

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 2, 2020

2º Fórum sobre Aspectos Éticos e Legais no Atendimento de Adolescentes

CÂNCER DE MAMA

Brasil deve ter mais de 66 mil
novos casos este ano

OSCE

Como elaborar e aplicar
uma avaliação em
ambiente simulado

ADQUIRA OS LIVROS:

COLEÇÃO FEBRASGO

Climatério e Menopausa | Atlas de Colposcopia | Endometriose (2ª edição)



Tratados de Ginecologia e Obstetrícia



Entre em contato pelos telefones (11) 5573-4919 ou (11) 98472-4155

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 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 Mieke Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerawi
Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral



EDITORIAL

A assistência à adolescente é destaque neste volume. Como artigo de capa, *Femina* traz os resultados do Segundo Fórum acerca dos aspectos éticos e legais envolvidos no atendimento de adolescentes. Esse Fórum foi realizado em novembro/2019 durante o Congresso Brasileiro da Febrasgo, sob a Coordenação da Comissão Nacional Especializada de Ginecologia Infanto-Puberal. O artigo dá norte seguro para a consulta do adolescente e destaca os aspectos legais envolvidos no atendimento à menor de 14 anos de idade, os direitos sexuais e reprodutivos, o aconselhamento sem a presença dos representantes legais e a eventual violência contra crianças e adolescentes. A redação é elegante e clara. Leitura mandatória. Todos os aspectos relacionados ao câncer de mama são ressaltados pela jornalista Letícia na forma de entrevista com destacados especialistas associados da Febrasgo. Mais importante, traça projeção para o ano 2020 no Brasil!

A avaliação do residente é destacada em texto redigido por renomados educadores da ginecologia e obstetrícia usando instrumento com base no Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE). Não há como declinar sua deliciosa leitura. O texto é relevante, excepcional e útil a todos nós! Cenário de como proceder na assistência à transexualidade é desenhado em documento do Conselho Federal de Medicina (CFM). É atual e extremamente útil na orientação a esses pacientes. A resolução do CFM é transcrita na sua forma completa. A Comissão Nacional Especializada em Climatério da Febrasgo libera texto robusto sobre a terapia hormonal em mulheres com câncer de mama no passado ou recente. O texto tem alicerce em artigo publicado recentemente em revista de alto impacto. Vale mergulhar nos detalhes.

No seu caderno científico, *Femina* publica dois estudos clínicos com casuísticas nacionais, um acerca da dismenorria e outro relatando a incidência de cesária usando critério específico. Ainda, esse caderno acrescenta dois protocolos: um sobre a ultrassonografia morfológica no segundo trimestre da gravidez e outro sobre as fístulas urogenitais. Ambos foram redigidos pelas Comissões Nacionais Especializadas Específicas da Febrasgo. *Femina* presta justa homenagem ao Professor Luiz Camano, de São Paulo, mas admirado no país inteiro, por sua sabedoria intelectual e emocional. De tudo que deixou, esta frase não pode ser esquecida, principalmente nos dias atuais: O professor tem que saber fazer, fazer e ensinar a fazer! Embora suspeito como Editor, posso afirmar que *Femina* publica um volume excepcional. Para ler e guardar.

E 2020 está apenas começando, muito mais virá!

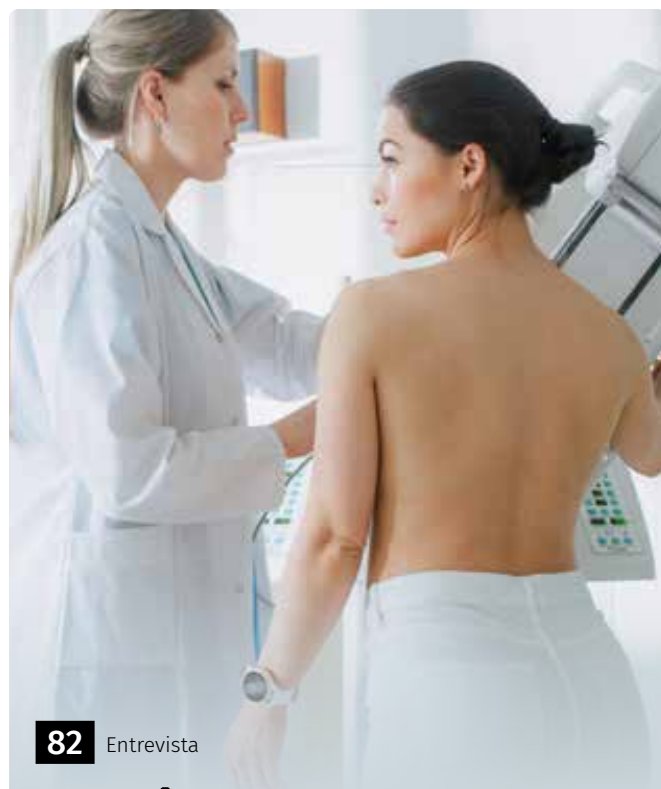
Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

70 Capa

29 Fórum sobre Aspectos
Éticos e Legais no
**Atendimento de
Adolescentes**



82 Entrevista

Câncer de mama

Diagnóstico
precoce aumenta as
chances de cura

87 *In Memoriam*

Luiz Camano (1932-2020)

88 Residência Médica

Avaliação em ambiente simulado

Como elaborar e aplicar um OSCE?



99 Defesa e Valorização Profissional

CFM publica a nova Resolução sobre Transexualidade



105 Artigo CNEs

TH e Câncer de Mama Posicionamento da CNE de Climatério da Febrasgo

108 Caderno científico

ARTIGOS ORIGINAIS

A dismenorreia e suas consequências em estudantes universitárias no Rio de Janeiro

Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública

PROTOCOLOS

Ultrassonografia morfológica no segundo trimestre da gravidez

Fístulas urogenitais

CAPA

Atendimento de adolescentes



2º Fórum sobre Aspectos Éticos e Legais no Atendimento de Adolescentes

Marta Francis Benevides Rehme^{1,2}, Zuleide Aparecida Felix Cabral^{1,3,4},
Denise Leite Maia Monteiro^{1,5,6}, Liliâne Diefenthaler Herter^{1,7},
Elaine da Silva Pires de Araújo^{1,8}, Anna Cunha⁹, Márcia Santana Fernandes^{10,11},
Maria Regina Fay de Azambuja^{10,12}

1. Comissão Nacional Especializada de Ginecologia Infanto-Puberal, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, SP, Brasil.

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

3. Centro Universitário de Várzea Grande, Cuiabá, MT, Brasil.

4. Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil.

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

6. Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil.

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

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

9. Fundo de População das Nações Unidas, Organização das Nações Unidas, Nova York, EUA.

10. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

11. Universidade Feevale, São Leopoldo, RS, Brasil.

12. Procuradoria de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente

Marta Francis Benevides Rehme
Rua XV de Novembro, 1.299, Centro,
80060-000, Curitiba, PR, Brasil.
rehme07@gmail.com

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) realizou no dia 15 de novembro de 2019, na cidade de Porto Alegre, RS, durante o 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, o 2º Fórum sobre Aspectos Éticos e Legais no Atendimento de Adolescentes, organizado pela Comissão Nacional Especializada de Ginecologia Infanto-Puberal da Febrasgo (CNE-GIP da Febrasgo), com o objetivo de reavaliar as recomendações legais sobre o atendimento de menores de 14 anos, discutidas no 1º Fórum, realizado em 13 de agosto de 2018, na cidade de São Paulo, publicadas na revista *Femina* (Femina. 2019;47(4):195-7 e 210-2).^(1,2)

O 1º Fórum sobre Aspectos Éticos e Legais no Atendimento de Adolescentes contou com a participação de 19 debatedores, entre eles, representantes da Febrasgo, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pediatria, advogados e promotores da Justiça, dando origem às recomendações para o atendimento de menores de 14 anos. Naquela discussão, foram abordados pelos representantes da Justiça os aspectos legais implicados na situação de menores de 14 anos sexualmente ativos e a obrigatoriedade da notificação. Os médicos presentes ponderaram sobre o impacto negativo na relação médico-paciente e a consequente quebra de sigilo que ocorreria com essa notificação. Houve sensibilidade por parte dos representantes da Justiça sobre as consequências negativas da quebra de sigilo, levando à evasão das adolescentes e expondo-as a riscos de gravidez, aborto e infecções de transmissão sexual. Foi consenso no primeiro fórum a necessidade de dar continuidade à discussão.

Neste 2º Fórum sobre Aspectos Éticos e Legais no Atendimento de Adolescentes, foram abordados os aspectos da consulta ginecológica de adolescentes, os direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes, as recomendações do 1º Fórum para o atendimento de menores de 14 anos, as implicações ético-legais no atendimento de menores de 14 anos e o olhar da Justiça nos casos de violência contra crianças e adolescentes.

A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE

Dra. Zuleide Cabral

A adolescência, definida como a fase de transição entre a infância e a idade adulta, possui características biológicas, psicológicas e sociais próprias. Ocorrem nessa fase a separação das figuras materna e paterna e a busca pela identidade pessoal, um passo importante para a fase adulta. A sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador da identidade do adolescente. O exercício da sexualidade por adolescentes é marcado por descobertas e conflitos que podem colocá-los em situações de vulnerabilidade, como aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez inoportuna, abortos inseguros e violência sexual, com sério impacto na sua saúde sexual e reprodutiva.⁽¹⁾

Os profissionais da área de saúde podem ser os primeiros a atender as adolescentes, sendo procurados por elas espontaneamente ou trazidas por seus pais ou responsáveis. A atenção ginecológica da adolescente tem gerado algumas polêmicas quando se trata do exercício da sua sexualidade, pois nem sempre há concordância entre as leis e os princípios éticos do atendimento, que por vezes podem confundir, dificultar as tomadas de decisões e levar alguns profissionais a condicionarem o seu atendimento à autorização ou à presença dos seus responsáveis legais, os quais costumam interferir no atendimento e na escolha da conduta. Somam-se ainda as dificuldades de alguns serviços de saúde e educação em assegurar os direitos sexuais e reprodutivos dessa clientela.⁽¹⁾

Esses fatos descritos relacionam-se com vários fatores como, por exemplo, as próprias divergências dos marcos legais que definem a adolescência ou o que significa ser um adulto. Pela Organização Mundial da Saúde (OMS),⁽³⁾ a adolescência vai dos 10 aos 20 anos incompletos; no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),⁽⁴⁾ a adolescência vai dos 12 aos 18 anos; e o Código Civil⁽⁵⁾ determina que somente aos 18 anos o indivíduo fica habilitado à prática de todos os atos da vida civil.

Assim, as visões jurídicas sobre a capacidade do adolescente com relação à sua responsabilidade e autonomia têm gerado inúmeras interpretações quando se trata do exercício da sua sexualidade, ocasionando incertezas nos profissionais envolvidos no atendimento ginecológico da adolescente referente aos princípios éticos: sigilo, confidencialidade, privacidade e autonomia.

Em 2003, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), respaldadas pelo ECA,⁽⁴⁾ pela conferência do Cairo + 5, de 1999,⁽⁶⁾ pelo Código de Ética Médica

(CEM)⁽⁷⁾ e nas Resoluções do Fórum de Adolescência, Contracepção e Ética de 2002,⁽⁸⁾ estabeleceram as Diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva, que compõem o Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde.⁽⁹⁾

Desde então, essas questões têm sido discutidas por representarem conflitos éticos e legais vivenciados pelos profissionais da saúde durante o atendimento da adolescente.

Os principais conflitos relacionados ao atendimento de adolescentes estão relacionados ao sigilo e à confidencialidade, situações envolvendo violência, aborto e contracepção.

É de consenso entre os médicos no atendimento de adolescentes as seguintes situações:

- “É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente” (art. 74 do CEM).⁽⁷⁾ A adolescente deve ser incentivada a envolver seus responsáveis no acompanhamento e resolução dos seus problemas, sendo os limites da confidencialidade esclarecidos também para a família. Nas situações em que a quebra do sigilo é justificada, a adolescente será esclarecida dos motivos para tal atitude, antes do repasse da informação aos seus pais e/ou responsáveis.
- Motivos que justificam a quebra de sigilo: déficit intelectual relevante, percepção da ideia de suicídio ou homicídio, falta de crítica por distúrbios psiquiátricos e drogadição, recusa ao tratamento por doenças de risco, casos em que haja referência explícita ou suspeita de abuso sexual, gravidez com ou sem o intuito de interrupção e atitudes que exponham a adolescente e/ou terceiros a risco de vida.
- A contracepção pode ser indicada para adolescentes sexualmente ativas, mesmo menores de 14 anos, preservando o sigilo, levando-se em consideração o princípio da proteção à adolescente, segundo o art. 3º da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996).⁽¹⁰⁾
- Nos casos considerados de risco e diante da realização de procedimentos de maior complexidade como inserção de DIU, implantes, e outros procedimentos invasivos, embora não haja um posicionamento formal do Conselho Federal de Medicina (CFM), recomenda-se a participação dos pais e/ou responsáveis.

- Nas situações em que o profissional tomar ciência de qualquer modalidade de violência sexual relatada, evidenciada ou constatada, a notificação às autoridades competentes é obrigatória (arts. 13 e 245 do ECA, Lei nº 8.069/90).⁽⁴⁾
- No caso de gravidez decorrente de estupro, em que haja divergências relacionadas à continuidade da gravidez, entre a adolescente e seus representantes legais, a equipe de saúde deverá levar o caso à Justiça, por meio do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude. Caberá ao Promotor postular em juízo os direitos da adolescente. O relatório encaminhado à Promotoria deve preferencialmente ser substanciado com laudo de psicólogo e assistente social, segundo Normas Técnicas do Ministério da Saúde de 2012.⁽¹¹⁾

RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES MENORES DE 14 ANOS SOB A ÓTICA DA LEI

Dra. Marta F. B. Rehme

Desde 2009, quando foi inserido o art. 217-A⁽¹²⁾ do Código Penal Brasileiro, o qual estabelece que “ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14 anos” caracteriza crime de estupro de vulnerável, os médicos têm se sentido desconfortáveis para atender adolescentes menores de 14 anos sexualmente ativas, uma vez que o médico é obrigado a notificar a situação, mesmo que a relação seja consentida, independentemente da idade do parceiro ou do conhecimento dos pais ou responsáveis. A notificação se aplica também à menor de 14 anos grávida com ou sem anuência dos pais.

No caso de o parceiro ser menor de 14 anos, caberá ao Ministério Público avaliar se a ocorrência é ou não um ato infracional, uma vez que o menor pode ser considerado uma vítima também.

Essa obrigatoriedade foi enfatizada pelos representantes da Justiça presentes no 1º Fórum realizado em 2018, sendo ainda colocado que a omissão do médico, segundo a lei, pode ser considerada uma contravenção penal, segundo o art. 66 da Lei das Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688 de 3 de outubro de 1941),⁽¹³⁾ ou até mesmo pode haver a imputação de conduta lesiva por omissão, prevista no art. 29 do Código Penal Brasileiro.⁽¹⁴⁾

Os médicos se posicionaram argumentando que as interpretações jurídicas, no caso das menores de 14 anos, poderão ferir a relação médico-paciente e prejudicar de forma irreversível os adolescentes e adultos

jovens que forem considerados criminosos. Quebrar o sigilo é um procedimento invasivo aos direitos da adolescente, levando à evasão dela por medo, ficando, desse modo, exposta ao risco de gravidez e infecção sexualmente transmissível (IST).

Além disso, coube questionar se a gravidez do delicto de um jovem, quando a relação sexual com menor de 14 anos ocorre com o consentimento dela, muitas vezes com conhecimento dos pais, justifica sua equiparação ao estupro que comete o crime com violência e/ou ameaça à vida da vítima. Ou de outra forma, é justo uma pessoa que nos arroubos da juventude inicia sua vida sexual com outra, menor de 14 anos, de forma consensual receber o carimbo de estupro para o resto de sua vida?

E mais ainda, a legislação, ao incluir atos libidinosos no crime de estupro, dissociou-se da realidade atual, uma vez que cada vez mais jovens menores de 14 anos experimentam atos diversos da conjunção carnal em seus relacionamentos, sendo, portanto, também considerados criminosos. Vejamos as situações abaixo vividas por muitos médicos:

M.C., 13 anos, e D.J., 17 anos, procuram ajuda no serviço de saúde. Ambos estudam na mesma escola, estão “apaixonados” e tiveram uma relação sexual. Foi a primeira vez de ambos. O casal está preocupado com gravidez e quer orientação contraceptiva. Os pais não sabem ainda do ocorrido.

O namorado de M.C. será acusado de ser estupro e sofrerá medidas socioeducativas, com perda de liberdade. Se tivesse 18 anos, estaria preso.

C.M., 13 anos, dá entrada no pronto atendimento da maternidade em trabalho de parto. O pai da criança, J.P., tem 18 anos. “Foi a nossa primeira vez e não achamos que ia acontecer” – diz o casal. Embora nervosos, ambos estão felizes. As famílias vão ajudar para que continuem os estudos.

Neste caso, C.M. vai criar a criança sozinha, porque J.P. será preso por estupro e seus pais responderão por crime de omissão.

Dona C.K. comparece à Unidade de Saúde com a filha de 13 anos e pede: “Doutora, ela está namorando o filho da minha comadre. Ele tem 15 anos, é um rapaz de família, e sabe como é, né? Aconteceu o pior, acabaram transando. Eu gostaria muito que a senhora prescrevesse um anticoncepcional para ela”.

A médica poderá prescrever o contraceptivo, no entanto será obrigatória a notificação, conseqüentemente o rapaz será acusado de ser estupro e a mãe da paciente, de ser omissa e conivente com o crime.

Como se trata de situações particulares que envolvem afeto, na maioria das vezes, é necessário pensar na proteção integral aos adolescentes, afirmada no ECA, o que implica o reconhecimento de que crianças e adolescentes estão em condições peculiares de desenvolvimento, o que, no entanto, não as reduz à condição de objeto de intervenção.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES

Dra. Anna Cunha

Atualmente temos a maior população de jovens da história: 1,8 bilhão (10 a 24 anos). O Brasil é o sétimo país com maior número de jovens, com 51 milhões. Essa faixa etária representa um capital humano estratégico pelo seu potencial inovador, criativo, construtivo, empreendedor e de liderança. Para isso, se faz necessária a garantia de condições para fazerem escolhas de vida, transitando da adolescência para a vida adulta de forma segura e saudável, para que alcancem seu pleno potencial.⁽¹⁵⁾

A evolução dos direitos relacionados à saúde de adolescentes ocorreu por meio de compromissos estabelecidos entre diversos países, dos quais o Brasil foi participante e signatário, entre eles: o Programa de Ação do Cairo (1994)⁽⁶⁾ e o Consenso de Montevidéu (2013).⁽¹⁶⁾ O papel dos serviços de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, fez parte desses marcos internacionais para que pudessem atender aos direitos, às necessidades e às expectativas dos adolescentes.

Programa de Ação do Cairo (1994)⁽⁶⁾ – com a participação de 179 países, cunhou os direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos, os quais incluem: o direito de decidir livre e responsabilmente sobre ter ou não filhos, quando e quantos filhos ter; o direito de desfrutar de uma vida afetivo-sexual satisfatória e segura, livre de doenças e infecções, exercida sem violência, com respeito mútuo, igualdade e o pleno consentimento entre os parceiros; o direito de ser informado(a) e de ter acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente adequados de planejamento reprodutivo e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto.

Consenso de Montevidéu (2013):⁽¹⁶⁾ houve revisão do Programa de Ação do Cairo,⁽⁶⁾ mantendo a ênfase nos direitos reprodutivos, garantindo o direito à confidencialidade e à privacidade, permitindo ao adolescente tomar decisões livres, informadas e responsáveis. Os países se comprometeram a implementar programas de saúde sexual e reprodutiva integrais, oportunos e de qualidade para adolescentes e jovens, que incluam serviços de

saúde sexual e saúde reprodutiva amigáveis, com respeito ao gênero, direitos humanos, intergeracional e intercultural, garantindo acesso a métodos contraceptivos modernos, seguros e eficazes, respeitando o princípio de confidencialidade e privacidade, para que adolescentes e jovens exerçam seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, tenham uma vida sexual responsável, prazerosa e saudável, e tomem decisões livres, informadas e responsáveis com relação à sua vida sexual e reprodutiva e ao exercício de sua orientação sexual.

No Brasil, observa-se, segundo o Censo 2010, que 88,5 mil adolescentes com idade entre 10 e 14 anos vivem em uniões consensuais, civis e/ou religiosas. As uniões precoces aumentam o risco de IST, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), violência, assédio e estupro, gravidez indesejada, abortos em condições inseguras e morte materna.⁽¹⁷⁾

O percentual de nascidos vivos de adolescentes é diferente em várias partes do mundo. A estatística mundial é de 10,9% de nascimentos de filhos de mães entre 15 e 19 anos. A América Latina e o Caribe apresentam percentual de 17,6%, e o Brasil tem 16,4% de nascimentos com mães nessa faixa etária.⁽¹⁸⁾

Embora o número total de nascimentos no Brasil venha diminuindo lentamente com o passar dos anos, percebe-se um aumento na taxa de fecundidade de mães de 10-14 anos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Ministério da Saúde, 2016).⁽¹⁸⁾

Dados de 2017 da proporção de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos evidenciam diferenças regionais, com a média nacional de 16,4%, sendo 23,7% na região Norte, 19,9% na região Nordeste, 15,4% na região Centro-Oeste, 13,3% na região Sudeste e 13,1% na região Sul. Além das desigualdades regionais, outras desigualdades são evidenciadas: 7 em cada 10 adolescentes grávidas ou com filhos são negras; 6 em cada 10 não trabalham nem estudam, reforçando o círculo vicioso da pobreza.^(15,18)

Segundo relatório do Banco Mundial, o Brasil poderia aumentar sua produtividade (produto interno bruto – PIB) em 3,5 bilhões de dólares por ano se as adolescentes adiassem a gravidez para após os 20 anos de idade.⁽¹⁹⁾

O início das relações sexuais antes dos 15 anos, na população brasileira com idade entre 15 e 64 anos, é de 25,1% (34,9% homens e 15,4% mulheres). A proporção é progressivamente maior nas faixas etárias mais jovens: 35% na população de 15 a 24 anos e 19,3% na população de 45 a 64 anos.⁽¹⁵⁾

A taxa de fecundidade na adolescência no Brasil apresentou um aumento nos anos 1990 e uma queda progressiva a partir do ano 2000, mas sem significativa redução na faixa etária até 14 anos. Evidências indicam vínculo com a violência sexual.⁽¹⁸⁾

Com relação à prevenção de IST, dados do Ministério da Saúde informam que, entre a população de 16 a 25 anos, 16,1% tinham uma IST prévia ou apresentavam resultado positivo no teste rápido para HIV ou sífilis; 83,4% têm comportamento de risco e 54,6% têm o papilomavírus humano (HPV). A taxa de detecção de HIV por 100.000 habitantes, na faixa etária de 15 a 19 anos, está estável nas mulheres entre 2003 e 2015, em torno de 4/100.000, enquanto nos homens há um aumento progressivo de 2,9/100.000 em 2003 para 6,9/100.000 em 2015.⁽²⁰⁾

A violência sexual é mais um fator de vulnerabilidade na infância e adolescência. Dados de 2016 contabilizam 22.918 casos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e 49.497 casos registrados por polícias brasileiras, sendo 50,9% das vítimas com idade até 13 anos, 17% entre 14 e 17 anos e 32,1% com idade de 18 anos ou mais.⁽²¹⁾

Como propostas para a mudança do cenário atual, estão: a informação, incluindo a educação integral em sexualidade e a construção de habilidades para a vida; o acesso a insumos de saúde sexual e reprodutiva com serviços acolhedores para os adolescentes; o fortalecimento de trajetórias educacionais e profissionais; e a promoção do empoderamento das adolescentes e da corresponsabilidade masculina no exercício da sexualidade.

As sociedades devem fornecer informações que ajudem os adolescentes a atingirem a maturidade necessária para tomar decisões responsáveis, entendendo sua sexualidade e se protegendo contra gravidezes indesejadas e infecções sexualmente transmissíveis.⁽¹⁵⁾

IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES MENORES DE 14 ANOS

Dra. Márcia Santana Fernandes

A proteção e o reconhecimento dos Direitos de Crianças e Adolescentes se iniciou significativamente a partir da Constituição Federal de 1988 (art. 227).⁽²²⁾ Seguem o Decreto nº 99.710/1990,⁽²³⁾ a Lei nº 8.069/1990 do ECA,⁽⁴⁾ a Lei nº 8.080/1990 do SUS,⁽²⁴⁾ a Lei nº 13.431/2017⁽²⁵⁾ (sistema de garantia de direitos da criança e adolescente vítima ou testemunha de violência) e o Decreto nº 9.603/2018,⁽²⁶⁾ que regulamenta a lei anterior. Dentre eles, destaca-se a proteção aos direitos da personalidade e fundamentais à garantia a integridade física, moral e psicológica. Somam-se a Portarias nº 1.968/2001⁽²⁷⁾ do Ministério da Saúde e recentemente a Resolução nº 299, de 5 de novembro de 2019,⁽²⁸⁾ que dispõe sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, de que trata a Lei nº 13.431/2017.⁽²⁵⁾

As crianças e adolescentes menores de 14 anos, igualmente, têm a proteção no âmbito do Direito Penal, com previsão tipificada no Código Penal, Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940,⁽¹⁴⁾ art. 217-A (incluída a redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009,⁽¹²⁾ e pela Lei nº 13.718,⁽²⁹⁾ de 2018), que determina que crime de estupro de vulnerável configura-se com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante o eventual consentimento da vítima para a prática do ato, experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente.

Assim, nos casos de violência de crianças e adolescentes menores de 14 anos, a notificação é compulsória para que a rede de proteção possa ser acionada, conforme determina o art. 13 do ECA,⁽⁴⁾ que determina que os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Diante desse cenário fático e normativo, busca-se saber e refletir sobre alguns cenários e gargalos relacionados à notificação na assistência médica ginecológica e obstétrica de crianças e adolescentes, menores de 14 anos.

Passamos a analisar alguns cenários envolvidos na assistência médica ginecológica e obstétrica de crianças e adolescentes menores de 14 anos, no que se refere à notificação e à privacidade dos pacientes, à assistência e ao aconselhamento de pacientes sem a presença dos representantes legais e à notificação compulsória nos casos de violência e alguns gargalos para reflexão.

A NOTIFICAÇÃO E A PRIVACIDADE DOS PACIENTES

Os direitos da personalidade, em particular os direitos à privacidade, dos pacientes menores de 14 anos estão devidamente protegidos pelo ECA, conforme previsto no art. 17, que determina que “o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”⁽⁴⁾

Da mesma forma, o sigilo profissional é assegurado pelo capítulo IX do art. 74 do CEM:⁽⁷⁾ “É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado à paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.

Entretanto, a proteção à privacidade de crianças e adolescentes e o correspondente dever de confidencialidade dos médicos não são incompatíveis nos casos

de diagnóstico de violência e abusos diagnosticados ou suspeitos. Assim, a vedação do art. 74 do CEM não impede ou exime o médico de fazer as notificações compulsórias de doenças previstas nas portarias do Ministério da Saúde, nem as comunicações de riscos previstas em lei, como o Estatuto da Criança e do Adolescente.

ASSISTÊNCIA E ACONSELHAMENTO DE PACIENTES SEM A PRESENÇA DOS REPRESENTANTES LEGAIS

A assistência de crianças e adolescentes menores de 14 anos para aconselhamento e assistência é devidamente legítima do ponto de vista médico, bioético e jurídico, desde que o paciente tenha pleno discernimento e noções de autoproteção e risco. Esse atendimento é igualmente necessário para a proteção de crianças e adolescentes, pois permite a observação e diagnósticos de casos de violência ou abusos praticados por membros da família ou relacionados.

No que concerne ao discernimento, segundo Goldim (2006),⁽³⁰⁾ o processo de consentimento deve considerar a situação concreta e os estágios de desenvolvimento psicológico-moral do indivíduo, assim como sua vulnerabilidade social. O autor identifica quatro estágios de consciência da regra que são perceptíveis: a anomia, a heteronomia, a autonomia e a socionomia. Cada um desses estágios indica a relevância e a compreensão da informação para os indivíduos e a base na qual a autorização será fornecida pelos indivíduos.

Na tabela abaixo, o autor sistematiza esses estágios:

Estágio de consciência da regra	Informações disponíveis ao indivíduo	Autorização baseada na situação do indivíduo
Anomia	Não relevantes	Impulso
Heteronomia	Não questionáveis	Constrangimento
Autonomia	Questionáveis	Decisão individual
Socionomia	Compreensíveis	Confiança recíproca

Entretanto, há algumas situações sensíveis, relacionadas ao aconselhamento sexual ou informações relacionadas a práticas sexuais, nos casos de atendimento de menores de 14 anos, sem a presença dos representantes legais, conforme identificadas pela Febrasgo, publicadas na revista *Femina*, 2019;47(4):210-2, para as quais teremos que refletir e, de forma interdisciplinar (Bioética, Direito, Medicina etc.), propor o encaminhamento mais adequado. Destaco alguns cenários:

- Relato da paciente de que mantém atividades de namoro ou prática sexual com parceiros(as) da mesma faixa etária ou menores de 18 anos, a princípio sem violência;

- Relato da paciente de que mantém atividades de namoro ou prática sexual com parceiros ou parceiras da mesma faixa etária ou maiores de 18 anos, a princípio sem violência;
- Relato da paciente que deseja orientação e anticoncepção.

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA

Conforme tivemos a possibilidade de tratar neste relatório, a notificação é obrigatória por Lei nos casos de violência de crianças e adolescentes menores de 14 anos. Apesar das determinações legais, a subnotificação da violência contra crianças e adolescentes é uma realidade no Brasil.

