades privadas realizarem o Revalida. O presidente Jair Bolsonaro, atendendo aos apelos dos médicos brasileiros, optou pelo veto. Também fica a nossa gratidão ao ministro Henrique Mandetta e a toda a equipe do governo”, afirmou o presidente do CFM, Mauro Ribeiro, durante a solenidade.

MÉDICOS PELO BRASIL

Bolsonaro também sancionou a lei do programa Médicos pelo Brasil, que vai substituir o Mais Médicos. A nova iniciativa lançada pelo Governo permitirá a contratação de 18 mil médicos e prevê carreira federal para médicos no âmbito da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o portal do CFM, a proposta prevê, ainda, a contratação por CLT, remuneração que va-

riará de R\$ 12 mil a R\$ 31 mil, gratificações para estimular a aceitação de vagas em áreas de difícil provimento e o estímulo à formação dos profissionais. O reforço deverá atender à demanda por serviços médicos em 13 mil municípios em regiões de alta vulnerabilidade.

Os médicos interessados serão selecionados por meio de processo eliminatório e classificatório. O primeiro processo seletivo deve ocorrer nos primeiros meses de 2020.

Segundo o Ministério da Saúde, o médico não especialista em Medicina de Família e Comunidade entrará no programa recebendo uma bolsa-especialização de R\$ 12 mil, que poderá ser acrescentada em R\$ 3 mil se for trabalhar em zonas rurais e locais remotos, ou em R\$ 6 mil, caso seja lotado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Após os dois anos de formação, a contratação será pela CLT.

Se aprovados no curso, os médicos realizarão uma prova para adquirirem titulação de especialista em Medicina de Família e Comunidade e poderão ser contratados via CLT. O salário máximo será de R\$ 31 mil.

“FICA AQUI O AGRADECIMENTO DO CFM E DE TODOS OS 470 MIL MÉDICOS BRASILEIROS, QUE ESTAVAM INDIGNADOS COM A POSSIBILIDADE DE FACULDADES PRIVADAS REALIZAREM O REVALIDA.”

Esta matéria é uma releitura do texto publicado no site do Conselho Federal de Medicina (CFM) no dia 18 de dezembro de 2019. Link disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28552:2019-12-18-21-16-01&catid=3

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 Borges da Fonseca, 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 Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato Augusto Moreira de Sá, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahlale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

ARTIGO DE REVISÃO

- 43** Cirurgia robótica em ginecologia: atualidade e perspectivas

Thales Pardini, Bárbara Arruda, Millena Moura, Agnaldo Lopes da Silva Filho, Eduardo Batista Cândido

PROTOCOLOS

- 49** Atenção à vítima de violência sexual

Rosires Pereira de Andrade, Edison Luiz Almeida Tizzot, Juarez Marques de Medeiros, Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski

- 54** Pólipo uterino

Ricardo Bassil Lasmar, Bernardo Portugal Lasmar, Daniela Baltar da Rosa Zagury, Ricardo Bruno, Leon Cardeman

- 59** Monitorização fetal intraparto

Sheila Koettker Silveira, Alberto Trapani Júnior

Como baixar e acessar o aplicativo da FEBRASGO?



1. Entre no Play Store ou na Apple Store, procure por FEBRASGO e clique em "instalar"/"obter".



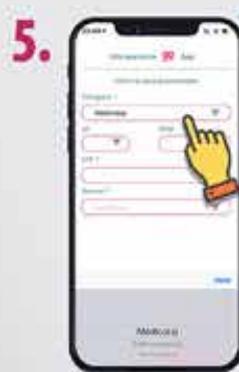
2. Após baixar, abra o aplicativo e clique em "Criar conta".



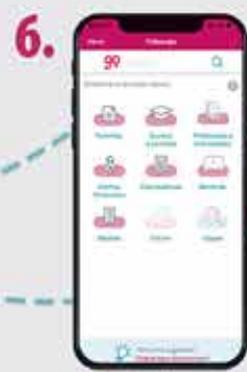
3. Preencha os campos com os seus dados e pressione o botão "próximo".



4. Crie uma senha para seu acesso



5. Selecione a categoria na qual você pertence e preencha os dados complementares.



6. Pronto, agora você pode ter acesso ao Aplicativo da FEBRASGO!



Para proporcionar uma melhor experiência, queremos ouvir você. Caso tenha sugestões, vá até o rodapé da página e nos envie sua sugestão.

Cirurgia robótica em ginecologia: atualidade e perspectivas

Robotic surgery in gynecology: current and perspectives

Thales Pardini¹, Bárbara Arruda², Millena Moura¹, Agnaldo Lopes da Silva Filho¹, Eduardo Batista Cândido¹

Descritores

Procedimentos cirúrgicos robóticos; Complicações pós-operatórias; Complicações intraoperatórias; Resultado do tratamento; Leiomioma/cirurgia; Miomectomia uterina; Histerectomia/instrumentação; Laparoscopia/métodos; Ensaios clínicos controlados aleatórios

Keywords

Robotic surgical procedures; Postoperative complications; Intraoperative complications; Treatment outcome; Leiomyoma/surgery; Uterine myomectomy; Hysterectomy/instrumentation; Laparoscopy/methods; Randomized controlled trials

Submetido

12/08/2019

Aceito

07/01/2020

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

2. Faculdade de Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Eduardo Batista Cândido
Avenida Professor Alfredo Balena,
190, Santa Efigênia, 30130-100, Belo
Horizonte, MG, Brasil.
candidoeb@gmail.com

RESUMO

No ano de 2018, aproximadamente 549.000 cirurgias robóticas em ginecologia foram realizadas no mundo, ocupando o segundo lugar em volume de procedimentos. Estudos sugerem superioridade ou equivalência dessa tecnologia em relação à cirurgia laparoscópica, porém o custo, a disponibilidade e o treinamento limitam sua adoção. Nesta revisão narrativa, os principais benefícios e limitações dos procedimentos ginecológicos robóticos foram analisados. O uso de robôs na histerectomia para o tratamento de lesões benignas apresentou menor incidência de lesões iatrogênicas e de sangramentos em relação à laparoscopia convencional. Na miomectomia robótica, além de menor taxa de complicações, maior volume de miomas retirados foi observado. A cirurgia robótica tem sido bem-sucedida para cirurgias de estadiamento no câncer de endométrio em estágios precoces (I e II), devido à menor taxa de complicações em relação à cirurgia aberta e aos resultados satisfatórios obtidos em mulheres obesas. A histerectomia robótica realizada no tratamento de câncer de colo do útero apresentou menor perda sanguínea em parte dos estudos, porém um ensaio clínico recente demonstrou maior mortalidade no grupo dos procedimentos minimamente invasivos. Espera-se que, com a redução dos custos e a ampliação dos treinamentos, a cirurgia robótica seja uma ferramenta complementar às modalidades já existentes.

ABSTRACT

In 2018, 549,000 robotic gynecology surgeries were done in the world, ranking second in volume of procedures. Studies suggest the superiority or equivalence of this technology over laparoscopic surgery, but its cost, availability, and training limit its adoption. In this narrative review, the benefits and limitations of robotic gynecological procedures were investigated. Using robots in hysterectomy for the management of benign lesions showed a lower incidence of iatrogenic lesions and bleeding compared to conventional laparoscopy. In robotic myomectomy, besides a lower complication rate, a larger volume of removed fibroids was noted. Robotic surgery has been successful in the early stages (I and II) endometrial cancer staging surgeries, because of the lower complication rate compared to open surgery and the satisfactory results achieved in obese women. Robotic hysterectomy performed in the treatment of cervical cancer showed less blood loss in part of the studies, but a recent clinical trial showed higher mortality in the minimally invasive procedures group. It is desired that with the reduction of costs and the spread of training robotic surgery will be a complementary tool to existing modalities.

INTRODUÇÃO

A origem das aplicações da cirurgia robótica na medicina está associada à necessidade de realizar tarefas repetitivas com o máximo de precisão e à possibilidade de telepresença.⁽¹⁾ A *British Robot Association* apresenta uma

definição ampla de robôs, que consiste em dispositivo reprogramável destinado à manipulação, ao transporte de ferramentas e à realização de serviços por meio de movimentos previamente ajustados.⁽²⁾ O robô pode ou não ser autônomo.

A primeira plataforma robótica utilizada em seres humanos foi o *Programmable Universal Machine for Assembly 200* (PUMA 200), em 1978, inicialmente designada a biópsias neurocirúrgicas.⁽¹⁾ Posteriormente, surgiram os robôs *Surgeon-Assistant Robot for Prostatectomy* (SARP) e o *Prostate Robot* (PROBOT) na urologia.⁽³⁾ No final da década de 1990, iniciou-se a exploração espacial incentivada por George H. W. Bush, o que impulsionou dispositivos desenvolvidos por pesquisadores para permitir a manipulação cirúrgica a distância.^(1,4) Em 1990, cirurgiões controlaram o primeiro sistema robótico manipulador “mestre-escravo” (*master-slaves*).⁽³⁾ Esse robô possui um braço mecânico mobilizado por motores no sítio cirúrgico e um sistema de controle, representado por um *joystick*, dentro de uma estação de trabalho onde fica o cirurgião.⁽⁵⁾ A empresa Computer Motion Inc. desenvolveu o *System for Optimal Positioning* e o sistema cirúrgico robótico ZEUS, constituído por braços que objetivavam reproduzir movimentos dos cirurgiões.⁽⁶⁾ A primeira cirurgia descrita com esse sistema foi uma anastomose de tubas uterinas, em julho de 1998.⁽⁷⁾ Outro destaque do robô ZEUS foi seu uso para a primeira telecirurgia transatlântica, a “operação Lindbergh”, uma colecistectomia realizada em Estrasburgo, França, conduzida por um cirurgião em Nova York.⁽⁸⁾ O sistema cirúrgico “Da Vinci”, criado no estado da Califórnia, Estados Unidos, foi aprovado pelo *Food and Drug Administration* em 2005 para cirurgias ginecológicas (Figura 1).^(9,10) No ano de 2018, a ginecologia ficou em segundo lugar em volume de procedimentos, atingindo 265.000 cirurgias nos Estados Unidos e 284.000 nos demais países.⁽¹¹⁾

O objetivo deste estudo é revisar as principais aplicações da cirurgia robótica na área de ginecologia e discutir os resultados mais relevantes publicados nos últimos anos.



Fonte: Falcone T. Introduction: robot-assisted laparoscopic surgery. *Fertil Steril.* 2014;102(4):909-10.⁽⁹⁾ Gomes MTV, Costa Porto BT, Parise Filho JP, Vasconcelos AL, Bottura BF, Marques RM. Safety model for the introduction of robotic surgery in gynecology. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(7):397-402.⁽¹⁰⁾

Figura 1. Linha do tempo simplificada da cirurgia robótica. A aprovação pelo *Food and Drug Administration* (FDA) da plataforma da Vinci, Inc. para cirurgias ginecológicas ocorreu em 2005

MÉTODOS

Uma revisão narrativa foi realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), Cochrane Library e LILACs entre 1990 e 2019. Os termos “*robotic surgery*” (*gynecology OR “gynaecology” OR gynecol**), “*Robotic Surgical Procedures*” [Mesh], foram utilizados. Revisões sistemáticas e metanálises com protocolo de busca e seleção de artigos claros explícitos foram selecionadas. Referências das revisões foram consultadas para identificar estudos relevantes.

RESULTADOS

Dados obtidos de um estudo brasileiro com 338 procedimentos mostram que cirurgias robóticas de endometriose ocorreram em 57% dos casos, seguidas pelas miomectomias (35%) e pelas ressecções de câncer de endométrio (3%) (Figura 2).⁽¹⁰⁾

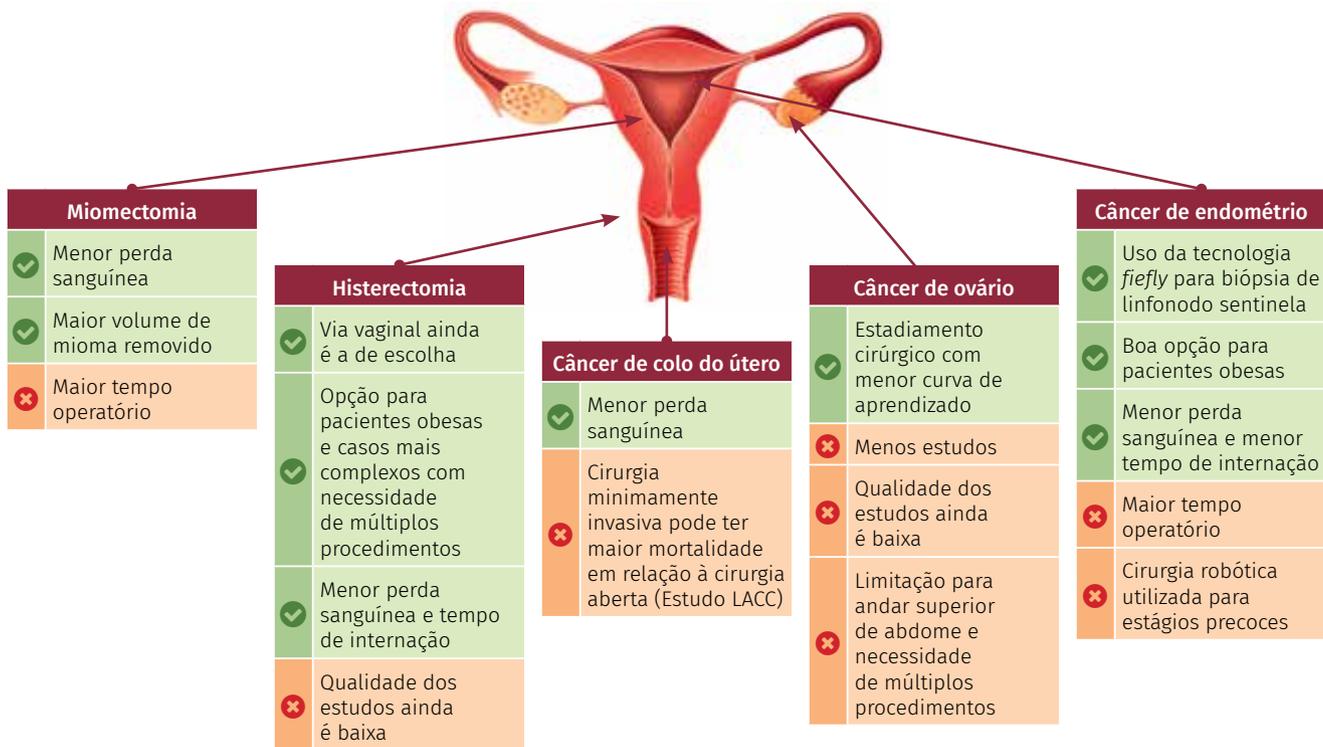
USO DA TECNOLOGIA DE ROBÔ PARA LESÕES BENIGNAS

Histerectomia

Em uma revisão sistemática com metanálise recente, a histerectomia robótica apresentou menor número de complicações intra e pós-operatórias.⁽¹²⁾ A incidência de lesões iatrogênicas durante a cirurgia foi menor em relação à laparoscopia convencional [risco relativo (RR): 0,41, intervalo de confiança (IC) de 95%: 0,11 a 0,46].⁽¹²⁾ Outra vantagem da plataforma robótica parece ser a menor perda sanguínea associada ao procedimento.⁽¹²⁻¹⁴⁾ A histerectomia robótica apresentou menor incidência de infecções (RR: 0,62, IC de 95%: 0,13 a 2,88) e conversão para laparotomia, comparada à laparoscopia convencional.⁽¹⁴⁾ Algumas revisões sistemáticas encontraram resultados controversos com relação aos benefícios da histerectomia robótica em relação à laparoscopia convencional. Uma delas demonstrou maior número de lesões iatrogênicas.⁽¹³⁾ Outro estudo comparou taxas gerais de complicação, encontrando incidência semelhante à técnica convencional.⁽¹²⁾ O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda a histerectomia vaginal como abordagem de escolha sempre que possível, desde que o acesso ao útero, a necessidade de procedimentos concomitantes, a experiência e o volume de cirurgias do cirurgião e a preferência do paciente sejam considerados.⁽¹⁵⁾

Miomectomia

A miomectomia, um dos procedimentos robóticos mais realizados, apresentou perda sanguínea, dor pós-operatória e necessidade de transfusão semelhantes à miomectomia laparoscópica.⁽¹⁶⁾ Uma vantagem observada com o procedimento robótico foi uma maior massa de miomas retirados.⁽¹⁷⁾ Alguns autores sugerem que, para casos complexos ou que envolvam grandes miomas, essa modalidade será uma opção razoável.⁽¹³⁾ Uma me-



Fonte: Gomes MTV, Costa Porto BT, Parise Filho JP, Vasconcelos AL, Bottura BF, Marques RM. Safety model for the introduction of robotic surgery in gynecology. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(7):397-402.⁽¹⁰⁾

Figura 2. Síntese dos resultados encontrados para procedimentos de lesões benignas, à esquerda, e malignas, à direita da imagem

tanálise publicada neste ano corrobora uma menor incidência de complicações intra e pós-operatórias com a plataforma robótica.⁽¹²⁾

Sacrocolpopexia

Revisão publicada na Cochrane Library em 2014 a partir de dois ensaios clínicos (n = 158 participantes) associou a sacrocolpopexia robótica a maior tempo operatório, maiores custos e resultados semelhantes ao comparar tempo de internação, complicações e qualidade de vida.⁽¹⁴⁾ Além disso, a incidência de complicações perioperatórias e de infecções parece ser superior em relação à laparoscopia convencional (RR: 1,89, IC de 95%: 0,63 a 5,68). Os resultados na literatura sobre esse procedimento são escassos. A mais recente metanálise, realizada com somente duas séries de casos, falhou em demonstrar benefícios da sacrocolpopexia robótica. Um ensaio clínico randomizado com 78 mulheres corroborou esses achados e associou essa tecnologia ao maior uso de anti-inflamatórios não esteroidais e a mais dor três a cinco semanas após a cirurgia, em relação à cirurgia laparoscópica convencional.⁽¹⁸⁾

Cirurgia robótica nas lesões malignas

Câncer de endométrio

A cirurgia minimamente invasiva vem sendo implementada de maneira bem-sucedida para tratar mulheres

com câncer de endométrio.⁽¹⁹⁾ Um estudo dinamarquês de coorte retrospectiva com 5.654 mulheres comparou os resultados da cirurgia robótica em relação à histerectomia total abdominal na abordagem do câncer de endométrio em estádios precoces (I e II).⁽²⁰⁾ O risco de complicações foi significativamente maior entre as mulheres submetidas à histerectomia aberta [odds ratio (OR): 3,87, IC de 95%: 2,52 a 5,93]. Outro estudo, prospectivo, avaliou uma coorte de 1.000 mulheres submetidas a cirurgia robótica e a cirurgia aberta para estadiamento cirúrgico de câncer de endométrio.⁽²¹⁾ A taxa de complicações maiores, como hemorragia intraoperatória, lesão vascular grave, infecção, íleo paralítico e trombose venosa profunda, foi maior na cirurgia aberta. As taxas de admissão em unidade de terapia intensiva (0,5% vs. 3,8%, p < 0,0027) e a taxa de mortalidade (0,27% vs. 1,5%, p < 0,05) foram menores na cirurgia robótica. Outro ponto destacado foi a maior ocorrência de complicações em pacientes obesas submetidas a cirurgia aberta do que entre aquelas submetidas a cirurgia robótica (31% vs. 3,7%, p < 0,0001). Um ensaio clínico randomizado brasileiro com 89 pacientes comparou os resultados cirúrgicos da cirurgia robótica com os da laparoscopia convencional, identificando menor número de linfonodos paraórticos removidos e custo significativamente maior no primeiro braço.⁽²²⁾ Uma metanálise publicada em 2016 evidenciou menor taxa de conversão (RR: 0,40, IC de 95%: 0,25 a 0,64) e de complicação (RR: 0,72, IC de 95%: 0,55 a 0,95) em relação à laparoscopia convencional.⁽²³⁾

Destaca-se também menor perda sanguínea, com diferença de aproximadamente 80 mL.^(23,24)

Uma revisão sistemática mais recente não encontrou diferenças significativas quanto ao tempo operatório.⁽²⁵⁾ Esse estudo corroborou menor taxa de conversão para laparotomia no grupo robótico em relação ao laparoscópico convencional (RR: 0,41, IC de 95%: 0,29 a 0,59) e encontrou menores taxas gerais de complicação (RR: 0,82, IC de 95%: 0,72 a 0,93).

Câncer de colo do útero

As modalidades mais frequentemente utilizadas para o tratamento de câncer cervical precoce são a histerectomia radical e a traquelectomia radical. Uma série de casos mais remota sobre histerectomia radical assistida por robô foi publicada em 2008, a partir de 20 pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero até o estágio IIA.⁽²⁶⁾ O tempo livre de doença e a sobrevida em três anos foram similares entre a histerectomia radical abdominal e robótica. O sangramento associado à cirurgia foi menor com a utilização da nova tecnologia, assim como a duração da internação hospitalar.⁽²⁶⁾ Em relação à laparoscopia convencional, parece haver menor incidência de sangramentos em grande parte dos estudos.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Em 2018, um ensaio clínico randomizado conduzido com 319 pacientes com neoplasias em estágios IA1, IA2 ou IB, comparando as duas modalidades de histerectomia radical, questionou esses resultados ao demonstrar maior taxa de tempo livre de doença no grupo submetido à cirurgia laparotômica (diferença entre as taxas de -10,6%; IC de 95%: -16,4% a -4,7%).⁽³⁰⁾ O grupo submetido a procedimentos minimamente invasivos, sendo 15,6% deles assistidos por robô, apresentou menor sobrevida global em três anos (93,8% vs. 99,0%; *hazard ratio* para mortalidade geral: 6,00; IC de 95%: 1,77 a 20,30).⁽³⁰⁾ Alguns autores acreditam que a insuflação de CO₂ pode aumentar a disseminação de células tumorais. A técnica menos radical do que o procedimento aberto e a manipulação inadvertida são fatores que tiveram importância em um questionário aplicado a 400 membros da Sociedade Europeia de Oncologia Ginecológica (ESGO), sobre explicações para os resultados encontrados no estudo acima.⁽³¹⁾

Câncer de ovário

O procedimento recomendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para neoplasias malignas de ovário baseia-se na histerectomia, anexectomia, omentectomia, linfadenectomia aórtica e pélvica associadas a múltiplas biópsias peritonias.⁽³²⁾ A via laparoscópica se mostrou possível, apesar de as evidências serem limitadas a séries de casos e sua adoção na prática não ter sido ampla. A plataforma robótica pode ser uma alternativa para reduzir a curva de aprendizado exigida pelo procedimento minimamente invasivo e é uma opção para o estadiamento tumoral.

Um estudo de natureza retrospectiva com 25 mulheres com câncer de ovário precoce submetidas ao estadiamento cirúrgico mostrou menor perda sanguínea e tempo de hospitalização inferior no grupo que passou pela plataforma robótica, em comparação às vias aberta e laparoscópica.⁽³³⁾

Limitações

Os resultados apresentados mostraram que a cirurgia robótica apresenta geralmente maior tempo operatório, principalmente na histerectomia, em comparação com a laparoscopia convencional. No caso da sacrocolpexia, o procedimento robótico foi também associado a maior dor no pós-operatório.⁽¹⁸⁾ Em março de 2015, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a *Society of Gynecologic Surgeons* (SGS)⁽³⁴⁾ se posicionaram em relação à cirurgia robótica. A recomendação é que haja cautela quanto a sua indicação, visto que existem poucos estudos clínicos randomizados controlados que demonstram superioridade em relação à via laparoscópica. Outro fator que dificulta a análise é a existência de dados conflitantes e de baixa qualidade na literatura.⁽³⁴⁾

Vantagens e desvantagens inerentes à plataforma robótica

A cirurgia robótica apresenta algumas vantagens inerentes à disposição da plataforma (Figura 3). Uma delas é o ambiente ergonomicamente favorável ao cirurgião, melhor precisão e destreza com instrumentos manuais e menor curva de aprendizado.⁽³⁵⁾ Existe a possibilidade de simulação e treinamento previamente às cirurgias, inclusive com o auxílio de um tutor ou *Proctor*, o que certamente favorece o nivelamento entre profissionais e melhora o preparo para cirurgias semelhantes. A ausência de sensação tátil das plataformas robóticas mais usadas tem sido descrita como uma das desvantagens relacionadas à tecnologia. A tendência é a do desenvolvimento de tecnologias hápticas, isto é, capazes de proporcionar ao usuário sensação tátil, vibratória, motora, realística ou aumentada, e de adicionar realismo a interações virtuais.⁽³⁶⁾ Um estudo recente apresentou resultados de um teste preliminar de uma interface háptica vestível capaz de gerar *feedback* tátil em tempo real sobre a rigidez de miomas.⁽³⁷⁾ Os custos da tecnologia robótica e do treinamento associado ainda são fatores limitantes à ampliação de robôs, que poderão ser reduzidos com a quebra de patentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos na medicina têm ocorrido categórica e abrangentemente, otimizando resultados em diversas áreas da saúde. A inteligência artificial disponibiliza grande volume de informações aos sistemas médicos, que, processado pelas novas formas de apren-

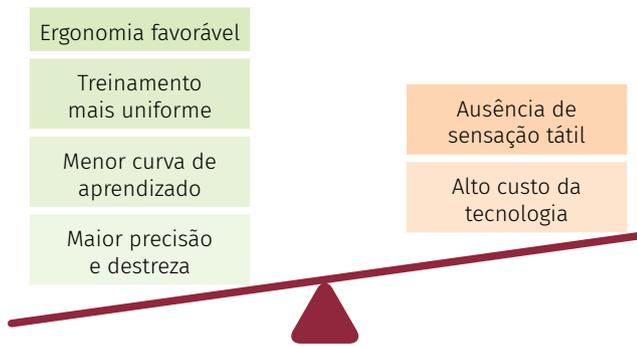


Figura 3. Vantagens e desvantagens inerentes à plataforma robótica

dizado de máquinas, melhora a qualidade dos processos e possibilita uma expansão no atendimento e na precisão dos diagnósticos e tratamentos. Tal inovação está sendo prontamente incorporada aos cuidados de saúde, em diagnóstico e em práticas de manutenção da segurança e privacidade dos pacientes. Tendo em vista a utilização dessa tecnologia em outros países, a sua incorporação no Brasil é inexorável. A conciliação dos benefícios citados com a maior acessibilidade do método pelos médicos ginecologistas e com a redução dos custos inerentes ao procedimento deve ser priorizada. Diante de limitações de recursos, instituições que já o empregam podem conduzir estudos de maior consistência, passo inicial necessário antes da incorporação mais generalizada no Brasil. Dessa maneira, o profissional pode oferecer a seu paciente um maior número de técnicas, incluindo as vias aberta, laparoscópica e a robótica, que não concorrem entre si, mas se complementam.