Os principais motivos que justificam a subnotificação são: a) dificuldade de identificar a violência, cultura familiar pela falta de educação e preparação dos profissionais durante a sua formação; b) banalização da violência como forma de reprodução de padrões culturais; c) questões estruturais que dificultam o ato de notificar; d) ameaça do agressor e perseguição da família aos profissionais; e) ato considerado como alheio aos cuidados tipicamente médicos; f) os profissionais temem os transtornos legais advindos da notificação, medo, insegurança emocional e de defesa; e g) descrença quanto à obtenção de uma efetiva resolução do problema.

O reconhecimento da subnotificação exige aperfeiçoamento e reflexão sobre mecanismos e gargalos relacionados a notificação, procedimentos e seus respectivos efeitos para alterar e efetivamente promover a melhor assistência a crianças e adolescentes menores de 14 anos. Da mesma forma, é importante reconhecer que é fundamental abordar os aspectos relacionados ao bem-estar dos profissionais para garantir que a notificação seja efetivamente encaminhada, considerando a solidariedade e a responsabilidade.

Na perspectiva da Bioética e do Biodireito, a análise dessas situações deve ser feita por meio de uma perspectiva integrada, não excludente, dos princípios da dignidade, autonomia, vulnerabilidade e integridade. A quebra de sigilo se justifica nas situações já descritas anteriormente.

Os quatro princípios – dignidade, autonomia, vulnerabilidade e integridade – devem ser interpretados de forma integrada, considerando *expressões da realidade fenomenológica concreta do cotidiano da vida humana*, no âmbito da solidariedade e responsabilidade. Resumidamente, Kemp e Rendtorff⁽³¹⁾ demarcam esses princípios da seguinte forma:

A dignidade não deve se restringir à autonomia, mas deve ser destacada como o valor fundante e intrínseco do indivíduo, de todo ser humano em seu encontro com

o outro. A dignidade diz respeito a si e aos outros: devo me comportar com dignidade e devo considerar a dignidade do outro; ou seja, não devo abandonar o comportamento civilizado e responsável, e o outro não deve ser comercializado e nem escravizado.

A autonomia não deve ser apenas interpretada no sentido liberal de “permissão”, mas sim devem-se considerar cinco aspectos da autonomia: 1) capacidade de criação de ideias e objetivos para a vida; 2) capacidade de inserção moral, autocontrole e privacidade; 3) capacidade de decisão e ação racionais sem coerção; 4) capacidade de envolvimento político e responsabilidade pessoal; 5) capacidade de consentimento informado.

A vulnerabilidade, por sua vez, diz respeito à integridade como um princípio básico para o respeito e a proteção da vida humana e não humana. O princípio da vulnerabilidade pode estabelecer pontes entre estranhos morais em uma sociedade pluralista. Da mesma forma, reconhecer a vulnerabilidade deve ser um dos pontos de partida essencial para a formulação de políticas no moderno estado de bem-estar social. O respeito à vulnerabilidade não é uma demanda por vida perfeita e imortal, mas o reconhecimento da finitude da vida e, em particular, a presença terrena de sofrimento dos seres humanos.

A integridade está conectada com a retidão, honestidade e boas intenções, sendo considerada universalmente como uma qualidade da pessoa como tal. Assim, refere-se à coerência da vida no tempo e no espaço (na memória e na vida corporal), que não deve ser tocada e destruída. É a coerência da vida, que é lembrada a partir de experiências e, portanto, pode ser contada em uma narrativa. Assim, o respeito à integridade é o respeito à privacidade e ao ambiente pessoal e, em particular, ao entendimento do paciente sobre sua própria vida e doença no corpo e na alma. A integridade é o princípio mais importante para a criação de confiança entre o médico e o paciente, porque exige que o médico ouça o paciente contando a história sobre sua vida e doença.

A perspectiva integrada para interpretação dos princípios da dignidade, da autonomia, da vulnerabilidade e da integridade proporciona uma forma mais ampla para análise das situações envolvendo assistência ou pesquisa na área da saúde. Da mesma forma, permite compor diferentes situações e perspectivas – ou seja, a perspectiva do paciente e a perspectiva dos profissionais da saúde.

Por fim, a notificação dos casos de violência de crianças e adolescentes constitui o primeiro passo para o enfrentamento da violência que acomete a população infantojuvenil para acionar a rede de proteção social e é importante instrumento de política pública, sendo reconhecida como uma estratégia fundamental para a garantia dos direitos de crianças e jovens; em particular,

para o enfrentamento dos casos de violência de crianças e adolescentes, menores de 14 anos, envolvendo situações de iniciação da atividade sexual, considerando os dados que refletem a realidade do país.

O Projeto de Lei nº 1.880/2019,⁽³²⁾ da Comissão de Seguridade Social e Família, dispõe sobre a garantia de proteção a agentes públicos que comuniquem casos de suspeita de violência, agressão e maus-tratos contra crianças e adolescentes. Autor: Deputado José Medeiros e relatora: deputada Dulce Miranda; é exemplo da necessidade de olharmos para as fragilidades estruturais e que envolvem a segurança dos profissionais que realizam a notificação.

O OLHAR DA JUSTIÇA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Dra. Maria Regina Fay de Azambuja

Nas últimas décadas, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988,⁽²²⁾ várias mudanças na legislação foram realizadas para a proteção de crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),⁽⁴⁾ editado em 1990, reconheceu esses indivíduos como sujeitos de direito e em fase especial de desenvolvimento, na condição de prioridade absoluta. Assim, o ECA, em atenção ao comando constitucional, revolucionou conceitos e práticas até então incorporadas pelo mundo adulto. Essa mesma legislação assegura à criança e ao adolescente o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na CF e na legislação (art. 15 do ECA).⁽⁴⁾

Por outro lado, o Código de Ética Médica,⁽⁷⁾ que regula a atividade profissional do médico, garante o sigilo profissional, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente (art. 74).

No aspecto criminal, em 2009, a Lei nº 12.015⁽¹²⁾ alterou a denominação de crimes contra os costumes para crimes contra a dignidade sexual, unificando os crimes de estupro (dependente de conjunção carnal) e o crime de atentado violento ao pudor (sem conjunção carnal); passando a existir o crime de estupro e o crime de estupro de vulnerável:

- **Estupro** (art. 213) – “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. § 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze)

anos: Pena – reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos. § 2º Se da conduta resulta morte: Pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.”

- **Estupro de vulnerável** (art. 217-A)⁽¹²⁾ – “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. § 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no **caput** com alguém que, 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. § 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave: Pena – reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos. § 4º Se da conduta resulta morte: Pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.”

Nesse sentido, no estupro de vulnerável (art. 217-A do CP),⁽¹²⁾ presume-se a violência envolvendo menores de 14 anos. Para as adolescentes com idade entre 14 anos e 18 anos incompletos, a lei exige a prova de violência, a fim de configurar o crime de estupro (art. 213 do CP).

Por outro lado, o art. 13, *caput*, do ECA⁽⁴⁾ obriga o profissional da saúde a comunicar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra criança e adolescente, sob pena de incorrer no art. 245 do ECA. Não há dúvidas de que toda a suspeita ou confirmação de maus-tratos exige do profissional da saúde a comunicação ao Conselho Tutelar (art. 13 do ECA). Sabe-se que o médico, profissional da saúde ou professor que deixar de comunicar esses casos pode sofrer penalidade de multa em 3 a 25 salários mínimos (art. 245 do ECA).⁽⁴⁾

A questão que merece ser trazida ao debate diz respeito aos casos em que, na avaliação do médico, não se configura suspeita ou confirmação de maus-tratos. Estaria o médico obrigado a comunicar aos órgãos competentes, em atenção ao disposto no art. 66 da Lei das Contravenções Penais,⁽¹³⁾ os casos de adolescentes que relatam ter mantido relações sexuais? O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul tem proferido decisões absolvendo jovens que mantiveram relações sexuais com adolescentes de idade próxima, decorrentes de relação de namoro ou de afetividade (TJRGS, Apelação Criminal nº 70082795204, 7ª Câmara Criminal, Relatora Desª Viviane de Faria Miranda, julgado em 17/10/2019). Nesse sentido, no nosso sentir, nos casos em que não estiver presente a suspeita ou confirmação de maus-tratos, entendemos que a comunicação ao Conselho Tutelar ou Ministério Público, por parte do médico, não se mostra obrigatória, em face do disposto no art. 74 do Código de Ética Médica,⁽⁷⁾ em especial quando o médico avaliar os prováveis prejuízos que a comunicação poderia acarretar à saúde da paciente.

A Lei maior é a Constituição Federal (CF),⁽²²⁾ que garante a proteção integral da criança (art. 13 do ECA).⁽⁴⁾ Além disso, a saúde é direito fundamental da criança e do adolescente, devendo ser garantida com absoluta prioridade (art. 227 da CF).⁽²²⁾

Embora o Código Penal tipifique como crime a prática de ato libidinoso ou de relações sexuais com menor de 14 anos, a obrigatoriedade de o médico comunicar ao Conselho Tutelar ou ao Ministério Público está atrelada, no nosso sentir, à configuração de suspeita ou confirmação de maus-tratos, em razão do disposto no art. 13 e art. 245 (ambos do ECA).⁽⁴⁾

Cabe ressaltar que a situação do médico é diferente da situação do professor. Ambos devem comunicar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos (art. 56, inciso I, do ECA),⁽⁴⁾ porém o médico está protegido pelo sigilo, como lhe assegura o art. 74 do Código de Ética Médica.⁽⁷⁾

Sendo assim, sugere-se que o ginecologista examine, entre outros, os seguintes fatos, a fim de formar seu convencimento sobre a existência de suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra sua paciente: a) idade da vítima; idade do(a) parceiro(a); b) existência de relação afetiva prévia; c) consentimento da vítima com a prática do ato libidinoso ou das relações sexuais; d) consentimento dos pais; e) presença de impedimento para a oferta de resistência (embriaguez, retardo mental, torpor etc.); f) existência de sinais de violência física; g) presença de coerção e indícios de exploração sexual.

Para concluir, afirma-se que, embora qualquer situação envolvendo a prática de ato libidinoso ou relações sexuais com adolescentes com idade inferior a 14 anos, em tese, configure o tipo penal de estupro de vulnerável, previsto no art. 217-A do CP,⁽¹²⁾ ressaltam-se as particularidades que envolvem a obrigatoriedade do médico de comunicar os fatos ao Conselho Tutelar ou ao Ministério Público, conforme acima examinado.

DISCUSSÃO

Tendo em vista a necessidade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, assegurados em documentos internacionais com participação do Brasil como o Programa de Ação do Cairo (1994),⁽⁶⁾ o Consenso de Montevideu (2013),⁽¹⁶⁾ as Recomendações do Ministério da Saúde, por meio de publicações como “Marco legal: saúde, um direito de adolescentes” (2007)⁽³²⁾ e “Saúde sexual e saúde reprodutiva” (2013),⁽³³⁾ e a responsabilidade das Associações Médicas na discussão de assuntos relevantes para a promoção de saúde e prevenção de violência contra crianças e adolescentes, os resultados do debate do Fórum apontam no sentido de propor medidas cabíveis a serem implantadas para melhorar a assistência dessa população e nortear a conduta dos profissionais de saúde.⁽³⁴⁾

Os profissionais da área de Saúde e do Direito, presentes no Fórum, demonstraram sua preocupação especialmente sobre o art. 217-A do Código Penal, alterado pela Lei nº 12.015/2009,⁽¹²⁾ que obriga o médico a notificar a relação sexual com menor de 14 anos, mesmo que a relação sexual seja consentida e de conhecimento dos pais ou responsáveis, podendo acarretar prejuízo no atendimento médico aos adolescentes e no âmbito familiar, nos seguintes aspectos:

- Embora seja de conhecimento médico que crianças e adolescentes estão em condição peculiar de desenvolvimento, tal fato não as reduz à condição de objeto de intervenção e nem de comparação com indivíduos portadores de doença mental ou condições neurológicas;
- Ao ser obrigado a notificar, mesmo com a intenção de proteção, tal fato gera estigmatização e consequências penais ou infracionais ao parceiro, mesmo nas relações consentidas ou quando ambos têm idades próximas. É importante salientar que uma acusação de estupro caracteriza um crime hediondo, portanto não prescreve, rotulando o suposto agressor por toda a vida e, se maior de idade, condenando-o à prisão comum com todos os riscos e consequências desse ato;
- Todos os envolvidos no processo, como os familiares, a comunidade e os profissionais de saúde, sofrerão consequências sociais e psicológicas pelo ato da notificação, quebra de sigilo e acusação do parceiro. A judicialização comprometerá a relação médico-paciente, resultando em baixa adesão às orientações, evasão das adolescentes dos serviços de saúde, diminuição da prevenção de agravos como infecções de transmissão sexual e gravidez precoce;
- Aumento da insegurança dos profissionais de saúde no atendimento dessa faixa etária, levando muitos a evitarem atender menores de 14 anos, principalmente na rede de atenção primária, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde e de extrema relevância para a prevenção.

CONCLUSÕES

Com base nas apresentações e discussões do fórum, foram elaboradas as seguintes recomendações para o atendimento médico das adolescentes:

- Os profissionais de saúde devem atender as adolescentes de forma diferenciada, respeitando a privacidade e o sigilo, e avaliar sua capacidade em acatar as orientações por meios próprios. A individualidade de cada adolescente deve ser respeitada, e o profissional deve manter uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar;
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico da jovem, seja em primeira

consulta ou nos retornos. A participação da família no processo de atendimento da adolescente é altamente desejável, no entanto os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para a jovem. A adolescente deve ser incentivada a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas;

- O sigilo entre médico e paciente deve ser mantido, sendo os pais ou responsáveis informados sobre o conteúdo das consultas somente com o expresso consentimento da adolescente (por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e à prescrição de métodos contraceptivos), o que deve ser registrado com clareza no prontuário da paciente;
- Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, a adolescente deve ser informada, expondo-se os motivos para essa atitude e registrando-os no prontuário da paciente;
- Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra adolescentes devem obrigatoriamente ser comunicados ao Conselho Tutelar da localidade de moradia da adolescente e/ou outra autoridade competente (como Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente ou Ministério Público);
- A contracepção pode ser indicada para adolescentes sexualmente ativas, mesmo menores de 14 anos (independentemente da notificação nos casos de menores de 14 anos), levando-se em consideração o princípio da proteção à adolescente, segundo o art. 3º da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, 12 de janeiro de 1996);⁽¹⁰⁾
- Na realização de procedimentos de maior complexidade em pacientes menores de 18 anos, como inserção de DIU, implantes e outros procedimentos invasivos, recomenda-se a autorização dos pais e/ou responsáveis;
- Diante de situações consideradas de risco (por exemplo, gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros, procedimentos cirúrgicos), torna-se necessária a participação dos pais ou responsáveis.

Foi também firmado o posicionamento de que, no caso de adolescentes **menores de 14 anos** que procuram atendimento com atividade sexual, caberá ao profissional avaliar o contexto no qual está inserida a relação sexual para formular um juízo crítico da situação e decidir sobre a notificação. No caso de o profissional, após avaliar a situação, optar por não notificar, por considerar que a quebra de sigilo trará prejuízo para a relação médico-paciente, os seguintes aspectos devem ser considerados e devidamente registrados em prontuário médico:

- Anotar se a adolescente procurou o serviço por iniciativa própria ou acompanhada (mãe, pai, responsável, namorado);

- Idade da adolescente e do parceiro;
- Identificar o grau de afetividade na relação e registrar que a relação sexual foi consentida;
- Afastar a possibilidade de impedimento para a oferta de resistência na relação sexual (por exemplo, se a adolescente estava embriagada, retardo mental, torpor, sob efeito de drogas etc.);
- Afastar as situações de maus-tratos, abuso ou exploração sexual;
- Anotar se há consentimento dos pais e, no caso de desconhecimento deles, anotar a razão pela qual a adolescente não compartilha a situação com os pais ou responsáveis, para afastar abuso por parte de membros da família;
- Anotar que a adolescente foi aconselhada a comparar com os pais a sua situação;
- Anotar que a notificação não foi realizada em respeito ao art. 74 do Código de Ética Médica,⁽⁷⁾ para evitar a quebra de sigilo e prejuízo da relação médico-paciente;
- Anotar que a adolescente foi identificada como capaz de compreender as orientações dadas e conduzir-se por meios próprios;
- Anotar que a contracepção foi indicada baseada nos princípios de proteção à adolescente.

A Febrasgo permanece preocupada com as consequências da iniciação sexual precoce, em especial das meninas menores de 14 anos, nas quais a gravidez está intimamente associada à violência sexual. No entanto, considera que a notificação de todos os casos indiscriminadamente sem uma avaliação individualizada levará à evasão dessa clientela dos serviços médicos (consultórios, hospitais, ambulatorios), além da possível resistência dos profissionais, principalmente da rede de atenção primária, considerada porta de entrada dos serviços de saúde, para atender essas pacientes, por medo das repercussões legais. Essa situação causará prejuízos para as adolescentes, que estarão desamparadas e suscetíveis a aumentar os índices de gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, aborto e consequente morbimortalidade materno-fetal.

Os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes necessitam de amparo legal para terem autonomia no sentido de avaliar, caso a caso, as situações que envolvem menores de 14 anos, para que não se quebre a relação médico-paciente. Enquanto se chega a um consenso entre ética e justiça, o médico deve contar com sua percepção, juízo crítico e registro minucioso dos fatos de que teve conhecimento na consulta, devidamente anotados em prontuário médico.

Participaram do 2º Fórum sobre Aspectos Ético e Legais do Atendimento de Adolescentes:

- **Dra. Denise Leite Maia Monteiro (coordenadora)**
Secretária da CNE-GIP da Febrasgo
Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ
Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ
<http://lattes.cnpq.br/6838883176920573>
<https://orcid.org/0000-0003-4679-1859>
- **Dra. Marta F. Benevides Rehme (palestrante)**
Presidente da CNE-GIP da Febrasgo
Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR
<http://lattes.cnpq.br/5752418791749335>
<https://orcid.org/0000-0002-3919-2957>
- **Dra. Zuleide A. F. Cabral (palestrante)**
Vice-Presidente da CNE-GIP da Febrasgo
Centro Universitário de Várzea Grande, Cuiabá, MT
Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, RO
<http://lattes.cnpq.br/3072044035982540>
- **Dra. Liliâne Diefenthaler Herter (relatora)**
Membro da CNE-GIP da Febrasgo
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS
<http://lattes.cnpq.br/4824738012151792>
<https://orcid.org/0000-0001-5225-4107>
- **Dra. Elaine da Silva Pires de Araújo (relatora)**
Membro da CNE-GIP da Febrasgo
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ
<http://lattes.cnpq.br/0808362853629826>
<https://orcid.org/0000-0002-7914-8045>
- **Dra. Márcia Santana Fernandes (palestrante)**
Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela PUC-SP
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Universidade Feevale, São Leopoldo, RS
<http://lattes.cnpq.br/2132565174726788>
<https://orcid.org/0000-0002-0455-4268>
- **Dra. Anna Cunha (palestrante)**
Graduada em Antropologia pela Universidade de Brasília, DF
Fundo de População das Nações Unidas/ONU
<http://lattes.cnpq.br/9456211785931191>
- **Dra. Maria Regina Fay de Azambuja (palestrante)**
Graduada em Direito pela Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS
Procuradora Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul
Especialista em Violência Doméstica pela Universidade de São Paulo, SP
<http://lattes.cnpq.br/9207081810280381>

REFERÊNCIAS

1. Rehme MFB, Cabral Z. Atendendo a adolescente no consultório de ginecologia. *Femina*. 2019;47(4):195-7.
2. Rehme MFB. Recomendações para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos. *Femina*. 2019;47(4):210-2.
3. World Health Organization (WHO). Young people's health – a challenge for society. Report of a WHO Study Group on young people and "Health for all by the year 2000". Geneva: WHO; 1986. (Technical Report Series, 731).
4. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990 [citado 2019 Abr 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

5. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 [Internet]. Institui o Código Civil. 2002 [citado 2019 Dez 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406.htm
6. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) [Internet]. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo. 1994 [citado 2019 Jan 21]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>
7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resoluções CFM nº 2.217/2018, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2019 [citado 2019 Jul 19]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
8. Adolescência, Anticoncepção e Ética. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo. J Pediatr. 2004;80(1).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado 2019 Dez 13]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf
10. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 [Internet]. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar; estabelece penalidades e dá outras providências. 1996 [citado 2019 Maio 15]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-publicacaooriginal-1-pl.html>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2019 Set 19]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
12. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 [Internet]. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 19 de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009 [citado 2019 Ago 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
13. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 [Internet]. Lei das Contravenções Penais. 1941 [citado 2019 Maio 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm
14. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [Internet]. Código Penal. 1940 [citado 2019 Jul 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
15. Cunha A. Gravidez não intencional na adolescência: panorama nacional, determinantes sociais e fortalecimento de trajetórias e direitos [Internet]. UNFPA; 2017 [citado 2018 Mar 12]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/apresentacao-anna-cunha-12-12>
16. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) [Internet]. Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento. 2013 [citado 2019 Abr 11]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/consenso-de-montevidéu-sobre-populacao-e-desenvolvimento/>
17. Noivas meninas: as crianças casadas no Brasil [Internet]. 2016 [citado 2019 Ago 11]. Disponível em: <https://pragmatismo.jusbrasil.com.br/noticias/296225319/noivas-meninas-as-criancas-casadas-no-brasil>
18. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde (TABNET) – Estatísticas vitais [Internet]. Sistema de Informações sobre nascidos vivos (Sinasc). 2017 [citado 2019 Nov 6]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>
19. Banco Mundial. Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/730721468326167343/Measuring-the-economic-gain-of-investing-in-girls-the-girl-effect-dividend>. Acesso em: 5 fev. 2020.
20. Ministério da Saúde. Departamento de doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/estudo-apresenta-dados-nacionais-de-prevalencia-da-infeccao-pelo-hpv>
21. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Atlas da Violência, 2018. Estupro no Brasil, segundo os registros administrativos. [citado 2019 Nov 22]. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf
22. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet] 1988 [citado 2019 Dez 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
23. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 [Internet]. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. 1990 [citado 2018 Out 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm
24. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990 [citado 2018 Out 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
25. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017 [Internet]. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). 2017 [citado 2018 Out 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm
26. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018 [Internet]. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. 2018 [citado 2019 Out 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm
27. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. 2001 [citado 2019 Out 18]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html
28. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 299, de 5 de novembro de 2019 [Internet]. Dispõe sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, de que trata a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. 2019 [citado 2019 Nov 6]. Disponível em: http://abraminj.org.br/Painel/arquivos/resolucao_299_depoimento_especial_pdf.pdf
29. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018 [Internet]. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). 2018 [citado 2019 Aug 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm
30. Goldim JR. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. In: Souza RT, org. Ciência e ética: os grandes desafios. Porto Alegre: Editora EDIPUCRS; 2006. p. 44-64.
31. Kemp P, Rendtorff JD. The Barcelona Declaration – Towards an integrated approach to basic ethical principles. Synth Philos [Internet]. 2008 [cited 2018 Oct 15];23(2):239-51. Available from: <https://hrcak.srce.hr/37134?lang=en>
32. Medeiros J. Projeto de Lei nº 1.880-A, de 2019 [Internet]. Dispõe sobre a garantia de proteção a agentes públicos que comuniquem casos de suspeita de violência, agressão e maus-tratos contra crianças e adolescentes; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação Relatora Dep. Dulce Miranda. 2019 [citado 2019 Dez 20]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=027E9F2CE8A70942D254998FE77DC3F4.proposicoesWebExterno?codteor=1832818&filenome=Tramitacao-PL1880/2019
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem [Internet]. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado 2019 Nov 6]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 Nov 6]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Câncer de mama

Diagnóstico precoce aumenta as chances de cura da doença, cuja estimativa é acometer 66 mil mulheres em 2020. Entenda como o ginecologista pode ajudar no desfecho positivo do tratamento

Por Letícia Martins



Uma doença capaz de abalar a mais forte das mulheres e colocar a saúde pública em estado de atenção. Segundo dados apresentados recentemente pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), devem surgir no país 66.280 novos casos de câncer de mama para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres.

No mundo, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres. Em 2018, foram registrados 2,1 milhões de casos novos, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminina ocupa a primeira posição mais frequente em todas as regiões brasileiras, com um risco estimado de 81,06 a cada 100 mil no Sudeste, de 71,16 no Sul, de 45,24 no Centro-Oeste, de 44,29 no Nordeste e de 21,34 na região Norte.

Embora as chances de cura aumentem com o diagnóstico precoce, o Brasil ainda lida com o desafio de reduzir os casos de mortalidade de câncer de mama. Em 2017, ocorreram 16.724 óbitos por causa da doença.

Diante desse cenário, iniciativas que visem conscientizar a sociedade civil, as entidades científicas e as autoridades governamentais sobre a importância do diagnóstico precoce são necessárias e muito bem-vindas. Uma delas é o Dia Nacional da Mamografia, celebrado desde 2013 no dia 5 de fevereiro. Na data e ao longo do

mês, diversas campanhas são realizadas no país para estimular as mulheres que não apresentam sintomas a fazerem a mamografia, exame que avalia os tecidos internos da mama e ajuda a diagnosticar precocemente nódulos e tumores.

Para o ginecologista Hélio Sebastião Amâncio de Carmo Júnior, coordenador da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Imaginologia Mamária da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a adesão das mulheres é um dos maiores desafios, pois muitas têm medo de fazer o exame e descobrir alguma doença. “Ainda é comum ouvirmos frases do tipo: não vou procurar, para não encontrar”, afirma. Dessa forma, elas fecham a porta para a oportunidade de tratar um nódulo ou tumor no estágio inicial.

Além de despertar a atenção das mulheres assintomáticas para a importância do exame das mamas, as campanhas também têm o caráter educativo para o tratamento. “Falar sobre as doenças mamárias e levar esse tema para a mídia e a população em geral também traz informações úteis para aquela mulher que está com câncer de mama e não sabe, por exemplo”, declarou o presidente da CNE de Imaginologia Mamária.

Embora reconheça a importância do Dia Nacional da Mamografia, o médico acredita que a adesão pode ser maior com adoção de iniciativas que descentralizem as ações. No Uruguai, por exemplo, a mamografia é feita no

dia do aniversário da mulher, que tem direito à dispensa do trabalho garantido por lei se realizar o exame. “Isso é bacana porque não sobrecarrega o sistema em um único mês”, analisa Dr. Hélio, que cita outro exemplo, desta vez nacional: o do Hospital do Câncer de Barretos (SP), que tem um ônibus adaptado e equipado para percorrer bairros e cidades do interior oferecendo exames de prevenção ao câncer.

Outro motivo que reforça a relevância do Dia Nacional da Mamografia é o significado da mama para a mulher. Quem explica é o mastologista Carlos Henrique Menke, professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ex-chefe e fundador do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: “O órgão símbolo da mulher é a mama, que representa o prazer sexual e a capacidade de amamentar. Qualquer doença que acometa esse órgão desencadeia um processo mental e psicológico importante, tornando-se uma ameaça”, enfatiza Menke, presidente da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina.

Por isso, ele destaca o papel indispensável do ginecologista na prevenção e conscientização das mulheres sobre o câncer de mama. “O ginecologista precisa estar atento para pesquisar nos consultórios e ambulatórios se a mulher tem alto risco para o câncer de mama e recomendar o exame de mamografia precocemente”, diz. Segundo Menke, que atuou durante décadas como ginecologista e se especializou em mastologia, falar com a paciente sobre os riscos de câncer de mama faz parte das orientações primárias. “É como se uma gestante fosse fazer o pré-natal e o médico não verificasse a pressão dela ou escutasse o bebê”, compara. “O responsável pela prevenção secundária do câncer de mama é o ginecologista, porque ele é o médico que acompanha a mulher desde a adolescência.”

INDICAÇÃO DA MAMOGRAFIA

O mastologista e coordenador da Comissão de Ensino a Distância da Sociedade Brasileira de Mastologia, Renato Zocchio Torresan, destaca que movimentos como o Dia Nacional da Mamografia, Outubro Rosa e Novembro Azul contribuíram bastante para mudanças e/ou formulações de leis que hoje fazem parte do nosso cotidiano, como a “lei dos 60 dias”, que determina esse prazo como limite entre uma biópsia e o início do tratamento. “No Brasil há a ‘lei da mamografia’, datada de 2010,

As sociedades médicas recomendam a mamografia para mulheres assintomáticas após os 40 anos de idade, com intervalo anual.

que garante o direito à mamografia gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) após os 40 anos de idade”, citou Torresan, que foi presidente da CNE de Mastologia da Febrasgo no período de 2017-2019.

Ele explica que existe uma polêmica em torno da Lei nº 11.664, visto que a recomendação do Ministério da Saúde é para a realização da mamografia de

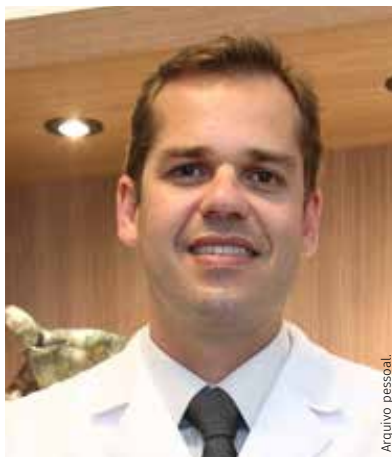
rastreamento após os 50 anos de idade até os 69 anos, com intervalo bienal. A interpretação do Ministério é que o exame pode ser solicitado após os 40 anos, desde que com indicação médica. “Importante salientar que o rastreamento é uma medida populacional para mulheres assintomáticas. No momento em que a mulher tem alguma queixa mamária, ela deve procurar atendimento médico e realizar o exame que for necessário para elucidar a dúvida, independentemente da idade”, ressaltou Torresan.

De acordo com o mastologista, a recomendação do Ministério é baseada em dados de países europeus e norte-americanos (EUA e Canadá) que mostraram, em programas de rastreamento organizado, uma redução de cerca de 30% das taxas de mortalidade com mamografias após os 50 anos. Há benefício também na faixa etária mais jovem, mas de impacto menor, em torno de 15% a 20%.

No entanto, a Febrasgo, a Sociedade Brasileira de Mastologia, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e o Colégio Brasileiro de Radiologia recomendam o rastreamento para mulheres assintomáticas após os 40 anos de idade com intervalo anual, baseado em dados que mostram uma incidência maior de câncer de mama na população brasileira nessa faixa etária. “Dados de inúmeras regiões do país mostram que cerca de 40% dos casos ocorrem abaixo dos 50 anos e por isso a importância do início do rastreamento mais precocemente”, completou Torresan.

Heverton Amorim, membro da CNE de Imaginologia Mamária da Febrasgo e da Comissão Nacional de Imagem Mamária da Sociedade Brasileira de Mastologia, esclarece que a radiação utilizada na mamografia é segura e não tem correlação com o aumento da incidência do câncer de mama nem com o câncer de tireoide. “A mamografia é um exame tranquilo e pode ser realizada anualmente sem problemas a partir dos quarenta anos”, sustenta.

O presidente da CNE de Imaginologia Mamária da Febrasgo reforça dizendo que fazer mamografia todo ano tem benefícios, porém repeti-la com inter-



“NO MOMENTO EM QUE A MULHER TEM ALGUMA QUEIXA MAMÁRIA, DEVE PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO E REALIZAR O EXAME, INDEPENDENTEMENTE DA IDADE”, ressaltou o Dr. Renato Torresan.

valos de seis meses pode causar impacto contrário por gerar estresse, angústia e preocupação desnecessária na mulher. “Em medicina não existe almoço grátis. Um simples exame de sangue tem risco, pois você pode pegar uma infecção e isso pode trazer um falso resultado que induza a um exame exagerado, por exemplo. Por isso, na medicina, tudo precisa ser bem pensado e isso vale para a mamografia também”, analisou Dr. Hélio. Contudo, argumenta o médico, fazer o exame a cada dois ou três anos, como recomenda o Ministério da Saúde, pode, em alguns casos, comprometer os benefícios da mamografia. “Quando falamos em câncer, tudo é muito complexo, pois se trata de uma doença com muitas variantes. No entanto, hoje é sabido que o diagnóstico precoce aumenta as chances de salvar a paciente e de salvá-la sem mutilação e com tratamento menos agressivo.”

ADESÃO À MAMOGRAFIA NO BRASIL

Se por um lado a aderência da mulher à mamografia é altamente relevante para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, por outro falta ao país resolver alguns pontos fundamentais para melhorar a saúde pública feminina. Os entrevistados da matéria destacaram alguns: desenvolvimento de um programa de rastreamento organizado, melhor distribuição dos mamógrafos, controle de qualidade dos exames e acesso ao tratamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, em um programa de rastreamento organizado, a cobertura deve chegar a 70% das mulheres em idade de rastreamento. Contudo, no Brasil inexistem programas de rastreamento organizado. “As dimensões continentais do nosso país dificultam muito a existência de grandes programas populacionais. Temos rastreamento oportunístico, ou seja, a mulher não é formalmente convidada ou convocada a fazer o exame”, observa Torresan.

A cobertura do SUS fica em torno de 24% a 25%, muito aquém do recomendado pela OMS. Como não é de se espantar, os estados mais pobres têm menores taxas de cobertura ainda.

Mas há um dado que surpreende: o Brasil não apresenta dificuldade de equipamentos para a realização do exame – o problema está na distribuição deles. “Alguns estados sofrem com a falta de mamógrafos, enquanto em outros há número muito maior do que o necessário, tanto no sistema público como no privado”, aponta Torresan.

Os 4.200 mamógrafos disponibilizados para o SUS estão mal distribuídos.

Em São Paulo há equipamentos sobrando, já no Nordeste, faltam. “No Nordeste, a cobertura mamográfica fica em torno de 23,8%, muito aquém do esperado. Na Paraíba, em torno de 21%”, aponta Amorim, que mora em João Pessoa (PB).

Como reverter as tristes estimativas do Inca de incidência de 13.190 novos casos de câncer de mama na região Nordeste para 2020 se falta um equipamento tão importante para o diagnóstico?

A dificuldade de acesso ao exame impacta no resultado do tratamento, pois muitas vezes o câncer é descoberto tardiamente. Após o diagnóstico, o paciente ainda se depara com o desafio de conseguir fazer as quimioterapias, principalmente na rede pública. “No Nordeste, vivemos em dois Brasis: o Brasil do sistema público de saúde, onde a cobertura e a aderência à mamografia são baixas e o tratamento é bastante deficitário, e o Brasil da rede privada e de convênio, com padrão muito superior”, argumenta Amorim.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA

A primeira máquina dedicada à mamografia foi lançada em 1966 e de lá para cá os índices de mortalidade vêm diminuindo no mundo inteiro, ainda que de forma lenta. Dr. Heverton Amorim compara: “Mulheres que realizam rotineira e regularmente mamografia morrem menos de câncer de mama do que aquelas que não realizam o exame.”

Dr. Carlos Henrique Menke confirma, informando que a mamografia periódica reduz em torno de 30% a mortalidade por câncer de mama. Além disso, ele aponta outra causa para a redução nos índices de morte por esse tipo de carcinoma: a melhoria nos métodos de tratamento. “Nos últimos 5-10 anos, a medicina personalizada, os agentes biológicos e as técnicas cirúrgicas progrediram muito”, afirmou.

No Brasil, esse avanço científico também é considerado, resguardando as diferenças regionais. “Nas regiões Sul e Sudeste há índices menores do que no Nordeste, onde o câncer é diagnosticado mais avançado, com tumores maiores”, analisa Menke.

A mamografia não é um método que assegura que a mulher não tem câncer, porque tem um percentual falso-negativo. Ela vem normal para o médico, mas não exclui o câncer, pois tem menos de 5% de falso-negativo. Na realidade a paciente pode ter um nódulo, tumor ou caroço. “Por esse motivo, muitas vezes o médico associa a mamografia à ultrassonografia,



“O PAPEL DO GINECOLOGISTA É IMPORTANTÍSSIMO. ELE PRECISA ESTAR ATENTO PARA PESQUISAR NOS CONSULTÓRIOS E AMBULATÓRIOS SE A MULHER TEM ALTO RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA”, diz Dr. Carlos Henrique Menke.

principalmente para mulheres jovens e grávidas, visto que a mama é muito densa e pode atrapalhar o diagnóstico radiológico”, pontua Menke.

FATORES DE RISCO, CAUSAS E SINTOMAS

Até o momento, não há como evitar o câncer de mama, mas alguns fatores de risco da doença já foram descobertos, o que pode facilitar a detecção precoce e contribuir para o rastreamento da patologia. Dentre eles, destacam-se menarca precoce, antes dos 11 anos, nuliparidade, obesidade e hábitos de vida, como tabagismo e falta de atividade física.

“Entretanto, os três principais fatores de risco são: idade avançada, histórico de lesões precursoras e história familiar. De todos os casos, cerca de 5% a 10% são chamados de hereditários, 25% de familiares e o restante de câncer esporádico”, explica Renato Torresan.

Heverton Amorim destaca essa informação, visto que a população costuma associar o maior risco de casos de câncer de mama ao histórico familiar, porém a imensa maioria dos casos – em torno de 75% a 80% – ocorre em mulheres que não têm parentes com o problema. “Obvia-

“O DIAGNÓSTICO PRECOCE AUMENTA AS CHANCES DE SALVAR A PACIENTE E DE SALVÁ-LA SEM MUTILAÇÃO E COM TRATAMENTO MENOS AGRESSIVO”, declarou Dr. Hélio Camargo Júnior.



Arquivo pessoal.

mente os casos familiares hereditários aumentam mais ainda a chance de câncer de mama”.

Nos casos hereditários, a pessoa herda dos pais (independentemente de pai ou mãe) uma alteração genética que predispõe ao câncer. Diante de outros estímulos (externos ou não) no decorrer da vida, as chances de a pessoa desenvolver a doença podem ser altíssimas, chegando próximo dos 100% em alguns casos. “São os casos das mulheres que fazem os testes genéticos e encontram variantes patogênicas de genes como BRCA1, BRCA2, PT53, PALB2, STK11, PTEN, entre outros. O padrão de herança é autossômico dominante e as pacientes costumam apresentar a doença em idade mais precoce que a usual”, diz Torresan.

Nos casos familiares, há prevalência maior de câncer nas famílias, mas não é possível reconhecer ou atribuir o mesmo padrão de herança genética dos casos hereditários. As chances de uma pessoa desenvolver câncer dentro dessas famílias é mais alta que o usual, mas não tão alta como nos casos hereditários.

Por fim, nos casos esporádicos há uma inter-relação forte entre fatores ambientais, sociodemográficos e reprodutivos, idade, história pessoal de doença mamária



SELO DE QUALIDADE DA MAMOGRAFIA

A mamografia é utilizada por médicos de várias especialidades, como ginecologistas, mastologistas, radiologistas e oncologistas, e é considerada um exame seguro, estudado desde o final da década de 1960 até hoje, detendo parâmetros de qualidade. “Por isso, é importante sempre realizar a mamografia em serviço que tenha bom controle de qualidade para que o exame seja com pouca radiação”, alerta Amorim.

Existem ferramentas poderosas para atestar a qualidade da mamografia, que aferem, por exemplo, a apuração da sensibilidade, a especificidade e a taxa de detecção. No Brasil, a Febrasgo, o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Sociedade Brasileira de Mastologia criaram uma comissão que analisa serviços de mamografia, além de cuidar de vários outros assuntos pertinentes ao tema, e que recebeu o nome de Comissão Nacional de Mamografia.

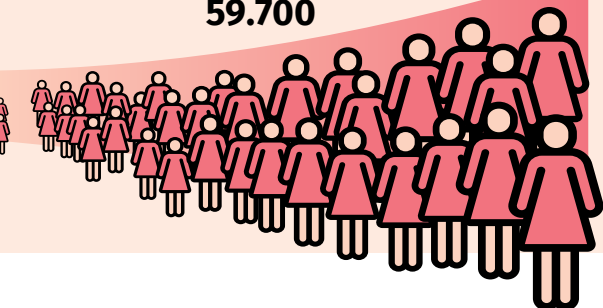
A comissão avalia os serviços, que, se aprovados, recebem o Certificado de Qualidade em Mamografia, passando a ter o direito de exibir nos seus documentos (inclusive laudos) o Selo de Qualidade em Mamografia. Se uma clínica tiver mais de um aparelho, cada um deles deverá ser avaliado separadamente. A avaliação leva em conta a qualidade das radiografias, posicionamento, presença de artefatos, identificação de lesões, descrição dos achados e conduta recomendada.

ESTATÍSTICAS SOBRE O CÂNCER DE MAMA

Estimativa de novos casos no Brasil

2019
59.700

2020
66.280



Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer (por estado)

Acre.....100	Maranhão 840	Rio de Janeiro..... 9.150
Alagoas.....620	Mato Grosso 560	Rio Grande do Norte..1.130
Amapá70	Mato Grosso do Sul... 850	Rio Grande do Sul... 4.050
Amazonas450	Minas Gerais.....8.250	Rondônia.....220
Bahia3.460	Pará.....780	Roraima.....60
Ceará2.510	Paraíba.....1.120	Santa Catarina3.370
Distrito Federal.....730	Paraná3.470	São Paulo18.280
Espírito Santo.....790	Pernambuco.....2.390	Sergipe.....530
Goiás1.620	Piauí.....590	Tocantins.....290

Fonte: Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca; 2019.

prévia, obesidade, uso de terapia hormonal, álcool etc., e o desenvolvimento da doença. Nesses casos a apresentação da doença mais comum é após a menopausa, com tumores hormônio-dependentes. “O sintoma mais comum é o nódulo palpável, geralmente indolor, endurecido e com crescimento progressivo. Outros sinais importantes são retração de pele, retração de mamilo, presença de linfonodos axilares palpáveis e secreção mamilar”, cita Torresan.

Com o rastreamento mamográfico organizado, cerca de 70% dos casos são diagnosticados precocemente, mesmo não havendo nenhum sinal ou sintoma. Consequentemente as chances de cura são maiores.

Mas mesmo que o câncer não seja diagnosticado no começo, ainda há possibilidade de tratamento, como esclarece o ginecologista Hélio Camargo Júnior: “A medicina dispõe de muitos recursos e o resultado vai depender do tipo de câncer, do estado físico do paciente no começo da doença para aguentar o tratamento mais agressivo e também de sorte”.

TRATAMENTO

Quando uma lesão detectada pelos exames de imagem ou clínico é considerada suspeita, é fundamental a realização da biópsia, que pode ser feita guiada pela mamografia, pelo ultrassom e/ou pela ressonância magnética, a depender do tipo de lesão.

A biópsia é necessária, pois vai informar o tipo de câncer e as informações anatomopatológicas e imunistoquímicas, direcionando o tratamento. “Quanto ao tratamento, há muitas inovações. O câncer de mama é uma das doenças mais estudadas

atualmente, com um dos maiores números de publicações científicas anualmente. Consequentemente os avanços terapêuticos são muitos”, diz Torresan.

Basicamente, há algumas modalidades terapêuticas clássicas que podem ser utilizadas isoladas ou em conjunto, conforme ensina Renato Torresan:

- Cirurgia;
- Radioterapia;
- Quimioterapia;
- Hormonioterapia; e
- Terapia-alvo.

Nos últimos anos, a imunoterapia também tem ocupado papel de destaque em determinados tipos de câncer de mama. Antigamente, o tratamento era muito parecido para todas as portadoras. Hoje em dia, há uma tendência grande na personalização da medicina e, para cada tipo de tratamento citado acima, há inúmeras opções. “A escolha depende do tipo do tumor, do perfil imunoistoquímico, do estadiamento local e a distância, da apresentação do tumor na mama, da idade da paciente, da presença ou não de variantes patogênicas em testes genéticos, além obviamente do desejo das pacientes quanto às cirurgias reparadoras”, aponta Torresan, que finaliza: “Portanto, é um cenário bastante complexo, mas os desfechos têm sido muito animadores nos últimos anos. O tratamento é multidisciplinar e o ginecologista exerce uma importância enorme no desfecho do tratamento, pois geralmente é na consulta ginecológica de rotina que os primeiros exames são solicitados e as suspeitas levantadas.”



Arquivo pessoal.

“MULHERES QUE REALIZAM ROTINEIRA E REGULARMENTE MAMOGRAFIA MORREM MENOS DE CÂNCER DE MAMA DO QUE AQUELAS QUE NÃO FAZEM O EXAME”, afirmou Dr. Heverton Amorim.

Luiz Camano (1932-2020)

por Rosiane Mattar

Professora titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)
rosiane.toco@epm.br

Luiz Camano nasceu em 21 de maio de 1932, na cidade de São Paulo. Filho de Núncio e Arminda Camano. Graduiu-se pela Escola Paulista de Medicina (EPM), hoje Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em 1956. Fez residência médica em Ginecologia e Obstetrícia na Casa Maternal da Legião Brasileira de Assistência (1956-1957). Dedicou-se à carreira universitária na EPM, obtendo o doutorado, em 1968, com a tese *Contribuição para o Estudo Histoquímico do Muco do Epitélio Vaginal da Rata (Rattus norvegicus albinus, Rodentia Mammalia), no Ciclo Estrial, na Prenhez e na Pós-Parturição*, sob a orientação do professor Wilson da Silva Sasso. Obteve a livre-docência, em 1973, e galgou a condição de professor titular de Obstetrícia em 1982, atuando nessa função por 20 anos. Teve participação efetiva na formação de inúmeros docentes que, hoje, constituem escola obstétrica importante no cenário nacional.

No Departamento de Obstetrícia da EPM, estimulou alunos a seguirem seus passos como obstetras e docentes. Criou uma escola em que seus eternos alunos e amigos darão continuidade ao seu pensamento.

Foi médico obstetra na Casa Maternal Leonor Mendes de Barros, na Maternidade João Dauy D'Oliveira e na Clínica Ginecológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. E exerceu atividades como obstetra em clínica privada, sendo respeitado e amado por seus colegas e pacientes.

Era uma figura exemplar e ímpar. Criou frases e termos “camanísticos”, que serão citados por muitos de nossa área e por muito tempo: “O professor tem que saber fazer, fazer e ensinar a fazer”; “Não existe assunto esgotado, existe pesquisador cansado”; “Quem sabe tem o poder de síntese”, “Um professor titular não pode conhecer apenas a árvore, tem que conhecer a floresta inteira”; “A função de um coordenador de mesa é semelhante à de um sutiã: ele deve conter os impetuosos e levantar os caídos”.

Foi orientador ou coorientador de 72 dissertações de mestrado e de 33 teses de doutorado. Participou de diversas bancas examinadoras, sendo 18 dissertações de mestrado, 24 teses de doutorado, 13 de livre-docência, 11 de professor titular e 5 de concursos públicos para docentes.

Luiz Camano publicou 8 livros, 168 capítulos em livros, 519 artigos em revistas e 41 resumos em anais em congressos. Participou de 425 eventos e atuou na comissão organizadora de outros 16.

Ele recebeu prêmios, homenagens e comendas.

Foi casado em primeiras núpcias com doutora Ana Carolina Camano, com quem teve três filhas: Ana Cristina, Ana Paula e Ana Cláudia, e em segundas núpcias com a companheira Leonor Barbosa, que o incentivou e o acompanhou até o final.

A Obstetrícia está em luto! O Departamento de Obstetrícia da EPM vai sentir muito sua falta, mas tentaremos conseguir manter o que aprendemos com ele: gostar de ensinar Obstetrícia.



Avaliação em ambiente simulado

Como elaborar e aplicar um OSCE?

Gustavo Salata Romão¹, Francisco José Cândido dos Reis², Sheyla Ribeiro Rocha³, Marcos Felipe Silva de Sá²

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 de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão

Av. Costábile Romano, 2.201, Ribeirânia, 14096-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

gsalataromao@gmail.com

A avaliação das competências médicas se estende para além das provas cognitivas, sendo necessária a verificação do desempenho do residente em habilidades e atitudes consideradas essenciais à prática do futuro especialista. A avaliação do desempenho, por sua vez, deve ser realizada por meio de métodos válidos, confiáveis e aplicáveis aos ambientes simulados e ambientes da prática profissional. O volume 1 da revista *Femina*, publicado em janeiro de 2020, traz uma ampla revisão dos métodos de avaliação utilizados em ambientes reais da prática (*workbased assessment* – WBA). Neste novo artigo, trataremos especificamente dos métodos de avaliação utilizados em ambiente simulado.

Grande parte dos métodos de avaliação a partir da observação foi desenvolvida na década de 1970, como o Caso Curto (*Short Case*), o Caso Longo (*Long Case*), o Exame à beira do leito (*Viva voice*) e, finalmente, o Exame Clínico Objetivo Estruturado (*Objective Structured Clinical Examination* – OSCE), sendo este último descrito por Harden *et al.* em 1975.⁽¹⁾ A seguir descreveremos sumariamente os métodos predecessores e posteriormente o OSCE em maiores detalhes.

CASO CURTO

Nesse tipo de avaliação, o residente realiza o exame clínico dirigido de cinco ou seis pacientes que apresentam

achados clínicos específicos, tendo cada consulta a duração de 15 a 20 minutos. Ao final das consultas, o residente deve discutir o caso com dois examinadores, que lhe atribuem notas de maneira independente. Durante toda a discussão o residente é observado pelos mesmos examinadores e não há uma estruturação preestabelecida para a avaliação.⁽²⁾ Uma vantagem atribuída a esse método de avaliação reside no fato de que os atendimentos realizados pelo residente representam uma amostragem fiel dos desafios da prática do dia a dia nos ambulatorios, sendo, assim, uma ferramenta válida para avaliar o desempenho no exame clínico.⁽²⁾ Entretanto, a confiabilidade do método fica comprometida pela avaliação não estruturada dos examinadores e pela falta de padronização dos pacientes atendidos, interferindo no grau de dificuldade da prova.⁽²⁾

VIVA VOICE OU PROVA ORAL

Para essa modalidade de avaliação, utiliza-se algum material clínico, como a transcrição de um caso clínico, resultados ou laudos de exames complementares. O material é apresentado ao residente, que dispõe de um certo tempo para se apropriar das informações. Em seguida, o caso é discutido com dois examinadores, que questionam o residente durante 10 a 15 minutos sobre diversos aspectos relacionados àquela condição clínica. Esse tipo de abordagem possibilita a avaliação da profundidade do conhecimento, julgamento e raciocínio clínico, análise e solução hipotética de problemas.⁽³⁾ Em geral, não se trata de uma avaliação estruturada, o que pode comprometer a credibilidade do processo devido à discrepância de pareceres entre os diferentes examinadores. Em alguns casos é possível padronizar parte dos itens avaliados para reduzir a variância interobservador. Como o candidato não é observado diretamente pelos examinadores, não é possível tirar conclusões sobre o desempenho dele em habilidades de comunicação, exame físico e procedimentos por meio desse tipo de avaliação.⁽²⁾

CASO LONGO

Nesse tipo de avaliação, o residente realiza inicialmente uma consulta clínica completa, incluindo anamnese e exame clínico de pacientes internados ou atendidos em ambulatorio. A consulta dura em média de 30 a 45 minutos e não é acompanhada pelos examinadores.⁽⁴⁾ Após o atendimento, o residente deverá discutir os achados clínicos, as hipóteses diagnósticas e o plano terapêutico com os examinadores. A avaliação geralmente não é estruturada e foca nos aspectos teóricos do caso, explorando a profundidade do conhecimento, julgamento e raciocínio clínico, análise e elaboração de plano terapêutico. Habilidades de comunicação e exame clínico não são diretamente observados.^(2,4)

A avaliação do caso longo apresenta como vantagem o fato de ser realizada em um contexto realístico, testando a interação com o paciente que se equivale ao desafio da prática. Entretanto, diversos inconvenientes foram atribuídos a esse tipo de avaliação, relacionados à falta de padronização⁽⁵⁾ e à variabilidade dos casos atendidos.^(4,6) Além do que, o desempenho do residente em um único atendimento a um determinado paciente não permite generalizar as conclusões sobre o seu preparo para lidar com a prática do dia a dia.^(4,7)

Para minimizar esses inconvenientes, alguns melhoramentos foram incorporados na avaliação de casos longos.⁽⁸⁾ Alguns métodos passaram a incluir a observação direta do residente durante todo o atendimento, como o Caso Longo Observado ou *Observed Long Case*⁽⁹⁾ e a Observação Direta do Encontro Clínico ou *Direct Observation Clinical Encounter Examination* (DOCEE).⁽¹⁰⁾ Outra importante mudança foi na estruturação dos formulários de avaliação, como o Registro Objetivo e Estruturado de Casos Longos ou *Objective Structured Long Case Record* (OSLER).^(2,11,12)

EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO – OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE)

Anteriormente ao desenvolvimento do OSCE, a avaliação do candidato era influenciada por diversos fatores, além do seu próprio desempenho. Esses fatores se relacionavam à complexidade dos atendimentos, ao comportamento dos pacientes durante a consulta e aos próprios examinadores, que apresentavam discrepâncias quanto aos critérios considerados em cada avaliação. O OSCE surgiu como uma tentativa de padronizar os critérios e minimizar o impacto das variáveis adversas sobre a avaliação dos candidatos.^(1,2) A primeira descrição do OSCE na literatura foi feita por Harden *et al.* em 1975,⁽¹⁾ após ter aplicado essa avaliação em alunos de Medicina na Universidade de Dundee (UK). Desde então o OSCE tem se popularizado em todo o mundo, sendo o instrumento mais conhecido para avaliação de habilidades clínicas em ambiente simulado, sendo utilizado na avaliação de estudantes de Medicina e residentes, inclusive na área de Ginecologia e Obstetrícia.^(2,13) Na versão original do OSCE, os estudantes eram avaliados em 18 estações com duração de 4 minutos e 30 segundos cada uma, com 30 segundos de intervalo entre as estações. Nas estações eram avaliadas diferentes habilidades clínicas, como exame físico do tórax e abdome, exame neurológico e interpretação de exame radiológico.^(1,2)

O QUE É UM OSCE?

Desde a sua concepção, diferentes definições do OSCE foram publicadas.^(14,15) A definição apresentada pela AMEE (*Association for Medical Education in Europe*) é a seguinte:⁽²⁾ “Um instrumento de avaliação do desempe-

no profissional em ambiente simulado baseado nos princípios da objetividade e padronização, onde os candidatos passam por uma série de estações em circuito fechado. Em cada estação é representada uma situação clínica em que o candidato deverá realizar uma tarefa preestabelecida com tempo limitado para sua execução. As tarefas realizadas pelos candidatos são avaliadas por examinadores treinados e rubricadas em formulários de pontuação (ou *checklists*) padronizados”.

Para que serve o OSCE?

A principal utilidade do OSCE se encontra na avaliação formativa e somativa do desempenho de residentes e estudantes nas habilidades clínicas em ambiente simulado.⁽²⁾ Em relação à pirâmide de Miller (Figura 1),⁽¹⁶⁾ o OSCE se situa no terceiro nível de avaliação das competências, ou seja, o candidato deve “Demonstrar”, sob supervisão, as atitudes e comportamentos esperados para o médico. Para verificar a aquisição desse nível de competência, são utilizados métodos de avaliação de desempenho em ambiente simulado, tais como o OSCE.⁽²⁾ Considerando seus níveis de validade e confiabilidade, o OSCE tem sido utilizado como modelo de prova prática em exames de licenciatura e certificação. Desde 2017, a Febrasgo vem utilizando o OSCE na prova prática do Exame de Certificação para o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO).

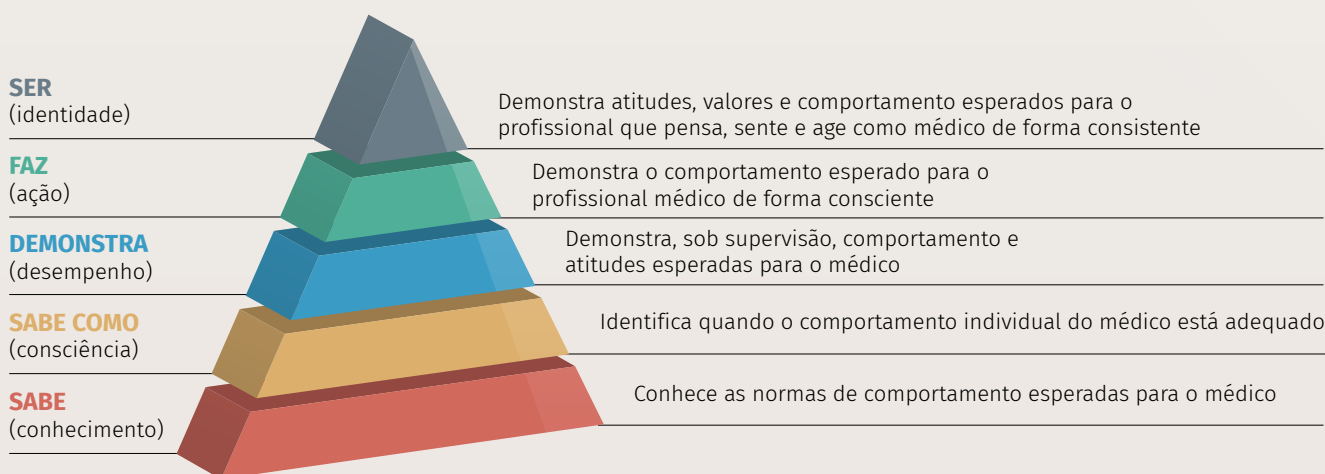
Quais habilidades clínicas podem ser avaliadas por meio do OSCE?

Embora o OSCE tenha sido elaborado primariamente para avaliar habilidades clínicas, técnicas e práticas, todas as competências médicas consideradas essenciais pelo Conselho de Acreditação para Graduação Médica nos Estados Unidos (ACGME) podem ser avaliadas por

meio do OSCE.⁽¹³⁾ Tais competências incluem: cuidados aos pacientes, conhecimento médico, comunicação e habilidades interpessoais, profissionalismo, aprendizagem baseada na prática e prática baseada em sistema de saúde. Alguns desafios específicos da comunicação na área médica como obtenção do termo de consentimento, comunicação de más notícias e aconselhamento também podem ser facilmente adaptados às estações do OSCE. Entretanto, cabe aqui uma ponderação. Embora por meio de um OSCE se possam avaliar todos os subcomponentes das competências (conhecimento, habilidades e atitudes), existem métodos especificamente desenhados para avaliação do domínio cognitivo (como os testes de múltipla escolha)⁽²⁾ e das atitudes no âmbito do profissionalismo (como o P-Mex).⁽¹⁷⁾ Portanto, considerando a sua maior complexidade e custo, recomenda-se que o OSCE seja utilizado preferencialmente na avaliação de habilidades que não possam ser verificadas por meio de outros métodos mais simples (como os testes de múltipla escolha).⁽²⁾ São exemplos de habilidades a serem avaliadas pelo OSCE:

- Comunicação e habilidades interpessoais;
- Anamnese;
- Exame clínico;
- Procedimentos.