REFERÊNCIAS

1. Leal Ghezzi T, Campos Corleta O. 30 years of robotic surgery. *World J Surg.* 2016;40(10):2550-7. doi: 10.1007/s00268-016-3543-9
2. Pandilov Z, Dukovski V. Comparison of the characteristics between serial and parallel robots. *Acta Tech Corviniensis Bull Eng.* 2014;7(1):143-60.
3. Abdul-Muhsin H, Patel V. History of robotic surgery. In: Kim KC, editor. *Robotics in general surgery.* New York, NY: Springer; 2014. p. 3-8.
4. Satava RM. Emerging medical applications of virtual reality: a surgeon's perspective. *Artif Intell Med.* 1994;6(4):281-8. doi: 10.1016/0933-3657(94)90033-7
5. Cabral ELL. Introdução. In: Cabral ELL. *Robôs industriais* [Internet]. São Paulo, SP: USP/POLI; 2004 [cited 2018 Apr 14]. p. 1-11. Available from: <http://sites.poli.usp.br/p/eduardo.cabral/Introdu%7E%30.pdf>
6. Satava RM. Robotic surgery: from past to future – a personal journey. *Surg Clin North Am.* 2003;83(6):1491-500, xii. doi: 10.1016/S0039-6109(03)00168-3
7. Falcone T, Goldberg J, Garcia-Ruiz A, Margossian H, Stevens L. Full robotic assistance for laparoscopic tubal anastomosis: a case report. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 1999;9(1):107-13.
8. Marescaux J, Leroy J, Gagner M, Rubino F, Mutter D, Vix M, et al. Transatlantic robot-assisted telesurgery. *Nature.* 2001;413(6854):379-80. doi: 10.1038/35096636
9. Falcone T. Introduction: robot-assisted laparoscopic surgery. *Fertil Steril.* 2014;102(4):909-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.05.045
10. Gomes MTV, Costa Porto BT, Parise Filho JP, Vasconcelos AL, Bottura BF, Marques RM. Safety model for the introduction of robotic surgery in gynecology. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(7):397-402. doi: 10.1055/s-0038-1655746
11. Intuitive Surgical. Annual report [Internet]. Sunnyvale, CA: Intuitive; 2018 [cited 2019 Jan. 12]. Available from: http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReports/PDF/NASDAQ_ISRQ_2018.pdf
12. Lawrie TA, Liu H, Lu D, Dowswell T, Song H, Wang L, et al. Robot-assisted surgery in gynaecology. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(4):CD011422. doi: 10.1002/14651858.CD011422.pub2
13. Truong M, Kim JH, Scheib S, Patzkowsky K. Advantages of robotics in benign gynecologic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(4):304-10. doi: 10.1097/GCO.0000000000000293
14. Liu H, Lu D, Wang L, Shi G, Song H, Clarke J. Robotic surgery for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(2):CD008978. doi: 10.1002/14651858.CD008978.pub2
15. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No 701: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):e155-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000000212
16. Wang T, Tang H, Xie Z, Deng S. Robotic-assisted vs. laparoscopic and abdominal myomectomy for treatment of uterine fibroids: a meta-analysis. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2018;27(5):249-64. doi: 10.1080/13645706.2018.1442349
17. Barakat EE, Bedaiwy MA, Zimberg S, Nutter B, Nosseir M, Falcone T. Robotic-assisted, laparoscopic, and abdominal myomectomy: a comparison of surgical outcomes. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2 Pt 1):256-65. doi: 10.1097/AOG.0b013e318207854f
18. Paraiso MFR, Jelovsek JE, Frick A, Chen CCG, Barber MD. Laparoscopic compared with robotic sacrocolpopexy for vaginal prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;118(5):1005-13. doi: 10.1097/AOG.0b013e318231537c
19. Zanagnolo V, Achillarre MT, Maruccio M, Garbi A. Might robotic-assisted surgery become commonplace in endometrial cancer treatment? *Expert Rev Anticancer Ther.* 2018;18(6):507-9. doi: 10.1080/14737140.2018.1469981
20. Jørgensen SL, Mogensen O, Wu C, Lund K, Iachina M, Korsholm M, et al. Nationwide introduction of minimally invasive robotic surgery for early-stage endometrial cancer and its association with severe complications. *JAMA Surg.* 2019;154(6):530-8. doi: 10.1001/jamasurg.2018.5840
21. Paley PJ, Veljovich DS, Shah CA, Everett EN, Bondurant AE, Drescher CW, et al. Surgical outcomes in gynecologic oncology in the era of robotics: analysis of first 1000 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(6):551.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2011.01.059
22. Silva e Silva A, de Carvalho JPM, Anton C, Fernandes RP, Barakat EC, Carvalho JP. Introduction of robotic surgery for endometrial cancer into a Brazilian cancer service: a randomized trial evaluating perioperative clinical outcomes and costs. *Clinics (São Paulo).* 2018;73 Suppl 1:e522s. doi: 10.6061/clinics/2017/e522s
23. Chen SH, Li ZA, Huang R, Xue HQ. Robot-assisted versus conventional laparoscopic surgery for endometrial cancer staging: a meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55(4):488-94. doi: 10.1016/j.tjog.2016.01.003
24. Gala RB, Margulies R, Steinberg A, Murphy M, Lukban J, Jeppson P, et al. Systematic review of robotic surgery in gynecology: robotic techniques compared with laparoscopy and laparotomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(3):353-61. doi: 10.1016/j.jmig.2013.11.010
25. Ind T, Laios A, Hacking M, Nobbenhuis M. A comparison of operative outcomes between standard and robotic laparoscopic surgery for endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Med Robot.* 2017;13(4). doi: 10.1002/rcs.1851
26. Park JY, Nam JH. Role of robotic surgery in cervical malignancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;45:60-73. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.03.009
27. Sert B, Abeler V. Robotic radical hysterectomy in early-stage cervical carcinoma patients, comparing results with total laparoscopic radical hysterectomy cases. The future is now? *Int J Med Robot.* 2007;3(3):224-8. doi:10.1002/rcs.152

28. Chong GO, Lee YH, Hong DG, Cho YL, Park IS, Lee YS. Robot versus laparoscopic nerve-sparing radical hysterectomy for cervical cancer a comparison of the intraoperative and perioperative results of a single surgeon's initial experience. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23(6):1145-9. doi: 10.1097/IGC.0b013e31829a5db0
29. Yim GW, Kim SW, Nam EJ, Kim S, Kim HJ, Kim YT. Surgical outcomes of robotic radical hysterectomy using three robotic arms versus conventional multiport laparoscopy in patients with cervical cancer. *Yonsei Med J*. 2014;55(5):1222-30. doi: 10.3349/ymj.2014.55.5.1222
30. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1895-904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395
31. Chiva L, Cibula D, Querleu D. Minimally invasive or abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2019;380(8):793-5. doi: 10.1056/NEJMc1816590
32. Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000;70(2):209-62. doi: 10.1016/S0020-7292(00)90001-8
33. Magrina JF, Zanagnolo V, Noble BN, Kho RM, Magtibay P. Robotic approach for ovarian cancer: perioperative and survival results and comparison with laparoscopy and laparotomy. *Gynecol Oncol*. 2011;121(1):100-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.11.045
34. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice Society of Gynecologic Surgeons. Committee Opinion No. 628: robotic surgery in gynecology. *Obstet Gynecol*. 2015;125(3):760-7. doi: 10.1097/01.AOG.0000461761.47981.07
35. Madueke-Laveaux OS, Advincula AP. Robot-assisted laparoscopy in benign gynecology: advantageous device or controversial gimmick? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017;45:2-6. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.011
36. Culbertson H, Schorr SB, Okamura AM. Haptics: the present and future of artificial touch sensation. *Annu Rev Control Robot Auton Syst*. 2018;1:385-409. doi: 10.1146/annurev-control-060117-105043
37. Giannini A, Bianchi M, Doria D, Fani S, Caretto M, Bicchi A, et al. Wearable haptic interfaces for applications in gynecologic robotic surgery: a proof of concept in robotic myomectomy. *J Robot Surg* 2019;13(4):585-8. doi: 10.1007/s11701-019-00971-w

Atenção à vítima de violência sexual

Rosires Pereira de Andrade¹, Edison Luiz Almeida Tizzot¹, Juarez Marques de Medeiros¹, Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski¹

Descritores

Violência sexual; Atendimento de emergência; Aborto legal; Gravidez por estupro; Objeção de consciência

Como citar?

Andrade RP, Tizzot EL, Medeiros JM, Barwinski SL. Atenção à vítima de violência sexual. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 44/Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestaçao Prevista em Lei).

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestaçao Prevista em Lei e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 44, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) aprovou resolução na assembleia realizada em Copenhague, em 1997. Conforme Faúndes et al.:⁽¹⁾ “A Resolução reconhece a violência contra a mulher como um problema grave e recomenda que ginecologistas e obstetras: eduquem-se, assim como outros profissionais de saúde quanto à extensão, tipos e consequências da violência contra as mulheres; melhorem sua capacidade de identificar as mulheres que sofrem violência e provejam aconselhamento, apoio e tratamento apropriados; trabalhem, junto com outros grupos, para entender o problema e documentar as determinantes desta violência e suas danosas consequências; ajudem nos processos legais em casos de agressão sexual e estupro, por meio de documentação cuidadosa das evidências no exame da vítima e dêem apoio a todos os que trabalham para acabar com a violência contra a mulher, a família e a comunidade”.

A partir de 1997, o Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR)/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) começou a atender essas vítimas, de maneira organizada, procurando realizar protocolos de atendimento, após ampla discussão entre professores, médicos e demais profissionais da saúde e de outras áreas. Em 2002, ocorreu melhora acentuada no atendimento na cidade de Curitiba, devido à maior participação da Secretaria Municipal da Saúde, que criou o Programa Mulher de Verdade – Atenção à Mulher em Situação de Violência.⁽²⁾ Novamente aconteceu uma ampla discussão e, com a participação da Secretaria de Segurança Pública do estado, criou-se o programa O IML Vai ao Hospital, desse modo, propiciando que, em cada atendimento hospitalar dado a uma vítima, também, pudesse haver o acolhimento de profissionais peritos durante esse primeiro atendimento.⁽²⁾ De 2012 em diante, a partir de iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde, foram iniciados cursos de treinamento e capacitação em diversas regionais de saúde na área da saúde da mulher e um dos temas era a violência sexual. O programa Mãe Paranaense, extensão do Mãe Curitibana, começou em 2011. Em 15 de setembro de 2015, foi lançado oficialmente o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, no estado do Paraná, com a participação das Secretarias Estaduais da Saúde e de Segurança Pública. Desde então, têm sido feitos treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento clínico e a coleta de vestígios de crimes sexuais, com a participação ativa de profissionais do Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba.⁽²⁾

No CHC, foram realizados treinamento e capacitação dos nossos residentes em tocoginecologia e multiprofissionais, com cursos anuais de cerca de 8 horas, também abertos à comunidade, em especial aos servidores das Secretarias Municipais e Estadual da Saúde. No ano de 2018, realizamos o XIII Curso Anual de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual.⁽²⁾

Este capítulo foi escrito por profissionais que atuam no atendimento nesse CHC, com exceção de uma advogada, que representa voluntariamente a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)-PR para auxiliar nas questões jurídicas referentes à violência sexual e que discorreu sobre o tema ligado ao Direito. Portanto, descreve-se o atendimento como nós fazemos, que é diferente do

que acontece em muitos outros lugares. A diferença é a presença do IML no hospital.

Estamos na segunda edição do livro *Violência Sexual contra Mulheres – Aspectos Médicos, Psicológicos, Sociais e Legais do Atendimento*,⁽²⁾ disponível *on-line* gratuitamente, no qual abordamos toda a nossa experiência no atendimento.

Recomenda-se a leitura, também, para maiores informações, do protocolo do Tratado de Obstetrícia intitulado “Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro”, bem como os capítulos que tratam do aborto previsto em lei, como complementação a esta leitura.

O ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Como objetivos gerais do atendimento, encontram-se: humanização do atendimento; garantia da contracepção de emergência; prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; atendimento simultâneo pericial e médico; garantia de aborto seguro previsto em lei, ou assistência pré-natal ou adoção; disponibilização de atendimento de enfermagem, psicológico, assistência social e jurídica; melhorar a qualidade, agilizar e evitar a perda das provas periciais; estimular as notificações.^(3,4) O acolhimento deve ocorrer em ambiente reservado, estando a paciente amparada desde o início por um membro de equipe capacitada, um médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo. Após a obtenção de um breve histórico dos fatos que caracterizaram a violência sexual, realiza-se contato com as delegacias de referência para a solicitação dos exames periciais, acionando-se as unidades da Delegacia da Mulher, ou, nos casos de vítimas menores de 14 anos, os Núcleos de Proteção à Criança e ao Adolescente (Nucria). É fundamental que o prazo decorrido entre o momento da violência sexual e o atendimento hospitalar seja o menor possível, não ultrapassando 72 horas. Após esse período, a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis e a prevenção de gravidez, bem como a coleta de material biológico para a identificação do agressor, tornam-se muito pouco eficazes.⁽⁵⁾

Os exames periciais solicitados podem ser de conjunção carnal, ato libidinoso, lesões corporais e exame toxicológico. A conjunção carnal refere-se à penetração do pênis na cavidade vaginal, e o ato libidinoso relaciona-se a qualquer outro ato de natureza sexual, incluindo-se coito anal, sexo oral, manipulação genital e masturbação. O exame ginecológico compreende exame de mamas, vulva, períneo, região anal e, em especial, do hímen. São descritas as características do hímen, se íntegro ou roto, se elástico (complacente) ou inelástico. O hímen complacente apresenta orla estreita e elástica e óstio amplo. Existindo rotura, deve-se caracterizar como recente ou antiga. Na rotura recente, encontram-se bordas avermelhadas e intumescidas, com a presença de crosta sanguínea úmida, equimose ou lesões irregula-

res. Os achados decorrentes do coito anal caracterizam-se como escoriações, equimoses, edema e laceração da mucosa com sangramento ou tecido de granulação.

Coleta-se sangue para posterior confronto de DNA com o do possível agressor. A coleta de urina permite a realização de exames toxicológicos, como pesquisa de maconha e cocaína e seus derivados. Para a pesquisa de espermatozoides e antígeno prostático específico (PSA), são utilizados *swabs* esterilizados de haste longa e flexíveis. A depender da história clínica, o material deve ser coletado em cavidade vaginal, vulva, regiões anal, perianal, cavidade oral e outras em que possam ter se acumulado resíduos biológicos, como a região subungueal e a região entre seios e interglútea. Recolhem-se materiais inanimados como absorventes, fraldas, papel higiênico, vestes íntimas (calcinhas, *soutiens*) e roupas em geral que possam apresentar material ejaculado. Nas manchas encontradas nas vestes, realizam-se exames com luz fluorescente identificando áreas em que é pesquisada a presença de espermatozoides. Pelos e cabelos com características diversas da vítima são coletados. Esses materiais devem ser acondicionados em envelopes de papel.⁽⁶⁾

O médico perito irá detalhar ao médico plantonista as lesões decorrentes de agressões físicas e/ou sexuais que possam requerer cuidados. O atendimento passa a integrar a rotina dos serviços de emergência. Iniciam-se, de imediato, medidas de proteção, incluindo-se a anti-concepção de emergência e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. A realização do boletim de ocorrência pode ser postergada para quando a paciente estiver psicologicamente apta. Salvo em situações de maior gravidade que necessitem de internamento hospitalar, inexistente necessidade de a vítima submeter-se a novo exame pericial. Em se tratando de atendimento a menores ou incapazes, compete ao serviço social acionar o Conselho Tutelar para que sejam estabelecidas as medidas de proteção à vítima. A verificação dos testes de detecção das infecções de transmissão sexual é realizada posteriormente, por médico infectologista ou ginecologista, em consulta agendada na instituição hospitalar que a acolheu.

ASPECTOS EMOCIONAIS/PSICOLÓGICOS – TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Vítimas de violência sexual exigem amplo suporte emocional, por isso serviços multidisciplinares devem ser oferecidos a todos os atores envolvidos nessa situação (por exemplo: companheiro, pai, mãe, filhos etc.). A avaliação precisa ser muito cuidadosa, porque o processo em si pode ser “traumatizante”, caracterizando um caráter de “revitimização”, que pode agravar os sentimentos da vítima, tais como vergonha e culpa, entre outros. Assim, entendemos que essa avaliação deve contemplar o tripé:

1. Avaliação do estado mental;
2. Avaliação do suporte social;

3. Diagnóstico da reação aguda de estresse e do estresse pós-traumático.

A avaliação ou tratamento não deve ser “forçado” e tem de permitir que a vítima tenha o seu tempo para construir uma relação de confiança e segurança com os profissionais. Isso é fundamental, pois observamos que as pacientes vivem um paradoxo: ao mesmo tempo em que se sentem precisando do atendimento, também, mantêm sentimentos que dificultam sua adesão ao acompanhamento. O hospital acaba tornando-se um “evento estressor” que a remete constantemente à violência que sofreu. E esse dualismo pode causar uma angústia que leve ao abandono do atendimento.

A avaliação psicológica é uma atividade que se constitui na busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das pessoas, do seu estado mental, entendendo-se o antes e depois da violência, de tal forma a poder orientar ações e decisões futuras.⁽⁷⁾

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é definido como um transtorno de ansiedade que se desenvolve após exposição a um evento traumático. É importante considerar o quadro de reação aguda de estresse, que apresenta um conjunto de sintomas muito semelhantes ao TEPT. O aspecto diferencial é o tempo de duração, com o mínimo de dois dias e um máximo de quatro semanas, ocorrendo sempre dentro dessas quatro semanas após o evento traumático. Para os indivíduos com o diagnóstico da reação aguda de estresse, cujos sintomas persistirem por mais de um mês, o diagnóstico de TEPT deve ser considerado.⁽⁸⁾ A aplicação de instrumentos devidamente validados para o rastreamento do TEPT possibilitaria a identificação precoce do transtorno e facilitaria o tratamento e o acompanhamento. Existem vários e, em nossa experiência, temos usado a escala *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*.⁽⁹⁾

Quanto à avaliação do suporte social, segundo Siqueira,⁽¹⁰⁾ o suporte social define-se como um fator capaz de proteger e promover a saúde, gerando efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando estreita relação com bem-estar. Assim, como já citado, entendemos ser fundamental a avaliação do grupo social no qual está inserida a paciente. Entre os instrumentos encontrados no Brasil, optamos pelo uso da Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), que tem por objetivo avaliar a satisfação com o suporte social recebido, incluindo a satisfação com amigos e família, intimidade e atividades sociais, constituindo-se de 15 itens com respostas tipo *likert* de quatro pontos.⁽¹¹⁾

ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

As pessoas que sofrem violência sexual têm direito à integral assistência médica e à plena garantia da sua saúde sexual e reprodutiva. Tais direitos decorrem das nor-

mativas nacionais e internacionais, em estrita atenção aos direitos humanos e fundamentais, que asseguram a todas as pessoas o direito à igualdade, à dignidade, à liberdade, à saúde, à autodeterminação, à privacidade e à não discriminação.⁽¹²⁾

O crime de aborto: o Código Penal (CP) brasileiro, como regra geral, criminaliza o aborto (arts. 124 a 127).

Exceções: no caso de gravidez resultante de estupro, não se pune o aborto praticado por médico, com o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Ou seja, é direito da mulher e não há crime quando a gravidez resultar de estupro.⁽¹³⁾

Estupro: haverá estupro quando alguém for constrangido, *mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso* (art. 213). O CP descreve como estupro de vulnerável, dispensando a existência de violência ou grave ameaça, se a vítima for menor de 14 anos ou, *por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência*.

Abortamento previsto em lei: o acesso ao aborto decorrente de gravidez resultante de estupro, como um direito humano sexual e reprodutivo, é uma questão de saúde pública.

Exigências para a prática: o CP exige: (a) a realização por médico e (b) o prévio consentimento da gestante ou, quando incapaz (Código Civil, arts. 3º e 4º), de seu representante legal. Quando incapaz, será necessário o consentimento dos pais (Código Civil, art. 1.690) ou representantes legais (Código Civil, art. 1.767). Mesmo sendo menor de 18 anos ou pessoa vulnerável, quando verificada a capacidade necessária para avaliar, determinar-se e conduzir-se por seus próprios meios para a solução do problema, prevalecerá sua liberdade de decisão.

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (2012, p. 69), do Ministério da Saúde,⁽¹³⁾ estabelece o atendimento à saúde da pessoa vítima de violência sexual como prioritário e independe de qualquer procedimento policial e/ou judicial.

Abortamento é um direito: a decisão cabe à mulher, que deve ser esclarecida sobre a possibilidade de interromper ou manter a gestação até seu termo, de permanecer com a criança ou entregá-la em adoção. Optando pelo abortamento, tem direito às condições para sua prática de forma segura (adequada e acessível, ao tratamento humano e à devida orientação – ver Portaria nº 1.508/GM, de 1º/09/2005), conforme recomendações do Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da FIGO.⁽¹⁴⁾

Privacidade e confidencialidade: o serviço de saúde não pode se omitir e é obrigação do médico examinar, orientar e prescrever medicamentos à vítima de violência sexual, bem como agir com imparcialidade e manter sigilo profissional, excetuando-se o dever de notificar

compulsoriamente a violência para fins epidemiológicos (Lei nº 10.778/2003 e CP, art. 269) e de comunicar eventual acidente de trabalho com fins previdenciários (CLT, art. 169, e Lei nº 8.213/1991, art. 21, IV, e art. 22, § 2º). A recusa simples e imotivada de atendimento pode ensejar a responsabilização ética, civil e criminal.

Violência sexual contra crianças e adolescentes: é dever do médico comunicar aos pais da vítima de estupro (Código de Ética Médica, art. 74) e à autoridade competente (Lei nº 8.069/1990, arts. 13 e 245, Decreto-lei nº 3.688/1941, art. 66). Excepcionalmente, se necessário à preservação da saúde e integridade física, moral e psicológica – escudado no princípio da proteção do melhor interesse da criança e do adolescente –, o médico poderá manter sigilo mediante decisão fundamentada e registrada no prontuário da paciente. Prontuário da paciente: pode servir, se autorizado pela paciente, como prova criminal indireta ou Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal. Objeção de consciência: é direito do profissional (Resolução do CFM nº 1.931/2009), não da instituição. Admite exceções, na ausência de outro médico, em casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente, sob pena de importar em omissão de socorro (CP, art. 13).

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A violência contra a mulher, inclusive a sexual, é um problema grave e é preciso que ginecologistas e obstetras estejam cientes do seu papel e capacitados para esse tipo de atendimento.
2. Mulheres que sofrem violência sexual aguda precisam ser atendidas prioritariamente nos serviços de saúde, por equipe capacitada, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, entre outros, o mais cedo possível, nas primeiras 72 horas após a violência.
3. O serviço de saúde não pode se omitir e é obrigação do médico examinar, orientar e prescrever medicamentos à vítima de violência sexual, bem como agir com imparcialidade e manter sigilo profissional, excetuando-se o dever de notificar compulsoriamente a violência para fins epidemiológicos (notificação obrigatória).
4. O acolhimento deve ocorrer em ambiente reservado, o mais breve possível após a sua chegada ao serviço, estando a paciente amparada desde o início por um membro de equipe capacitada.
5. Não há necessidade de boletim de ocorrência para o atendimento de vítimas de violência sexual, no entanto devem ser orientadas para o fazer, posteriormente, ao atendimento, com vistas à identificação do agressor e possível interrupção de violências sexuais contra outras vítimas.
6. O atendimento e o acolhimento precoce após a vitimização permitem que sejam tomadas medidas preventivas contra gravidez decorrente do estupro, bem como contra infecções sexualmente transmissíveis, e a coleta de material biológico para identificação do agressor.
7. O ginecologista e obstetra precisam ter noções básicas sobre coleta de vestígios de crimes sexuais para atender adequadamente as vítimas.
8. É recomendável exame clínico minucioso, inclusive ginecológico, após a devida informação à vítima dessa importância, e com a sua aprovação, e a descrição das lesões decorrentes de agressões físicas e ou sexuais que possam requerer cuidados.
9. O prontuário da paciente pode servir, se autorizado por ela, como prova criminal indireta ou Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
10. No caso de gravidez resultante de estupro, não se pune o aborto praticado por médico, com o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Ou seja, é direito da mulher e não há crime quando a gravidez resultar de estupro.
11. A interrupção da gestação é um direito da paciente, e os serviços de atendimento devem se preparar adequadamente para esse procedimento, uma vez que qualquer ginecologista tem conhecimento suficiente para realizá-lo, não necessitando de materiais especiais.
12. A objeção de consciência para a realização da interrupção legal da gravidez é um direito individual do médico e não institucional, e cabe à direção do hospital prover um profissional para esse atendimento.
13. O registro oficial via boletim de ocorrência não é obrigatório nem necessário para a realização da interrupção legal da gestação. A comunicação de qualquer tipo de violência contra menores de idade é obrigatória, independentemente da vontade dos pais.
14. No resumo de alta hospitalar para a paciente, nos casos de realização do abortamento, deverão constar todos os procedimentos, as complicações e as orientações para a paciente, pois se trata de um documento importante para possíveis ações tanto no âmbito social como criminal.