Para avaliação de habilidades como raciocínio clínico, elaboração de hipóteses diagnósticas, interpretação de resultados de exames e elaboração de plano de cuidados, podem ser utilizados testes de múltipla escolha ou questões dissertativas, não sendo necessário o OSCE.⁽²⁾ Por outro lado, existem preocupações quanto à “compartimentalização” na avaliação das habilidades proporcionada pelo OSCE, que dificulta a observação do desempenho médico global dos candidatos. Para evitar uma avaliação muito “fragmentada” do desempenho clí-



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.⁽¹⁶⁾

Figura 1. Pirâmide de Miller incluindo a identidade profissional⁽¹⁶⁾

nico, recomenda-se integrar a avaliação das habilidades com algumas habilidades cognitivas, que, embora não constituam o foco principal, tornam o desafio das estações mais realístico.⁽²⁾

Como selecionar o conteúdo das estações do OSCE?

Assim como todas as estratégias de avaliação, o OSCE deve estar alinhado com o desenho curricular (por exemplo, do programa de residência médica).⁽²⁾ Idealmente, o desenho do currículo do programa de residência médica deve ter como base a Matriz de Competências da especialidade.^(18,19) Além do ajuste ao conteúdo curricular, é importante que o OSCE também esteja alinhado ao nível de desenvolvimento dos aprendizes avaliados.⁽¹³⁾ A aquisição de competências ocorre em etapas e o processo de avaliação deve ser capaz de identificar de forma clara o grau de competência em que o residente se encontra. Nesse contexto, o modelo de Dreyfus é interessante para a avaliação de habilidades.⁽²⁰⁾ O modelo descreve a aquisição de habilidades em etapas ou estágios que progride do iniciante para o iniciante avançado, para o competente, proficiente e *expert*. Nos estágios iniciais, o residente estaria apto a realizar as tarefas sob graus distintos de supervisão, no estágio competente, poderia realizar as atividades de modo independente e nos estágios finais, seria capaz de ensinar.⁽²⁰⁾ A identificação precisa do estágio de aprendizagem do residente é fundamental para a coerência no processo de avaliação. O planejamento correto das atividades de aprendizagem, para que o próprio residente autorregule seu aprendizado e para a certificação profissional, garante que a sociedade seja atendida por profissionais competentes. No quadro 1 são apresentados alguns exemplos de habilidades que poderiam ser avaliadas pelo OSCE em residentes do primeiro, segundo e terceiro ano de Ginecologia e Obstetrícia, de acordo com a versão atual da Matriz de Competências.⁽¹⁹⁾

A escolha dos temas, habilidades, peso e pontuação de cada tarefa podem ser facilitados pela prévia elaboração de uma Matriz de Prova (ou *Blueprinting*) na forma de uma tabela que contenha o conteúdo curricular que deverá ser avaliado.⁽²¹⁾ A Matriz de Prova deve ser elaborada por um grupo de avaliadores responsáveis pela organização do OSCE e deve assegurar que o exame contenha uma amostra representativa do conteúdo curricular.⁽²²⁾ Na tabela 1, apresentamos um exemplo de Matriz de Prova (*Blueprinting*) para a área de Ginecologia e Obstetrícia.

Como organizar um OSCE?

A organização de um OSCE requer um planejamento cuidadoso por parte da equipe responsável. Os passos essenciais nessa organização são os seguintes:⁽²³⁾

- Organização do espaço físico;
- Encomenda das estações aos elaboradores;
- Definição da duração e número de estações;
- Recrutamento e treinamento dos avaliadores;
- Recrutamento e treinamento das pacientes atrizes;
- Instruções aos candidatos;
- Circuito das estações;
- Confinamento e quarentena.

Organização do Espaço Físico

Idealmente o OSCE deve ser realizado em espaço físico amplo e isolado, livre de ruídos e sem circulação de pessoas não relacionadas ao exame. Deve haver um número suficiente de salas para as estações. As salas espelhadas constituem um modelo interessante, pois permitem que o examinador fique fora da sala observando o desempenho do candidato sem que possa ser visualizado por ele. Como alternativa para as dificuldades, as salas podem ser improvisadas pelo uso de divisórias, embora

Quadro 1. Exemplos de habilidades a serem avaliadas no OSCE para residentes de Ginecologia e Obstetrícia⁽¹⁹⁾

R1 (Residentes do Primeiro Ano)		
GINECOLOGIA	OBSTETRÍCIA	COMUNICAÇÃO
Inserção de DIU	Exame pélvico de gestante	Entrevista clínica com gestante
R2 (Residentes do Segundo Ano)		
GINECOLOGIA	OBSTETRÍCIA	COMUNICAÇÃO
Ligadura tubária	Correção de lacerações perineais (de 3º e 4º graus)	Aconselhamento e negociação do plano de cuidados
R3 (Residentes do Terceiro Ano)		
GINECOLOGIA	OBSTETRÍCIA	COMUNICAÇÃO
Histeroscopia diagnóstica	Aplicação de fórceps de rotação	Comunicação de más notícias

Tabela 1. Exemplo de Matriz de Prova (*Blueprinting*) para a área de Ginecologia e Obstetria

Tema/subárea	Habilidades em exame	Habilidades em procedimentos	Habilidades em comunicação	Número de estações
Assistência no pré-natal	Estação 1		Estação 2	2
Assistência ao parto	Estação 3	Estação 4	Estação 5	3
Assistência à puérpera		Estação 6		1
Contracepção		Estação 8	Estação 9	2
PTGI	Estação 10		Estação 11	2
Mastologia	Estação 11			1
Urgências		Estação 10		1
Total de estações	4	4	4	12

essa medida desfavoreça o espaço privativo das estações. Em muitas instituições, o OSCE é realizado em ambulatórios de hospitais durante finais de semana ou em horários alternativos nos quais as salas de atendimento estejam desocupadas. Cada estação deve ser preparada preferencialmente em uma sala privativa com isolamento acústico. Nas salas deve haver espaço suficiente para o candidato, o examinador e a paciente-atriz (se houver) e para a execução das tarefas. As salas devem dispor de mesa, cadeiras e pia para lavagem das mãos.⁽²³⁾

Encomenda das estações aos elaboradores

A elaboração das estações é um passo fundamental na realização de um OSCE. Os elaboradores das estações geralmente são especialistas nas áreas de atuação nas quais as habilidades serão testadas. Cada elaborador deve receber uma encomenda baseada na Matriz de Prova (*Blueprinting*). A encomenda é feita pela equipe organizadora do OSCE, que deverá designar o conteúdo da estação, o tempo destinado aos candidatos e as habilidades que deverão ser verificadas ou avaliadas. Idealmente, deve-se criar um banco com três a quatro estações para cada subárea de tal forma que se possa assegurar o equilíbrio na distribuição do conteúdo avaliado em cada versão do OSCE. Estações bem elaboradas podem ser atualizadas e reaproveitadas em novas avaliações.⁽¹³⁾

Duração e número de estações

Não há consenso sobre a duração das estações. De acordo com a literatura atual, o tempo varia de 5 a 10 minutos, a depender do nível dos candidatos e da complexidade das tarefas verificadas.^(23,24) Em seu desenho original descrito por Harden *et al.*, em 1975,⁽¹⁾ as estações duravam 4,5 minutos com 30 segundos de intervalo para a troca de estações. É recomendável que se estabeleça a mesma duração para todas as estações em um mesmo OSCE.⁽²³⁾ Quanto ao número de estações, este deve ser suficiente para que a amostra de habilidades avaliadas

seja representativa do conjunto de conteúdos curriculares e/ou das competências esperadas para os candidatos. A quantidade de estações está associada a validade e confiabilidade do OSCE.⁽²³⁾ Embora tenham sido descritas avaliações do OSCE com um número de estações entre 5 e 20,⁽²⁴⁾ para se alcançarem níveis aceitáveis de confiabilidade (0,85 a 0,9), estima-se um número mínimo necessário de 10 estações.⁽²⁵⁾

COMO ELABORAR ESTAÇÕES DO OSCE?

Cabe aos elaboradores de estações a tarefa de criar cenários completos (estações) onde essas habilidades possam ser executadas pelos candidatos e verificadas pelo examinador. Vários elementos devem ser definidos no planejamento de uma estação:⁽²³⁾

- O tipo de estação;
- Os recursos necessários;
- O ambiente da estação;
- A descrição do cenário;
- A descrição do caso clínico;
- As instruções aos candidatos;
- As instruções à paciente-atriz;
- As instruções ao examinador;
- O instrumento de avaliação.

Tipos de estação

No OSCE, diferentes modelos de estação podem ser utilizados. O modelo mais comum em nosso meio corresponde ao da estação observada pelo examinador, em que o candidato é acompanhado o tempo todo pelo avaliador, que, ao final da estação, pode ou não fornecer *feedback* sobre o seu desempenho. Dependendo das habilidades testadas, a estação pode ou não incluir a paciente-atriz. Uma vantagem atribuída ao modelo de estação com observador é que a observação direta permite a avaliação de níveis mais elevados das com-

petências. Uma desvantagem seria a quantidade de avaliadores necessários, sendo esse um fator limitante em relação ao número de estações e de candidatos.⁽²³⁾ Outro modelo possível é o da estação sem a presença de examinadores, na qual o candidato, ao terminar a atividade, faz registros em um papel ou formulário, o qual será avaliado posteriormente pelo examinador. Nesse tipo de estação, podem ser avaliadas habilidades como raciocínio clínico, prescrição ou interpretação de exames radiológicos, habilidades essas que eventualmente poderiam ser avaliadas por meio de outros métodos mais simples.⁽²³⁾ Um modelo mais recente é o de estações com simuladores de alta fidelidade, por meio dos quais se podem avaliar habilidades que dificilmente seriam possíveis pela observação direta. Nessas estações, por meio de sensores hápticos, é possível capturar e registrar o “toque” do candidato em locais anatômicos específicos dos simuladores, identificando com precisão a localização e a profundidade do manuseio. Esse modelo tem sido utilizado na avaliação de habilidades, procedimentos e tomada de decisão em situações críticas de urgência e emergência.^(23,26) Há também o modelo de estações conjugadas, no qual duas ou mais estações se referem ao mesmo caso clínico. Por exemplo: examinar uma gestante na primeira estação e preencher os dados do exame no cartão de pré-natal da gestante na segunda estação.⁽²³⁾

Recursos da estação

No ambiente da estação, deve ser definida a posição da mesa, das cadeiras, do candidato, do examinador e eventualmente da paciente-atriz para viabilizar a execução das tarefas e a sua observação direta.⁽²³⁾

Os recursos necessários devem ser cuidadosamente planejados de acordo com as habilidades que serão avaliadas. Os principais recursos disponíveis para avaliação em ambiente simulado são:⁽²⁷⁾

- Simuladores de partes do corpo humano (torsos);
- Simuladores de pacientes humanos completos (manequins);
- Simuladores de realidade virtual;
- Pacientes simuladas ou padronizadas;
- Auxiliares de procedimentos.

Os simuladores de partes do corpo se prestam ao treinamento e à avaliação de habilidades básicas. Apresentam como vantagens menor custo, maior facilidade de manuseio e a possibilidade de repetição das avaliações, sendo uma opção custo-efetiva em avaliações com grande número de candidatos. As desvantagens se relacionam a sua limitada capacidade para verificação de habilidades múltiplas ou mais complexas e ao desgaste do material decorrente do uso frequente, que requer manutenção ou substituição.⁽²⁷⁾



Os simuladores de pacientes humanos apresentam diversidade em termos de tamanho, raça, sexo e idade, podendo ser de baixa ou alta fidelidade. Os simuladores de baixa fidelidade, embora mais econômicos, são estáticos, pouco realísticos e não permitem a avaliação de habilidades interpessoais. Já os simuladores de alta fidelidade são mais realísticos e permitem a simulação de sinais vitais, parâmetros hemodinâmicos e diversas funções vitais, sendo passíveis de controle por um instrutor. Como desvantagens, esses simuladores apresentam custo elevado e requerem treinamento técnico de seus operadores.⁽²⁷⁾

Os simuladores de realidade virtual ou aumentada produzem, por meio de computador, um ambiente tridimensional imersivo e interativo ao candidato. Essa tecnologia não requer espaço de simulação e possibilita a avaliação de desempenho do residente. Para a operação do equipamento de do *software*, é necessário o treinamento do instrutor. Esse tipo de simulação tem sido mais utilizado no treinamento e avaliação de procedimentos cirúrgicos mais complexos e de alto risco.⁽²⁸⁾

Pacientes simuladas ou padronizadas são atrizes que representam um caso ou uma condição clínica específica. É possível ajustar o papel da atriz ao nível de progressão do residente ou estudante de Medicina. Ao final da observação, a paciente simulada pode fornecer *feedback* individualizado ao residente. Os desafios para a avaliação com pacientes simuladas incluem os custos envolvidos na contratação dessas profissionais, além da necessidade de treinamento delas.⁽²³⁾

Quando a execução de procedimentos requer a presença de um auxiliar, a estação deve incluir esse participante. Não é recomendável que o examinador ou a paciente-atriz atuem simultaneamente como auxiliares de procedimentos, pois isso compromete a qualidade da avaliação e a autenticidade da situação representada.⁽²³⁾

Além dos recursos já descritos, devem ser solicitados outros materiais e instrumentos necessários para a realização das tarefas (estetoscópio, esfigmomanômetro, fita métrica, cardiocógrafa, pinças, tesouras), inclusive itens descartáveis (luvas, máscaras, espátulas, espêculos), em quantidade suficiente para o número de candidatos.⁽²³⁾

Descrição do cenário

A descrição do cenário e do caso clínico é fundamental para a compreensão da estação pelos examinadores e apoiadores. Primeiramente, deve-se definir qual é o local de atendimento a ser representado, podendo corresponder a unidade de saúde, ambulatório, pronto atendimento, enfermaria, pré-parto, centro cirúrgico ou sala de parto. Da mesma forma, deve-se descrever qual é o tipo de atendimento, podendo se tratar de uma consulta pré-natal, consulta de rotina para coleta ou checagem de exames de rastreamento, consulta para aconselhamento, prescrição, investigação de queixa clínica, urgência e emergência ou realização de procedimento. Em estações

mais dinâmicas e realísticas, devem-se acrescentar informações sobre todos os participantes do cenário, o que se passou e o que acontecerá durante a estação.⁽²³⁾

Descrição do caso clínico

As informações relativas ao caso clínico dependerão das tarefas que serão realizadas em cada estação. Em estações que avaliam entrevista clínica, comunicação, raciocínio clínico, tomada de decisão ou aconselhamento, o caso clínico deve ser completo, contendo os dados pessoais da paciente, suas características físicas, idade, paridade, número de filhos, *status* conjugal, data da última menstruação, métodos contraceptivos em uso, hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares, motivo da consulta e queixas principais (se houver). Quando necessário, devem-se acrescentar dados sobre o exame físico e resultados de exames complementares, bem como a mudança desses parâmetros no decorrer da estação. Nas estações que avaliam habilidades procedurais, apenas algumas informações básicas e necessárias para a execução das tarefas serão suficientes.⁽²³⁾

INSTRUÇÕES PARA O CANDIDATO

Algumas informações e instruções devem ser previamente fornecidas aos candidatos para que eles possam se situar no cenário da estação. Tais informações devem ser afixadas na entrada da estação (“notas de porta” ou “door-notes”) e no interior dela (“notas de mesa”). Basicamente, os candidatos devem ser informados sobre o local do contexto do atendimento e do caso clínico (somente as informações essenciais para iniciar a estação), além de ter informações claras sobre a(s) tarefa(s) a ser(em) realizada(s). Vale lembrar que as tarefas solicitadas devem ser completamente exequíveis, considerando o tempo e os recursos disponíveis. Além do que, essas tarefas devem ser facilmente verificáveis pelo examinador. Tarefas múltiplas e muito complexas são de difícil execução e verificação, elevando o grau de imprecisão e reduzindo a confiabilidade da avaliação. Informações suplementares como laudos ou resultados de exames também poderão ser fornecidas ao candidato no início ou no decorrer da estação. O candidato também deverá ser informado sobre as tarefas cuja execução não for necessária, quando elas estiverem relacionadas ao contexto da estação.⁽²³⁾

Instruções para a paciente simulada (Script)

Para as pacientes simuladas (atrizes ou pacientes padronizadas), devem-se fornecer todas as informações necessárias para a simulação do caso, a começar pelos dados pessoais (idade, paridade, *status* conjugal), dados familiares, profissão, contexto social e contexto clínico do caso; aparência física e *status* emocional (ansiosa, deprimida, irritada, sonolenta) no início e no decorrer

da estação. Além do que, a atriz deverá receber informações sobre como se portar diante do candidato (o que dizer e quando dizer, o que não dizer, o que perguntar e o que responder). Devem-se estabelecer limites para a informação fornecida ao candidato pela paciente simulada, para preservar os objetivos da avaliação. *Scripts* incompletos ou confusos levam à insegurança das pacientes simuladas diante de perguntas ou atitudes dos candidatos. Nessas condições, algumas pacientes simuladas improvisam ações que comprometem o nível de dificuldade e a confiabilidade da avaliação. A qualidade do *script* e do treinamento das pacientes simuladas é fundamental para assegurar a estabilidade da prova.⁽²⁾

Instruções para o examinador

É de suma importância que o examinador compreenda a estação em todas as suas dimensões, desde os objetivos da avaliação, passando pelo contexto do atendimento, caso clínico completo, comportamento esperado da paciente-atriz, tarefas a serem realizadas pelo candidato e o instrumento de avaliação, lista de verificação (ou *checklist*). Todas essas informações devem estar disponíveis aos examinadores durante todo o OSCE.⁽²³⁾

Instrumento de avaliação

Diferentes modelos de instrumentos de avaliação para o OSCE foram propostos. Os mais conhecidos e utilizados são os escores analíticos (listas de verificação ou *checklists*) e os escores holísticos (ou avaliação global de desempenho).⁽²³⁾

Lista de verificação (ou checklist)

A lista de verificação ou *checklist* apresenta como vantagens a orientação e a padronização da avaliação, o que assegura maior confiabilidade ao exame.⁽²³⁾ A(s) tarefa(s) que deve(rão) ser verificada(s) devem corresponder aos objetivos de cada estação, sendo exequíveis com os recursos disponíveis e dentro do tempo previsto. Para tornar a avaliação mais específica, pode-se estabelecer um conjunto de itens a serem verificados no cumprimento de cada tarefa. Tais itens podem corresponder aos subcomponentes de uma tarefa ou aos passos técnicos esperados na realização de procedimentos. Itens que avaliam tarefas combinadas devem ser evitados, pois aumentam as imprecisões, as discrepâncias e o erro interobservador. Para estações com duração de 5 a 10 minutos, recomenda-se um número total de itens de 8 a 25. O peso relativo de cada item na avaliação global e na composição da nota na estação dependerá da sua importância relativa no cumprimento da tarefa.⁽²³⁾ Na tabela 2 são apresentadas algumas tarefas com o seu respectivo conjunto de itens sugeridos.

Quanto às categorias de desempenho dos itens, podem ser utilizadas categorias binárias (realizou/não

realizou), qualitativas (realizou totalmente/realizou parcialmente/não realizou) ou escalas de avaliação (de 5 a 7 pontos), em que o desempenho do candidato em cada item é classificado em termos de qualidade das ações.

Escores holísticos ou avaliação global de desempenho

Diferentemente do *checklist*, a escala de avaliação global permite que o examinador avalie todo o processo, identificando não apenas quais tarefas foram realizadas, mas também a qualidade empenhada na sua execução. Candidatos mais experientes, que realizam atividades sem seguir uma sequência predeterminada de etapas, mesmo quando proficientes, podem apresentar um baixo desempenho nos itens de um *checklist*. Nesses casos, a avaliação global do desempenho é mais apropriada para verificar as habilidades do candidato. A escala global também é preferencial na avaliação de habilidades em que a qualidade seja o critério técnico mais importante, tais como a comunicação, o julgamento clínico e a empatia.

FEEDBACK E DEBRIEFING

O *feedback* é uma ferramenta de grande utilidade para a avaliação formativa, pois oferece oportunidades para o candidato se certificar das habilidades em que teve

Tabela 2. Tarefas do OSCE com seus respectivos itens de verificação⁽²³⁾

TAREFAS	ITENS VERIFICADOS
COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS	Assegurou privacidade e confidencialidade?
	Avaliou a percepção da paciente sobre sua condição?
	Perguntou sobre as informações que gostaria de receber?
	Forneceu informações claras em linguagem acessível?
	Utilizou linguagem verbal e não verbal para acolher?
	Elaborou um plano de cuidados compartilhado?
INSERÇÃO DE DIU	Explicou o procedimento para a paciente?
	Obteve o termo de consentimento?
	Lavou as mãos?
	Calçou corretamente as luvas?
	Realizou antisepsia local?
	Realizou histerometria?
	Inseriu corretamente o DIU?
	Orientou adequadamente a paciente após a inserção?

um bom desempenho e aprimorar o desenvolvimento naquelas em que o desempenho foi insatisfatório. De maneira geral, o examinador fornece um *feedback* dirigido a cada candidato imediatamente após o término da estação. Opcionalmente o *feedback* pode ser fornecido pela paciente-atriz. Gravações em vídeo possibilitam que os candidatos se autoavaliem após o OSCE. Também permitem que o *debriefing* fornecido pelos examinadores seja direcionado a todos os candidatos ou somente para aqueles que apresentaram desempenho insatisfatório.⁽¹³⁾

RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DOS AVALIADORES

O recrutamento de examinadores para a prova do OSCE é um dos pontos críticos para a sua execução. Geralmente são recrutados médicos atuantes em hospitais e unidades de saúde. A aceitabilidade em participar geralmente é maior entre aqueles interessados em educação médica. Embora a remuneração seja uma estratégia eficaz, em muitas instituições os examinadores não são remunerados e essa atividade é vista como parte de suas atribuições ao ensino e treinamento dos residentes e graduandos em Medicina. Diante das dificuldades de participação de médicos como avaliadores do OSCE, alguns serviços passaram a incluir examinadores não médicos.⁽²³⁾ Um estudo comparou os escores

de avaliação de médicos e não médicos nas estações do OSCE para exame de licenciatura médica no Canadá e não encontrou diferenças significativas para os *checklist*. Entretanto, houve diferenças para os escores de *global rating*.⁽²⁹⁾

Uma vez recrutados, os examinadores devem ser devidamente treinados antes de participarem do OSCE. As sessões de treinamento e *workshops* devem ocorrer bem antes da avaliação, incluindo conteúdo sobre os princípios gerais do OSCE e o papel dos avaliadores. A apresentação de vídeos e a participação em simulações são estratégias eficazes no treinamento de examinadores.⁽²³⁾ Desde 2018, a Comissão de Residência Médica da Febrasgo oferece um Programa de Capacitação de Preceptores voltado ao treinamento de examinadores do OSCE. As instituições e serviços que aplicam regularmente o OSCE devem manter um *pool* de examinadores treinados, promovendo a reciclagem periódica deles. Além do treinamento geral sobre o OSCE, os avaliadores devem receber informações específicas sobre a estação na qual deverão participar. Por questões de sigilo, é recomendável que a equipe responsável pelo OSCE programe uma reunião com todos os examinadores imediatamente antes do início da prova. Nessa reunião, conhecida como “*briefing* dos examinadores”, devem ser fornecidas informações sobre as estações, incluindo a apresentação do *checklist* e o papel dos examinadores durante a prova. Os examinadores devem ser orientados a manter em sigilo o *checklist* e



os escores de pontuação. Devem-se evitar quaisquer conversas com os candidatos, além das informações previstas no *script*. Essa reunião é também uma oportunidade para esclarecer eventuais dúvidas dos examinadores e “calibrar” os critérios de avaliação entre si, para que não ocorram discrepâncias entre os escores atribuídos aos candidatos.⁽²³⁾

RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DAS PACIENTES SIMULADAS

O recrutamento e o treinamento das pacientes-atrizes dependerão do papel que deverão desempenhar nas estações. Em estações que avaliam habilidades em exame clínico, por exemplo o exame abdominal de gestantes, podem ser selecionadas voluntárias ou pacientes com esse perfil. Nesse caso, as participantes deverão receber apenas o treinamento básico para atuar nas estações, sendo então chamadas de “pacientes padronizadas”. Por outro lado, nas estações que avaliam comunicação de más notícias e nos exames de certificação (“*high-stakes*”), o desempenho esperado da atriz é mais complexo, o que requer um treinamento mais estruturado e a participação de atrizes profissionais (“pacientes simuladas”). No treinamento, as atrizes deverão receber informações sobre o contexto do caso clínico, sobre sua aparência, vestuário e comportamento durante a entrevista. A representação de sintomas, respostas emocionais e atitudes deve ser padronizada entre as atrizes de tal forma que não haja grandes diferenças na interpretação de seus papéis nas estações.⁽²³⁾

Instruções aos candidatos

Antes de iniciarem o OSCE, os candidatos deverão receber informações sobre:

- As respectivas sessões e a ordem em que deverá se aplicar ao exame;
- O rodízio nos circuitos das estações e os sinais para entrada e saída delas;
- Os procedimentos de confinamento ou quarentena;
- As regras estabelecidas e a postura esperada dos participantes;
- Medidas que serão tomadas em caso de violações ao regulamento da prova.

CIRCUITO DAS ESTAÇÕES

O tempo destinado aos candidatos para leitura das “*door notes*”, entrada e saída da estação e mudança de estação deve ser rigorosamente cronometrado e sinalizado aos candidatos, evitando discrepâncias de condições de exame entre eles. Em geral, essa tarefa é designada aos “fiscais de prova”, um grupo de colabo-

radores treinados para controlar o fluxo de candidatos nas estações do OSCE. A sinalização pode ser feita por meio de uma campainha, dispositivo automatizado ou comandos verbais como “Ler a Nota de Porta”, “Entrar na Estação”, “Iniciar *Feedback*”, “Sair da Estação” e “Mudar de Estação” no sentido horário ou anti-horário.⁽²³⁾ Caso algum examinador ou paciente simulada necessite realizar uma pausa durante as avaliações, eles deverão ser prontamente substituídos, evitando, sempre que possível, a interrupção do circuito e do exame em curso. O circuito das estações corresponde ao fluxo de candidatos entre as diferentes estações do OSCE. Durante o exame, cada candidato deverá passar em cada tipo de estação. Cada sessão deverá conter todos os tipos de estação e o número de candidatos que rodiziam deverá ser igual ao número de estações em cada sessão. Cada candidato inicia em uma estação e muda de estação sempre no mesmo sentido do circuito até completar todas as estações. Quando houver necessidade de alocar um candidato extra ao rodízio, deve-se criar uma “estação de descanso” entre as estações do circuito, de tal forma que todos os candidatos passem por todas as estações, estando sempre algum candidato na “estação de descanso”.⁽²³⁾ O número de sessões de um OSCE dependerá do número de candidatos, do número de examinadores e dos recursos disponíveis para replicar as estações. O aumento do número de sessões reduz o tempo total de prova, sendo uma estratégia bastante útil nas provas com grande número de candidatos. Entretanto, apresenta algumas limitações como a necessidade de maior espaço físico, maior quantidade de recursos materiais, número maior de avaliadores e pacientes simuladas, o que implica inevitavelmente aumento dos custos.⁽²³⁾

CONFINAMENTO OU QUARENTENA

Confinamento ou quarentena se refere aos procedimentos de separação dos candidatos que ainda se submeterão ao OSCE daqueles que já concluíram o exame. Quando o mesmo conjunto de estações é aplicado nos períodos da manhã e da tarde, os candidatos da tarde podem obter informações privilegiadas em relação aos candidatos da manhã, levando a uma percepção de vantagem indevida do segundo grupo em relação ao primeiro. Para evitar tais inconvenientes, os candidatos que ainda não realizaram a prova devem permanecer confinados até o início do circuito de estações. Nas salas de confinamento, não é permitido o uso de qualquer dispositivo que permita a comunicação com candidatos que já realizaram a prova. Isso inclui telefones celulares, *notebooks*, *paggers* e outros aparelhos eletrônicos.⁽²³⁾

VARIANTES DO OSCE

O Exame Prático Objetivo Estruturado (*Objective Structured Practical Examination* – OSPE) é uma ava-

liação de habilidades práticas, conhecimento e/ou interpretação de dados no ambiente clínico.⁽²⁾ A Avaliação Objetiva Estruturada de Habilidades Técnicas (*Objective Structured Assessment of Technical Skills* – OSATS) foi projetada para a avaliação objetiva de habilidades. Consiste em uma escala de classificação global e uma lista de verificação específica para o procedimento avaliado. É usada principalmente para *feedback* ou avaliação do progresso do treinamento em especialidades cirúrgicas.⁽²⁾ O Exame Objetivo Estruturado em Vídeo (*Objective Structured Video Examinations* – OSVE) foi desenvolvido para avaliação em grandes grupos. Consiste em apresentar filmagens de encontros médico-paciente a um grupo de estudantes. Depois de assistir aos vídeos, os estudantes respondem individualmente a um teste escrito relacionado ao caso. As respostas podem ser uma palavra, uma frase ou do tipo verdadeiro/falso.^(2,30) O Exame Clínico Estruturado com Objetivo de Equipe (*Team Objective Structured Clinical Examination* – TOSCE) é uma avaliação formativa que abrange consultas rotineiras na prática médica. Os estudantes participam das estações em grupo, se alternando na realização das tarefas. Os alunos são avaliados por seu desempenho individual e recebem *feedback*. A abordagem em equipe melhora o desempenho e incentiva o aprendizado por pares (aprendizagem colaborativa).^(2,31)

REFERÊNCIAS

- Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975;1(5955):447-51. doi: 10.1136/bmj.1.5955.447
- Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Med Teach*. 2013;35(9):e1437-46. doi: 10.3109/0142159X.2013.818634
- Jayawickramarajah PT. Oral examinations in medical education. *Med Educ*. 1985;19(4):290-3. doi: 10.1111/j.1365-2923.1985.tb01323.x
- Wass V, van der Vleuten C. The long case. *Med Educ*. 2004;38(11):1176-80. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01985.x
- Norman G. The long case versus objective structured clinical examinations. *BMJ*. 2002;324(7340):748-9. doi: 10.1136/bmj.324.7340.748
- Norcini JJ. The death of the long case? *BMJ*. 2002;324(7334):408-9. doi: 10.1136/bmj.324.7334.408
- Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet*. 2001;357(9260):945-9. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04221-5
- Ponnamperuma GG, Karunathilake IM, McAleer S, Davis MH. The long case and its modifications: a literature review. *Med Educ*. 2009;43(10):936-41. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03448.x
- Newble DI. The observed long-case in clinical assessment. *Med Educ*. 1991;25(5):369-73. doi: 10.1111/j.1365-2923.1991.tb00083.x
- Hamdy H, Prasad K, Williams R, Salih FA. Reliability and validity of the direct observation clinical encounter examination (DOCEE). *Med Educ*. 2003;37(3):205-12. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01438.x
- Shah SI, Baig M, Shah S, Bashir EA, Sarwar H, Shah JA, et al. Inter-rater reliability of objective structured long examination record. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2018;30(2):180-3.
- Gleeson F. Defects in postgraduate clinical skills as revealed by the objective structured long examination record (OSLER). *Ir Med J*. 1992;85(1):11-4.
- Casey PM, Goepfert AR, Espey EL, Hammoud MM, Kaczmarczyk JM, Katz NT, et al. To the point: reviews in medical education--the Objective Structured Clinical Examination. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(1):25-34. doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.878
- Harden RM. What is an OSCE? *Med Teach*. 1988;10(1):19-22. doi: 10.3109/01421598809019321
- Newble D. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Med Educ*. 2004;38(2):199-203. doi: 10.1111/j.1365-2923.2004.01755.x
- 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
- Cruess R, McIlroy 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
- Romão GS, Reis FJC, Cavalli RC, Sá MFS. Matriz de competência em ginecologia e obstetria: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. *Femina*. 2017;45(3):172-7.
- Romão GS, Sá MFS. A formação orientada por competências e a matriz de competências em ginecologia e obstetria no Brasil. *Femina*. 2019;47(3):146-51.
- Carraccio CL, Benson BJ, Nixon LJ, Derstine PL. From the educational bench to the clinical bedside: translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills. *Acad Med*. 2008;83(8):761-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e31817eb632
- Coderre S, Woloschuk W, McLaughlin K. Twelve tips for blueprinting. *Med Teach*. 2009;31(4):322-4. doi: 10.1080/01421590802225770
- Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. *Rev Bras Educ Méd*. 2019;43(1 Supl 1):236-45. doi: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154
- Khan KZ, Gaunt K, Ramachandran S, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: organisation & administration. *Med Teach*. 2013;35(9):e1447-63. doi: 10.3109/0142159X.2013.818635
- Hastie MJ, Spellman JL, Pagano PP, Hastie J, Egan BJ. Designing and implementing the objective structured clinical examination in anesthesiology. *Anesthesiology*. 2014;120(1):196-203. doi: 10.1097/ALN.0000000000000068
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226
- Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. *Med Educ*. 2004;38(9):1006-12. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01932.x
- Williams RG, Klamen DA, McGaghie WC. Cognitive, social and environmental sources of bias in clinical performance ratings. *Teach Learn Med*. 2003;15(4):270-92. doi: 10.1207/S15328015TLM1504_11
- Lighthall GK, Barr J. The use of clinical simulation systems to train critical care physicians. *J Intensive Care Med*. 2007;22(5):257-69. doi: 10.1177/0885066607304273
- Humphrey-Murto S, Smee S, Touchie C, Wood TJ, Blackmore DE. A comparison of physician examiners and trained assessors in a high-stakes OSCE setting. *Acad Med*. 2005;80(10 Suppl):S59-62. doi: 10.1097/00001888-200510001-00017
- Vlantis AC, Lee WC, van Hasselt CA. The objective structured video examination of medical students. *Med Educ*. 2004;38(11):1199-200. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01995.x
- Singleton A, Smith F, Harris T, Ross-Harper R, Hilton S. An evaluation of the Team Objective Structured Clinical Examination (TOSCE). *Med Educ*. 1999;33(1):34-41. doi: 10.1046/j.1365-2923.1999.00264.x



CFM publica a nova Resolução sobre Transexualidade

Dra. Lia Cruz Costa
CNE de Defesa e Valorização Profissional

Em 9 de janeiro de 2020, foi publicada no Diário Oficial a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.265/2019,⁽¹⁾ que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero, revogando a Resolução CFM nº 1.955/2010⁽²⁾ e disciplinando o cuidado à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero em relação às ações e condutas realizadas por profissionais médicos nos serviços de saúde, seja na rede pública ou privada. Levando em consideração aspectos já previstos pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria GM/MS nº 2.836/2011)⁽³⁾ e pelos critérios para a realização do Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS (Portaria GM/MS nº 2.803/2013),⁽⁴⁾ ambos do Ministério da Saúde, espera-se que a Resolução do CFM contribua para a qualificação do atendimento às pessoas com incongruência de gênero, ampliando o escopo de serviços aos quais esse grupo passará a ter acesso na rede pública e privada.

As definições e protocolos atualizados na resolução permitem aos médicos aproximarem-se dos objetivos de saúde plena e de diretrizes governamentais de atenção integral à saúde do transgênero. Define-se transgênero ou incongruência de gênero como a não paridade entre a identidade de gênero (que é o reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero) e o sexo ao nascimento, incluindo-se nesse grupo transexuais, tra-

vestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero. São, assim, homens transexuais aqueles nascidos com o sexo feminino que se identificam como homem; mulheres transexuais aquelas nascidas com o sexo masculino que se identificam como mulher; travesti a pessoa que nasceu com um sexo, apresenta-se externamente como do outro gênero, mas aceita sua própria genitália.

A pessoa transgênero, em diferentes proporções e intensidades, enfrenta ao longo da vida sofrimentos e dificuldades relacionados à sua condição, e isso se reflete nas altas taxas de morbidade nessa população, com índices significativos de depressão, ansiedade e outros acometimentos psiquiátricos e emocionais. A atenção integral à saúde dessa população, desde a não discriminação em qualquer necessidade de saúde até a regulamentação de protocolos específicos e científicos nos casos em que a hormonioterapia cruzada, tratamentos e procedimentos específicos estejam indicados para a adequação corporal para afirmação de gênero, é fundamental para sua saúde e qualidade de vida. Devem ser contempladas todas as suas necessidades, garantindo seu acesso, sem qualquer tipo de discriminação, aos serviços nos níveis das atenções básica, especializada e de urgência e emergência. O texto estabelece também que a assistência médica ao transgênero deve promover atenção integral e especializada nas fases de acolhimento, acompanhamento ambulatorial, hormonioterapia e procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos nos casos indicados. Uma diferença importante entre a nova resolução (nº 2.265)⁽¹⁾ e a anterior (nº 1.955)⁽²⁾ é que o texto atualizado contempla questões como a realização de bloqueio puberal, que é considerando ainda experimental (sujeito às regras de protocolos de pesquisa aprovados pelo sistema CEP/Conep – Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e de hormonioterapia cruzada, que antes não eram previstas, além da discussão atualizada sobre os procedimentos cirúrgicos.

A resolução, em anexo, contempla as indicações, contraindicações e equipe mínima necessária, com fundamentação científica de qualidade e notável responsabilidade médica e social, sem descuidar de toda a humanidade e gentileza necessárias na condução desses casos. É importante ressaltar que o debate que levou à formulação do texto foi amplo e exaustivo. Além do plenário do CFM, contribuíram no processo representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e de diferentes sociedades de especialidades médicas que mantêm interface com o tema, como psiquiatria, endocrinologia, cirurgia plástica, urologia e pediatria. Também foram ouvidas lideranças de movimentos sociais organizados que se dedicam ao assunto, bem como pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de incongruência de gênero e gestores de hospitais que já realizam esses atendimentos. O ginecologista está

previsto como membro habilitado na equipe multidisciplinar na condução desses casos, notadamente no bloqueio hormonal, tratamento com estrogênios e cirurgias tanto na afirmação de gênero do masculino para o feminino (com as possibilidades de neovulvovaginoplastia e mamoplastia de aumento) quanto procedimentos de afirmação de gênero do feminino para o masculino (com as possibilidades de mamoplastia bilateral; histerectomia e ooforectomia bilateral; neovaginoplastia e participações em faloplastias). A prevalência de transexualidade é muito baixa (0,3%-0,9% da população), com dados epidemiológicos de 1:37.000 para o sexo masculino ao nascimento e de 1:103.000 para o sexo feminino ao nascimento, mas, se cada caso não for adequadamente conduzido e orientado, as repercussões individuais e familiares podem ser de muito sofrimento.⁽⁵⁻⁹⁾

A Febrasgo, atenta às novidades e regulamentações sobre esse tema importante e delicado, divulga aqui a nova resolução na íntegra. Confira!

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019 [Internet]. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial de União. 9 jan. 2020 [citado em 2020 Jan 20]; Seção 1:96. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955, de 3 de setembro de 2010 [Internet]. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002. Diário Oficial da União. 3 set. 2010 [citado em 2020 Jan 20]; Seção 1:109-10. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm
3. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº 2.836, de 19 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). 2011 [citado em 2020 Jan 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html
4. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 [citado em 2020 Jan 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
5. Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2011;32(2):214-26. doi: 10.1016/j.yfrne.2011.02.007
6. Conselho Federal de Medicina. CFM atualiza regras para aperfeiçoar o atendimento médico às pessoas com incongruência de gênero [Internet]. 2020 [citado em 2020 Jan 20]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28561:2020-01-09-15-52-08&catid=3
7. Aspectos da transexualidade [Internet]. 2018 [citado em 2020 Jan 28]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/411-aspectos-da-transexualidade>
8. Leri MR, Romão APMS, Santos MA, Giami A, Ferriani RA, Lara LAS. Clinical characteristics in a sample of transsexual people. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(10):545-51. doi: 10.1055/s-0037-1604134
9. Lobato MI, Koff WJ, Crestana T, Chaves C, Salvador J, Petry AR, et al. Using the Defensive Style Questionnaire to evaluate the impact of sex reassignment surgery on defensive mechanisms in transsexual patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(4):303-6. doi: 10.1590/S1516-44462009005000007

Cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero

RESOLUÇÃO CFM nº 2.265/2019

Publicada no D.O.U. de 09 de janeiro de 2020, Seção I, p.96

RESOLUÇÃO CFM nº 2.265/2019

Publicada no D.O.U. de 09 de janeiro de 2020, Seção I, p.96

Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro 2004, pelo Decreto nº 6.821/2009 e pela Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011, e

CONSIDERANDO a competência normativa conferida pela Resolução CFM nº 1.931/2009, combinada ao artigo 2º da Lei nº 3.268/1957, que tratam, respectivamente, da expedição de resoluções que complementem o Código de Ética Médica e do zelo pertinente à fiscalização e disciplina do ato médico;

CONSIDERANDO incongruência de gênero ou transgênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 2.836/2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 2.803/2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012;

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar a Resolução CFM nº 1.955/2010 em relação ao estágio das ações de promoção do cuidado às pessoas com incongruência de gênero ou transgênero, em especial da oferta de uma linha de cuidado integral e multiprofissional de acolhimento, acompanhamento, assistência hormonal ou cirúrgica e atenção psicossocial;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 8/2013;

CONSIDERANDO a necessidade de o CFM disciplinar sobre o cuidado à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero em relação às ações e condutas realizadas por profissionais médicos nos serviços de saúde, seja na rede pública ou privada;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 20 de setembro de 2019,

RESOLVE:

Art. 1º Compreende-se por transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.

§ 1º Considera-se identidade de gênero o reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero.

§ 2º Consideram-se homens transexuais aqueles nascidos com o sexo feminino que se identificam como homem.

§ 3º Consideram-se mulheres transexuais aquelas nascidas com o sexo masculino que se identificam como mulher.

§ 4º Considera-se travesti a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália.

§ 5º Considera-se afirmação de gênero o procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar seu corpo à sua identidade de gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias.

Art. 2º A atenção integral à saúde do transgênero deve contemplar todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.

Art. 3º A assistência médica destinada a promover atenção integral e especializada ao transgênero inclui acolhimento, acompanhamento, procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos.

Art. 4º A atenção especializada de cuidados específicos ao transgênero de que trata esta Resolução deve contemplar o acolhimento, o acompanhamento ambulatorial, a hormonioterapia e o cuidado cirúrgico, conforme preconizado em Projeto Terapêutico Singular norteado por protocolos e diretrizes vigentes.

Parágrafo único. O Projeto Terapêutico Singular (Anexo I) que deverá ser elaborado é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar com o indivíduo, abrangendo toda a rede assistencial na qual está inserido e contemplando suas demandas e necessidades independentemente da idade.

Art. 5º A atenção médica especializada para o cuidado ao transgênero deve ser composta por equipe mínima formada por pediatra (em caso de pacientes com até 18 (dezoito) anos de idade), psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico, sem prejuízo de outras especialidades médicas que atendam à necessidade do Projeto Terapêutico Singular.

Parágrafo único. Os serviços de saúde devem disponibilizar o acesso a outros profissionais da área da saúde, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, estabelecido em uma rede de cuidados e de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde.

Art. 6º Na atenção médica especializada, o transgênero deverá ser informado e orientado previamente sobre os procedimentos e intervenções clínicas e cirúrgicas aos quais será submetido, incluindo seus riscos e benefícios.

Parágrafo único. É obrigatório obter o consentimento livre e esclarecido, informando ao transgênero sobre a possibilidade de esterilidade advinda dos procedimentos hormonais e cirúrgicos para a afirmação de gênero.

Art. 7º Os familiares e indivíduos do vínculo social do transgênero poderão ser orientados sobre o Projeto Terapêutico Singular, mediante autorização expressa do transgênero, em conformidade com o Código de Ética Médica.

Art. 8º O acompanhamento dos familiares e indivíduos do vínculo social do transgênero deverá ser articulado com outros serviços de saúde ou socioassistenciais, com vistas a garantir a assistência integral caso não seja realizado pela mesma equipe que assiste ao transgênero.

Art. 9º Na atenção médica especializada ao transgênero é vedado o início da hormonioterapia cruzada antes dos 16 (dezesesseis) anos de idade.

§ 1º Crianças ou adolescentes transgêneros em estágio de desenvolvimento puberal Tanner I (pré-púbere) devem ser acompanhados pela equipe multiprofissional e interdisciplinar sem nenhuma intervenção hormonal ou cirúrgica.

§ 2º Em crianças ou adolescentes transgêneros, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), sendo realizado exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e/ou de referência para o Sistema Único de Saúde.

§ 3º A vedação não se aplica a pacientes portadores de puberdade precoce ou estágio puberal Tanner II antes dos 8 anos no sexo feminino (cariótipo 46,XX) e antes dos 9 anos no sexo masculino (cariótipo 46,XY) que necessitem de tratamento com hormonioterapia cruzada por se tratar de doenças, o que está fora do escopo desta Resolução.

Art. 10º Na atenção médica especializada ao transgênero é permitido realizar hormonioterapia cruzada somente a partir dos 16 (dezesesseis) anos de idade, de acordo com o estabelecido no Projeto Terapêutico Singular, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial especializado, conforme preconiza a linha de cuidados específica contida no Anexo II desta Resolução.

Art. 11º Na atenção médica especializada ao transgênero é vedada a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero antes dos 18 (dezoito) anos de idade.

§ 1º Os procedimentos cirúrgicos de que trata esta Resolução só poderão ser realizados após acompanhamento prévio mínimo de 1 (um) ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

§ 2º É vedada a realização de procedimentos hormonais e cirúrgicos, descritos nesta Resolução, em pessoas com diagnóstico de transtornos mentais que os contraindiquem, conforme especificado no Anexo III desta Resolução.

§ 3º A atuação do psiquiatra na equipe multiprofissional e interdisciplinar está discriminada no Anexo III desta Resolução.

§ 4º Os procedimentos cirúrgicos reconhecidos para afirmação de gênero estão descritos no Anexo IV desta Resolução.

Art. 12º Na atenção médica especializada ao transgênero os procedimentos clínicos e cirúrgicos descritos nesta Resolução somente poderão ser realizados a partir da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido e, no caso de menores de 18 (dezoito) anos, também do termo de assentimento.

Art. 13º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM nº 1.955/2010, publicada no D.O.U. de 3 de setembro de 2010, Seção I, p. 109-10.

Brasília, DF, 20 de setembro de 2019.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA (Presidente)

HENRIQUE BATISTA E SILVA (Secretário-geral)

ANEXO I: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar a partir da singularidade dos sujeitos assistidos. Assim, permite promover atenção em saúde integral.

O PTS abrange o sujeito em todas as etapas de seu acompanhamento, dando-lhe condições para que participe ativamente do processo terapêutico, sendo corresponsável por seu cuidado.

A criação de vínculos com as pessoas assistidas é fundamental para uma atenção humanizada. É importante articular as demandas dos sujeitos e as ações propostas pela equipe multiprofissional e interdisciplinar. O PTS deve também incluir, sempre que necessário, a participação da família e da rede social deste sujeito nos processos de cuidado.

Cada pessoa vivencia sua identidade de gênero de forma singular, sendo necessário estabelecer metas para as ações em cuidado de saúde, assim como avaliações sistemáticas das etapas do processo. O PTS será desenvolvido respeitando as normatizações e diretrizes vigentes das especialidades médicas e áreas do conhecimento envolvidas nesse cuidado. Na elaboração do PTS:

- a) os profissionais da equipe ambulatorial serão responsáveis pela primeira etapa do PTS;
- b) deve-se assegurar que todos os membros da equipe realizem atendimento à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero, para que identifiquem as singularidades de cada caso;
- c) o PTS será elaborado em reunião de discussão da equipe multiprofissional e interdisciplinar, com a participação da pessoa com incongruência de gênero ou transgênero;
- d) o atendimento médico deve constar de anamnese, exame físico e psíquico completos, incluindo na identificação do indivíduo nome social, nome de registro, identidade de gênero e sexo ao nascimento;
- e) deverá constar a existência do histórico patológico, proporcionando os devidos encaminhamentos necessários;
- f) considerando a fase peculiar do desenvolvimento, as ações sugeridas pelo PTS deverão ser construídas com crianças, adolescentes e seus pais ou responsável legal;
- g) a assistência disponibilizada para crianças e adolescentes deverá estar articulada com as escolas e também com as instituições de acolhimento, quando for o caso, considerando a importante dimensão desses serviços no desenvolvimento infantil.

ANEXO II: HORMONIOTERAPIA

Criança pré-púbere (estágio puberal Tanner I)

A incongruência de gênero em crianças só pode ser definida após acompanhamento ao longo da infância. Em criança pré-púbere é vedada qualquer intervenção envolvendo uso de hormônios ou procedimentos cirúrgicos com a finalidade estabelecida de mudanças corporais e genitais.

O médico, nas competências de sua atuação junto à equipe multiprofissional e interdisciplinar que assiste a criança pré-púbere, deve acompanhar, orientar, esclarecer e facilitar o desenvolvimento da criança, envolvendo a família, cuidadores, responsável legal, instituições de acolhimento e educacionais que tenham obrigação legal pelo cuidado, educação, proteção e acolhimento da criança.

O envolvimento dos pais, familiares, responsável legal ou instituições de acolhimento e educacionais é fundamental na tomada

de qualquer decisão do acompanhamento que envolva a criança pré-púbere, respeitando os preceitos éticos e específicos de cada área profissional envolvida.

Criança púbere ou adolescente (a partir do estágio puberal Tanner II)

O bloqueio puberal é a interrupção da produção de hormônios sexuais, impedindo o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários do sexo biológico pelo uso de análogos de hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH).

A hormonioterapia cruzada é a forma de reposição hormonal na qual os hormônios sexuais e outras medicações hormonais são administradas ao transgênero para feminização ou masculinização, de acordo com sua identidade de gênero.

A faixa etária normal de início de desenvolvimento da puberdade se dá dos 8 aos 13 anos de idade no sexo feminino (cariótipo 46,XX) e dos 9 aos 14 anos de idade no sexo masculino (cariótipo 46,XY).

No início da puberdade, intensifica-se uma relação complexa estabelecida entre a criança ou adolescente púbere e seu corpo não congruente com sua identidade de gênero, podendo levar a sofrimento psíquico intenso e condutas corporais relacionadas a tentativas de esconder os caracteres sexuais biológicos visando reconhecimento e aceitação social que, muitas vezes, provocam agravos à saúde.

É frequente a automedicação com hormônios sexuais, o uso de silicone industrial, faixas peitorais, binders e outros métodos para realizar mudanças corporais relacionadas aos caracteres sexuais secundários compatíveis com sua identidade de gênero, sem recomendação ou acompanhamento médico.

O acompanhamento adequado nessa fase de desenvolvimento pode prevenir cirurgias corretivas no futuro e o surgimento de morbidades, tais como anorexia nervosa, fobia social, depressão, comportamento suicida, uso abusivo de drogas e transtornos de conduta relacionados à vivência corporal.

O bloqueio puberal ou a hormonioterapia cruzada, sob a responsabilidade de médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico, só se dará na vigência de acompanhamento psiquiátrico, com anuência da equipe e do responsável legal pelo adolescente, segundo os termos e protocolos de acompanhamento de puberes ou adolescentes transgêneros.

O bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas será prescrito por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico, integrante da equipe multiprofissional envolvida no PTS, com o diagnóstico e o acompanhamento da criança púbere ou adolescente transgênero, sendo realizado com a anuência de seu responsável legal.

A hormonioterapia cruzada em adolescentes será prescrita por endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico, integrante da equipe multiprofissional envolvida no PTS e com a anuência do adolescente e do seu responsável legal, e só poderá ser instituída a partir da conclusão do diagnóstico de incongruência de gênero.

O bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas e a hormonioterapia cruzada poderão ser interrompidos a qualquer momento por decisão médica, do menor ou do seu responsável legal.

Adulto (a partir de 18 anos)

A hormonioterapia cruzada no adulto deverá ser prescrita por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico, e tem por finalidade induzir características sexuais compatíveis com a identidade de gênero. Assim, objetiva-se:

- a) reduzir os níveis hormonais endógenos do sexo biológico, induzindo caracteres sexuais secundários compatíveis com a identidade de gênero;
- b) estabelecer hormonioterapia adequada que permita níveis hormonais fisiológicos compatíveis com a identidade de gênero.

As doses dos hormônios sexuais a serem adotadas devem seguir os princípios da terapia de reposição hormonal para indivíduos hipogonádicos de acordo com o estágio puberal. Não são necessárias doses elevadas de hormônios sexuais para atingir os objetivos descritos da hormonioterapia cruzada e os efeitos desejados, além de estarem associadas a efeitos colaterais. Os hormônios utilizados são:

- a) a testosterona, para induzir o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos nos homens transexuais;
- b) o estrogênio, para induzir o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários femininos nas mulheres transexuais e travestis;
- c) o antiandrógeno, que pode ser utilizado para atenuar o crescimento dos pelos corporais e as ereções espontâneas até a realização da orquiectomia.

O uso de estrógenos ou testosterona deve ser mantido ao longo da vida do indivíduo, monitorando-se os fatores de risco.

A pessoa com incongruência de gênero ou transgênero deve demonstrar esclarecimento e compreensão dos efeitos esperados e colaterais da hormonioterapia cruzada, assim como capacidade de realizá-la de forma responsável.

ANEXO III: ACOMPANHAMENTO PSQUIÁTRICO

Criança pré-púbere (estágio puberal Tanner I)

A identidade de gênero se estabelece em idade próxima aos quatro anos de idade, e o diagnóstico de incongruência de gênero (transgênero) só pode ser definido mediante acompanhamento ao longo de toda a infância. As manifestações podem variar no decorrer das diversas fases da infância e suas diferentes faixas etárias. Em casos de dúvida diagnóstica e ausência de morbidades, nenhuma intervenção deve ser instituída, mantendo-se a devida observação.

O envolvimento dos pais, familiares ou responsável legal é obrigatório no acompanhamento de crianças, respeitando os preceitos éticos e específicos de cada área profissional envolvida. O psiquiatra inserido na equipe multiprofissional e interdisciplinar responsável por acompanhar a criança deve se ater a observar, orientar, esclarecer e formular diagnóstico e psicoterapia – quando indicada –, assegurando o desenvolvimento da criança com diagnóstico de incongruência de gênero. Tais atitudes devem envolver não só a criança, mas também a família, cuidadores, responsável legal, escolas e outras possíveis instituições que tenham obrigação legal pelo cuidado, educação, proteção e acolhimento da criança.

Criança púbere ou adolescente (a partir do estágio puberal Tanner II)

Compreender e respeitar o que crianças e adolescentes manifestam a respeito de como se identificam é dever médico e aspecto essencial do cuidado à saúde.

O acompanhamento psiquiátrico dos adolescentes será realizado por profissional capacitado e integrante da equipe multiprofissional e interdisciplinar envolvida no Projeto Terapêutico Singular do púbere ou adolescente.

O acompanhamento psiquiátrico visa, além da formulação diagnóstica específica, o diagnóstico das morbidades, quando existentes, assim como seu tratamento, estando estabelecido no Projeto Terapêutico Singular.

Cabe ao médico psiquiatra, integrante da equipe de atendimento multiprofissional e interdisciplinar, elaborar laudos, relatórios ou atestados que se façam necessários.

Adulto (a partir de 18 anos)

A vulnerabilidade psíquica e social do indivíduo com incongruência de gênero ou transgênero é, em geral, intensa. São elevados os índices de morbidades existentes nessa população, entre eles transtornos depressivos graves, abuso/dependência de álcool e outras substâncias químicas, transtornos de personalidade, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade.

O acompanhamento psiquiátrico será realizado por médico psiquiatra integrante de equipe multiprofissional. Caberá a ele formular diagnóstico, identificar morbidades, realizar diagnósticos diferenciais, prescrever medicamentos e indicar e executar psicoterapia, se necessário.

Após avaliação psiquiátrica, serão contraindicadas a hormonioterapia e/ou cirurgia nas seguintes condições: transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves, retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento graves.

Cabe ao médico psiquiatra, junto à equipe multiprofissional e interdisciplinar, avaliar periódica e sequencialmente a evolução do indivíduo, mesmo após o encaminhamento para a cirurgia de afirmação de gênero e sua realização, pelo período mínimo de 1 (um) ano.

ANEXO IV: PROTOCOLOS CIRÚRGICOS

É vedada a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero em pacientes menores de 18 (dezoito) anos de idade.

A hormonioterapia é obrigatoriamente utilizada sob supervisão endocrinológica, ginecológica ou urológica no período pré-operatório, devendo ser avaliado se as transformações corporais atingiram o estágio adequado para indicar os procedimentos cirúrgicos.

Os procedimentos cirúrgicos para a afirmação de gênero são os seguintes:

1. Procedimentos de afirmação de gênero do masculino para o feminino:

1.1 Neovulvovaginoplastia

A neovulvovaginoplastia primária compreende: orquiectomia bilateral, penectomia, neovaginoplastia, neovulvoplastia.

A neovaginoplastia com segmento intestinal só deverá ser realizada quando da falha ou impossibilidade do procedimento primário.

Deve ser avaliada a condição da pele e prepúcio (balanopostites/fimose) com objetivo de planejar a técnica cirúrgica de neovaginoplastia e a adequada disponibilidade de tecidos saudáveis. Além disso, deve ser realizada depilação definitiva da pele da haste peniana.

1.2 Mamoplastia de aumento

A mamoplastia de aumento poderá ser realizada nas mulheres transexuais e nas travestis, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular.

2. Procedimentos de afirmação de gênero do feminino para o masculino:

2.1 Mamoplastia bilateral

2.2 Cirurgias pélvicas: histerectomia e ooforectomia bilateral

2.3 Cirurgias genitais

2.3.1 Neovaginoplastia, que pode ser realizada em conjunto com a histerectomia e ooforectomia bilateral ou em momentos cirúrgicos distintos.

2.3.2 Faloplastias

a) Metoidoplastia, que compreende retificação e alongamento do clitóris após estímulo hormonal, sendo considerada o procedimento de eleição para faloplastia.

b) Neofaloplastia com retalho microcirúrgico de antebraço ou retalho de outras regiões. É considerada experimental, devendo ser realizada somente mediante as normas do Sistema CEP/Conep.

Para complementar as faloplastias (metoidoplastia e neofaloplastia) são realizadas uretrotomia em um ou dois tempos com

enxertos de mucosa vaginal/bucal ou enxerto/retalhos genitais, escrotoplastia com pele dos grandes lábios e colocação de prótese testicular em primeiro ou segundo tempo.

3. Outros procedimentos destinados a adequação corporal para a afirmação de gênero devem ser avaliados de acordo com o Projeto Terapêutico Singular.

4. Os indivíduos já afirmados em seu gênero, tendo cumprido o PTS (com a devida comprovação documental), poderão realizar procedimentos complementares para o gênero afirmado com médicos de sua escolha.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.265/2019

De acordo com a 11ª edição da Classificação Internacional das Doenças, define-se incongruência de gênero ou transgênero como a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento. Incluem-se nesse grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.

Em 1966, Harry Benjamin definiu o termo transexual e foi responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas transexuais à época. Graças a Benjamin, se afirmou cientificamente a ideia de que as pessoas transexuais não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas, consolidando a terapêutica focada na possibilidade de transição somática, utilizada até hoje.

Dados epidemiológicos sobre a transexualidade sugerem uma prevalência na vida de 1:37.000 para o sexo masculino ao nascimento, e de 1:103.000 para o sexo feminino ao nascimento. Existe uma grande variabilidade das estimativas de prevalência devido a problemas diagnósticos, características transculturais e falta de acesso a serviços especializados.