REFERÊNCIAS

1. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(3):153-7.
2. Andrade RP. Violência sexual contra as mulheres – Aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2ª ed. Curitiba: Imprensa da UFPR; 2017. 220p.
3. Brasil. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF):* 26 mar. 2015. Seção I, nº 58, p. 50.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica – Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
5. Paraná (Estado). Secretaria da Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2015.
6. Paraná (Estado). Divisão de Laboratórios, Polícia Científica do Paraná. Manual de coleta de materiais. Curitiba: Polícia Científica do Paraná; 2016.
7. Primi R. Desenvolvimento de um instrumento informatizado para avaliação do raciocínio analítico [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1998.
8. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TRTM. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX; October 1993.
10. Siqueira MM. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicol Estud (Maringá).* 2008;13(2):381-8.
11. Ribeiro JL. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Anal Psicol.* 1999;3(17):547-58.
12. Barwinski SL. O abortamento à luz do Direito. Violência sexual contra mulheres: aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. Curitiba: Imprensa da UFPR; 2016. p. 174.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. [Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2016 Ago. 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. [Internet]. London: FIGO; 2015 [cited 2018 Jun 1]. Available from: <https://www.figo.org/sites/default/>

Pólipo uterino

Ricardo Bassil Lasmar¹, Bernardo Portugal Lasmar², Daniela Baltar da Rosa Zagury³, Ricardo Bruno⁴, Leon Cardeman⁵

Descritores

Pólipo endometrial; Pólipo endocervical; Menorragia; Histeroscopia; Polipectomia histeroscópica

Como citar?

Lasmar RB, Lasmar BP, Zagury DB, Bruno R, Cardeman L. Pólipo uterino. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 7/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

1. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
2. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Clínica Ginendo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
5. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 7, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

O pólipo uterino é definido como uma projeção digitiforme de tecido glandular, representando hipertrofia focal desse tecido, com pedículo vascular. É normalmente benigno, com baixa incidência de malignidade. Os pólipos uterinos são divididos em cervicais e endometriais, com etiopatogenias distintas e sintomatologias específicas; por essa razão, serão descritos separadamente. Os pólipos cervicais são subdivididos em ectocervicais e endocervicais, enquanto todos os pólipos presentes na cavidade uterina são denominados pólipos endometriais (PE), sendo separados de acordo com os tipos histológicos, com etiologia e sintomatologia próprias. O pólipo cervical é definido como uma projeção digitiforme do tecido glandular que recobre o canal cervical, resultado de uma hipertrofia focal desse tecido, e podem ser endocervicais ou ectocervicais. São considerados as neoplasias benignas mais comuns do colo do útero, acometendo 2% a 5% das mulheres.⁽¹⁾ Sua etiopatogenia está relacionada com múltiplos fatores proliferativos que atuam no epitélio glandular, como inflamação crônica, congestão vascular e estímulo hormonal. Podem ser únicos ou múltiplos e acometem mais frequentemente múltiparas entre 40 e 65 anos de idade, com risco aumentado para mulheres diabéticas e com vaginites recorrentes. Pode ocorrer malignização em até 1,5% dos casos.^(1,2) Comumente, os pólipos endocervicais são assintomáticos e, em alguns casos, podem ser um achado no exame ginecológico de rotina. Quando sintomáticos, costumam levar a sangramento uterino anormal (SUA), principalmente relacionado à relação sexual, que é denominado sinusiorragia, bem como na pós-menopausa.⁽¹⁻⁴⁾ Podem estar associados a casos de infertilidade quando ocupam o canal cervical, produzindo uma barreira à ascensão do espermatozoide ou mesmo alterando o muco cervical.⁽¹⁾ Os PE são projeções da mucosa endometrial que podem apresentar base larga ou pediculada, ser únicos ou múltiplos, variar de alguns milímetros a alguns centímetros de tamanho.⁽⁵⁾ São habitualmente lisos, regulares e com rede vascular pouco desenvolvida, contendo uma quantidade variável de glândulas e estroma.⁽⁶⁻⁸⁾ É uma doença benigna que afeta aproximadamente 25% das mulheres,^(7,9) sendo mais comum na pós-menopausa. O PE, em geral, é assintomático, sendo diagnosticado em exames de rotina, porém pode estar relacionado com SUA, infertilidade e lesões pré-malignas e malignas do endométrio. Em pacientes com SUA, o PE está presente em 13% a 50% dos casos,^(6,8) manifestando-se como menorragia, sangramento intermenstrual, sinusiorragia ou sangramento pós-menopausa. Acredita-se que o sangramento causado pelo PE esteja associado à congestão estromal, levando à estase venosa e necrose apical subsequente.⁽¹⁰⁾ É importante salientar que a presença de sintomas não está relacionada ao número de PE, ao tamanho deles ou a sua localização.⁽¹¹⁾ A origem do PE e sua patogênese ainda não são bem conhecidas, e alguns fatores parecem estar relacionados com a progressão para lesão maligna, como idade avançada, alterações genéticas, o tamanho do pólipo e o sangramento associado. A prevalência de lesão maligna no PE varia de 0,5% a 3%.^(6,12) A infertilidade pode estar relacionada à oclusão do orifício interno pelo pólipo ou mesmo dos óstios tubários, dificultando a migração dos espermatozoides.⁽¹³⁾ Além disso, a presença do pólipo leva a uma “inflamação local”, com consequente liberação de citocinas e metaloproteínas, que estão presentes em maiores concentrações nos pólipos do que

no tecido uterino normal.⁽¹⁴⁾ O uso de gonadotrofinas em pacientes inférteis promove um aumento dos níveis estrogênicos, levando à maior predisposição quanto ao desenvolvimento do PE.⁽¹⁵⁾

FISIOPATOLOGIA

Estudos experimentais relatam que o crescimento do PE está relacionado à perda do seu mecanismo pró-apoptótico, associado à hiperexpressão do gene *bcl-2*.^(16,17) Essa alteração parece correlacionar-se com o hiperestrogenismo, uma vez que o estrogênio aumenta a expressão do *bcl-2*.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Vanni *et al.*⁽²¹⁾ identificaram fatores genéticos que poderiam contribuir para o desenvolvimento do PE. Anomalias em segmentos dos cromossomos 6 e 12, que podem alterar o processo proliferativo, gerariam crescimento endometrial excessivo e formação de pólipos.

A maior parte dos PE tem a superfície homogênea e de coloração esbranquiçada e, frequentemente, é revestida por endométrio. Pode apresentar superfície hemorrágica em caso de sangramento ou infarto pela torção da base. Sob visão histeroscópica, os pólipos com transformação maligna, na maioria das vezes, apresentam vascularização aumentada e irregular, com consistência amolecida, áreas de necrose e sangramento. Diversas lesões uterinas podem simular o aspecto de um pólipo, entre elas o mioma uterino, sarcomas, carcinomas e o próprio endométrio secretor.⁽²¹⁾

As mesmas condições clínicas que podem provocar a hiperplasia do endométrio, hipertensão arterial, obesidade, diabetes, síndrome dos ovários policísticos, de igual modo, podem ser responsáveis pelos pólipos hiperplásicos. Na verdade, são apresentações diferentes da mesma doença, que pode ser identificada de forma difusa ou focal.

Segundo alguns autores, a transformação maligna do PE poderia ser induzida por certas medicações, sendo a principal o estrogênio isolado.⁽²²⁾ Outras poderiam induzir a formação de pólipos fibrocísticos com vascularização aumentada, o que, por vezes, acontece com o uso do tamoxifeno.⁽⁸⁾ O tamoxifeno é uma droga com ação antiestrogênica no tecido mamário, por isso tem sido usado com sucesso na terapia adjuvante em pacientes com câncer de mama ou com alto risco para ele. No tecido endometrial, o tamoxifeno age como agonista estrogênico de baixa potência, desencadeando uma série de alterações como o PE, hiperplasia e carcinoma.⁽²³⁻²⁵⁾ O risco de hiperplasia endometrial em usuárias de tamoxifeno varia de 4% a 30%, enquanto, para o carcinoma de endométrio, o risco é duas a três vezes maior.⁽²⁶⁾ Por sua vez, o uso de contraceptivos orais combinados pode levar a uma diminuição do risco de desenvolver PE. Dreisler *et al.*,⁽²³⁾ em um grande estudo dinamarquês com 686 pacientes, mostraram uma prevalência geral de pólipos em mulheres na pré-menopausa de 5,8%, enquanto, no grupo de usuárias de contraceptivos, a prevalência foi de 2,1%.

O tamanho do PE parece ser o melhor marcador para progressão pré-maligna/maligna do PE nas pacientes assintomáticas no menacme. Na literatura, há uma tendência para a determinação de conduta extirpativa de pólipos com tamanho ≥ 15 mm.^(12,27-29) Dessa forma, apesar da segurança da polipectomia histeroscópica, existe uma tendência na literatura em indicar o tratamento conservador, com observação por um ano, de pólipos menores de 15 mm em pacientes assintomáticas e sem fatores de risco para malignidade.^(5,12,28,29) Esses fatores seriam: índice de massa corpórea alto, hipertensão arterial, idade avançada, pós-menopausa, uso de tamoxifeno.^(29,30)

Lasmar e Lasmar,⁽³¹⁾ em estudo retrospectivo, corroboraram os dados da literatura, mostrando ser segura a conduta conservadora em pacientes assintomáticas e no menacme com PE menores que 15 mm. Também, foi identificado que o único fator correlacionado com a hiperplasia, nos casos de PE em pacientes no menacme e assintomáticas, foi o tamanho do pólipo maior que 15 mm.

DIAGNÓSTICO

Frequentemente, é possível o diagnóstico por meio do exame especular, quando o pólipo endocervical se exterioriza pelo orifício externo do colo, podendo-se avaliar a sua superfície e, em alguns casos, sua extensão, se há sangramento ativo ou ulcerações. Quando não exteriorizados pelo orifício externo, pode-se utilizar a pinça de Menckel ou Kogan, que foi desenvolvida para explorar o canal, principalmente, em casos de sinusiorragia, para visualizá-los. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com mioma parido, PE e neoplasia.^(32,33)

Ocasionalmente, o diagnóstico de pólipo endocervical é sugerido em ultrassonografia transvaginal de rotina, com o achado de dilatação e/ou irregularidade no trajeto do canal cervical. Com o uso do Doppler, é possível avaliar a vascularização dos pólipos endocervicais com maior volume e base mais larga.

Na propedêutica de infertilidade, é comum a suspeição da presença de pólipo endocervical em alguns exames, como falhas de enchimento no trajeto do canal cervical na histerossalpingografia ou sua visualização na histerossonografia, ultrassonografia e histeroscopia.⁽³²⁾

A histeroscopia é o padrão-ouro no diagnóstico de pólipo endocervical. É o exame capaz de avaliar a lesão em toda sua extensão, caracterizando o tamanho, a forma, a coloração, a vascularização, a localização e a base de implantação do pólipo endocervical. Permite, ainda, a realização de biópsia da lesão nos casos possíveis e que haja indicação a exérese dos pólipos.

A avaliação histeroscópica é necessária e importante, visto que hoje se sabe que 15% a 20% dos pólipos diagnosticados como endocervicais são, na realidade, endometriais e que 25% dos casos de PE coexistem com um pólipo endocervical, fazendo-se necessária a avaliação da cavidade uterina.⁽³⁴⁻³⁶⁾

Uma vez que a degeneração maligna do pólipo endocervical é extremamente rara, alguns autores consideram a remoção cirúrgica uma opção excessiva. Enquanto isso, muitos acreditam que a remoção cirúrgica precoce possa diminuir o risco de crescimento e de sintomatologias futuras.^(37,38)

A ultrassonografia transvaginal (USG) é um método de alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico do PE. A associação do Doppler colorido ao exame aumenta a capacidade diagnóstica do método ao permitir a identificação de um vaso nutridor único, típico do PE.⁽³⁹⁾ Alguns trabalhos tentaram correlacionar o *power* Doppler com o achado histopatológico de hiperplasia ou câncer associados ao PE.⁽⁴⁰⁾ No entanto, não houve associação entre os índices de pulsatilidade ou resistência com os achados histopatológicos. Dessa maneira, o estudo com Doppler do PE não substitui o anatomopatológico, sendo mandatória a biópsia ou exérese nos casos de suspeita de malignidade.⁽⁴⁰⁾

O PE pode ser identificado na ultrassonografia como espessamento endometrial focal quando a lesão não pode ser bem diferenciada do endométrio adjacente. A histeroscopia é o padrão-ouro para diagnóstico e tratamento, uma vez que permite acesso visual direto da cavidade uterina.