A pessoa transexual, em maiores ou menores proporções, enfrenta algumas possibilidades relacionadas à sua condição que podem causar sofrimento, como ter que lidar com as questões do desenvolvimento sexual em um corpo que percebem incongruente com o gênero com o qual se identificam, inclusive em idades bem precoces, quando os recursos emocionais ainda são frágeis. A vulnerabilidade psíquica e social do indivíduo transgênero é, em geral, intensa. São elevados os índices de morbidades existentes nessa população, entre eles transtornos depressivos graves, abuso/dependência de álcool e outras substâncias químicas, transtornos de personalidade, transtornos de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e, em situações extremas, suicídio.

A atenção integral à saúde da pessoa com incongruência de gênero ou transgênero deve contemplar todas as suas necessidades de saúde, garantindo, ao longo da vida, o acesso, sem qualquer discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.

Assim, o Conselho Federal de Medicina vem, por esta Resolução, disciplinar o cuidado à pessoa transgênero em relação às ações e condutas de profissionais médicos em serviços de saúde públicos ou privados. A linha de cuidados específicos de que trata esta Resolução deve contemplar o acolhimento, o acompanhamento ambulatorial, a hormonioterapia e o cuidado cirúrgico, conforme preconizado em Projeto Terapêutico Singular norteado pelos protocolos e diretrizes vigentes.

Participaram das discussões que levaram à elaboração desta Resolução representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Psicologia, do Conselho Federal de Serviço Social, da Articulação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), do Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (Ibrat), da Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil (Rede Trans Brasil), do Fórum Nacional de Pessoas Trans Negras e Negros (Fonatrans), além de pais de crianças e adolescentes transexuais.

LEONARDO SÉRVIO LUZ (Relator)

TH e Câncer de Mama

Posicionamento da CNE de Climatério da Febrasgo

Comissão Nacional Especializada de Climatério da Febrasgo

Maria Celeste Osório Wender (Presidente), Lúcia Helena Simões da Costa Paiva (vice-presidente), Eliana Aguiar Petri Nahas (secretária), Ana Lúcia Ribeiro Valadares, Dolores Perovano Pardini, Felipe Pereira Zerwe, Luciano de Melo Pompei, Luiz Francisco Cintra Baccaro, Marco Aurélio Albernaz, Maria Célia Mendes, Miriam da Silva Wanderley, Otavio Celso Eluf Gebara, Rodolfo Strufaldi, Jaime Kulak Junior.

No último Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo, ocorrido em Porto Alegre, foi realizado um *lunch meeting* da Febrasgo para discutir o artigo: **Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence**, do *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*. Nessa reunião, foram ouvidos representantes da Sociedade Brasileira de Mastologia, da Sociedade Brasileira de Climatério e da Comissão Nacional Especializada de Climatério da Febrasgo. Cada uma das sociedades manifestou seu posicionamento e, após a discussão em plenária, foi elaborado o documento que expressa o posicionamento oficial da Febrasgo sobre o referido estudo.

O estudo, publicado na *The Lancet* em agosto de 2019 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31709-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31709-X)), retomou o debate sobre a relação entre a exposição à terapia hormonal (TH) na pós-menopausa e o risco de câncer de mama. O estudo foi publicado pelo “Grupo Colaborativo em Fatores Hormonais para Câncer de Mama”, que representa um conjunto de pesquisadores britânicos que desde 1992 investigam a relação de hormônios com o câncer de mama, com várias publicações relevantes na literatura.

A presente publicação é uma metanálise que incluiu 58 estudos com dados individuais de mais de 100 mil

casos de mulheres na pós-menopausa com câncer de mama e foi embasada em uma série de estudos prospectivos (3/4 da análise) e retrospectivos (1/4 da análise), não randomizados, no período de janeiro de 1992 a janeiro de 2018.

O objetivo do estudo foi correlacionar o risco de câncer de mama associado a diferentes formulações e a seu tempo de uso, assim como o risco a longo prazo após a utilização da TH.

Inicialmente é importante salientar que muitas das informações mostradas não são novas, sendo bem conhecidas de estudos sobre TH.

Quando comparadas usuárias e não usuárias de TH na pós-menopausa, o risco de desenvolver câncer de mama foi descrito como risco relativo.

Resumidamente, estes foram os resultados:

- Com exceção de estrogênios tópicos vaginais, todas as outras formulações foram associadas com aumento de risco de câncer de mama;
- O risco aumenta com o tempo de uso e é maior quando é utilizada a combinação de estrogênio com progestagênio em relação ao estrogênio isolado;
- Risco menor, mas estatisticamente significativo, também é relatado para o uso de estrogênio isolado;

- Esquema de progestagênio diário foi pior do que esquema intermitente;
- O risco foi maior mesmo para quem utilizou entre um e quatro anos de TH;
- O risco é aumentado para mulheres jovens que iniciaram a TH antes dos 45 anos de idade;
- O risco é maior entre usuárias atuais do que usuárias no passado;
- O risco permanece mesmo 10 anos após ter cessado a TH;
- A obesidade é um fator de risco importante, e a relevância do risco com TH é menor em obesas (não são riscos que se somam).

Em termos de números, os autores concluem que, em mulheres que iniciam a TH aos 50 anos de idade, cinco anos de uso aumentariam a incidência de câncer de mama entre 50 e 69 anos de idade, na seguinte magnitude:

- 1 caso em cada 50 usuárias de estrogênio + progestagênio diário;
- 1 caso em cada 70 usuárias de estrogênio + progestagênio intermitente;
- 1 caso em cada 200 usuárias de estrogênio isolado.

Em 10 anos de uso, a incidência dobraria (2 casos em 50... etc.).

COMO INTERPRETAR ESSES DADOS NO CONTEXTO ATUAL?

Todo estudo com grande período de seguimento corre o risco de utilizar tratamentos obsoletos ou que não são considerados ideais no presente momento. Esse é o caso deste estudo. As mulheres que desenvolveram câncer de mama estavam utilizando ou utilizaram formulações prescritas na década de 1980/1990, entre elas, principalmente, as contendo acetato de medroxiprogesterona, provavelmente o grande responsável pelo aumento de risco encontrado no WHI (braço E+P). Assim, a imensa maioria das mulheres utilizou formulações e doses pouco empregadas atualmente, portanto os resultados não podem ser extrapolados para as formulações atuais com doses mais baixas de estrogênio e outro perfil de progestagênios.

Outro fator importante é que essa é uma metanálise de estudos não randomizados. Sempre que avaliamos estudos de caso-controle, estamos expostos a um número maior de vieses. Obviamente que o grande número de participantes diminui esse risco, mas

não o elimina. Esse fator é importante quando observamos a correlação que foi feita entre o aumento do risco com estrogênio isolado. O estudo randomizado WHI (*Women's Health Study*), que serve de base para muito do que se discute hoje em dia sobre TH e risco de câncer de mama, não demonstrou risco aumentado com estrogênio isolado. Ao contrário, houve uma diminuição de risco nas usuárias de estrogênio isolado no WHI, inclusive com diminuição de mortalidade associada ao câncer de mama no seguimento a longo prazo (18 anos). Talvez a explicação dessa diferença esteja na maior possibilidade de viés inerente aos estudos não randomizados.

Em relação a mulheres que iniciaram TH antes dos 45 anos de idade, os autores relatam que mulheres jovens na pós-menopausa que usam TH têm aumento no risco de câncer de mama em comparação a mulheres jovens na pós-menopausa que não usam TH. A análise dos dados de mulheres que iniciaram TH antes dos 45 anos de idade está inadequada, pois elas deveriam ter sido comparadas às mulheres de mesma idade na menacme, e não na pós-menopausa, visto que nessa idade a regra é ainda estar na menacme. Para mulheres com menopausa precoce/prematura, além do alívio dos sintomas vasomotores, a TH traz benefícios em relação à mortalidade por doenças cardiovasculares e fraturas por osteoporose.

Por fim, e não menos importante, devemos destacar a ratificação do risco aumentado de neoplasia mamária em pacientes com sobrepeso e obesas na pós-menopausa, e o fato de que os riscos (obesidade e uso de terapia) não são aditivos. Analisando os dados de risco absoluto de desenvolver câncer de mama/20 anos, o risco com o uso de TH com estrogênio isolado por cinco anos é semelhante a ser portadora de sobrepeso (6,8% vs. 6,3%); o risco com o uso de TH com estrogênio isolado por 10 anos é semelhante a ser portadora de obesidade (7,4% vs. 7,2%).

Do ponto de vista da saúde pública, seria muito mais importante discutir o controle da epidemia de obesidade do que o discreto risco aumentado de câncer de mama com TH. A orientação para modificar fatores de risco para doenças crônicas como a obesidade deve ser rotina na atenção às mulheres climatéricas.

É indiscutível o benefício da TH em um número expressivo de mulheres na menopausa. O pequeno aumento de risco de desenvolvimento de câncer de mama tem que ser colocado na equação de risco/benefício. A Comissão Nacional Especializada de Climatério da Febrasgo salienta a importância da individualização da TH de acordo com o perfil risco-benefício, e a decisão deve ser individualizada e compartilhada com a paciente.

**ESTUDO PUBLICADO NA
THE LANCET EM AGOSTO
DE 2019 RETOMOU
O DEBATE SOBRE A
RELAÇÃO ENTRE A
EXPOSIÇÃO À TERAPIA
HORMONAL (TH) NA
PÓS-MENOPAUSA
E O RISCO DE
CÂNCER DE MAMA**

**Você conhece os
benefícios disponíveis
para os Associados
da FEBRASGO?**

Listamos 10 para você.

1. Descontos exclusivos em eventos realizados pela FEBRASGO;
2. Acesso aos protocolos Assistenciais;
3. Acesso às Series Orientações e Recomendações FEBRASGO;
4. Conteúdo Exclusivo no APP da FEBRASGO;
5. Acesso aos Posicionamentos FEBRASGO;
6. Acesso as vídeo aulas de GO;
7. Revistas Femina, RBGO e ELA;
8. Conteúdos Científicos produzidos por mais de 30 Comissões Especializadas;
9. Acesso aos termos de consentimento pós informado;
10. Em breve clube de Benefícios.

Aproveite os valores com desconto pagando até 31 de Março de 2020.

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

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

- 109** A dismenorreia e suas consequências em estudantes universitárias no Rio de Janeiro

Plinio Tostes Berardo, Eliane Berinqué Braga, Thalita Amado Mayer

- 114** Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública

Lais Flávia Silva, Carolina Piffer Soncin de Almeida, Damaris de Freitas Batista, Corintio Mariani Neto

PROTOCOLOS

- 122** Ultrassonografia morfológica no segundo trimestre da gravidez

Eduardo Valente Isfer

- 126** Fístulas urogenitais

Mauro Akira Suguita, Manoel João Batista Castello Girão, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella, Marair Gracio Ferreira Sartori, Luiz Gustavo Oliveira Brito

A dismenorreia e suas consequências em estudantes universitárias no Rio de Janeiro

Dysmenorrhea and its consequences in university students in Rio de Janeiro

Plínio Tostes Berardo¹, Eliane Berinqué Braga¹, Thalita Amado Mayer¹

Descritores

Ciclo menstrual; Menstruação;
Dismenorreia; Universitárias

Keywords

Menstrual cycle; Menstruation;
Dysmenorrhea; University students

Submetido:

03/12/2019

Aceito:

14/02/2020

1. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Thalita Amado Mayer
R. do Bpo., 83, Rio Comprido,
20261-063, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
thalita_aaj@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência da dismenorreia e suas consequências em uma população universitária. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com 207 mulheres entre 18 e 46 anos de idade, universitárias. Os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário desenvolvido para esse estudo. **Resultados:** A prevalência global de dismenorreia, entre as universitárias, foi de 84,1%; dessas, 58,6% classificaram a dor em intensidade leve a moderada e 41,4%, em intensa. O absenteísmo escolar e a dificuldade para se concentrar nos estudos durante o período menstrual foram significativamente influenciados pela dismenorreia intensa. Entre as estudantes, 60,9% deixaram de fazer atividades físicas ou de lazer e 41% tinham dificuldade para se concentrar e estudar devido à dismenorreia. **Conclusão:** A dismenorreia tem uma elevada prevalência na população universitária, contribuindo para um aumento do absenteísmo escolar e para um prejuízo social. A maioria utiliza a automedicação e poucas procuram atendimento médico eletivo com a finalidade de resolver esse problema.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the prevalence of dysmenorrhea and its consequences in a university population. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with 207 female university students between 18 and 46 years. Data collection was performed through a specific questionnaire developed for this study. **Results:** The overall prevalence of dysmenorrhea among university was 84.1%, of which 58.6% classified the pain intensity as mild to moderate and 41.4% as severe. School absenteeism and a difficulty to concentrate on studies during the menstrual period were significantly influenced by the presence of severe dysmenorrhea, with 60.9% of students interrupting some physical or leisure activity, and 41% reporting that they had difficulty concentrating and studying due to the dysmenorrhea. **Conclusion:** Dysmenorrhea has a high prevalence in the university population, contributing to a significant increase in school absenteeism and impairing social life. Most students use self-medication and few seek elective medical care to resolve this problem.

INTRODUÇÃO

A menstruação é um processo fisiológico normal que ocorre todos os meses durante o período reprodutivo da mulher. Dismenorreia ou menstruação dolorosa é um sintoma comum da menstruação, sendo caracterizada por episódios de dor, geralmente do tipo cólica, iniciando imediatamente antes e, principalmente, nos dois primeiros dias do ciclo menstrual. Além disso, pode estar associada a outros sintomas como dor de cabeça, dor nas cos-

tas, náusea, vômito e diarreia. A dismenorreia pode ter início com a menarca ou surgir posteriormente muitas vezes relacionada a alterações estruturais como endometriose e adenomiose, sendo essa forma considerada secundária.⁽¹⁾

As alterações relacionadas ao ciclo menstrual são uma das principais queixas nos consultórios de ginecologia, principalmente quanto à periodicidade e às dores relacionadas com a menstruação (dismenorreia). A prevalência estimada da dismenorreia pode variar de 45% a 95% das mulheres em idade fértil, sendo 10% a 25% dessas consideradas intensas.⁽²⁾

Existe uma associação direta entre a intensidade dos sintomas pré e período menstruais e a sua interferência negativa na frequência e no desempenho escolar, assim como nas atividades físicas, laborativas e sociais, podendo ocasionar aumento de ansiedade e depressão e elevado risco de desenvolvimento ou agravamento de dores crônicas, como dor pélvica crônica, entre outras.⁽³⁾

A dismenorreia tem um impacto significativo na saúde das mulheres, sendo responsável pela redução da atividade laborativa e da qualidade de vida. Apesar da alta prevalência e dos efeitos negativos associados, muitas mulheres não procuram assistência médica para essa condição.⁽³⁾ Temos pouco conhecimento sobre a prevalência da dismenorreia e seus possíveis impactos na população universitária brasileira, o que motivou a realização do presente estudo, que tem por objetivo identificar a prevalência de dismenorreia entre estudantes universitárias e sua interferência nas atividades escolares e sociais, assim como identificar as medidas mais frequentemente adotadas para combater os sintomas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado em dois *campi* de uma única instituição de ensino superior da cidade do Rio de Janeiro, entre os meses de setembro e dezembro de 2017. Participaram do estudo mulheres, estudantes universitárias de Medicina e demais áreas como: Enfermagem, Fisioterapia, Biomedicina, Educação Física, Nutrição, Direito e Administração. A coleta dos dados foi executada por meio de um questionário específico desenvolvido para esse estudo.

Para identificar a interferência da dismenorreia na vida acadêmica e social, as estudantes foram questionadas sobre a ocorrência de absenteísmo escolar, dificuldade de se concentrar e/ou estudar, e interrupção de atividades físicas/sociais. Foi utilizada como instrumento para análise e estratificação da intensidade da dismenorreia a escala analógica visual (VAS) que classifica a dor como leve, de 1 a 3 pontos, moderada, de 4 a 6 pontos e intensa, de 7 a 10 pontos.

Uso de métodos para alívio da dor e busca por aconselhamento médico para tratamento também foram investigados no estudo.

O processamento dos dados e a análise estatística foi realizada no programa R, versão 3.4. O teste χ^2 foi utilizado para determinar as diferenças entre as proporções dos grupos analisados e a razão de prevalência, para avaliar a intensidade da dor nas atividades escolares e sociais, considerando o nível de significância estatística de 95% ($p < 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesa nº 66941517.4.0000.5284.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 207 mulheres, sendo 106 (51,2%) estudantes de Medicina e 101 (48,8%) estudantes de outras áreas, com idade entre 18 e 46 anos. A prevalência global de dismenorreia foi de 84,1% (174/207), estando igualmente distribuída entre as universitárias. Das mulheres com dismenorreia, 102 (58,6%) classificaram a dor como de intensidade leve a moderada e 72 (41,4%) como dor intensa.

Métodos contraceptivos utilizados

Entre todas as mulheres entrevistadas, 46,4% (96/207) utilizavam a pílula combinada de forma cíclica, 4,3%, a pílula de progesterona contínua, 1%, o sistema intrauterino (SIU) de progesterona (Mirena®), 0,5%, o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e 1%, anel vaginal. Quanto ao método de barreira, apenas 52,7% afirmaram usar camisinha e, entre os métodos comportamentais, 21,3% realizavam coito interrompido.

A interferência da dismenorreia na vida social e nas atividades físicas

Analisando as pacientes com dismenorreia, independentemente da intensidade da dor, foram identificadas 106 (60,9%) mulheres que relataram ter sido obrigadas a interromper suas atividades, fossem elas físicas ou sociais, em decorrência das dores menstruais, determinando uma interferência negativa estatisticamente significativa. Nossos resultados mostraram também que as mulheres com dismenorreia classificada como de forte intensidade foram as mais impactadas em suas atividades físicas e sociais, se comparadas com aquelas com dores leves ou moderadas (Tabela 1).

Tabela 1. Interrupção de atividades físicas e/ou sociais durante o período de dismenorreia por intensidade da dor

Interrompeu atividades físicas/ sociais durante a menstruação devido às dores	Intensidade		
	Intensa	Leve/ Moderada	Total geral
Sim	58	48	106
Não	14	54	68
Total geral	72	102	174

Razão de prevalência: 2,66 (1,62, 4,37); p -value < 0,001.

A influência da dismenorrea no absenteísmo escolar e na dificuldade para se concentrar e estudar

Quando analisamos as estudantes com dismenorrea em todas as suas intensidades, não foi possível perceber uma interferência estatisticamente significativa da presença de dismenorrea com o absenteísmo escolar ou com a dificuldade para se concentrar e/ou estudar. Porém, ficou evidente essa interferência quando se comparou o grupo com a forma mais intensa de dismenorrea em relação às demais (Tabelas 2 e 3).

A relação da dismenorrea com a ansiedade e depressão autodeclarada

A prevalência autodeclarada de ansiedade e depressão entre as estudantes com dismenorrea em todos os níveis de intensidade foi de 55,2% e 15,5%, respectivamente, sem apresentar significância estatística. Resultado semelhante foi encontrado ao se analisarem somente as estudantes com dismenorrea intensa, com prevalência de 59,7% e 16,6%, respectivamente.

As medidas mais frequentes adotadas para combater a dismenorrea

Como métodos de alívio da dor durante as menstruações, 37 (21,3%) usavam contraceptivo hormonal; 152 (87,4%) usavam dipirona, paracetamol, antiespasmódico ou similares; 111 (63,8%) usavam algum anti-inflamatório não hormonal; 13 (7,5%) usavam opioide; 112 (64,4%) usavam compressa, bolsa de água morna ou banho quente; 4

Tabela 2. Dificuldade para se concentrar e/ou estudar durante o período de dismenorrea

Dificuldade de se concentrar/ estudar durante o período menstrual	Intensidade		Total geral
	Intensa	Leve/ Moderada	
Sím	42	29	71
Não	29	73	102
Total geral	71	102	173

Razão de prevalência: 2,08 (1,45, 2,99); *p-value* < 0,001.

Tabela 3. Absenteísmo escolar durante a vigência de dismenorrea

Absenteísmo escolar durante as menstruações dolorosas	Intensidade		Total geral
	Intensa	Leve/ Moderada	
Sím	54	29	83
Não	18	73	91
Total geral	72	102	174

Razão de prevalência: 3,29 (2,11, 5,12); *p-value* < 0,001.

(2,3%) faziam fisioterapia do assoalho pélvico e 5 (2,9%) faziam acupuntura. Usuárias de apenas métodos farmacológicos representavam 31% do total, enquanto 1,7% usava somente os métodos não farmacológicos e 63,8% usavam ambos os métodos para alívio da dor (Tabela 4).

As dores menstruais levaram 25 (14,4%) estudantes a procurar atendimento médico de emergência em algum momento. Apenas 56 (32,2%) das 174 estudantes com sintomas de dismenorrea procuraram aconselhamento médico eletivo para esse sintoma e entre essas, 64 (64,3%) apresentavam dismenorrea intensa (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Nosso estudo revelou uma prevalência de dismenorrea de 84,1%, semelhante a outros trabalhos realizados em diferentes partes do mundo, como na Índia (73,8%), Turquia (55,5%) México (64%) e Tailândia (84,9%), incluindo todos os níveis de intensidade de dor menstrual.⁽⁴⁻⁷⁾ O presente estudo demonstrou que a maioria das estudantes com dores menstruais (58,6%) apresentava dismenorrea de intensidade leve a moderada, semelhante aos 56,9% encontrados na Etiópia e um pouco abaixo dos 70,4% encontrados entre as estudantes da Arábia Saudita.^(1,8) Essa variação pode ser explicada inicialmente pela dificuldade de padronização e aferição da intensidade da dor, que é um sintoma em que a percepção individual é muito variável, mesmo com o uso das escalas visuais.

Tabela 4. Métodos utilizados pelas universitárias para alívio da dismenorrea

Métodos para alívio da dor	Sím - n (%)	Não - n (%)
Contraceptivo hormonal	37 (21,3)	137 (78,7)
Dipirona, paracetamol, antiespasmódico ou similares	152 (87,4)	22 (12,6)
Anti-inflamatório	111 (63,8)	63 (36,2)
Opioides	13 (7,5)	161 (92,5)
Compressas mornas ou banhos quentes	112 (64,4)	62 (35,6)
Fisioterapia de assoalho pélvico	4 (2,3)	170 (97,7)
Acupuntura	5 (2,9)	169 (97,1)
Meditação	9 (5,2)	165 (94,8)

Tabela 5. Procura por aconselhamento médico para tratamento da dismenorrea

Consulta eletiva	Total - n (%)
Não	118 (67,8)
Sím	56 (32,2)
Total geral	174 (100,0)

Teste das proporções; *p-value* < 0,001; intervalo de confiança (IC) de 95% (0,60; 0,74).

As diferenças culturais podem também ser um fator de influência na quantificação da intensidade da dor e nos possíveis impactos nas atividades cotidianas.

A intensidade da dismenorreia é significativamente associada com o absenteísmo escolar, principalmente naquelas que sofrem com dores de forte intensidade, reforçando o impacto negativo desse problema, que pode contribuir para o declínio no rendimento acadêmico dessas mulheres.⁽⁹⁾ Hailemeskel *et al.*⁽⁸⁾ relataram que 48,8% das alunas na Etiópia se ausentaram das salas de aulas devido à dismenorreia, valor semelhante aos 47,7% encontrados em nosso estudo.

Um grande número de mulheres (60,9%) referiu prejuízo em suas atividades físicas e de lazer devido às dores menstruais, demonstrando a influência negativa da dor menstrual no cotidiano dessas mulheres. Essa relação também foi observada em estudo realizado com mulheres no Egito, onde a dismenorreia foi o distúrbio menstrual mais prevalente e as atividades mais comumente limitadas por ela foram as tarefas domésticas e a participação em esportes e eventos sociais.⁽¹⁰⁾

A dismenorreia é considerada uma experiência comum na vida das mulheres, causando perturbação considerável no seu dia a dia. Universitárias de Hong Kong relataram efeito adverso da dor menstrual sobre seu bem-estar psicossocial, contudo sem significância estatística, semelhante aos dados encontrados em nosso estudo, que revelaram 55,2% e 15,5% com ansiedade e depressão autodeclaradas, respectivamente.⁽¹¹⁾ Entre jovens etíopes, a ansiedade e a depressão foram relacionadas como fatores de risco para o desenvolvimento de dismenorreia primária.⁽⁸⁾

A intensidade das dores e seus efeitos negativos nas atividades regulares das mulheres representam o principal gatilho para adoção de medidas de gerenciamento da dismenorreia.

Paracetamol e aspirina são os medicamentos para a dor mais utilizados, associados ou não às medidas não farmacológicas, como uso do calor.^(10,11)

No presente estudo, percebemos que 31% das mulheres usavam apenas o método farmacológico e 1,7% usavam somente o método não farmacológico, enquanto 63,8% usavam ambos os métodos para alívio da dor. Resultado semelhante foi encontrado no estudo com jovens australianas, das quais a maioria utilizava medidas combinadas para alívio da dor.⁽¹¹⁾

Observou-se que, apesar de 50,7% das mulheres entrevistadas usarem algum método hormonal sistêmico como contraceptivo, apenas 21% das mulheres com dismenorreia referiram o uso do método hormonal com o objetivo de aliviar as dores.

Para 14,4% das mulheres, a dor foi tão intensa em alguns momentos que precisaram procurar atendimento médico de emergência. Há evidências estatísticas em nosso estudo de que a maioria das alunas com dismenorreia não procurou auxílio médico eletivo para resolver ou amenizar esse problema. Das 174 alunas com dis-

menorreia, apenas 56 (32,2%) procuraram ajuda médica, e a maior parcela era representada por estudantes com dismenorreia intensa. Estudos realizados na Arábia Saudita e em Hong Kong revelaram que apenas 3,2% e 6% das alunas, respectivamente, procuraram atendimento médico para a dismenorreia.⁽¹²⁾ Entre as estudantes egípcias com dismenorreia, os medicamentos analgésicos foram autoadministrados, fornecidos pelos pais e por profissionais de saúde em 62%, 23% e 3% dos casos, respectivamente, reforçando a reduzida procura por auxílio médico para o tratamento da dismenorreia.⁽¹²⁾

Ficou evidente que, apesar do grande impacto negativo da dismenorreia na vida das mulheres, poucas buscaram ajuda profissional para orientá-las sobre suas dores, prevalecendo, portanto, a automedicação. Esse fato pode ser interpretado como uma questão cultural, uma vez que a maioria das mulheres foi orientada desde a infância, de geração em geração, de que a dor menstrual é um sintoma normal inerente ao sexo feminino e que, por isso, deve ser tolerada sem a necessidade de procurar conselho médico. Ou mesmo pode ser explicada pela timidez para ir ao ginecologista.⁽¹²⁾

Ballard *et al.*⁽¹³⁾ publicaram, em 2006, um estudo qualitativo para avaliar as possíveis causas no atraso do diagnóstico da endometriose na Inglaterra, onde entrevistaram jovens encaminhadas para investigação de endometriose e puderam observar resultados semelhantes aos encontrados por nós, indicando que as mulheres com dismenorreia parecem enfrentar uma dificuldade de fazer distinção entre uma experiência menstrual “normal” e uma experiência menstrual “anormal”. Mesmo percebendo que a dismenorreia é um sintoma perturbador de suas vidas, elas tendem a encarar como se fosse um extremo da normalidade ou mesmo algo familiar, semelhante ao que sua mãe sentia, e isso retarda a procura por um profissional capaz de fazer o diagnóstico da endometriose. A automedicação também foi evidenciada nesse estudo, assim como no nosso, como uma forma frequente de lidar com as dores.⁽¹³⁾

É fundamental que as mulheres tenham conhecimento de que a dismenorreia tem tratamento, mas, para isso, é de grande importância a procura por um profissional que possa orientar e formular a melhor estratégia terapêutica, visando a uma melhor qualidade de vida. Cabe a esse profissional a avaliação clínica da paciente com dismenorreia, estabelecendo se há uma causa secundária para esse sintoma, já que a dor menstrual pode ser um primeiro sinal de algumas doenças ginecológicas, como a endometriose, adenomiose, miomatose uterina, entre outras que podem ser tratadas precocemente, evitando maiores problemas.⁽¹⁴⁾

CONCLUSÃO

Observamos uma elevada prevalência de dismenorreia, chamando a atenção para um número expressivo de mulheres que referiram dores de moderada a forte in-

tensidade, contribuindo para um elevado absentismo escolar e prejuízo social. Apesar do impacto negativo da dor na vida das mulheres, poucas procuram atendimento médico eletivo. O uso de dipirona, paracetamol, anti-espasmodicos, anti-inflamatórios e calor local estava entre as estratégias de combate à dor mais frequentemente adotadas, ou seja, a maioria das mulheres associa o tratamento farmacológico e não farmacológico para alívio da dor. O entendimento sobre a normalidade do ciclo menstrual, a dismenorreia e suas causas e consequências entre universitárias parece reduzido, sendo interessante avaliar o desenvolvimento de políticas de saúde e estratégias educativas sobre esse tema nas universidades e escolas de ensino médio.