Com o uso mais regular da histeroscopia, por exemplo, na propedêutica da infertilidade, houve um aumento do diagnóstico de PE e, com isso, um maior número de indicação cirúrgica. Alguns autores, preocupados com esse crescente número de polipectomias e consequente possibilidade de iatrogenia em pacientes jovens, vêm buscando marcadores de risco para os PE, entre eles a dimensão da lesão.^(28-30,41)

A histerossonografia e o histerossalpingografia, também, podem sugerir a presença de lesão polipoide uterina.

TRATAMENTO

Os pólipos ectocervicais e os endocervicais em que se identifica a base podem ser retirados na consulta ginecológica, utilizando-se uma pinça de Hallis para apreender a maior parte do corpo do pólipo, seguindo-se a rotação da pinça em seu próprio eixo até a liberação de toda a lesão. O pólipo com base larga deverá ser retirado com o uso de energia para que se faça hemostasia.

Os outros pólipos endocervicais sintomáticos, volumosos (≥ 3 cm) ou de aparência atípica deverão ser removidos por histeroscopia. A histeroscopia permite a visão detalhada da lesão, possibilitando a retirada completa da lesão e diminuindo risco de recidiva e sangramento local. O procedimento é ambulatorial, sendo possível a polipectomia com o uso de pinças e tesouras, no mesmo momento do exame diagnóstico. Nos casos de pólipos com bases largas ou mais vascularizadas, a polipectomia poderá ser realizada no ambulatório ou

no hospital com o uso de energia, monopolar, bipolar ou *laser*, diminuindo a chance de sangramento e recidiva.^(42,43)

É mandatário o envio dos pólipos para estudo anatomopatológico, mesmo sendo rara a sua malignização.⁽⁴⁴⁾

Aconselha-se a investigação da cavidade uterina, de rotina, na presença de pólipo endocervical, devido à grande associação com PE. A histeroscopia permite a investigação de canal cervical e cavidade uterina, com possibilidades de tratamento no mesmo momento do diagnóstico.⁽³⁵⁾

O grande limitador da polipectomia endometrial é o tamanho da base da lesão. Lesões com bases muito extensas costumam levar a desconforto maior durante a polipectomia. A paciente deve ser orientada sobre o procedimento e é mandatário que se respeite o limiar de dor, que é muito variável.

Pólipos muito grandes ou em pacientes com importante estenose em canal cervical podem ter sua remoção da cavidade dificultada após a ressecção da base, sendo, por vezes, necessário fatar a lesão ou agendar uma histeroscopia em sete dias para revisão, avisando a paciente sobre a possibilidade de expulsão do material em casa. Nesses casos é fundamental que parte da peça já tenha sido encaminhada para anatomopatologia. Nesse intervalo de sete dias, a lesão já desprovida de vascularização tende a desidratar e reduzir drasticamente de tamanho, permitindo sua remoção sem dificuldades.

Em ambiente hospitalar, com sedação, é possível utilizar instrumentais de maior diâmetro e realizar ressecções mais amplas. A técnica consiste em sempre acessar e ressecar a base da lesão, utilizando o ressectoscópio sempre na direção fundo-cérvice, para evitar a perfuração uterina. Atualmente, estão disponíveis o morcelador histeroscópico e o *laser*. Ambos podem ser utilizados com sucesso para polipectomia.

A literatura respalda o acompanhamento clínico de pacientes assintomáticas, no menacme, com pólipos menores de 10 mm, devido a uma taxa de regressão aproximada de 25% ao ano nesses casos. No entanto, esses pólipos são facilmente ressecados em ambiente ambulatorial, sem a necessidade de analgesia, eliminando a necessidade de acompanhamento seriado desses casos.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A histeroscopia é o exame padrão-ouro no diagnóstico e tratamento dos pólipos uterinos.
2. A polipectomia ambulatorial deverá ser priorizada, sempre que possível, para evitar internação hospitalar e exposição a fármacos desnecessários.
3. Os PE maiores que 15 mm têm maior risco de hiperplasia.

4. Apesar de 25% de remissão dos PE menores que 10 mm na menacme, a polipectomia ambulatorial deverá ser estimulada, nesses casos, para evitar acompanhamento histeroscópico e ou exames de imagem.
5. A malignização do PE é rara (< 3%), aumentando o risco com a idade avançada, tamanho maior que 15 mm e sangramento associado.

REFERÊNCIAS

1. Moscovitz T, Tcherniakovsky M, Spadoto-Dias D, et al. Doenças benignas do útero. In: Lasmar RB, editor. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 114-56.
2. Schnatz PF, Ricci S, O'Sullivan DM. Cervical polyps in postmenopausal women: is there a difference in risk? *Menopause*. 2009;16(3):524-8.
3. Cho HW, Koo YJ, Hong JH, Lee JK. Clinical indications for hysteroscopic removal of uterine masses: Time, age at diagnosis, and mass size. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(11):1751-7.
4. Protopapas A, Sotiropoulou M, Athanasiou S, Loutradis D. Endocervical Atypical Polypoid Adenomyoma. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(1):130-2.
5. Perez-Medina T, Martinez O, Folgueira G, Bajo J. Which endometrial polyps should be resected? *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1999;6(1):71-4.
6. Lieng M, Istre O, Sandvik L, Qvigstad E. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(4):465-71.
7. Kim KR, Peng R, Ro JY, Robboy SJ. A diagnostically useful histopathologic feature of endometrial polyp: the long axis of endometrial glands arranged parallel to surface epithelium. *Am J Surg Pathol*. 2004;28(8):1057-62.
8. Peterson WF, Novak ER. Endometrial polyps. *Obstet Gynecol*. 1956;8(1):40-9.
9. Lasmar RB, Barrozo PR, Parente RC, Lasmar BP, da Rosa DB, Penna IA, et al. [Hysteroscopic evaluation in patients with infertility]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(8):393-7.
10. Costa-Paiva L, Godoy CE Jr, Antunes A Jr, Caseiro JD, Arthuso M, Pinto-Neto AM. Risk of malignancy in endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women according to clinicopathologic characteristics. *Menopause*. 2011;18(12):1278-82.
11. Jakab A, Ovári L, Juhász B, Birinyi L, Bacskó G, Tóth Z. Detection of feeding artery improves the ultrasound diagnosis of endometrial polyps in asymptomatic patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119(1):103-7.
12. Rackow BW, Jorgensen E, Taylor HS. Endometrial polyps affect uterine receptivity. *Fertil Steril*. 2011;95(8):2690-2.
13. Hassa H, Tekin B, Senses T, Kaya M, Karatas A. Are the site, diameter, and number of endometrial polyps related with symptomatology? *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(3):718-21.
14. Shokeir TA, Shalan HM, El-Shafei MM. Significance of endometrial polyps detected hysteroscopically in eumenorrheic infertile women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2004;30(2):84-9.
15. Inagaki N, Ung L, Otani T, Wilkinson D, Lopata A. Uterine cavity matrix metalloproteinases and cytokines in patients with leiomyoma, adenomyosis or endometrial polyp. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111(2):197-203.
16. Hinckley MD, Milki AA. 1000 office-based hysteroscopies prior to in vitro fertilization: feasibility and findings. *JLS*. 2004;8(2):103-7.
17. Taylor LJ, Jackson TL, Reid JG, Duffy SR. The differential expression of oestrogen receptors, progesterone receptors, Bcl-2 and Ki67 in endometrial polyps. *BJOG*. 2003;110(9):794-8.
18. McGurgan P, Taylor LJ, Duffy SR, O'Donovan PJ. Are endometrial polyps from pre-menopausal women similar to post-menopausal women? An immunohistochemical comparison of endometrial polyps from pre- and post-menopausal women. *Maturitas*. 2006;54(3):277-84.
19. Mertens HJ, Heineman MJ, Evers JL. The expression of apoptosis-related proteins Bcl-2 and Ki67 in endometrium of ovulatory menstrual cycles. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;53(4):224-30.
20. Dahmoun M, Boman K, Cajander S, Westin P, Bäckström T. Apoptosis, proliferation, and sex hormone receptors in superficial parts of human endometrium at the end of the secretory phase. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999;84(5):1737-43.
21. Vanni R, Dal Cin P, Marras S, Moerman P, Andria M, Valdes E, et al. Endometrial polyp: another benign tumor characterized by 12q13-q15 changes. *Cancer Genet Cytogenet*. 1993;68(1):32-3.
22. Moore E, Shafi M. Endometrial hyperplasia. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2013;23(3):88-93.
23. Dreisler E, Stampe Sorensen S, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33(1):102-8.
24. Neven P, De Muylder X, Van Belle Y, Vanderick G, De Muylder E, Stewart HJ, et al. Tamoxifen and the uterus and endometrium [letter]. *Lancet*. 1989;1(8634):375-6.
25. De Muylder X, Neven P, De Somer M, Van Belle Y, Vanderick G, De Muylder E. Endometrial lesions in patients undergoing tamoxifen therapy. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991;36(2):127-30.
26. Neven P, De Muylder X, Van Belle Y, Vanderick G, De Muylder E. Hysteroscopic follow-up during tamoxifen treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1990;35(2-3):235-8.
27. Crispi CP, Oliveira M, Damina Jr. JC, Oliveira MA, Ribeiro PA. Tratado de endoscopia ginecológica – Cirurgia minimamente invasiva. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2011.
28. Farrell R, Scurry J, Otton G, Hacker NF. Clinicopathologic review of malignant polyps in stage 1A carcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol*. 2005;98(2):254-62.
29. Ferrazzi E, Zupi E, Leone FP, Savelli L, Omodei U, Moscarini M, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):235.e1-6.
30. Nappi L, Indraccolo U, Di Spiezio Sardo A, Gentile G, Palombino K, Castaldi MA, et al. Are diabetes, hypertension, and obesity independent risk factors for endometrial polyps? *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(2):157-62.
31. Lasmar BP, Lasmar RB. Endometrial polyp size and polyp hyperplasia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123(3):236-9.
32. Laufer MR, Barbieri RL, Falk SJ. Congenital cervical anomalies and benign cervical lesions [Internet]. Amsterdam: UpToDate; 2016. [cited 2019 Mar 6]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/congenital-cervical-anomalies-and-benign-cervical-lesions>
33. Burghardt E, Pickel H, Gimrdi F. Colposcopia e patologia cervicale. Texto & Atlas. 3ª ed. Roma: CIC Edizione Internazionali; 1999. p. 275-84.
34. Coeman D, Van Belle Y, Vanderick G, De Muylder X, De Muylder E, Campo R. Hysteroscopic findings in patients with a cervical polyp. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169(6):1563-5.
35. Vilodre LC, Bertat R, Petters R, Reis FM. Cervical polyp as risk factor for hysteroscopically diagnosed endometrial polyps. *Gynecol Obstet Invest*. 1997;44(3):191-5.
36. Stamatellos I, Stamatopoulos P, Bontis J. The role of hysteroscopy in the current management of the cervical polyps. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;276(4):299-303.
37. Golan A, Ber A, Wolman I, David MP. Cervical polyp: evaluation of current treatment. *Gynecol Obstet Invest*. 1994;37(1):56-8.

38. Esim Buyukbayrak E, Karageyim Karsidag AY, Kars B, Sakin O, Ozyapi Alper AG, Pirimoglu M, et al. Cervical polyps: evaluation of routine removal and need for accompanying D&C. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(3):581-4.
39. Lieng M, Qvigstad E, Sandvik L, Jørgensen H, Langebrenne A, Istre O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(2):189-94.
40. de Kroon CD, Hiemstra E, Trimbos JB, Jansen FW. Power Doppler area in the diagnosis of endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2010;20(7):1160-5.
41. Wethington SL, Herzog TJ, Burke WM, Sun X, Lerner JP, Lewin SN, et al. Risk and predictors of malignancy in women with endometrial polyps. *Ann Surg Oncol.* 2011;18(13):3819-23.
42. Younis MT, Iram S, Anwar B, Ewies AA. Women with asymptomatic cervical polyps may not need to see a gynaecologist or have them removed: an observational retrospective study of 1126 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;150(2):190-4.
43. Lasmar R, Barrozo P. Histeroscopia: uma abordagem prática. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
44. Tirlapur SA, Adeyemo A, O’Gorman N, Selo-Ojeme D. Clinico-pathological study of cervical polyps. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;282(5):535-8.

Descritores

Monitorização intraparto;
Ausculta intermitente;
Cardiotocografia; Sistemas de
classificação CTG; Interpretação
da frequência cardíaca fetal

Como citar?

Silveira SK, Trapani Júnior A.
Monitorização fetal intraparto.
São Paulo: Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia
e Obstetrícia (Febrasgo); 2018.
(Protocolo Febrasgo – Obstetrícia,
nº 100/Comissão Nacional
Especializada em Assistência ao
Abortamento, Parto e Puerpério).

1. Hospital Universitário,
Universidade Federal de Santa
Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos
membros da Comissão Nacional
Especializada em Assistência ao
Abortamento, Parto e Puerpério
e referendado pela Diretoria
Executiva como Documento Oficial
da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de
Obstetrícia nº 100, acesse:
www.febrasgo.org.br/protocolos

Monitorização fetal intraparto

Sheila Koettker Silveira¹, Alberto Trapani Júnior¹

INTRODUÇÃO

A monitorização fetal intraparto, por meio da avaliação da frequência cardíaca fetal, visa diferenciar os fetos bem-oxigenados, que não necessitam de intervenções, daqueles mal-oxigenados, que necessitam de intervenções rápidas para evitar lesão permanente do sistema nervoso central, especialmente paralisia cerebral e óbito fetal.⁽¹⁾ A manutenção da frequência cardíaca fetal é complexa, sendo regulada pelo sistema nervoso somático e autônomo mediante ativação do sistema nervoso simpático e parassimpático e estímulo dos quimio e barorreceptores.⁽¹⁾ A monitorização fetal intraparto pode ser realizada por ausculta intermitente dos batimentos cardíacos, cardiotocografia contínua (externa ou interna), ou intercalando os dois métodos periodicamente. Outros métodos de monitorização, tais como cardiotocografia interna com avaliação do segmento ST, oximetria de pulso e coleta sangue do escalpe fetal para mensuração do pH e/ou lactato, ainda, necessitam de comprovação de sua utilidade na prática clínica. A determinação do volume e do aspecto do líquido amniótico também pode auxiliar na avaliação do bem-estar. O termo “sofrimento fetal” é inespecífico e não deve ser empregado rotineiramente sem a confirmação de que o feto está acidótico, devendo ser substituído pela expressão “situação fetal não tranquilizadora”.⁽²⁾ O feto vive em ambiente relativamente hipóxico. O suprimento adequado de oxigênio e de nutrientes (especialmente de glicose) e a remoção de metabólitos através da placenta são fundamentais para manter a vida intrauterina.⁽³⁾ Apesar da glicose poder ser armazenada e metabolizada quando necessária, o suprimento de oxigênio deve ser contínuo, pois sua interrupção, mesmo que por poucos minutos, pode colocar o feto em risco. Qualquer alteração que interfira nesse equilíbrio pode levar o feto à hipóxia/acidose. Na ausência de oxigênio, a produção de energia a partir da glicólise cai drasticamente.⁽⁴⁾ O trabalho de parto é um processo estressante que exige que o feto se adapte às mudanças no suprimento de oxigênio. A resposta cardiovascular fetal à hipóxia depende da intensidade, da frequência e da velocidade de instalação do insulto hipóxico e da reserva fetal e placentária.⁽⁵⁾ É importante rastrear desde o início do trabalho de parto, com base em fatores de risco, aqueles fetos com pouca reserva de oxigênio que requerem maior atenção durante o trabalho de parto por tolerarem mal as contrações uterinas e apresentarem maior risco de evoluir com hipóxia e acidose metabólica.⁽⁶⁾

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL INTRAPARTO

Ausculta intermitente

Método mais utilizado de monitorização fetal intraparto. A ausculta intermitente pode ser realizada com estetoscópio de Pinard ou de DeLee ou com a avaliação da frequência pelo detector Doppler dos batimentos cardíacos. Existem diversas técnicas descritas de como realizar o monitoramento. De modo geral, a frequência cardíaca fetal deve ser avaliada a cada 15 a 30 minutos, no primeiro período, e a cada 5 a 15 minutos, no segundo período do trabalho de parto, durante 1 minuto antes, durante e após duas contrações (pelo menos 30 segundos após a contração).^(7,8) É importante mensurar a frequência cardíaca basal e observar a presença de acelerações, desacelerações e movimentos fetais.

Cardiotocografia

A cardiotocografia permite o registro gráfico e a avaliação do bem-estar fetal, importante em questionamentos médico-legais. A cardiotocografia externa é a mais utilizada por ser um método de monitorização não invasivo que registra com razoável precisão os batimentos cardiofetais, o número de contrações (mas não sua intensidade) e os movimentos fetais. A realização de cardiotocografia de rotina na admissão da parturiente, especialmente nas parturientes de risco habitual, pode estar associada ao aumento da taxa de cesariana, sem melhora do resultado perinatal.⁽⁹⁾ Ainda não há evidências robustas que comprovam existir real benefício no emprego da cardiotocografia contínua de rotina, tanto em parturientes de alto como de baixo risco para hipóxia intrauterina.^(7,10) Uma revisão sistemática comparou a cardiotocografia contínua com a ausculta intermitente, e com esta se obteve redução na taxa de convulsão neonatal, sem alterar a taxa de mortalidade perinatal e de paralisia cerebral, e na taxa de cesariana e de parto instrumentalizado.⁽¹¹⁾ Apesar disso, quando disponível, é sugerido que a monitorização contínua possa ser considerada nas situações de maior risco para hipóxia/acidose fetal, tais como: alteração na ausculta intermitente; presença de líquido meconial; tempo de ruptura prematura de membrana prolongado (após 24 horas); febre intraparto ou corioamnionite; sangramento anteparto; uso de ocitocina ou analgesia de parto; fase ativa de trabalho de parto acima de 12 horas ou período expulsivo acima de 1 hora; cesariana prévia; qualquer doença materna que possa influir na oxigenação fetal (diabetes, pré-eclâmpsia, colestase gravídica etc.); gestação pós-termo ou prematura; oligoâmnio ou alteração no Doppler; crescimento intrauterino restrito (tanto precoce como tardio); gestação múltipla.^(12,13) Quando empregada de forma intermitente, a duração do exame é de aproximadamente 20 minutos, podendo-se prolongar em casos suspeitos. Diante de variabilidade ausente ou diminuída e/ou ausência de aceleração transitória, pode-se realizar estímulo vibroacústico ou mecânico sobre o polo cefálico, que pode ser repetido três vezes, a cada minuto, se não houver resposta. Apesar de ser amplamente utilizada e ter alta sensibilidade, a cardiotocografia apresenta baixa especificidade e alta taxa de falso-positivo para acidose e baixa concordância intra e interobservador, especialmente devido à dificuldade na definição da variabilidade próxima de 5 bpm (batimentos por minuto) e do tipo de desaceleração.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ Isso significa que o método é bom para confirmar que o feto está bem, porém, na grande maioria das vezes, quando sugere que o feto está ácido-tico, ele não está. A cardiotocografia computadorizada foi desenvolvida para diminuir sua subjetividade na interpretação do traçado. Existem diversos programas capazes de mensurar precisamente a variabilidade da frequência cardíaca fetal e o tipo de desaceleração, assim, alertando o profissional de possível alteração do bem-estar fetal. Apesar de ser uma tecnologia promissora, seu emprego não alterou os resultados perinatais nem reduziu as taxas

de acidose metabólica ou de intervenções obstétricas. As alterações precedentes à acidose são progressivas.⁽¹⁷⁾ Enquanto a variabilidade estiver normal, o feto está compensado e os órgãos nobres, adequadamente perfundidos com a utilização dos mecanismos de adaptação. Quando o insulto se instala gradualmente, para proteger os órgãos nobres, há, inicialmente, desacelerações tardias ou variáveis cuja amplitude e duração dependem da severidade e da duração do insulto hipóxico, seguidas de aumento da frequência cardíaca, ausência de aceleração transitória e perda progressiva da variabilidade. Se houver acidose metabólica e depressão do sistema nervoso autônomo e do coração, progride para variabilidade mínima ou ausente (ou acentuada) e bradicardia.⁽¹⁷⁾ No insulto subagudo, surgem desacelerações variáveis com recuperação lenta da linha de base, cada vez mais longas e profundas (menos de 30 segundos na linha de base; desaceleração maior que 90 segundos). No insulto agudo, aparece bradicardia súbita precedida ou não por desacelerações prolongadas, profundas e sem variabilidade. Fetos previamente comprometidos apresentam linha de base fixa (perda da ciclicidade), tendendo à taquicardia, variabilidade mínima ou ausente, podendo ter desacelerações tardias ou variáveis, geralmente, de pequena amplitude, se conseqüente à hipóxia. Qualquer insulto leva à bradicardia. O traçado cardiotocográfico deve ser interpretado de acordo com o quadro clínico e a fase do trabalho de parto. Mudanças na frequência cardíaca basal durante a evolução do trabalho de parto, especialmente diminuição da variabilidade e taquicardia, e presença de desacelerações com duração maior que 60 segundos e com recuperação lenta da linha de base, devem causar preocupação.

CLASSIFICAÇÃO DO TRAÇADO DA CARDIOTOCOGRAFIA

Existem diversas classificações do traçado cardiotocográfico na literatura, sendo a mais utilizada no Brasil a de NICHD/ACOG (*National Institute of Child Health and Human Development/American College of Obstetricians and Gynecologists*) e, mais recentemente, da FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*). Em ambas, são observadas cinco variáveis (Quadro 1).^(3,18) Dependendo das variáveis encontradas, os traçados são classificados em três categorias distintas (Quadro 2).^(3,18) Diante de avaliação alterada, deve-se tentar elucidar a causa e adotar medidas para revertê-la, se possível, melhorando a oxigenação fetal (Quadro 3).⁽¹⁹⁻²³⁾

OBSERVAÇÕES:

- Taquicardia: isoladamente tem pouco valor preditivo para acidose, mas pode estar presente nas fases iniciais da resposta ao estímulo hipóxico de instalação não aguda. Descartar outras causas, tais como febre (infecção materna e fetal, analgesia de parto), prematuridade,

Quadro 1. Variáveis da cardiocografia

	NICHD/ACOG	FIGO
Linha de base	Média aproximada dos valores da frequência cardíaca observada em 2 minutos, não necessariamente consecutivos, em um traçado de pelo menos 10 minutos, excluídas as acelerações, desacelerações ou período de variabilidade aumentada. Normal: de 110 a 160 bpm. Taquicardia: acima de 160 bpm por pelo menos 10 minutos. Bradycardia: abaixo de 110 bpm por pelo menos 10 minutos.	Média de nível menos oscilatório da FCF estimada em um período de 10 minutos. Normal: de 110 a 160 bpm. Taquicardia: acima de 160 bpm por pelo menos 10 minutos. Bradycardia: abaixo de 110 bpm por pelo menos 10 minutos; valores entre 100 e 110 podem ser normais em fetos pós-termo.
Variabilidade	São oscilações da linha de base, irregulares em amplitude e frequência, observadas em um período de 10 minutos, excluindo acelerações ou desacelerações. Ausente: não detectada a olho nu. Mínima: amplitude menor ou igual a 5 bpm. Moderada ou normal: amplitude de 6 a 25 bpm. Acentuada: amplitude maior que 25 bpm.	Oscilação da FCF avaliada como média da amplitude de largura de banda em segmentos de 1 minuto. Reduzida: abaixo de 5 bpm por mais de 50 minutos ou por mais de 3 minutos durante desaceleração. Normal: de 5 a 25 bpm. Acentuada (saltatório): acima de 25 bpm por mais de 30 minutos.
Acelerações	Aumento abrupto (menos de 30 segundos) de pelo menos 15 bpm da linha de base com duração de 15 segundos a 10 minutos; considerada prolongada se durar entre 2 e 10 minutos. Em fetos com menos de 32 semanas, a amplitude pode ser menor (10 bpm com duração de pelo menos 10 segundos). Geralmente associadas ao movimento fetal.	
Desacelerações	Queda da FCF. Podem ser periódicas (quando associadas às contrações) ou episódicas (quando não associadas às contrações); recorrentes (em mais de 50% das contrações em 20 minutos) ou intermitentes (em menos de 50% das contrações em 20 minutos). Precoce: queda e recuperação lenta da linha de base (mais de 30 segundos); simétrica; coincidente com a contração; duração de 15 segundos a 2 minutos. Tardia: queda e recuperação lenta da linha de base; simétrica; início, nadir e recuperação ocorrem após início, pico e final da contração; duração de 15 segundos a 2 minutos. Variável: queda e recuperação abrupta da linha de base (menos de 30 segundos); queda de pelo menos 15 batimentos com duração de 15 segundos a 2 minutos; quando associada à contração, apresenta aparência variável em contrações sucessivas. Prolongada: queda de 15 bpm, por 2 a 10 minutos.	Queda de 15 bpm por pelo menos 15 segundos. Recorrentes se presentes em pelo menos 50% das contrações. Precoce: rasas, curtas, com variabilidade normal durante a desaceleração e coincidentes com as contrações. Tardia (forma de U e/ou com variabilidade reduzida): queda e/ou recuperação lenta da linha de base (mais de 30 segundos) e/ou variabilidade reduzida durante a desaceleração; inicia após 20 segundos do início da contração com nadir após o pico da contração e retorno da linha de base após o término da contração. Em traçados com variabilidade reduzida e sem aceleração, também, é considerada desaceleração tardia quando a queda for de 10 a 15 bpm. Variável (forma de V): queda e recuperação rápida da linha de base (menos de 30 segundos); boa variabilidade durante a desaceleração, variando em formato, tamanho e relação com a contração uterina. Prolongada: queda por mais de 3 minutos. Está associada à hipóxia se duração maior que 5 minutos, atingindo e mantendo 80 bpm ou menos e com variabilidade reduzida durante a desaceleração.
Contrações	Normal até 5 contrações em 10 minutos. Taquissístolia se 6 ou mais contrações.	
Observação	Padrão sinusoidal: 3 a 5 ondas regulares por minuto em forma de sino, de pequena amplitude, que persiste por 20 minutos.	Padrão sinusoidal: padrão regular, semelhantes a sinos com amplitude de 5 a 15 bpm e frequência de 3 a 5 ciclos por minuto com duração de mais de 30 minutos e coincide com acelerações ausentes. Padrão pseudossinusoidal: aspecto mais dentilhado que o sinusoidal, duração geralmente menor que 30 minutos, precedido e seguido de padrão normal.

FCF: frequência cardíaca fetal; bpm: batimentos por minuto.

Fonte: Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131:5-8.⁽³⁾
Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Mooreet T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions interpretation and research guidelines. Obstet Gynecol. 2008;112(3):661-6.⁽¹⁸⁾

Quadro 2. Classificação dos traçados da cardiocardiografia

Classificação NICHD/ACOG	Classificação FIGO	Interpretação e manejo
<p>Categoria 1</p> <p>Deve incluir todas as variáveis abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linha de base – 110-160 bpm - Variabilidade moderada - Sem desacelerações tardias ou variáveis - Com ou sem desacelerações precoces ou acelerações transitórias 	<p>Normal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linha de base – 110-160 bpm - Variabilidade – 5-25 bpm - Sem desacelerações recorrentes 	<p>Traçado normal. Altamente preditivo de ausência de hipóxia ou acidose no momento do exame.</p> <p>Sem necessidade de intervenção.</p>
<p>Categoria 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia sem variabilidade ausente - Taquicardia - Variabilidade mínima ou aumentada - Variabilidade ausente sem desacelerações recorrentes - Ausência de aceleração após estímulo fetal - Desacelerações variáveis recorrentes com variabilidade mínima ou moderada - Desacelerações prolongadas - Desacelerações tardias recorrentes com variabilidade moderada - Desacelerações variáveis com outras características: retorno lento à linha de base, <i>overshoot</i> e <i>shoulder</i> 	<p>Suspeita</p> <p>Falta uma das características de normalidade, porém sem características patológicas.</p>	<p>Traçado indeterminado. Baixa probabilidade de hipóxia e acidose. Necessita de acompanhamento e reavaliação após instituição de medidas de reanimação intrauterina.</p> <p>Corrigir causas reversíveis, monitorização contínua ou uso de outros métodos de avaliação da oxigenação fetal, se disponível.</p>
<p>Categoria 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabilidade ausente com desacelerações tardias ou variáveis recorrentes ou com bradicardia - Padrão sinusoidal 	<p>Patológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linha de base abaixo de 100 bpm - Variabilidade reduzida ou acentuada - Padrão sinusoidal - Desacelerações tardias recorrentes - Desacelerações prolongadas com mais de 30 minutos ou com mais de 20 minutos com variabilidade reduzida - Uma desaceleração prolongada com mais de 5 minutos 	<p>Traçado anormal. Alta probabilidade de hipóxia e acidose.</p> <p>Corrigir causas reversíveis e adicionar outros métodos de avaliação da oxigenação fetal, se disponíveis (exceto nas situações emergenciais como DPP, ruptura uterina e prolapso de cordão. Indicada interrupção imediata se não houver reversão em poucos minutos.</p>

DPP: descolamento prematuro de placenta; bpm: batimentos por minuto.

Fonte: Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131:5-8.⁽³⁾ Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Mooreet T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions interpretation and research guidelines. *Obstet Gynecol.* 2008;112(3):661-6.⁽¹⁸⁾

movimentação fetal excessiva, ansiedade materna, hipertireoidismo, anemia fetal, taquiarritmia fetal (geralmente acima de 200 bpm) e uso de medicamentos (β -adrenérgicos, bloqueadores parassimpáticos) e de cocaína.

- Bradicardia: quando associada à acidose, geralmente, é precedida por outras alterações, especialmente variabilidade mínima ou ausente e ausência de acelerações. Pode ocorrer devido a evento catastrófico (prolapso de cordão, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta) ou à hipotensão materna, à hipotermia, à hipoglicemia, ao pós-datismo, à bradiarritmia fetal, à descida rápida da

apresentação, ao uso de medicamentos (β -bloqueadores, anestesia) e à taquissistolia.

- Variabilidade:
 - Ausente: padrão geralmente terminal;
 - Mínima: pode estar associada à acidemia, especialmente, na ausência de acelerações transitórias e presença de desacelerações tardias e variáveis. Descartar período de sono fetal (duração de 20 a 60 minutos; reverte espontaneamente ou com emprego de estímulo vibroacústico ou do polo cefálico com o toque vaginal), uso de medicamentos (opioides, sulfato de magnésio, bloqueadores

Quadro 3. Medidas de reanimação intrauterina

Manejo	Efeito	Benefício potencial
Reposicionar a gestante em decúbito lateral	Evita compressão aorto-cava e melhora perfusão uteroplacentária. Alivia compressão do cordão umbilical.	Reversão de desacelerações tardias, variáveis e prolongadas
Suspensão de puxos maternos	Diminui a compressão do polo cefálico.	Reversão de desacelerações precoces
Suspensão de ocitocina e administração de uterolítico	Reduz taquissístolia, melhorando a oxigenação fetal.	Reversão de desacelerações tardias, variáveis e prolongadas Tratamento da taquissístolia
Administração de oxigênio para a mãe	Aumento do aporte de oxigênio para o feto.	Melhora da oxigenação fetal (eficácia questionável)
Hidratação endovenosa	Correção de hipovolemia materna.	Melhora da perfusão uteroplacentária
Amnioinfusão	Alivia compressão de cordão.	Reversão de desacelerações variáveis e prolongadas

Fonte: American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol.* 2009;114(1):192-202.⁽¹⁹⁾ American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 116: management of intrapartum fetal heart rate tracings. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1232-40.⁽²⁰⁾ Clark SL, Nageotte MP, Garite TJ, Freeman RK, Miller DA, Simpson KR, et al. Intrapartum management of category II fetal heart rate tracings: towards standardization of care. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(2):89-97.⁽²¹⁾ Timmins AE, Clark SL. How to approach intrapartum category II tracings. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(2):363-75.⁽²²⁾ Raghuraman N, Cahill AG. Update on fetal monitoring: overview of approaches and management of category II tracings. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(4):615-24.⁽²³⁾

parassimpáticos), prematuridade extrema, infecção, má-formação do sistema nervoso central e coração, e dano neurológico prévio;

- Moderada ou normal: geralmente, indica ausência de acidose, mesmo se associada à desaceleração;
- Acentuada: significado indeterminado. Pode ser decorrente de movimentação fetal intensa ou de depressão do sistema nervoso central consequente a evento hipóxico de instalação rápida.
- Desacelerações:
 - Tardia: resposta reflexa à hipóxia mediada pelos quimiorreceptores. Isoladamente, tem pouco valor preditivo para acidose, mesmo quando recorrente. Sugere insuficiência uteroplacentária se não houver recuperação com as medidas de reanimação intrauterina, evoluir com aumento da frequência cardíaca basal ou se associada à variabilidade mínima ou ausente e ausência de acelerações transitórias. Descartar taquissístolia, hipotensão e hipóxia materna;
 - Variável: é a mais frequente. Resposta reflexa à hipóxia mediada pelos barorreceptores após compressão do cordão e aumento da pressão arterial. Considerada típica quando apresenta pequena aceleração antes e após a desaceleração (*shoulder*), queda e recuperação rápida à linha de base. É considerada atípica se recorrente, que progride em profundidade e duração (especialmente se duração maior que 60 segundos e queda maior que 60 bpm ou que alcança 60 bpm), com perda da

aceleração antes e/ou depois da desaceleração ou da variabilidade durante a desaceleração, recuperação lenta ou sem recuperação da linha de base ou seguida de taquicardia compensatória (*overshoot*), ou morfologia geminada. Nesses casos, pode estar associada à acidose. A presença de variabilidade normal e/ou acelerações transitórias sugere que o feto não está acidótico. Associada à circular de cordão, ao período expulsivo, ao cordão curto, ao oligoâmnio e à amniorrexe;

- Precoces: geralmente sem significado clínico. Está associada à compressão do polo cefálico no final do trabalho de parto;
- Prolongada: reverte espontaneamente em 6 a 9 minutos se causada por reflexo vagal, porém pode ser decorrente de evento catastrófico (prolapso de cordão, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta, ruptura de vasa prévia, colapso/hipotensão materna etc.), taquissístolia, descida rápida da apresentação fetal, toque vaginal e outros. Pior prognóstico se durar mais de 5 minutos, houver variabilidade mínima/ausente antes ou durante a desaceleração, desaceleração tardia/variável prévia, queda maior que 60 bpm ou atingir basal abaixo de 80 bpm.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A monitorização fetal intraparto pode ser realizada por meio da ausculta intermitente, da cardiotocografia ou intercalando os dois métodos. Nas parturientes de risco habitual, é recomendada a ausculta intermitente.

Nas de alto risco, há preferência pela monitorização contínua, se disponível.

2. A cardiocografia apresenta alta sensibilidade, baixa especificidade e alta taxa de falso-positivo para acidose e baixa concordância intra e interobservador.
3. Diante de traçado alterado, deve-se tentar elucidar a causa, instituir medidas de reanimação intrauterina e seguir protocolo de conduta específico.

REFERÊNCIAS

1. Ayres-de-Campos D. Introduction: why is intrapartum foetal monitoring necessary – Impact on outcomes and interventions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;30:3-8.
2. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. *Obstet Gynecol.* 2005;106(6):1469-70.
3. Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131:5-8.
4. Yli BM, Kjellmer I. Pathophysiology of foetal oxygenation and cell damage during labour. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;30:9-21.
5. Rainaldi MA, Perlman JM. Pathophysiology of birth asphyxia. *Clin Perinatol.* 2016;43(3):409-22.
6. Lewis D, Downe S; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: intermittent auscultation. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(1):9-12.
7. Mullins E, Lees C, Brocklehurst P. Is continuous electronic fetal monitoring useful for all women in labor? *BMJ.* 2017;359:j5423.
8. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(1):CD005122.
10. Nelson KB, Sartwelle TP, Rouse DJ. Electronic fetal monitoring, cerebral palsy, and caesarean section: assumptions versus evidence. *BMJ.* 2016;355:i6405.
11. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD006066.
12. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraran E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(1):13-24.
13. Pinas A, Chandraran E. Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;30:33-47.
14. Vintzileos AM, Smulian JC. Decelerations, tachycardia, and decreased variability: have we overlooked the significance of longitudinal fetal heart rate changes for detecting intrapartum fetal hypoxia? *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(3):261-4.
15. Clark SL, Hamilton EF, Garite TJ, Timmins A, Warrick PA, Smith S. The limits of electronic fetal heart rate monitoring in the prevention of neonatal metabolic acidemia. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(2):163.e1-6.
16. Holzmann M, Wretler S, Cnattingius S, Nordström L. Cardiotocography patterns and risk of intrapartum fetal acidemia. *J Perinat Med.* 2015;43(4):473-9.
17. Ugwumadu A. Understanding cardiotocographic patterns associated with intrapartum fetal hypoxia and neurologic injury. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(4):509-36.
18. Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Mooreet T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions interpretation and research guidelines. *Obstet Gynecol.* 2008;112(3):661-6.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol.* 2009;114(1):192-202.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 116: management of intrapartum fetal heart rate tracings. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1232-40.
21. Clark SL, Nageotte MP, Garite TJ, Freeman RK, Miller DA, Simpson KR, et al. Intrapartum management of category II fetal heart rate tracings: towards standardization of care. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(2):89-97.
22. Timmins AE, Clark SL. How to approach intrapartum category II tracings. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(2):363-75.
23. Raghuraman N, Cahill AG. Update on fetal monitoring: overview of approaches and management of category II tracings. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(4):615-24.

CONFIRA OS CONTEÚDOS EXCLUSIVOS NO PORTAL DA FEBRASGO!



ACESSE:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada>

Você sabia que a partir
de 2021 o Congresso
Brasileiro de Ginecologia
e Obstetrícia terá sede fixa
no Rio de Janeiro?

Marque na sua agenda o nosso próximo
encontro que será de **19/05/2021** a **22/05/2021**.

Nos vemos lá!!

Para mais informações entre em contato com:
gerencia@febrasgo.org.br