REFERÊNCIAS

1. Ibrahim NK, AlGhamdi MS, Al-Shaibani AN, AlAmri FA, Alharbi HA, Al-Jadani AK, et al. Dysmenorrhea among female medical students in King Abdulaziz University: prevalence, predictors and outcome. *Pak J Med Sci.* 2015;31(6):1312-7. doi: 10.12669/pjms.316.8752
2. Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(4):527-32. doi: 10.1007/s00404-008-0750-0
3. De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, Soliman NA, Soliman R, El Kholy M. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Biomed.* 2016;87(3):233-46.
4. Singh A, Kiran D, Singh H, Nel B, Singh P, Tiwari P. Prevalence and severity of dysmenorrhea: a problem related to menstruation, among first and second year female medical students. *Indian J Physiol Pharmacol.* 2008;52(4):389-97.
5. Ozerdogan N, Sayiner D, Ayranci U, Unsal A, Giray S. Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;107(1):39-43. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.05.010
6. Ortiz MI. Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;152(1):73-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.04.015
7. Chongpensuklert Y, Kaewrudee S, Soontrapa S, Sakondhavut C. Dysmenorrhea in Thai secondary school students in Khon Kaen, Thailand. *Thail J Obstet Gynaecol.* 2008;16(1):47-53.
8. Hailemeskel S, Demissie A, Assefa N. Primary dysmenorrhea magnitude, associated risk factors, and its effect on academic performance: evidence from female university students in Ethiopia. *Int J Womens Health.* 2016;8:489-96. doi: 10.2147/IJWH.S112768
9. Sharma S, Deuja S, Saha CG. Menstrual pattern among adolescent girls of Pokhara Valley: a cross sectional study. *BMC Womens Health.* 2016;16(1):74. doi: 10.1186/s12905-016-0354-y
10. Abdelmoty HI, Youssef MA, Abdallah S, Abdel-Malak K, Hashish NM, Samir D, et al. Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey *BMC Womens Health.* 2015;15:70. doi: 10.1186/s12905-015-0228-8
11. Subasinghe AK, Happo L, Jayasinghe YL, Garland SM, Gorelik A, Wark JD. Prevalence and severity of dysmenorrhoea, and management options reported by young Australian women. *Aust Fam Physician.* 2016;45(11):829-34.
12. Chia CF, Lai JHY, Cheung PK, Kwong LT, Lau FPM, Leung KH, et al. Dysmenorrhoea among Hong Kong university students: prevalence, impact, and management. *Hong Kong Med J.* 2013;19(3):222-8. doi: 10.12809/hkmj133807
13. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril.* 2006;86(5):1296-301. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.04.054
14. Dall'Acqua R, Bendlin T. Dysmenorrhea. *Femina.* 2015;43(6):273-6.

Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública

Study of cesarean section incidence according to Robson Classification in a public maternity hospital

Lais Flávia Silva¹, Carolina Piffer Soncin de Almeida¹, Damaris de Freitas Batista¹, Corintio Mariani Neto¹

Descritores

Cesárea; Obstetrícia; Classificação de Robson

Keywords

Cesarean section; Obstetrics; Robson classification

RESUMO

Objetivo: Analisar, na população obstétrica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), os grupos que contribuem mais substancialmente para a taxa de cesariana, utilizando a Classificação de Robson. **Métodos:** Trata-se de uma análise secundária de dados provenientes de um estudo realizado no HMLMB que objetivou identificar a proporção de partos cesáreos e vaginais no ano de 2016. Assim, propusemos uma análise desses dados apoiada em uma revisão bibliográfica, identificando as principais contribuições da Classificação de Robson nesse hospital e comparando com serviços similares. **Resultados:** Os grupos de 1 a 5 representaram 87,4% das pacientes atendidas, com predomínio dos grupos 5 (21,7%), 3 (20,9%) e 2 (19,4%). A taxa geral de cesáreas foi de 41,8% no HMLMB em 2016, com maior contribuição dos grupos 5 (41,1%) e 2 (28,7%). Destacaram-se as baixas taxas de cesáreas nos grupos 1 (4,5%) e 3 (1,3%), quando comparadas com as taxas de instituições similares. **Conclusão:** É necessário investir em estratégias mais eficientes para reduzir as taxas de cesáreas. Com os resultados observados no HMLMB, é possível sugerir uma revisão de protocolos referentes ao preparo do colo do útero e indução eletiva do parto em nulíparas, bem como investir no implemento do parto vaginal após cesárea.

ABSTRACT

Objective: To analyze within the obstetric population of the Leonor Mendes de Barros Maternity Hospital (LMBMH), the groups that contribute most substantially to the cesarean section rate using the Robson Classification. **Methods:** This is a secondary analysis of data from a study conducted at the LMBMH that aimed to identify the proportion of cesarean and vaginal deliveries in 2016. Thus, we proposed an analysis of these data supported by a literature review, identifying the main contributions of the Robson Classification in this hospital and comparing with similar services. **Results:** Groups 1 to 5 represented 87.4% of the patients treated, with emphasis on groups 5 (21.7%), 3 (20.9%) and 2 (19.4%). The overall cesarean section rate at LMBMH in 2016 was 41.8%, with the largest contribution from groups 5 (41.1%) and 2 (28.7%). We highlight the low rate of cesarean sections in groups 1 (4.5%) and 3 (1.3%), when compared with the rates of similar institutions. **Conclusion:** It is necessary to invest in more efficient strategies to reduce cesarean rates. Looking at the results in the LMBMH, it is possible to suggest a review of protocols related to cervical preparation and elective induction of labor in nulliparas, as well as investing in the implementation of vaginal delivery after cesarean section.

Submetido:
09/12/2019

Aceito:
14/02/2020

1. Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Lais Flávia Silva
laisflavia_23@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As taxas de cesariana vêm aumentando significativamente em todo o mundo nos últimos 30 anos, sendo, hoje, a intervenção obstétrica mais comum. A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1985, recomenda que as taxas de cesáreas devam representar, no máximo, 15% dos partos totais, embora comunidades internacionais apontem para a necessidade de reavaliar essa recomendação,^(1,2) visto que as taxas mundiais ultrapassam largamente essa proposta. A proporção de cesáreas é de cerca de 17% nos países nórdicos,⁽³⁾ 25% na América do Norte, 30% na América Central, mais de 30% em países europeus e 40% em países latino-americanos,⁽⁴⁾ atingindo no Brasil um valor de 56%,⁽⁵⁾ com diferenças entre os setores público e privado.^(4,6-10) Entre 1990 e 2014, os maiores aumentos absolutos de cesáreas foram na América Latina e no Caribe (19,4%).⁽¹¹⁾

A preocupação quanto ao aumento dessas taxas ocorre devido às consequências negativas relacionadas à saúde materna e neonatal,⁽⁵⁾ além dos gastos financeiros. Makhanya *et al.*⁽¹²⁾ relataram que, se as taxas de cesarianas fossem reduzidas para 15%, haveria economia de custos globais de aproximadamente US\$ 2,32 bilhões. Sendo assim, para diminuir essas taxas, evitando as complicações operatórias e pós-operatórias, seria necessário identificar quais grupos de mulheres estão colaborando para esse aumento e investigar as razões subjacentes para essas tendências, visto que, em grande parte, são impulsionados por cesarianas sem indicação clínica.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Logo, a identificação desses grupos, por meio de uma classificação internacional, possibilita a comparação das taxas de cesáreas em todas as populações. Isso contribui para a identificação das cesáreas em grupos específicos e facilita o monitoramento, manejo da paciente e seu cuidado clínico, permitindo a elaboração de medidas, a fim de diminuir essas taxas.⁽¹⁶⁾

Em uma revisão sistemática, Torloni *et al.*⁽¹⁷⁾ identificaram a Classificação de Robson como a mais adequada para comparar as taxas de cesarianas, uma vez que utiliza informações obstétricas que são rotineiramente registradas, além disso podem ser aplicadas prospectivamente. Em 2015, a OMS⁽¹⁾ preconizou que os países e as instituições de saúde adotassem a Classificação de Robson⁽¹⁸⁾ para avaliação, monitorização e comparação entre as instituições acerca da taxa de cesárea.⁽¹⁹⁻²³⁾

Essa classificação avalia a taxa de cesáreas entre mulheres com diferentes características obstétricas. Nela se utilizam cinco conceitos para classificar todas as gestantes em um dos 10 grupos, o que significa que é uma classificação totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva. Os cinco conceitos são: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional.

Posteriormente, houve a necessidade de adaptações propostas pelos usuários, gerando subdivisões nos grupos

pos 2, 4 e 5 (Quadro 1). Os grupos 2 e 4 foram subdivididos em indução de parto (2a/4a) e cesárea eletiva antes do parto (2b/4b). O grupo 5 foi subdividido em uma cesárea anterior (5a) e duas ou mais cesáreas anteriores (5b).

Analisar, na população obstétrica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), os grupos que contribuem mais substancialmente para a taxa de cesariana, utilizando a Classificação de Robson.

MÉTODOS

Trata-se de uma análise secundária de dados provenientes de um estudo realizado no HMLMB que, por

Quadro 1. Classificação de Robson

Grupo	Subgrupo	Descrição
1	-	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2	A	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido
	B	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto
3	-	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4	A	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo trabalho de parto é induzido
	B	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto
5	A	Múltiparas com 1 cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
	B	Múltiparas com 2 ou mais cesáreas anteriores, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
6	-	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica
7	-	Todas as múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
8	-	Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
9	-	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
10	-	Todas as gestantes com feto único, cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015).⁽¹⁾

meio de informações obtidas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc),⁽²⁴⁾ objetivou identificar a proporção entre os partos cesáreos e vaginais no ano de 2016. A partir dessas informações, o estudo, por meio da Classificação de Robson, identificou o número de partos cesáreos, categorizando-os nos 10 grupos; calculou a taxa relativa de cesáreas por grupo e apontou a contribuição absoluta de cada grupo para a taxa geral de cesáreas. Identificou também as taxas de cesáreas em três maternidades públicas municipais da cidade de São Paulo, a média do município de Belo Horizonte (BH), bem como a taxa na *National Maternity Hospital*, Dublin – Irlanda (Maternidade de Dublin), e as comparou com os resultados do HMLMB.

Fundamentados neste trabalho, propusemos uma análise dos dados apoiada em uma revisão bibliográfica na tentativa de identificar as principais contribuições do Sistema de Classificação de Robson no monitoramento das taxas de cesariana no âmbito internacional e comparar com os dados obtidos do HMLMB. As bases consultadas foram PubMed, Medline, Lilacs e SciELO. Os artigos selecionados foram os publicados no período de 2007 a 2017, utilizando os seguintes descritores: [(cesarean) OR (cesarean section) OR (cesarean) OR (cesarean section) AND (Robson Classification) OR (10-group classification) OR (10-class classification) AND (rate)].

Somando-se todas as publicações, foram encontrados 108 artigos. Os critérios de exclusão partiram da leitura dos títulos e resumos com o propósito de identificar os objetivos apresentados por cada trabalho e discriminá-los de acordo com o enfoque abordado. Diante disso, foram excluídos os estudos que não demonstravam as taxas de cesarianas em relação à Classificação de Robson; utilizavam a Classificação de Robson modificada; restringiam-se a avaliar as taxas de morbidade, mortalidade perinatal e materna e aqueles que não traziam um objetivo definido (Figura 1).

Além disso, alguns artigos eram iguais entre as bases de dados e outros abordavam diferentes assuntos da área da ginecologia e obstetrícia. A partir disso, 41 artigos foram incluídos e também fundamentaram a elaboração deste trabalho.

RESULTADOS

A partir da análise do tipo de parto, foi possível identificar as taxas de cesáreas e de partos vaginais realizados nas maternidades paulistas. A proporção de partos cesáreos na cidade de São Paulo, no período de 2001 a 2016, foi crescente. O ano de 2013 indicou a maior porcentagem, 58,5%, e 2001, os menores valores, 48,8% (Figura 2). Já o HMLMB teve oscilações que diferiram do padrão apresentado pelas demais maternidades da cidade, posto que a maior taxa ocorreu em 2003 e a menor, em 2011. Apesar disso, em números absolutos, as taxas de partos vaginais foram sempre maiores que as de cesarianas (Figura 2).

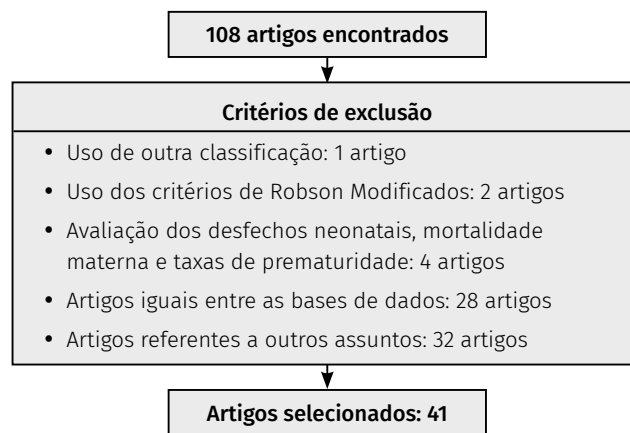
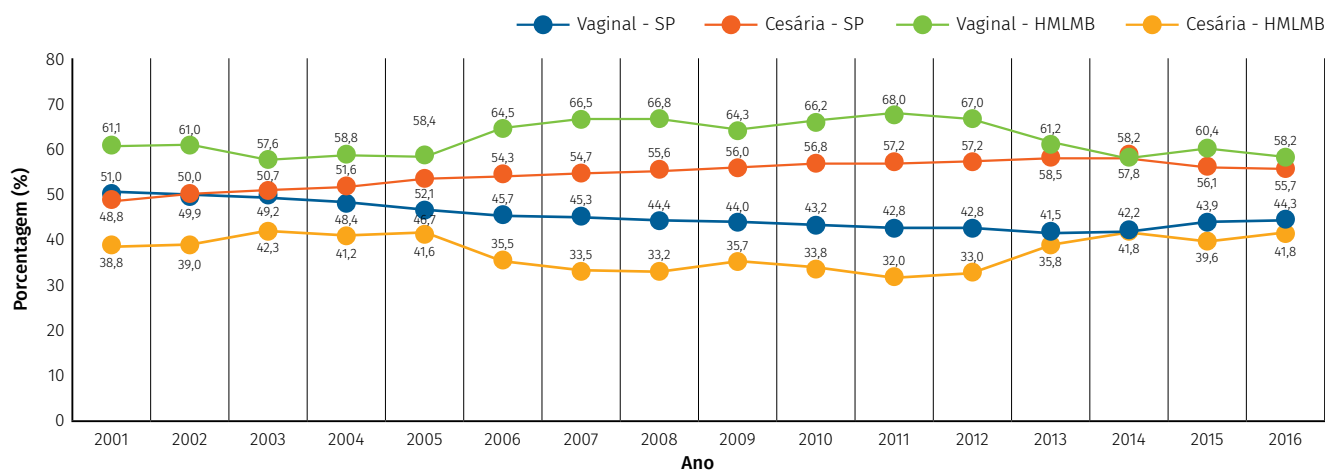


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos



HMLMB: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

Fonte: Ministério da Saúde (2016).⁽²⁴⁾

Figura 2. Proporção de cesáreas e partos vaginais no HMLMB (Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros) e na cidade de São Paulo

Com os dados do HMLMB referentes ao número de partos, sejam eles do tipo vaginal ou cesáreo (4.746), e o total de cesáreas (1.985) no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016, foi possível calcular:

- A taxa geral de cesáreas do hospital (41,8%): que é a soma da quantidade de cesáreas em relação à quantidade de partos realizados em todos os grupos;
- O tamanho de cada grupo: que é a soma da quantidade de partos realizados por grupo em relação ao número total de partos realizados nesse período;
- A taxa de cesáreas de cada grupo, que é a relação da quantidade de cesáreas de cada grupo com a quantidade de partos daquele mesmo grupo;
- A contribuição absoluta dos respectivos grupos para a taxa de cesáreas desse hospital, que corresponde à relação entre o número de cesáreas de cada grupo e o número total de partos realizados nesse período;
- A contribuição relativa dos respectivos grupos para a taxa de cesáreas desse hospital, que corresponde à relação entre o número de cesáreas de cada grupo e o número total de cesáreas realizadas nesse período.

Em relação ao tamanho de cada grupo, os dois maiores foram o 5 (uma ou mais cesáreas anteriores), com 21,7%, e o 3 (múltiparas de termo, apresentação cefálica, em trabalho de parto espontâneo), com 20,9%. Juntos, corresponderam a 42,6% do total de parturientes atendidas. Os menores grupos foram o 9 (feto único em situação transversa ou oblíqua), que representou 0,1% da

amostra, o 7 (múltiparas, feto único em apresentação pélvica) e o 6 (feto único pélvico em nulíparas), ambos com 0,7% cada.

As maiores taxas de cesáreas foram observadas nos grupos 9 (100%), 8 (todos os gemelares), com 88,8%, 5 (79,1%) e 6 (74,2%). Neste estudo, demos destaque para os grupos de 1 a 5, que representaram quase 90% da população atendida. Os grupos de 6 a 10 constituíram minoria dos casos em termos absolutos e representaram por si só indicação quase absoluta de cesárea, motivos pelos quais não foram incluídos na comparação com os resultados de outras instituições similares.

As menores taxas de cesáreas foram encontradas nos grupos 3 (1,3%) e 1 (nulíparas de termo, apresentação cefálica, em trabalho de parto espontâneo), com 4,5%. Em relação à contribuição absoluta para as taxas de cesárea, foi observado que os grupos 2 e 5 são os que mais contribuíram, com 12,0% e 17,2%, respectivamente.

A contribuição relativa de cada grupo de Robson para a taxa de cesáreas no hospital foi obtida pela relação entre o número de cesáreas de cada grupo com o número total de cesáreas realizadas no hospital (%). Na prática, os grupos 5 e 2 foram os que mais contribuíram para a taxa de cesárea da instituição. Juntos, representaram quase 70% das cesáreas realizadas no período (Tabela 1).

A partir dos dados de três hospitais públicos municipais com características semelhantes às do HMLMB, foi possível estabelecer uma comparação entre as instituições no período de estudo. O HMLMB foi o que apresentou a maior taxa geral de cesáreas (41,8%). Nos demais, a taxa variou entre, aproximadamente, 20% e 30%.

Mesmo com a maior taxa global de cesáreas, o HMLMB apresentou o menor índice para o grupo 1 (nulíparas de

Tabela 1. Relatório de Robson do HMLMB*

Grupo	Relação cesáreas/ partos (n)	Tamanho do grupo (%)	Cesáreas no grupo (%)	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesáreas (%)
1	32/717	15,1	4,5	0,7	1,6
2	570/920	19,4	62,0	12,0	28,7
3	13/990	20,9	1,3	0,3	0,7
4	180/487	10,3	37,0	3,8	9,1
5	816/1.032	21,7	79,1	17,2	41,1
6	23/31	0,7	74,2	0,5	1,2
7	23/35	0,7	65,7	0,5	1,2
8	151/170	3,6	88,8	3,2	7,6
9	4/4	0,1	100,0	0,1	0,2
10	173/360	7,6	48,1	3,6	8,7
Total	1.985/4.746	100,0	41,8	41,8	100,0

* HMLMB: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

termo, feto único cefálico em trabalho de parto espontâneo): 4,5%, como já descrito. Nos outros hospitais, essa taxa foi três a quatro vezes maior. Como se observa na tabela 2, a taxa do HMLMB também foi menos que a metade da taxa global observada no município de Belo Horizonte (BH) e bastante inferior à da Maternidade de Dublin (serviço do professor Robson, criador da classificação).

No grupo 2 (nulíparas de termo, feto único cefálico, submetidas a indução do parto ou cesárea antes do trabalho de parto), a taxa de cesáreas do HMLMB (62,0%) superou a de todas as outras maternidades avaliadas, chegando a ser quase o dobro da de Dublin (34,7%). No subgrupo 2a, o HMLMB apresentou a menor taxa, 18,8%, inferior à dos outros hospitais paulistanos citados acima, nos quais chegou a 41%.

Para o grupo 3 (múltiplas de termo, feto único cefálico em trabalho de parto espontâneo), a taxa de cesáreas do HMLMB (1,3%) foi muito semelhante à do serviço do professor Robson e, aproximadamente, de metade a um quarto das observadas nas outras instituições públicas de São Paulo e a média de BH. No grupo 5 (múltiplas com uma ou mais cesáreas anteriores), a taxa global do HMLMB (79,1%) superou todas as demais, que estiveram abaixo de 50%. Mesmo levando-se em conta apenas o subgrupo 5a (múltiplas com uma cesárea anterior), a taxa do HMLMB foi de quase 70%, muito acima das demais, todas abaixo de 50% (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Tendo em vista que a maioria das parturientes do HMLMB se enquadra nos grupos de 1 a 5, sendo o maior grupo o 5, seguido pelo grupo 3, e que nos grupos 6 a 10 não são possíveis grandes intervenções para mudanças importantes devido às suas características e a maior associação aos desfechos desfavoráveis,⁽²⁵⁾ nossa análise enquadra-se naqueles cinco primeiros grupos.

Ao analisar especificamente as taxas de cesáreas de cada grupo da Classificação de Robson, observa-se que

no grupo 1 o HMLMB apresentou a menor taxa. Desse modo, o HMLMB se mostra capaz de evitar cesáreas, com uma taxa abaixo das dos outros três hospitais comparados, inclusive, menor do que a taxa da Maternidade de Dublin. Isto é, a gestante nulípara em trabalho de parto espontâneo muito provavelmente concluirá o parto via vaginal. Ferreira *et al.*⁽⁴⁾ e Brennan *et al.*⁽²⁶⁾ descreveram que uma possível justificativa para tal percentual é que o grupo 1 é potencialmente mais suscetível à correção intraparto de distocias, incluindo para isso o uso de ocitocina.

Em relação ao grupo 2, as taxas de cesárea foram altas em todas as instituições, sendo maior no HMLMB. Estudos internacionais, confirmam que o percentual desse grupo é universalmente alto.^(27,28) Entretanto, ao comparar o subgrupo 2a com os outros hospitais, percebe-se que o HMLMB possui a menor porcentagem, o que evidencia que as tentativas de indução de parto realizadas são efetivas e que a maior contribuição do grupo 2 é causada pelo subgrupo 2b, ou seja, de cesáreas eletivas. Nesse subgrupo estão incluídas as nulíparas que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto. O alto número de cesáreas eletivas pode ser explicado devido ao fato de o HMLMB ser referência para gestações de alto risco, fato que pode ser relacionado à taxa geral de cesáreas, que é maior do que a dos demais hospitais. Nota-se que a taxa de cesáreas no subgrupo 2a tem uma variação de 23% entre as várias instituições, pois é reflexo da seleção de gestantes e do método utilizado para indução de parto.

Segundo Vogel *et al.*,⁽²²⁾ as altas taxas de cesáreas nesse grupo refletem no aumento das taxas do grupo 5, uma vez que se sabe que o maior uso da primeira cesárea pode aumentar a necessidade de repetição do procedimento em gestações subsequentes, o que poderia ter sido evitado.

O grupo 3 de Robson também mostrou uma baixa porcentagem de cesáreas, menor que a dos outros hospitais e muito semelhante à taxa da Maternidade de Dublin,

Tabela 2. Comparação das taxas de cesárea no HMLMB* com outros 3 hospitais municipais, Belo Horizonte e Maternidade de Dublin

Taxa de cesárea	HMLMB (%)	Hospital 1 (%)	Hospital 2 (%)	Hospital 3 (%)	Belo Horizonte (%)	Maternidade de Dublin (%)
Geral	41,8	23,2	27,2	32,5	30,0	21,4
Grupo 1	4,5	12,2	12,3	18,6	11,0	7,5
Grupo 2	62,0	49,0	36,4	41,9	40,0	34,7
Subgrupo 2a	18,8	41,2	24,7	28,9	-	-
Grupo 3	1,3	4,1	2,3	4,5	4,0	1,1
Grupo 5	79,1	49,3	61,0	59,9	73,0	61,0
Subgrupo 5a	97,9	92,6	95,1	97,3	-	-
Subgrupo 5b	67,9	34,7	45,8	47,9	-	-

* HMLMB: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

para a qual contribuiu o fato de que as parturientes desse grupo possuem parto vaginal anterior. Esse dado mostra-se muito positivo para o HMLMB, em razão de ser o segundo grupo de maior tamanho atendido no hospital, revelando que o acompanhamento dessas parturientes, na grande maioria das vezes, visa ao parto via vaginal.

Uma grande preocupação é em relação ao grupo 5, já que o HMLMB possui também a maior taxa de cesáreas em comparação aos outros hospitais de São Paulo, assim como a Belo Horizonte e à Maternidade de Dublin, o que mostra uma grande tendência à realização de cesárea em pacientes que possuem uma ou mais cesáreas anteriores. Uma justificativa possível para esse resultado foi descrita por Tan *et al.*⁽²⁹⁾ a partir de um estudo prospectivo realizado no Hospital Geral de Singapura, que concluiu que o atual clima médico-legal e as preocupações em relação ao risco de ruptura uterina na tentativa de parto vaginal após cesárea (PVPC) contribuem para o aumento global das taxas de cesárea no grupo 5. Assim, os autores acreditam que encorajar o parto via vaginal no pré-natal, após uma cesárea é uma ação efetiva para a diminuição das taxas de cesáreas nesse grupo. Ainda, tendo como justificativa o clima médico-legal e as preocupações acerca dos desfechos desfavoráveis, Maso *et al.*⁽³⁰⁾ relatam que muitas instituições alegam que uma tentativa fracassada de partos vaginais após cesarianas está associada a mais complicações do que a repetição eletiva.

No entanto, o acesso aprimorado ao PVPC tem sido recomendado com base nos achados atuais sobre sua segurança, quando comparado à repetição da cesárea. Kelly *et al.*,⁽³¹⁾ em um estudo retrospectivo em uma maternidade do Canadá, indicaram que 60% a 80% das mulheres são capazes de passar por um PVPC seguro. Para isso, é importante selecionar adequadamente o momento do amadurecimento do colo do útero e da indução do parto, o que guiará a melhor conduta. Como exemplo, Guida *et al.*,⁽³²⁾ em um estudo transversal retrospectivo em um centro terciário no Brasil, utilizaram com sucesso a sonda de Foley, seguida de ocitocina, para mulheres com a pontuação de Bishop acima de 6.

Para tentar explicar as diferenças percentuais entre os hospitais analisados, indagamos a respeito da possibilidade da existência de protocolos para indicação de cesárea que variem entre as instituições. Apesar da existência de diretrizes específicas para manejo de alterações dos padrões de frequência cardíaca fetal, de mulheres com cesárea prévia e outras situações, sabe-se que existem variações interinstitucionais na avaliação clínica dessas condições e seu respectivo protocolo. Maso *et al.*⁽³⁰⁾ afirmam que diferentes instituições podem possuir diferentes limites para diagnosticar parada de dilatação e descida fetal, ou ainda diferentes limiares para realização de cesárea após a indução de parto, além de diferentes motivos para a indicação de cesárea eletiva. Portanto, como recomendado por Colais *et al.*,⁽³³⁾ a ausência do conhecimento de tais protocolos, somada

ao fato de que a Classificação de Robson não abrange os fatores que levaram à escolha do parto cesáreo, pode representar um viés para a simples comparação entre os hospitais.

Diante disso, identifica-se que os grupos 2 e 5 tiveram maiores contribuições absolutas para a taxa de cesáreas dentro do HMLMB, e ambos se destacam também em relação à contribuição relativa. Sendo assim, é importante manter a situação atual dos grupos 1 e 3, para os quais o HMLMB possui o melhor exemplo, e investir em intervenções nos grupos 2 e 5a, na tentativa de estimular os partos vaginais. Nesse caso, sabendo que os resultados no grupo 5 são semelhantes aos resultados de estudos feitos em outras partes do mundo^(4,29,31,34-39) e que tal grupo é o maior preditor de cesáreas, pode-se depreender que é provavelmente a melhor população-alvo para intervenções específicas. Assim, é importante que gestantes e obstetras reconquistem a confiança em realizar PVPC, pois sabe-se que esse procedimento é seguro para a maioria das mulheres, além de reforçar as crescentes evidências de complicações relacionadas à repetição de cesarianas eletivas, como proposto por Chong *et al.*,⁽³⁸⁾ a fim de desestimular sua prática rotineira.

É importante lembrar que, devido ao fato de o HMLMB ser referência em gestação de alto risco, naturalmente suas taxas nesses grupos serão mais altas, porém ainda assim é importante propor estratégias para a diminuição de cesáreas. Ciriello *et al.*⁽⁴⁰⁾ relataram que apenas uma abordagem multiprofissional poderia manter as taxas de cesárea dentro do proposto pela OMS.⁽¹⁾ Eles afirmam que sua instituição, o Hospital San Gerardo, na Itália, de 1982 a 1996, utilizou estratégias que culminaram com a diminuição das taxas de 26% para 12% e as mantiveram estáveis por alguns anos. Essas estratégias incluíram: treinamento-padrão para todos os membros da equipe, implementação de protocolos padronizados para as principais indicações de cesárea (distocia, cesárea anterior, sofrimento fetal), além de discussão de casos complexos. Entretanto, foram incapazes de conter as taxas por longas décadas, já que existiram variáveis que estavam fora do controle obstétrico e estariam diretamente relacionadas com o aumento das taxas de cesáreas, como idade materna em pacientes nulíparas e IMC (índice de massa corpórea) em múltiparas, o que foi corroborado por Triunfo *et al.*⁽⁹⁾

Chaillet *et al.*⁽⁴¹⁾ relatam ainda intervenções ativas e valorização do parto por via vaginal, por meio de um estudo randomizado realizado em Quebec com mais de 100.000 nascimentos, no qual criaram uma chamada estratégia quádrupla: treinamento dos profissionais acerca da prática obstétrica baseada em evidências, auditorias clínicas trimestrais em todas cesarianas, *feedback*, ajustes clínicos com base nos resultados da auditoria e designação de um líder que coordene tudo isso na maternidade. Relatam que a partir desses feitos, diminuíram significativamente as taxas de cesá-

reas realizadas, sem desfechos negativos para a mãe e o neonato. Ryding *et al.*,⁽⁴²⁾ em um estudo realizado em seis países europeus, com baixas taxas de cesáreas, revelam um risco aumentado de cesarianas em mulheres que têm medo de conceber. Assim, para diminuir o risco de cesárea, a mulher precisa ter confiança em si mesma e na equipe que a atende. Posto isso, Yee *et al.*⁽⁴³⁾ exprimem exatamente a ideia da importância da filosofia, competência, educação continuada e até mesmo traços de caráter dos médicos responsáveis, produzindo efeito decisivo sobre o tipo de conduta a ser estabelecida.

Já Blomberg⁽²¹⁾ sugere que mudanças organizacionais e estruturais podem diminuir significativamente as taxas de cesáreas. Em seu trabalho, propôs que as ações se direcionassem ao grupo 1, uma vez que uma primeira cesariana influenciará os partos subsequentes. Recomendou o monitoramento dos resultados obstétricos pela avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, classificou as mulheres em grupos de risco e incentivou o trabalho em equipe e a discussão de casos clínicos entre médicos, residentes e acadêmicos. Além disso, incrementou o treinamento de habilidades de monitoramento fetal e obstétricas, por meio de cursos de análise de cardiocardiografia e promoção pública da educação em saúde, na qual as gestantes e seus parceiros receberam orientações quanto aos tipos de partos. Com isso, observou-se que a taxa de cesáreas em nulíparas de termo com início de trabalho espontâneo diminuiu de 10% em 2006 para 3% em 2015; durante o mesmo período, a taxa global de cesáreas caiu de 20% para 11%. Além das ações terem trazido impacto direto e relevante na taxa de cesáreas, 95,2% das mulheres que deram à luz nesse serviço disseram estar satisfeitas com a experiência. Assim sendo, essa atividade multidisciplinar específica e persistente em seu serviço, com foco no grupo 1, ao reduzir as taxas desse grupo, refletiu em uma queda da taxa de cesáreas na população geral para dentro do proposto pela OMS de até 15%, sem aumento do risco de complicações neonatais. Logo, ações estratégicas em um grupo específico podem ser eficazes na diminuição da taxa global de cesarianas.

CONCLUSÃO

Apesar de não fornecer uma visão sobre as razões ou explicação para as diferenças observadas entre os grupos, a Classificação de Robson mostrou ser uma ferramenta adequada para identificar em quais grupos de gestantes ocorreu maior prevalência de cesáreas no HMLMB, permitindo, assim, investir em estratégias mais eficientes para reduzir essas taxas, como, por exemplo, revisão de protocolos referentes ao preparo do colo do útero e indução eletiva do parto em nulíparas, bem como investir na implementação do parto vaginal após uma cesárea, uma vez que se sabe que esse procedimento é seguro e possível para a maioria das gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Geneva: OMS; 2015 [citado em 2019 Jul 9]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15_02_por.pdf?sequence=3
2. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG*. 2016;123(5):667-70. doi: 10.1111/1471-0528.13526
3. Pyykönen A, Gissler M, Løkkegaard E, Bergholt T, Rasmussen SC, Smáráson A, et al. Caesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(5):607-16. doi: 10.1111/aogs.13108
4. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;129(3):236-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.026
5. Litorp H, Kidanto HL, Nystrom L, Darj E, Essén B. Increasing caesarean section rates among low-risk groups: a panel study classifying deliveries according to Robson at a university hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:107. doi: 10.1186/1471-2393-13-107
6. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess caesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):128. doi: 10.1186/s12978-016-0228-7
7. Paleari L, Gibbons L, Chacón S, Ramil V, Belizán JM. Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado. *Ginecol Obstet Mex*. 2012;80(4):263-9.
8. Lembrouck C, Mottet N, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller D. Peut-on diminuer le taux de césarienne dans un CHU de niveau III ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2016;45(6):641-51. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.08.002
9. Triunfo S, Ferrazzani S, Lanzone A, Scambia G. Identification of obstetric targets for reducing caesarean section rate using the Robson Ten Group Classification in a tertiary level hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;189:91-5. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.03.030
10. Howell S, Johnston T, MacLeod SL. Trends and determinants of caesarean sections births in Queensland, 1997-2006. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(6):606-11. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01100.x
11. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343
12. Makhanya V, Govender L, Moodley J. Utility of the Robson ten group classification system to determine appropriateness of caesarean section at a rural regional hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *S Afr Med J*. 2015;105(4):292-5. doi: 10.7196/samj.9405
13. Vogel JP, Betrán AP, Gülmezoglu AM. Use of the Robson classification has improved understanding of caesarean section rates in France. *BJOG*. 2015;122(5):700. doi: 10.1111/1471-0528.13266
14. McCarthy FP, Rigg L, Cady L, Cullinane F. A new way of looking at caesarean section births. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007;47(4):316-20. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00753.x
15. Stavrou EP, Ford JB, Shand AW, Morris JM, Roberts CL. Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1):8. doi: 10.1186/1471-2393-11-8
16. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94. doi: 10.1053/beog.2000.0156
17. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(1):e14566. doi: 10.1371/journal.pone.0014566
18. Robson M. The Ten Group Classification System (TGCS) – a common starting point for more detailed analysis. *BJOG*. 2015;122(5):701. doi: 10.1111/1471-0528.13267

19. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: the 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131 Suppl 1:S23-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.026
20. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;135(2):232-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.08.001
21. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section—results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(5):580-6. doi: 10.1111/aogs.12872
22. Vogel JP, Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess cesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health.* 2015;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X
23. Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for cesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One.* 2014;9(6):e97769. doi: 10.1371/journal.pone.0097769
24. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde (Tabnet) – Estatísticas vitais [Internet]. Sistema de Informações sobre nascidos vivos (Sinasc): 2001-2016. 2016 [citado em 2019 Nov 6]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>
25. Ferreira EC, Costa ML, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Robson MS. Robson ten group classification system applied to women with severe maternal morbidity for the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. *Birth.* 2015;42(1):38-47. doi: 10.1111/birt.12155
26. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(3):308.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.021
27. Cabeza Vengoechea PJ, Calvo Pérez A, Betrán AP, Mas Morey MM, Febles Borges MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53(10):385-90. doi: 10.1016/j.pog.2010.05.003
28. Brennan DJ, Murphy M, Robson MS, O'Herlihy C. The singleton, cephalic, nulliparous woman after 36 weeks of gestation: contribution to overall cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2 Pt 1):273-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e318204521a
29. Tan JKH, Tan EL, Kanagalingan D, Tan LK. Rational dissection of a high institutional cesarean section rate: an analysis using the Robson Ten Group Classification System. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(4):534-9. doi: 10.1111/jog.12608
30. Maso G, Piccoli M, Montico M, Monasta L, Ronfani L, Parolin S, et al. Interinstitutional variation of cesarean delivery rates according to indications in selected obstetric populations: a prospective multicenter study. *Biomed Res Int.* 2013;2013:786563. doi: 10.1155/2013/786563
31. Kelly S, Sprague A, Fell DB, Murphy P, Aelicks N, Guo Y, et al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(3):206-14. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30992-0
32. Guida JPS, Pacagnella RC, Costa ML, Ferreira EC, Cecatti JG. Evaluating vaginal-delivery rates after previous cesarean delivery using the Robson 10-group classification system at a tertiary center in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;136(3):354-5. doi: 10.1002/ijgo.12082
33. Colais P, Fantini MP, Fusco D, Carretta E, Stivanello E, Lenzi J, et al. Risk adjustment models for interhospital comparison of CS rates using Robson's ten group classification system and other socio-demographic and clinical variables. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:54. doi: 10.1186/1471-2393-12-54
34. Barčaitė E, Kemekliene G, Railaitė DR, Bartusevičius A, Maleckiene L, Nadišauskiene R. Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System. *Medicina (Kaunas).* 2015;51(5):280-5. doi: 10.1016/j.medic.2015.09.001
35. Lamy C, Alexander S. L'Organisation mondiale de la santé recommande un enregistrement des données sur les césariennes adapté pour utiliser la classification de Robson en routine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;44(7):587-90. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.06.019
36. Josipović LB, Stojkanović JD, Brković I. Analysis of cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson classification. *Coll Antropol.* 2015;39(1):145-50.
37. Minsart AF, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(2):204-9. doi: 10.1111/aogs.12003
38. Chong C, Su LL, Biswas A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(12):1422-7. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01529.x
39. Roberge S, Dubé E, Blouin S, Chaillet N. Reporting caesarean delivery in Quebec using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(3):152-6. doi: 10.1016/j.jogc.2016.10.010
40. Ciriello E, Locatelli A, Incerti M, Ghidini A, Andreani M, Plevani C, et al. Comparative analysis of cesarean delivery rates over a 10-year period in a single institution using 10-class classification. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(12):2717-20. doi: 10.3109/14767058.2012.712567
41. Chaillet N, Dumont A, Abrahamowicz M, Pasquier JC, Audibert F, Monnier P, et al. A cluster-randomized trial to reduce cesarean delivery rates in Quebec. *N Engl J Med.* 2015;372(18):1710-21. doi: 10.1056/NEJMoa1407120
42. Ryding EL, Lukasse M, Van Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth.* 2015;42(1):48-55. doi: 10.1111/birt.12147
43. Yee LM, Liu LY, Grobman WA. Relationship between obstetricians' cognitive and affective traits and delivery outcomes among women with a prior cesarean. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(3):413.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.05.023

Ultrassonografia morfológica no segundo trimestre da gravidez

Eduardo Valente Isfer¹

1ª ETAPA – AVALIAÇÃO “GLOBAL” DA GESTAÇÃO

- Gestação (nº fetos)
 - Única
 - Gemelar ou múltipla (documentar placentação e corionicidade)
- Posição espacial do feto
 - Situação
 - Apresentação
 - Dorso
- Placentação
- Medida do colo uterino (*preferencialmente, pela via vaginal*)

2ª ETAPA – AVALIAÇÃO DO “TERRITÓRIO FETAL”

(*) Parâmetros biométricos considerados como “obrigatórios” em toda ultrassonografia morfológica fetal

Polo Cefálico e Sistema Nervoso Central

Biometria:

- Diâmetro Biparietal (DBP) (*)
- Diâmetro Occipitofrontal (DOF) (*)
- Circunferência Cefálica (CC) (*)
- Índice Cefálico (IC) (*)
- Diâmetro Transverso do Cerebelo (DTC) (*)
- Corno Posterior do Ventrículo Lateral (Átrio) (*)
- Cisterna Magna (CM) ou Fossa Posterior (FP) (*)
- Relação Ventrículo Lateral (VL)/Hemisfério Cerebral (HC)

Morfologia:

- Calota Craniana
 - tamanho () adequado () alterado
 - forma (contorno) () adequada () alterada
 - integridade () normal () alterada
 - densidade óssea () adequada () alterada
- Eco Médio () não visibilizado () visibilizado () alterado
- CSP () não visibilizado () visibilizado () alterado
- VL () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Plexo Coroide () não visibilizado () visibilizado () alterado

Como citar?

Isfer EV. Ultrassonografia morfológica no segundo trimestre da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 78/ Comissão Nacional Especializada em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia).

¹ Centro de Diagnóstico Pré-Natal & Medicina Fetal, São Paulo, SP, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 78, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

- Tálamos
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Cerebelo
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Cisterna Magna
() não visibilizada () visibilizada () alterada

Legenda: CSP – Cavum do Septo Pelúcido; VL – Ventrículo Lateral

Coluna

Morfologia:

- Coluna
() não visibilizada () visibilizada () alterada

Face

Biometria:

- Distância Orbital Externa (DOE) (*)
- Distância Orbital Interna (DOI) (*)
- Distância Intraorbital (DIO) (*)
- Relação DIO/DBP (*)
- Osso Nasal (ON) (*)
- Relação Nariz/ON

Morfologia:

- Perfil da Face
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Fronte
() não visibilizada () visibilizada () alterada
- Raiz Nasal
() não visibilizada () visibilizada () alterada
- Narinas
() não visibilizadas () visibilizadas () alteradas
- Septo Nasal
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Órbitas
() não visibilizadas () visibilizadas () alteradas
- Cristalino
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- PAE (orelha)
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Palato
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Lábios Superiores
() não visibilizados () visibilizados () alterados
- Lábios Inferiores
() não visibilizados () visibilizados () alterados
- Língua
() não visibilizada () visibilizada () alterada
- Mento (queixo)
() não visibilizado () visibilizado () alterado

- Mandíbula
() não visibilizada () visibilizada () alterada
- Maxilares
() não visibilizados () visibilizados () alterados

Legenda: PAE – Pavilhão Auditivo Externo

Região Cervical (Pescoço)

Biometria:

- Prega Nucal (PN) (*)

Morfologia:

- Região Cervical
() não visibilizada () visibilizada () alterada

Tórax (Cavidade Torácica)

Biometria:

- Diâmetro Torácico Anteroposterior (DTAP) (*)
- Diâmetro Torácico Transverso (DTT) (*)
- Circunferência Torácica (CT) (*)
- Frequência Cardíaca Fetal (FCF) (*)
- Área Cardíaca (AC)
- Relação Área Cardíaca (AC)/Área Torácica (AT)
- Medida da Clavícula
- Medida da Omoplata

Morfologia:

- Caixa Torácica
() não visibilizada () visibilizada () alterada
- Gradil Costal
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- CPP
() não visibilizados () visibilizados () alterados
- Espaço Pleural
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Diafragma
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Ritmo – FCF
() não avaliado () avaliado () alterado
- Coração – 4c
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Coração – emve
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Coração – emvd
() não visibilizado () visibilizado () alterado
- Coração – 3v
() não visibilizado () visibilizado () alterado

Legenda: CPP – Campos Pleuropulmonares; FCF – Frequência Cardíaca Fetal; 4c – Quatro câmaras; 3v – Três Vasos; emve – Via de Saída de Ventrículo Esquerdo (“eixo maior”); emvd: – Via de Saída de Ventrículo Direito (“eixo menor”)

Abdome (Cavidade Abdominal)**Biometria:**

- Diâmetro Abdominal Anteroposterior (DAAP) (*)
- Diâmetro Abdominal Transverso (DAT) (*)
- Circunferência Abdominal (CA) (*)
- Peso Fetal (*)
- Relações Biométricas (CC/CA; CT/CA) (*)
- Medida Longitudinal e Volume do Fígado
- Perímetro do Baço
- Diâmetros e Volume Renal
- Medida da Pelve Renal (* só se estiver alterada)

Morfologia:

- Parede Abdom. () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Estômago () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Fígado () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Vesícula Biliar () não visibilizada () visibilizada () alterada
- Baço () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Alças Intestinais () não visibilizadas () visibilizadas () alteradas
- Lojas Renais () não visibilizadas () visibilizadas () alteradas
- Pelve Renal () não visibilizada () visibilizada () alterada
- Uteros () não visibilizados () visibilizados () alterados
- Bexiga () não visibilizada () visibilizada () alterada
- Aa. Renais () não visibilizadas () visibilizadas () alteradas

Legenda: Abdom. – Abdominal; Aa – Artérias

Membros e Extremidades**Biometria:**

- Úmero (Um) (*)
- Ulna (Ul) (*)
- Rádio (Ra)
- Fêmur (F) (*)
- Tíbia (Ti) (*)
- Fíbula
- Relações Biométricas: F/CC & F/CA (*)
- Relação Fêmur/Pé
- Relação da Falange Média 4º/5º quirodáctilo

Morfologia:

- Úmero () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Ulna () não visibilizada () visibilizada () alterada
- Rádio () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Mãos () não visibilizadas () visibilizadas () alteradas
- Mãos – nº dedos () não avaliado () avaliado () alterado
- MMSS alinh. () não avaliado () avaliado () alterado
- MMSS forma () não visibilizada () visibilizada () alterada
- MMSS ecog. () não visibilizada () visibilizada () alterada
- MMSS fraturas () não avaliadas () avaliadas () presentes
- Fêmur () não visibilizado () visibilizado () alterado
- Tíbia () não visibilizada () visibilizada () alterada
- Fíbula () não visibilizada () visibilizada () alterada
- Pés () não visibilizados () visibilizados () alterados
- Pés – nº dedos () não avaliado () avaliado () alterado
- MMII alinh. () não avaliado () avaliado () alterado
- MMII forma () não visibilizada () visibilizada () alterada
- MMII ecog. () não avaliada () avaliada () alterada
- MMII fraturas () não avaliadas () avaliadas () presentes

Legenda: MMSS – Membros Superiores; MMII – Membros Inferiores; nº – número; alinh. – alinhamento; ecog. – ecogenicidade

3ª ETAPA – AVALIAÇÃO DOS “ANEXOS FETAIS”**Anexos****Biometria:**

- Espessura Placentária (*)
- Grau Placentário (*)
- Cordão Umbilical – nº vasos (*)
- Volume de Líquido Amniótico (LA) (*)
 - Avaliação Subjetiva
 - Índice de LA
 - Maior Bolsão

Morfologia:

- Placenta: *inserção, espessura, ecotextura, ecogenicidade*
 não avaliada avaliada alterada
- Placenta: *alterações (massas, cistos, enfartos, calcificações e outras)*
 não avaliada ausente presente
- Cordão: *inserção placentária e fetal, extensão, aspecto, nº vasos*
 não avaliado avaliado alterado
- Cordão: *alterações (massas, cistos, trombos, dilatações e outras)*
 não avaliado ausente presente
- Volume de LA
 não avaliado avaliado alterado

Legenda: nº – número

Descritores

Fístula urogenital/cirurgia; Fístula urogenital/diagnóstico; Fístula urogenital/terapia; Histerectomia

Como citar?

Suguita MA, Girão MJ, Di Bella ZI, Sartori MG, Brito LG. Fístulas urogenitais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 66/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

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

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 66, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Fístulas urogenitais

Mauro Akira Suguita¹, Manoel João Batista Castello Girão¹, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella¹, Marair Gracio Ferreira Sartori¹, Luiz Gustavo Oliveira Brito²

INTRODUÇÃO

Fístula é uma comunicação anormal entre dois ou mais órgãos, decorrente, em geral, de processos inflamatórios e/ou infecciosos, trauma e/ou necrose. Por sua vez, as fístulas urogenitais são comunicações anômalas entre os tratos urinário e genital. Ocorrem em 3 a cada mil partos nos países do leste africano. A Organização Mundial da Saúde estima em 130 mil os novos casos por ano em todo o mundo. A *United Nations Population Fund* (UNFPA) calcula que mais de 2 milhões de mulheres pelo mundo têm fístulas urogenitais.⁽¹⁾

ETIOLOGIA

Nos países desenvolvidos, as fístulas são frequentemente de etiologia não obstétrica por afecção benigna, comumente associada com a histerectomia abdominal, o trauma ou a radioterapia pélvica. Diferentemente dos países em desenvolvimento, onde a causa obstétrica ganha maior relevância, com destaque para o trabalho de parto prolongado. Também são provenientes de traumas, radioterapia pélvica e fulgurações adjacentes. As fístulas associadas à histerectomia total abdominal, em particular, respondem por 75% de todos os casos de causa ginecológica. Outras causas são: irradiação pélvica, neoplasia ginecológica, endometriose, doença inflamatória pélvica e, recentemente, com o uso de telas sintéticas, tem ocorrido um aumento dessa incidência em cirurgia uroginecológica.

FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

Podem ser classificadas de várias formas, conforme os órgãos envolvidos, sua localização, débito ou características do tecido e da lesão. As fístulas vesicovaginais são as mais prevalentes e correspondem a 75% das fístulas que envolvem o trato urinário. Nesses casos, a lesão é, em geral, originada de trauma vascular durante a dissecação da bexiga. Essa manobra resulta em desvascularização ou lesão da parede posterior da bexiga não identificada durante o procedimento. A sutura da parede vesical, juntamente com a cúpula vaginal na histerectomia total abdominal, também, pode desencadear a formação de fístulas.⁽²⁾ As fístulas ureterovaginais são as mais sérias pelo potencial risco de quadros sépticos e de perda de função renal. Os principais mecanismos de lesão ureteral que levam à formação de fístulas ureterovaginais são secção, ligadura ou isquemia. Deve-se lembrar, também, das lesões pela dissipação de energia e elevação da temperatura local pelo uso de energia próximo ao ureter. As lesões intraoperatórias, comumente, ocorrem no segmento próximo ao ligamento cardinal distal à artéria uterina.⁽³⁾ O trabalho de parto prolongado, a utilização inadequada de fórceps, as colporrafias, as cirurgias para correção de incontinência urinária e de divertículos uretrais, a radioterapia e, mais raramente, os traumatismos durante cateterismo uretral podem originar fístulas uretrovaginais.⁽⁴⁾

DIAGNÓSTICO

Os sintomas dependem da etiologia, da localização e do débito. Fístulas pós-cirurgia pélvica podem manifestar-se, no pós-operatório imediato, por febre, íleo paralítico, desconforto abdominal, hematúria ou sinais de irritação

peritoneal, sintomas provocados pela urina na cavidade abdominal. A maioria das pacientes, no entanto, tem sintomas entre 7 e 10 dias após a cirurgia, queixando-se de perda de urina pela vagina em quantidade variada, na dependência do tamanho e da localização da fístula. As fístulas pequenas ou localizadas entre a cúpula vaginal e o fundo vesical podem manifestar-se por perda de urina mínima e intermitente, apenas com a bexiga cheia ou em decúbito horizontal.

Deve-se buscar identificação da perda de urina pela vagina, que pode ser visualizada no exame especular. Uma possibilidade é a introdução de três gazes ou algodão na vagina e, após sondagem vesical, injeta-se azul de metileno e verifica-se o diagnóstico de fístula vesico ou uretrovaginal. Quando as gazes mais próximas ao fundo vaginal se coram, suspeita-se de fístula vesicovaginal. Pode ser difícil identificar a perda urinária durante o exame ginecológico. A perda de líquido de coloração azulada faz o diagnóstico de fístula vesicovaginal, enquanto a perda de líquido claro ou amarelado, característico de urina, ou a utilização de fenazopiridina oral previamente ao exame, faz o diagnóstico de fístula ureterovaginal. A videoureterocistoscopia é útil para localizar as fístulas, avaliar sua extensão, seu tamanho e sua distância dos ureteres. A urografia excretora é um exame radiográfico contrastado útil para confirmar o diagnóstico de fístulas, particularmente das ureterovaginais. Observa-se o extravasamento do contraste do ureter para a vagina e obtêm-se indícios do eventual comprometimento renal. A ureterocistografia miccional pode ser utilizada para investigação de fístula vesicovaginal ou uretrovaginal. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames que possibilitam a investigação das fístulas urogenitais e de eventual repercussão renal, mas não são obrigatoriamente realizadas para o diagnóstico.

TRATAMENTO

Se a fístula for diagnosticada no pós-operatório precoce, a sondagem vesical de demora pode resolver uma parte significativa dos casos. Porém, apenas as fístulas diminutas e de baixo débito costumam cicatrizar com sondagem vesical de demora. O reparo precoce das fístulas requer o diagnóstico dentro de 72 horas após a lesão. A duração da drenagem vesical varia de 10 a 60 dias, mas não existe consenso sobre qual o melhor tempo de drenagem. O tamanho do cateter é importante para não haver distensão vesical, utilizando-se, inicialmente, calibres 24-26 Fr, com trocas a cada 10 a 14 dias para calibres menores. O melhor momento para o tratamento cirúrgico das fístulas é controverso, porém os fundamentos básicos são:

- Sempre realizar a ureterocistoscopia pré-operatória para avaliar a localização da fístula em relação ao trígono;
- Retirar o tecido cicatricial ou o tecido sem boa vitalidade;

- Deixar o tecido ao redor solto e com boa mobilização;
- Aproximar, por camadas, com fio de absorção tardia;
- Não deixar tensão nas linhas de sutura;
- Realizar boa hemostasia;
- Não deixar espaço morto, diminuindo o risco de infecção;
- A interposição de tecido (gordura, peritônio, omento) entre as camadas pode ser necessária, particularmente nos casos de amplas linhas de suturas em fístulas grandes;
- Fazer uso liberal de retalhos vascularizados a fim de obter um novo suprimento sanguíneo para o tecido lesado em torno da fístula, assim, promovendo melhor cicatrização, quando necessário;
- Realizar drenagem vesical prolongada para prevenir hiperdistensão da bexiga e rotura da sutura.⁽⁵⁾

A via de acesso pode ser abdominal, vaginal, laparoscópica ou combinada.

Para o reparo da fístula vesicovaginal, existem várias técnicas para a via vaginal: a técnica de Latzko (colpocleise parcial sem a excisão do trajeto fistuloso), fechamento por camadas (excisão do trajeto fistuloso e síntese com uma ou duas camadas na bexiga) e a interposição de retalhos, como o retalho de Martius (*flap* de gordura labial com ou sem o músculo bulbocavernoso), quando não há tecido suficiente para a síntese do trajeto fistuloso.⁽⁶⁾

Recomenda-se a via abdominal para fístulas situadas acima do trígono vesical. Pode-se, eventualmente, usar um *flap* de omento, miocutâneo, cistoplastia de aumento vesical e reimplante ureteral (a depender da proximidade da fístula de um meato ureteral).⁽⁷⁾

O reparo da fístula vesicouterina, uretrovaginal ou vesicocervical é similar ao da vesicovaginal. Em pacientes com fístula vesicouterina e com prole, a histerectomia pode ser associada ao tratamento. O reparo da fístula ureterovaginal baseia-se na utilização de cateteres ureterais e identificação do terço do ureter acometido. O reimplante ureteral é opção comum nas fístulas distais. Uma fístula de terço médio ou superior envolve a ressecção da área e a reanastomose terminal dos ureteres, em uso de cateter ureteral.⁽⁶⁾

O importante, no pós-operatório, é manter boa drenagem vesical e uso de antibiótico para diminuir o risco de infecção. Nas fístulas pós-irradiação, recomenda-se deixar um intervalo maior. Pode-se drenar a bexiga por via uretral ou suprapúbica, isoladamente ou com dupla drenagem, e nesses casos, primeiro, retira-se a via uretral e, depois, a suprapúbica.

Outra forma de tratamento é a fulguração do trajeto fistuloso por cistoscopia, que é mais simples e possui

poucas complicações. Entretanto, deve-se usar essa técnica em fístulas simples e de pequena dimensão.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- Uma recente revisão publicada concluiu, após analisar 49 artigos, que o nível de evidência sobre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico das fístulas urogenitais são de relativa baixa qualidade, consistindo principalmente de estudos retrospectivos.⁽⁷⁾
- Deve-se considerar a possibilidade de sondagem vesical de demora nos casos de fístulas pequenas e de baixo débito.
- A melhor opção é a identificação precoce da injúria com correção imediata ou em até 72 horas do ocorrido. Na impossibilidade dessa conduta, avaliar com parcimônia a viabilidade dos tecidos envolvidos antes de se tomar uma medida corretiva.
- Não é fácil concluir se há vantagem de uma via cirúrgica sobre a outra, pelo fato de que a seleção de pacientes para um determinado procedimento é baseada nas características individuais da fístula e por não existirem trabalhos comparativos.

- O primeiro reparo cirúrgico apresenta sempre a maior taxa de sucesso.
- Preferencialmente, utilizar via abdominal para fístulas vesicovaginais acima do trígono vesical. Os princípios cirúrgicos que norteiam a correção da fístula são: boa hemostasia, suturas sem tensão, uso de fios absorvíveis e manutenção da drenagem vesical por 14 dias.

REFERÊNCIAS

1. Roenneburg ML, Genadry R, Wheelless CR Jr. Repair of obstetric vesicovaginal fistulas in Africa. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(6):1748-52.
2. Gonçalves PD, Srougi M. Lesões urinárias em ginecologia. In: Girão MJ, Lima GR, Baracat EC, orgs. *Cirurgia vaginal e uroginecologia.* 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 175-95.
3. Flores-Carreras O, Cabrera JR, Galeano PA, Torres FE. Fistulas of the urinary tract in gynecologic and obstetric surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(3):203-14.
4. Hilton P. Surgical fistulae and obstetric fistulae. In: Cardozo LD, Staskin D, eds. *Female urology and urogynaecology.* Londres: Isis Medical Media Ltd; 2001.
5. Huang WC, Zinman LN, Bihrl W 3rd. Surgical repair of vesicovaginal fistulas. *Urol Clin North Am.* 2002;29(3):709-23.
6. Wong MJ, Wong K, Rezvan A, Tate A, Bhatia NN, Yazdany T. Urogenital fistula. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012;18(2):71-8.
7. Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. The aetiology, treatment, and outcome of urogenital fistulae managed in well- and low-resourced countries: a systematic review. *Eur Urol.* 2016;70(3):478-92.

FEBRASGO 60 ANOS. UMA HISTÓRIA, MUITAS REALIZAÇÕES.



1 RBGO, FEMINA e ELA



2 LANÇAMENTO DE LIVROS



3 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS



4 TEGO



5 NOVA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS



6 APOIO NA REALIZAÇÃO DO CONGRESSO DA FIGO NO BRASIL



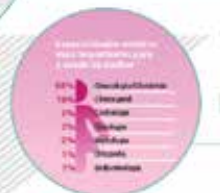
7 RENOVAÇÃO DA MARCA



8 PROJETO ELA



9 POSICIONAMENTO FEBRASGO



10 PESQUISA SOBRE A EXPECTATIVA DA MULHER

VOCÊ SABIA?

Nos últimos 15 anos, a taxa de obesidade na população brasileira praticamente dobrou e já atinge quase 20% da população, com especial destaque em duas faixas etárias: de 25 a 34 anos e de 35 a 44 anos. Nesses grupos, o indicador subiu, respectivamente, 84,2% e 81,1% ante 67,8% de aumento na população em geral.

SÉRIE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO OBESIDADE NA MULHER

PARA SABER MAIS, ACESSO O SITE DA FEBRASGO:

<https://www.febRASGO.org.br/pt/orientacoes-e-recomendacoes-febrasgo>

SÉRIE ORIENTAÇÕES
E RECOMENDAÇÕES
FEBRASGO
Nº 3 • 2019

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

OBESIDADE NA MULHER

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia