

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 3, 2020

Metilfolato

Recomendações sobre
a suplementação e
seus benefícios

CORONAVÍRUS

O que se sabe até o
momento sobre a infecção
em gestantes e lactantes

ENTREVISTA

Especialistas opinam sobre
os maiores desafios que
afligem a saúde da mulher



Escola febrasgo
de Ginecologia e Obstetrícia

ATUALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS

- Tratamento do mioma uterino
- Nova rotina de prevenção do câncer do colo uterino
- Estruturando um protocolo institucional do manejo da hemorragia pós parto

ACESSE O SITE, CONFIRA ESSE E OUTROS TEMAS!!!!
<https://www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada>

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

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



Publicação oficial da Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

CONSELHO EDITORIAL

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

Geraldo Duarte
Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
Jorge Fonte de Rezende Filho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira
Lucia Alves da Silva Lara
Luciano Marcondes
Machado Nardozza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osorio Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano

Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes
Pessoa de Aguiar
Renato Augusto Moreira de Sá
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli 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



Março com o estresse na saúde rompendo fronteiras. Nesses momentos, nós, médicos, somos sublimados por nossa ação social. Mas isso deveria ocorrer em todos os momentos. Como tema de capa do mês, *Femina* destaca a importância das ações preventivas, impulsionadas pelo ginecologista obstetra (GO), na prevenção de malformações do tubo neural pela prescrição do metilfolato. Importante, o texto mostra a relevância e estende sua indicação também para todas as mulheres em idade reprodutiva que não utilizam nenhum método contraceptivo! Em texto primoroso, destacados ginecologistas opinam sobre as principais condições que afetam as mulheres e despertam o interesse de seus médicos. Como exemplos, projetam-se a diminuição de cerca de 50% na mortalidade materna nos próximos dez anos e a introdução e o uso amplo dos métodos de longa duração na prevenção da gravidez na adolescência.

Dois expoentes de Ribeirão Preto e um de São Paulo sintetizam o que sabemos acerca do impacto da infecção pelo coronavírus na gestação e na lactação. Os dois textos são elegantes e têm leitura fácil. Os preceptores e residentes GO são premiados com texto claro elaborado por apaixonados educadores mostrando a importância da retroalimentação entre residente e instrutor para o aprendizado da especialidade. É o dia a dia do ensino da Ginecologia e Obstetrícia materializado em texto imperdível. Mais, neste volume, em artigo objetivo, especialistas destacam a importância da imagem na identificação e no manejo da placenta prévia, condição clínica que desafia nossa atuação.

No caderno científico deste mês, *Femina* publica dois artigos de revisão e disponibiliza um protocolo aos seus leitores. O papel da ressonância magnética é examinado por grupo mineiro no diagnóstico diferencial das gestações cornual, angular e intersticial. Outro texto, também de Minas Gerais, revisita de forma minuciosa a importância da abordagem do adenocarcinoma cervical *in situ* na atenção primária e secundária. A Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo provê ao leitor de *Femina* texto prático e objetivo sobre a anticoncepção de emergência e a anticoncepção com o uso isolado de progesteragênio. Com esse conteúdo, *Femina* abraça a mulher em seu mês, em múltiplos cenários. Esperamos que seja do seu agrado.

Os Editores de *Femina*, olhando no horizonte, estão confiantes! Nossa produção científica pode ser ainda maior! Aproveite a reclusão!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

134 Capa

A importância do metilfolato na prevenção dos **defeitos abertos do tubo neural**

139 Entrevista

Mês das mulheres

Os problemas mais frequentes que afligem a saúde da mulher



150 News

Infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2 em obstetrícia. Enfrentando o desconhecido!



Avaliação e tratamento ambulatorial de mulheres grávidas com suspeita ou confirmação do novo coronavírus (COVID-19)

Nótula complementar sobre COVID-19 e aleitamento materno

A Febrasgo no Congresso Mundial da AMEE

160 Residência Médica

Feedback

Técnicas e importância na residência em GO



165 Defesa e Valorização Profissional

A Lei Geral de Proteção de Dados e suas implicações prática

167 Fleury Especial

Diagnóstico por imagem de placenta prévia e acretismo placentário



171 Caderno científico

ARTIGOS DE REVISÃO

O papel da ressonância magnética na distinção das gestações intersticial, cornual e angular

Adenocarcinoma cervical *in situ* – Abordagem na atenção primária e secundária à saúde

PROTOCOLO

Anticoncepcional hormonal apenas de progestagênio e anticoncepção de emergência



A importância do metilfolato na prevenção dos defeitos abertos do tubo neural

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu¹

Descritores

Folato; Tubo neural; Polimorfismo genético; Anomalias congênitas; Gestação

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

A suplementação periconcepcional com vitamina B9 ou folato é considerada medida efetiva para diminuir a ocorrência e a recorrência de defeitos do tubo neural (DTNs). É recomendada para todas as mulheres que planejam gravidez ou que possam engravidar. O ácido fólico necessita passar por processos enzimáticos necessários à metabolização para a sua forma ativa L-5-metiltetrahydrofolato (L-metilfolato, 5-MTHF) envolvida nos processos biológicos e que circula no plasma. A enzima metilenotetrahydrofolato redutase (MTHFR) é de fundamental importância para fornecer 5-MTHF, forma biologicamente ativa. A presença de polimorfismo do gene da MTHF-redutase promove menor atividade enzimática e menor produção de L-metilfolato.

O L-metilfolato, por se tratar da forma ativa da vitamina, não necessita de metabolização. Pode ser utilizado, com boa eficácia, para a prevenção de defeitos do tubo neural (DTNs) em mulheres sabidamente portadoras de polimorfismo,⁽¹⁾ bem como naquelas que desconhecem essa condição, quando comparado às demais formas de folato e ácido fólico.

A recomendação quanto à ingestão diária adequada de folato para todas as mulheres em idade fértil, a fim de reduzir o risco de defeitos congênitos do tubo neural, teve início na década de 1990, sob orientação do Serviço de Saúde Pública americano, após estudos relacionarem o aumento das concentrações de homocisteína à presença dessas malformações congênitas. A incidência dos DTNs está em torno de 1:1.000 nascimentos. A anencefalia e a espinha bífida têm prevalência semelhante, representando 95% dos casos, enquanto a encefalocele é responsável por 5% dos DTNs.⁽²⁾

Atualmente, a suplementação periconcepcional com folato é universalmente aceita por diminuir a ocorrência e a recorrência de defeitos abertos do tubo neural.⁽³⁻⁵⁾ É recomendada para todas as mulheres durante a menacme, incluindo as que planejam gravidez e aquelas que não fazem uso de métodos contraceptivos.⁽⁴⁾ Essa ampla recomendação baseia-se no grande número de gestações não planejadas⁽⁵⁾ e no fato de o fechamento do tubo neural acontecer antes que muitas mulheres tenham a confirmação diagnóstica da sua gestação.

A orientação pré-concepcional sobre a necessidade e a importância da suplementação deve ser abordada durante a consulta médica, pois muitas mulheres desconhecem essa recomendação ou não a seguem pelo custo ou inconveniência.^(6,7)

O folato, ou vitamina B9, faz parte do grupo de vitaminas essenciais. O folato alimentar é um nutriente natural e pode ser encontrado em folhas verdes, legumes, gema de ovo, fígado, leite e frutas cítricas. O ácido fólico é um suplemento dietético, sintético e hidrossolúvel presente em alimentos enriquecidos artificialmente e em suplementos vitamínicos.⁽⁸⁾

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução RDC nº 344,⁽⁹⁾ estabeleceu a fortificação de farinhas de trigo e de milho e seus subprodutos com ácido fólico, devendo cada 100 g do produto fornecer uma quantidade mínima de 150 mcg da vitamina.

O folato e o ácido fólico devem passar por processos enzimáticos necessários à metabolização para a forma ativa L-5-metiltetrahydrofolato (L-metilfolato, 5-MTHF), que circula no plasma e está envolvida nos processos biológicos.

O metabolismo se inicia com a conversão do ácido fólico em dihydrofolato (DHF) e, a seguir, em tetrahydrofolato (THF), reações catalisadas pela enzima DHF redutase (DHFR). O THF, sob ação da enzima metilenotetrahydrofolato redutase (MTHFR), é, então, convertido em



A suplementação periconcepcional de ácido fólico protege contra anomalias estruturais fetais, incluindo DTNs.

5-MTHF, forma biologicamente ativa.⁽¹⁰⁾ Esse processo é fundamental para fornecer 5-MTHF para as reações de transferência de carbonos, necessárias para a síntese de purina e pirimidina durante a síntese de ácido desoxirribonucleico (DNA) e de ácido ribonucleico (RNA), para a metilação do DNA e para regular o metabolismo da homocisteína.

A deficiência de folato pode ser observada em situações em que há ingestão alimentar insuficiente, dificuldade de absorção e aumento da necessidade, da excreção e da destruição. O erro alimentar responde pela baixa ingestão de folato, condição também comum na população idosa, nos adolescentes e nos usuários de drogas. Mulheres e crianças são os grupos mais vulneráveis para a deficiência dessa vitamina. Durante a gestação, há aumento da demanda de folato, e sua deficiência pode levar a defeitos graves na formação do tubo neural.

Alguns fármacos interferem na síntese de DNA⁽¹¹⁾ por interferirem na absorção, metabolização e utilização do folato no organismo. A principal droga antagonista do folato é o metotrexato, que atua como potente inibidor da DHFR. A inibição dessa enzima leva a defeitos de metilação que comprometem a síntese

de DNA, acarretando eritropoiese ineficaz. Outros inibidores dessa enzima são a pentamidina, a trimetoprima, o triantereno e a pirimetamina. Os anticonvulsivantes, tais como fenitoína, fenobarbital e primidona, competem com o folato por receptores intestinais, cerebrais e de outras superfícies celulares, estando associados ao desenvolvimento de macrocitose

em até 40% dos usuários. A sulfasalazina provoca diminuição na absorção de folato.

O uso excessivo de álcool frequentemente torna os usuários deficientes em folato, tendo em vista que o álcool interfere no seu metabolismo.

Outras condições médicas ou cirúrgicas associadas à má absorção incluem doença inflamatória intestinal, cirurgia bariátrica, ressecção intestinal importante ou circulação extracorpórea; condições menos comuns incluem doença celíaca documentada, doença hepática significativa e insuficiência renal que requer diálise.

POLIMORFISMOS GENÉTICOS

O polimorfismo de um único nucleotídeo 677CT (rs1801133) no gene que codifica a MTHFR diminui a atividade dessa enzima, o que reduz as concentrações de 5-MTHF, composto biologicamente ativo. A causa mais importante de hiper-homocisteinemia e/ou falta de metionina é o polimorfismo do gene da MTHF-redutase (MTHFR). A mutação MTHFR: c.677C>T foi identificada e resulta em uma variante termolábil (Ala225Val) da enzi-

ma MTHFR, com redução de 40% em sua atividade de CT (heterozigoto) e com atividade muito baixa (redução de 70%) das formas TT (homozigoto). A vitamina B12 é um cofator da enzima MTHFR.⁽¹²⁾ A relação entre os diferentes genótipos do polimorfismo rs1801133 e as concentrações plasmáticas de folato foi avaliada em metanálise que envolveu 38 estudos clínicos. Os resultados mostraram que concentrações de folato eram maiores nas mulheres geneticamente normais, portadoras do genótipo CC, do que naquelas portadoras do polimorfismo, heterozigóticas (CT) e homozigóticas (TT), e nas últimas apresentavam menores concentrações de folato. Portanto, as concentrações sanguíneas dependem dessa variante genética.⁽¹¹⁾

A prevalência do genótipo MTHFR 677TT foi demonstrada em estudo realizado na cidade de São Paulo, com 58,1% da amostra sendo composta por mulheres.⁽¹³⁾ A frequência para cada um dos genótipos foi de CC = 46%, CT = 42,7% e TT = 11,3%. No Brasil, a heterozigose ocorre em quase 50% da população. Na Europa, cerca de 10% a 12% da população apresenta essa mutação em homozigose, enquanto cerca de 40% são heterozigotos.

A menor atividade da enzima MTHFR reduz a produção de 5-MTHF e, conseqüentemente, aumenta a homocisteína plasmática associada ao atraso no fechamento do tubo neural. Quando a gestante é homozigota para essa mutação, o risco de DTN é duas vezes maior; nos casos em que a grávida e o feto são homozigotos, o risco de DTN aumenta seis a sete vezes. Já os heterozigotos têm um discreto aumento do risco da malformação.⁽¹⁴⁾ Por outro lado, a atividade reduzida de MTHFR também pode limitar a quantidade de S-adenosilmetionina disponível para reações críticas de metilação, prejudicando a proliferação de células no local do fechamento do tubo neural.

O conjunto de evidências científicas atuais reafirma a eficácia da suplementação com folato, bem como da fortificação alimentar, para diminuir a ocorrência e a recorrência de DTN.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Metanálise⁽⁷⁾ mostrou efeito protetor da suplementação diária de folato isoladamente ou em combinação com outras vitaminas e minerais na prevenção de DTN em comparação a nenhuma intervenção/placebo ou vitaminas e minerais sem ácido fólico [razão de risco (RR): 0,31, intervalo de confiança de 95% (IC): 0,17 a 0,58].

A biodisponibilidade do folato depende da sua fonte e sua apresentação, sendo de 50% para o folato alimentar e de 85% para o suplemento na sua forma sintética. O L-metilfolato apresenta maior biodisponibilidade quando comparado às demais formas de folato e ácido fólico, o que se justifica por se tratar da forma ativa da vitamina e não necessitando de metabolização que envolva ação efetiva da enzima MTHFR.⁽¹⁶⁾ Dessa forma, pode ser utilizado, com boa eficácia, para a prevenção de DTN em mulheres sabidamente portadoras de polimorfismo,⁽¹⁾ bem como naquelas que desconhecem essa condição.

O L-metilfolato não sofre interação com fármacos que inibem a ação da DHFR e não interfere no ciclo folato-vi-

tamina B12, o que impede que a anemia decorrente da deficiência de cobalamina seja subestimada.⁽¹⁷⁾

A biodisponibilidade de diferentes formas orais de suplementação de folato em população saudável foi objetivo de metanálise. A revisão destacou o 5-MTHF como sendo mais biodisponível.⁽¹⁸⁾ Estudo experimental comparou a farmacocinética do L-metilfolato com o ácido fólico. A biodisponibilidade de 5-MTHF no plasma se mostrou 10 vezes superior à da apresentada pelo ácido fólico (1.123,9 ng/mL/h versus 114,7 ng/mL/h).⁽¹⁹⁾

Toda mulher em idade fértil, sem fatores de risco para DTN, que planeja engravidar, ou toda mulher sem uso de método contraceptivo, deve ser suplementada⁽²⁰⁾ com 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico sintético no período periconcepcional, com início, no mínimo, 30 dias antes da provável concepção, estendendo-se até o final do primeiro trimestre de gestação.⁽²¹⁾

Nas mulheres com fatores de risco, entre eles história prévia de gestação acometida por DTN, *diabetes mellitus* prévio à gestação, uso de antagonistas dos folatos, como em casos de uso de anticonvulsivantes,⁽²²⁾ obesidade com índice de massa corporal (IMC) > 35 kg/m², polimorfismo genético da MTHFR, síndromes de má absorção (doença celíaca, doença de Crohn, cirurgias bariátricas, retocolite ulcerativa, entre outras), a dose recomendada é de 4.000 µg por dia (4,0 mg).

Baseado nas diferenças de biodisponibilidade, o *Food and Nutrition Board* (FNB) norte-americano desenvolveu o conceito de DFEs (*Dietary Folate Equivalents*) ou equivalentes de folato alimentar. Definiu os DFEs da seguinte forma:⁽²³⁾ 1 mcg de DFE equivale a 1 mcg de folato alimentar ou 0,6 mcg de ácido fólico sintético. A correção é necessária devido à diferença de biodisponibilidade entre o folato alimentar e o ácido fólico sintético, este último 1,7 vez mais biodisponível. Dessa forma, 600 mcg de folato expressos como DFEs equivalem a 355 mcg de ácido fólico sintético. A Instrução Normativa⁽²⁴⁾ da Anvisa atualizou a regulamentação sobre a Ingestão Diária Recomendada (IDR) dos nutrientes. A orientação da IDR quanto ao ácido fólico para gestantes é de 355-363 mcg ou 600-605 mcg de DFE.

CONCLUSÃO

A suplementação periconcepcional de folato protege contra anomalias estruturais fetais, incluindo DTNs. Mulheres em idade reprodutiva, portadoras ou não de polimorfismo genético nos genes que regulam o metabolismo do folato, podem se beneficiar da suplementação com L-metilfolato, forma ativa do ácido fólico. A suplementação deve ser iniciada ao menos 30 dias antes da provável concepção e mantida até o final do primeiro trimestre da gestação.

REFERÊNCIAS

- Lamers Y, Prinz-Langenohl R, Moser R, Pietrzik K. Supplementation with [6S]-5-methyltetrahydrofolate or folic acid equally reduces plasma total homocysteine concentrations in healthy women. *Am J Clin Nutr*. 2004;79(3):473-8. doi: 10.1093/ajcn/79.3.473
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Guia prático de condutas – Recomendação sobre a suplementação periconcepcional de ácido fólico na prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural (anencefalia e outros defeitos abertos do tubo neural). Rio de Janeiro: Febrasgo; 2012.
- US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, García FA, et al. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;317(2):183-9. doi: 10.1001/jama.2016.19438
- Mariani Neto C. Prevenção de defeitos abertos do tubo neural (DTN). São Paulo: Febrasgo; 2018. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 3).
- De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptual oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD007950. doi: 10.1002/14651858.CD007950.pub3
- Youngblood ME, Williamson R, Bell KN, Johnson Q, Kancharla V, Oakley GP Jr. 2012 Update on global prevention of folic acid-preventable spina bifida and anencephaly. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2013;97(10):658-63. doi: 10.1002/bdra.23166
- Mills JL. Strategies for preventing folate-related neural tube defects: supplements, fortified foods, or both? *JAMA*. 2017;317(2):144-5. doi: 10.1001/jama.2016.19894
- Sarmah S, Muralidharan P, Marrs JA. Common congenital anomalies: environmental causes and prevention with folic acid containing multivitamins. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2016;108(3):274-86. doi: 10.1002/bdrc.21138
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico para fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico. *Diário Oficial da União*. 2002 dez. 18.
- Vannucchi H, Monteiro TH. Funções plenamente reconhecidas de nutrientes: ácido fólico [Internet]. São Paulo: ILSI Brasil; 2010 [citado 2020 Mar 11]. Disponível em: <https://ilsil.org/brasil/wp-content/uploads/sites/9/2016/05/10-A%CC%81cido-Fo%CC%81lico.pdf>
- Tsang BL, Devine OJ, Cordero AM, Marchetta CM, Mulinare J, Mersereau P, et al. Assessing the association between the methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) 677C>T polymorphism and blood folate concentrations: a systematic review and meta-analysis of trials and observational studies. *Am J Clin Nutr*. 2015;101(6):1286-94. doi: 10.3945/ajcn.114.099994
- Czeizel AE, Dudás I, Paput L, Bánhidy F. Prevention of neural-tube defects with periconceptual folic acid, methylfolate, or multivitamins? *Ann Nutr Metab*. 2011;58(4):263-71. doi: 10.1159/000330776
- Steluti J, Carvalho AM, Carioca AAF, Miranda A, Gattás GJF, Fisberg RM, et al. Genetic variants involved in one-carbon metabolism: polymorphism frequencies and differences in homocysteine concentrations in the folic acid fortification era. *Nutrients*. 2017;9(6). pii: E539. doi: 10.3390/nu9060539
- Czeizel AE, Dudás I, Vereczkey A, Bánhidy F. Folate deficiency and folic acid supplementation: the prevention of neural-tube defects and congenital heart defects. *Nutrients*. 2013;5(11):4760-75. doi: 10.3390/nu5114760
- Viswanathan M, Treiman KA, Kish-Doto J, Middleton JC, Coker-Schwimmer EJ, Nicholson WK. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(2):190-203. doi: 10.1001/jama.2016.19193
- Houghton LA, Sherwood KL, Pawlosky R, Ito S, O'Connor DL. [6S]-5-Methyltetrahydrofolate is at least as effective as folic acid in preventing a decline in blood folate concentrations during lactation. *Am J Clin Nutr*. 2006;83(4):842-50. doi: 10.1093/ajcn/83.4.842
- Papakostas GI, Shelton RC, Zajecka JM, Etemad B, Rickels K, Clain A, et al. L-methylfolate as adjunctive therapy for SSRI-resistant major depression: results of two randomized, double-blind, parallel-sequential trials. *Am J Psychiatry*. 2012;169(12):1267-74. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11071114
- Bayes J, Agrawal N, Schloss J. The bioavailability of various oral forms of folate supplementation in healthy populations and animal models: a systematic review. *J Altern Complement Med*. 2019;25(2):169-80. doi: 10.1089/acm.2018.0086
- Miraglia N, Agostinetti M, Bianchi D, Valoti E. Enhanced oral bioavailability of a novel folate salt: comparison with folic acid and a calcium folate salt in a pharmacokinetic study in rats. *Minerva Ginecol*. 2016;68(2):99-105.
- ACOG Practice Bulletin No. 201: pregestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):e228-48. doi: 10.1097/AOG.0000000000002960
- Wilson RD, Audibert F, Brock JA, Carroll J, Cartier L, Gagnon A, et al. Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(6):534-52. doi: 10.1016/s1701-2163(15)30230-9
- Hernández-Díaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2000;343(22):1608-14. doi: 10.1056/NEJM200011303432204
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization [Internet]. Human vitamin and mineral requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation Bangkok, Thailand. Rome: FAO/WHO; 2001 [cited 2020 Mar 16]. Available from: <http://www.fao.org/3/a-y2809e.pdf>
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa - IN nº 28, de 26 de julho de 2018. Estabelece as listas de constituintes, de limites de uso, de alegações e de rotulagem complementar dos suplementos alimentares. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2018 jul. 27 [citado 2020 Mar 16]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3898888/IN_28_2018_.pdf/84235aa6-978d-4240-bc02-1080a0d2cbfd



O conjunto de evidências científicas atuais reafirma a eficácia da suplementação com ácido fólico, bem como da fortificação alimentar, para diminuir a ocorrência e a recorrência de DTN



Março: mês das mulheres

Especialistas analisam os problemas mais frequentes que afligem a saúde da mulher e apontam caminhos para melhorar a qualidade do atendimento médico

Por Letícia Martins

No mundo inteiro, o 8 de março representa a luta diária das mulheres contra a discriminação e a favor da igualdade de direitos civis, sociais, políticos e culturais. A data faz referência às diversas manifestações femininas ocorridas no final do século 19 e início do século 20 na Europa e nos Estados Unidos com o intuito de reivindicar melhores condições de trabalho para elas.

Ao longo da história e à custa de muita revolta, lágrimas, suor e até sangue, as mulheres conseguiram importantes conquistas, como o direito ao voto e o acesso à educação e à saúde. Avançamos muito, mas elas ainda têm sobrecarga maior de trabalho doméstico, recebem salários mais baixos para funções de mesmo nível que os homens, sofrem violência sexual e são mortas por causa do seu gênero.

Por isso, a luta não para e se faz necessária para garantir direitos fundamentais, como a liberdade de decidir quando ser mãe. Exemplo disso veio com a comercialização da pílula anticoncepcional em 1960, que revolucionou os costumes da época e possibilitou a elas ter maior controle sobre a gravidez. Hoje, no Sistema Único de Saúde (SUS), elas têm direito a métodos mais eficazes de contracepção, como o dispositivo intrauterino (DIU).

No Brasil, a luta pelo fim da violência contra as mulheres ganhou força a partir dos anos 1980, culminando com a criação, em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Em 2006, foi criada a Lei Maria da Penha, que reconhece e cria mecanismos para combater a violência doméstica. Tal lei aborda não somente a violência física, mas também a violência psicológica, sexual e patrimonial.

Nove anos depois, em 2015, foi sancionada a Lei do Feminicídio, que torna hediondo o assassinato de mulheres por causa de discriminação de gênero ou em virtude de violência doméstica. A lei trouxe uma alteração para o Código Penal, prevendo a ação como homicídio qualificado.

Logo, o Dia Internacional da Mulher é muito mais do que uma oportunidade de levar informação sobre os direitos das mulheres garantidos pelo Estado. É também motivo de análise e reflexão sobre os problemas frequentes que afligem a vida da mulher, em especial a sua saúde.

Acesso à prevenção e ao tratamento de doenças, como câncer de mama, altos índices de mortalidade materna, assistência às mulheres que sofrem violência sexual e atendimento à mulher no climatério e gravidez na adolescência são alguns dos assuntos mais pertinentes da atualidade quando se pensa em saúde feminina.

Para comentar esses temas, entrevistamos cinco ginecologistas brasileiros, que lançaram um olhar crítico e responsável sobre a qualidade da atenção dispensada pelos programas governamentais e pelos ginecologistas e obstetras a essas mulheres, particularmente no SUS. O que você vai ler a seguir é a nossa forma de celebrar este mês, com respeito a todos os direitos já adquiridos e reconhecimento de que ainda há muito a ser conquistado.

MORTALIDADE MATERNA: COMPROMISSO ESQUECIDO?

Cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. No Brasil, a cada 100 mil nascidos vivos, ocorrem 60 mortes maternas. É um número muito alto, quase o dobro do que a meta definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2015. “Ou seja, o Brasil não tem cumprido as metas acordadas com a OMS e parece que não tem feito esforços específicos para isso”, afirma Rodolfo Carvalho Pacagnella, presidente da Comissão Nacional Especializada de Mortalidade Materna da Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (Febasgo) e professor livre-docente do Departamento de Toxicologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

No Brasil, ocorrem 60 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos. Número muito alto. A meta é reduzir para 35 até 2030.

O médico reconhece que na década de 1990 houve um avanço bastante grande na diminuição do número de casos de mortalidade materna, que define a morte ocorrida entre a gravidez até 42 semanas após o parto. No entanto, de 2010 para cá o Brasil não conseguiu baixar significativamente os níveis

de mortalidade materna. “Isso significa que fizemos alguma coisa certa no passado, mas as ações de redução da mortalidade materna não estão sendo mais efetivas”, analisa Pacagnella.

A principal causa de morte materna no país é a hipertensão ou os distúrbios hipertensivos na gestação, seguida pelas hemorragias durante o parto e pós-parto, infecções e aborto inseguro. Doenças crônicas que não são específicas da gestação, mas que pioram com a gravidez, podem levar a mulher a óbito.

Essas causas acima citadas são condições patológicas, mas o que de fato provoca a morte materna, aponta Pacagnella, é a morosidade na assistência médica a essa mulher. Ele explica que existem três tipos de demora:

- A demora das mulheres e seus familiares em reconhecerem que há algum problema de saúde e que precisam procurar ajuda médica;
- Uma vez reconhecida essa necessidade de ajuda, a demora em chegar à unidade de saúde, seja porque o local é distante ou as condições de trânsito não favorecem;
- A terceira demora está relacionada ao pronto atendimento. Uma vez dentro do hospital ou da unidade de saúde, a mulher não recebe o cuidado adequado e rápido de que precisa.

Na opinião do especialista, o país precisa implantar ações de qualificação da assistência obstétrica, vencer algumas barreiras de acesso ao atendimento de qualidade e diminuir a demora no atendimento, que, destaca o médico, é a maior causa de morte materna evitável.

“É importante contextualizar que o indicador de mortalidade materna é, na verdade, um indicador da condição social da mulher, porque, de uma maneira geral, a maioria das mortes maternas no Brasil é de causas evitáveis e, portanto, ocorre em função de uma assistência inadequada”, esclarece o professor da Unicamp.

Em um novo acordo com a OMS, o Brasil se comprometeu a atingir a meta de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030. Se por um lado nenhuma das políticas públicas implementadas nos últimos anos teve como foco específico a diminuição da mortalidade materna, por outro lado, organizações não governamentais, instituições de saúde e associações têm tido um papel importante em implementar estratégias para a redução dessa terceira demora.

A Febrasgo e a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), por exemplo, desenvolvem ações de qualificação profissional que ajudam a melhorar a atuação dos profissionais que estão na frente do atendimento às gestantes e podem reduzir a terceira demora relacionada à mortalidade materna no Brasil.

Além disso, cita Rodolfo Pacagnella, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) vem implementando algumas estratégias eficazes para a redução de mortalidade materna por hemorragia. “Também estão sendo articuladas estratégias conjuntas entre a Opas, o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), que é um braço da OMS, e a Febrasgo para reduzir a mortalidade materna, com vistas para a qualificação profissional, a adequação de protocolos, entre outros pontos importantes.”

TRABALHO MULTIDISCIPLINAR E O PAPEL DO GINECOLOGISTA

Muitas vezes, os profissionais que estão na linha de frente das unidades de pronto atendimento não possuem qualificação para identificar emergências que podem levar à morte da mulher. Logo, o papel do ginecologista na prevenção de mortes maternas ganha ainda mais relevância no sentido de disseminar o conhecimento nas instituições onde trabalha.

“No atendimento de urgência, é essencial olhar para os sinais vitais da gestante, verificar frequência cardíaca e respiratória, além da pressão”, orienta o Dr. Rodolfo Carvalho Pacagnella.



“A redução da mortalidade materna vai acontecer se atuarmos melhor nas questões emergenciais. Claro que o pré-natal tem um

papel importantíssimo, mas o foco principal é a urgência/emergência”, salienta Pacagnella.

Ele destaca a importância de reconhecer os sinais de gravidade na gestante, inadequação de pressão

e sintomas de hemorragia relacionados à pré-eclâmpsia e, principalmente, saber manejar o medicamento. “O sulfato de magnésio é uma medicação essencial para salvar a vida da maior parte das mulheres que têm síndromes hipertensivas na gestação. Trata-se de uma medicação de baixo custo e baixo risco, que deve ser utilizada ainda mais.”

Em relação ao momento do parto, Pacagnella recomenda que os ginecologistas obstetras redobrem a atenção com gestantes hipertensas, verificando se a pressão delas aumentou e se estão tendo um quadro de proteinúria. “Identificando essas condições, é possível tratar grande parte das condições que levam à morte.”

Já no atendimento de urgência e emergência, é essencial olhar para os sinais vitais da gestante, verificar a frequência cardíaca e respiratória, além da pressão arterial. Essas informações básicas, explica Pacagnella, oferecem uma visão muito importante ao médico sobre a condição daquela mulher naquele momento, tornan-



do possível identificar um quadro de infecção grave, por exemplo, que deve ser manejado imediatamente. É necessário também prestar atenção em sinais de hemorragia pós-parto, conforme orienta Pacagnella: “Se a mulher estiver com alteração dos sinais vitais e sangramento aumentado, deve-se iniciar o tratamento rapidamente. Há protocolos bem estabelecidos para atuação em mulheres com hemorragia pós-parto. Então, o ginecologista obstetra precisa conhecê-los, fazer treinamentos e simulações e capacitar a equipe”.

O membro da Febrasgo analisa que, quando a mortalidade materna por causas evitáveis diminui, é possível prestar mais atenção nas causas não evitáveis e cuidar das mulheres que apresentam alguma patologia grave, como cardiopatias, lúpus, doenças renais e câncer, e engravidam. Quanto a esse grupo, a gravidez pode levar à morte.

Muitas mulheres engravidam porque não conseguiram acesso adequado aos métodos de alta eficácia para evitar a gravidez, como o DIU e a laqueadura. Para elas, explica Pacagnella, existe uma estratégia possível, prevista em lei, que é o aborto legal.

“O aborto legal pode ser oferecido às grávidas de até 12 semanas que correm risco de morte. Porém, muitas vezes, essa opção não é apresentada, o que força a mulher a levar adiante uma gravidez de risco, que ela não planejou nem desejou, sendo que nós falhamos em não ofertar o método contraceptivo seguro e eficaz e falhamos outra vez em não informar sobre uma estratégia prevista em lei.”

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA CHAGA SOCIAL?

Por falar em gravidez não desejada, mais da metade das gestações no Brasil não foram planejadas, o que aumenta o risco de complicações no parto e pós-parto, além de impactar de diversas formas o futuro da mãe e do bebê. E para complicar mais a situação, boa parte dessas mães é adolescente.

Baseada no posicionamento da Febrasgo sobre o tema, publicado recentemente na página oficial da federação na internet, a médica Marta Francis Benevides Rehme, da Universidade Federal do Paraná, considera que a gravidez na adolescência é ainda “uma chaga social no Brasil”, que possui a sétima maior taxa de casos na América do Sul, empatando com o Peru e o Suriname.⁽¹⁾

Não é à toa que o tema gravidez na adolescência tem sido foco de discussão e preocupação tanto por parte do governo como das entidades médicas. “A gravidez na adolescência é um problema mundial, que ocorre com maior frequência nos países em desenvolvimento.

“A gravidez na adolescência ainda é uma chaga social no Brasil”, afirma a Dra. Marta Francis Benevides Rehme.



O último relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), de 2019, mostra que a taxa de gravidez precoce no mundo

é de 44 nascimentos por ano em cada mil adolescentes de 15 a 19

anos.⁽²⁾ De cada 10 partos de adolescentes que ocorrem no mundo, 9 acontecem em países em desenvolvimento”, aponta Marta, que foi presidente da CNE de Ginecologia Infanto-Puberal da Febrasgo de 2016 a 2019.

Os partos de mães adolescentes correspondem a 16,4% dos partos que ocorrem no país. De cada seis crianças que nascem no Brasil, uma é filha de mãe adolescente.⁽³⁾ “Importante frisar que estes números correspondem àquelas gestações que resultaram em nascidos vivos. Não estão contabilizadas as gestações de adolescentes que tiveram natimortos ou que foram interrompidas por abortos espontâneos ou provocados de forma clandestina”, frisa a médica.

Se compararmos os dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do SUS (Datapus), a taxa de fecundidade de adolescentes no Brasil em 2000 era de 81/1.000 entre adolescentes de 15 a 19 anos e, a partir daí, a gravidez na adolescência vem apresentando queda lenta e gradual, atingindo a taxa de 54,4/1.000 em 2017 na mesma faixa etária.

“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.⁽⁴⁾ Apesar do governo disponibilizar métodos anticoncepcionais (preservativos, contraceptivos orais, injetáveis mensais e trimestrais, DIU de cobre) nos serviços de saúde e abordar alguns temas de saúde sexual e reprodutiva nas escolas, estratégias que contribuíram para a redução da gestação na adolescência ao longo dos anos, essa redução tem ocorrido de forma muito lenta em nosso país e carece de medidas efetivas”, analisa Marta, que, a seguir, faz uma análise sobre os fatores que levam à gravidez na adolescência configurarem ainda uma chaga social no Brasil.

FATORES ENVOLVIDOS E CONSEQUÊNCIAS

“A motivação sexual primária é intrínseca e acentuada na puberdade devido à onda hormonal. Nesta fase ocorre o pensamento sexual espontâneo e as fantasias sexuais, maior interesse pelas relações afetivas e pela experimentação sexual, pressão dos pares que acabam favorecendo o início da vida sexual precoce associado ao pensamento mágico 'de que a relação sexual não vai resultar em gravidez!'”⁽⁵⁾

Sendo assim, os fatores associados são pobreza, baixa escolaridade, ter a maternidade como a única opção de vida, relações familiares conflituosas, falta de diálogo com os pais, não usar métodos contraceptivos ou usar de forma inadequada, ser vítima de violência sexual, falta de informação ou nenhum acesso à educação em saúde sexual abrangente e de qualidade, medo e/ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bem como as barreiras criadas pelos profissionais de saúde que limitam o acesso aos métodos anticoncepcionais, falta de investimento adequado em saúde da adolescente. Esses fatores isolados ou associados aumentam o risco para gestação na adolescência.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que avaliou o comportamento sexual em adolescentes brasileiros em 2012, evidenciou que 13,7% dos estudantes com menos de 13 anos e 22,9% com 14 anos já tiveram relação sexual e boa parte deles sem proteção e sem método anticoncepcional eficaz.⁽⁶⁾

Como consequência, a gravidez na adolescência, especialmente a não planejada, acarreta maior risco de abandono escolar e perda de oportunidades de empregos, aumentando o risco de perpetuação do ciclo da pobreza. Segundo dados do IBGE,⁽⁷⁾ seis de cada dez adolescentes grávidas não trabalham e não estudam.

Essas gestantes adolescentes apresentam maior risco de partos prematuros, recém-nascidos com baixo peso, eclampsia, transtornos mentais (como a depressão) e de morte devido a complicações decorrentes de abortos inseguros ou da gravidez e do parto.⁽³⁾

O Brasil possui a sétima maior taxa de casos de gravidez na adolescência na América do Sul.

POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, a aplicação das políticas públicas para o atendimento de adolescentes varia conforme a região, mas existe o consenso de que a assistência à adolescente grávida deve ir além do pré-natal e do parto bem-sucedido. “Deve-se trabalhar com as gestantes a prevenção da segunda gravidez”, declara a Dra. Marta.

Logo, é importante saber por que a primeira gravidez ocorreu, se foi por falta de informação ou de disponibilização de métodos contraceptivos eficazes, ou ainda por esquecimento do uso do contraceptivo, falta de assistência no serviço de saúde, motivação própria ou abuso sexual.

Os números explicam por que cerca de $\frac{1}{3}$ das adolescentes brasileiras volta a engravidar dentro de 12 meses do último parto, quando o tempo mínimo recomendado para uma nova gravidez é de 18 meses após o parto^(8,9) a fim de garantir menores riscos à saúde da mulher e do recém-nascido.^(8,9) “Então podemos dizer que a assistência à adolescente carece de mais empenho.”

Os números explicam por que cerca de $\frac{1}{3}$ das adolescentes brasileiras volta a engravidar dentro de 12 meses do último parto, quando o tempo mínimo recomendado para uma nova gravidez é de 18 meses após o parto^(8,9) a fim de garantir menores riscos à saúde da mulher e do recém-nascido.^(8,9) “Então podemos dizer que a assistência à adolescente carece de mais empenho.”

O QUE PODERIA MELHORAR NESSE SENTIDO?

A Dra. Marta Rehme aponta como caminho certo o desenvolvimento de programas que foquem nas necessidades das adolescentes mais vulneráveis, que apresentam maiores riscos de engravidar precocemente.

Nesse sentido, ela destaca algumas ações que podem ser feitas para o enfrentamento das gestações em adolescentes:^(2,10,11)



- Melhorar a qualidade da educação ofertada nas escolas e reduzir a evasão escolar entre adolescentes, trabalhando com eles os objetivos de vida;
- Fornecer educação integral em saúde reprodutiva e sexual de boa qualidade;
- Incluir, além dos contraceptivos disponíveis em unidades de saúde, os contraceptivos reversíveis de longa ação para adolescentes (como DIU e implantes) e capacitar os profissionais de saúde;
- Usar as mídias sociais como canais de informação para educação em saúde;
- Melhorar o acesso e o acolhimento nos serviços de saúde para as adolescentes.

A Dra. Marta destaca que o ginecologista tem vários momentos para prestar assistência às adolescentes e precisa aproveitar para não perder a oportunidade de orientar:

- Gestantes adolescentes: o ginecologista pode contribuir com grupos de discussão com adolescentes grávidas e seus companheiros e família, orientando sobre a contracepção, os riscos de uma gravidez precoce e não planejada para a saúde e para a vida e a prevenção das gestações subseqüentes;

“Quanto mais precoce o câncer de mama for detectado, menos agressiva será a terapia”, declara a Dra. Andréa Pires Souto Damín.



- Meninas que ainda não entraram na adolescência ou que estão na adolescência

inicial: o ginecologista pode aproveitar a consulta para conversar sobre

saúde reprodutiva, cuidados com o corpo, higiene, comportamentos inconvenientes por parte de adultos e sobre o que representa a menstruação do ponto de vista reprodutivo;

- Quando se trata de adolescente maior, devem ser abordados aspectos da sexualidade, contracepção e prevenção de infecções de transmissão sexual. Para isso, o profissional deve ter habilidade para inserir o assunto sem ferir o sigilo médico;
- É importante também a conversa com a mãe e familiares que acompanham as adolescentes na consulta para que eles compreendam a necessidade da orientação nos aspectos de sexualidade e que essa orientação não é no sentido de estimular a vida sexual precoce, mas, sim, para propiciar conhecimentos e habilidades para que as adolescentes possam avaliar suas escolhas e saber como elas afetam suas vidas e as de outros.



Essas iniciativas oferecem inúmeros benefícios. Por exemplo, ajudam as meninas a identificar e denunciarem comportamentos inadequados que podem caracterizar abuso infantil, reforçam o desenvolvimento de atitudes saudáveis como retardar a primeira relação sexual e mesmo aumentam a adesão aos métodos contraceptivos e de prevenção de infecções de transmissão sexual nas adolescentes sexualmente ativas.⁽¹⁾

REFERÊNCIAS

1. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Situação da População Mundial. 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>.
2. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Situação da População Mundial. 2019. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/ptbr/publications/situacao-da-populacao-mundial-2019>.
3. Fundação Abrinq. Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil. 2019. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/abrinq/cenario_da_infancia_2019_abrinq.pdf.
4. 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>.
5. Larsson I, Svedin CG. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav.* 2002;31(3):263-73.
6. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(Supl 1):116-30.
7. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2015/03/no-brasil-75-das-adolescentes-que-tem-filhos-estao-fora-da-escola.html>.
8. Viellas EF, da Gama SG, Theme Filha MM, Leal Mdo C. Repeated pregnancy among adolescents and negative outcomes of the newborn: study in the city of Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):443-54.
9. Schummers L, Hutcheon JA, Hernandez-Diaz S, Williams PL, Hacker MR, Vander Weele TJ, et al. Association of short interpregnancy interval with pregnancy outcomes according to maternal age. *JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1661-70.
10. Hindin MJ, Kalamar AM, Thompson TA, Upadhyay UD. Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low-and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health.* 2016;59(3 Suppl):S8-15.
11. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics.* 2014;134(4):e1244-56.

CÂNCER DE MAMA E O SUS

Na edição passada da revista *Femina*, trouxemos uma matéria completa abordando o aumento no número de casos de câncer de mama no Brasil, mas, como essa é uma preocupação muito importante na área da saúde feminina, não poderíamos deixar de fora desta edição.

O câncer de mama é o tipo mais prevalente na população feminina e também o mais mortal. Segundo dados

Estima-se que 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil. Dessas, 89% são mulheres e 70% dos estupros foram cometidos por conhecidos da vítima.

do Instituto Nacional do Câncer (Inca), estão previstos para 2020 mais de 66 mil casos novos, com mais de 16 mil mortes associadas. Diante dessa perspectiva alarmante, será que o SUS está preparado para dar assistência às mulheres diagnosticadas?

A Dra. Andréa Pires Souto Damin, professora adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do

Rio Grande do Sul (UFRGS) e médica do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, afirma que o SUS apresenta graves deficiências no tratamento do câncer de mama, principalmente em relação ao início desse tratamento, que, conforme a lei vigente, deve começar no máximo em 60 dias. Ela explica onde está o problema:

“O sistema de saúde é dividido em gerências, que abrangem um determinado número de cidades em uma região. Algumas dessas gerências funcionam muito mal e as pacientes precisam ser encaminhadas para hospitais que não possuem condições de realizar o tratamento. Desta forma, elas ficam esperando para serem tratadas por 2, 4, 6 meses”, argumenta a médica.

De acordo com a Dra. Andréa, as pacientes não podem procurar atendimento em outro local por estarem “presas” àquela gerência, mesmo tendo um bom hospital onde o tratamento está disponível, mas que pertence a outra gerência. “Eu convivo frequentemente com esta realidade, pois trabalho em um centro de excelência para o tratamento do câncer pelo SUS e as pacientes de outras gerências que não têm como referência o meu hospital não conseguem ter acesso, mesmo morando em cidades vizinhas. Este sistema é muito perverso e deve estar contribuindo com o aumento da mortalidade em nosso país”, declara a Dra. Andréa.

A médica destaca que o tratamento mais eficaz é a prevenção, realizada com a mamografia anual a partir do 40 anos. Quanto mais precocemente o câncer de mama for detectado, menos agressiva será a terapia, com cirurgias menores e menos mutilantes. E muitas vezes não necessitará de quimioterapia. Além disso, casos iniciais da doença apresentam índice de cura de 98%.

No entanto, apesar das campanhas nacionais, um levantamento recente feito pela Sociedade Brasileira de Mastologia mostrou que apenas 24% da população feminina na faixa recomendada para fazer a mamografia se submeteu ao exame. Em algumas regiões do país, como Brasília, esse índice é ainda pior: apenas 3% das mulheres fizeram o exame. “Isso é muito preocupante, pois necessitaríamos de que 70% das mulheres com indicação para o rastreamento realizem o exame para vermos benefício na redução da mortalidade. Estamos

muito distantes da situação vivida em países do primeiro mundo, como Canadá e Inglaterra, onde mais de 80% da população realiza a mamografia. Nesses países se observa uma redução significativa da mortalidade nos últimos anos”, contextualiza Andréa.

A expressão “câncer de mama” carrega emoções negativas e muita apreensão. Logo, receber o diagnóstico é muito impactante para a mulher, que pode associar a notícia a mutilação e morte. Passada essa fase de choque, a parte mais difícil do tratamento, explica a professora da UFRGS, “é quando a paciente tem que ser submetida à quimioterapia. Infelizmente, este tratamento está associado a muitos efeitos adversos, sendo o mais impactante a perda do cabelo. Isso mexe com autoimagem feminina e muitas demonstram a preocupação que todos vão saber que elas estão doentes ao notar que estão sem cabelo”.

Para a médica, diagnosticar pacientes muito jovens ou com carcinomas avançados é especialmente difícil. “O ginecologista obstetra tem importância fundamental no aconselhamento das pacientes jovens com relação ao futuro reprodutivo destas pacientes. Além disso, este profissional é essencial no acompanhamento dos efeitos adversos que afetam a saúde da mulher durante o tratamento do câncer”, assegura a Dra. Andréa. Em momentos assim, todo apoio e suporte também são bem-vindos.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Apoio e suporte também são imprescindíveis quando o assunto nos faz até perder o chão. Falar sobre violência contra a mulher é tocar num vespeiro de sofrimento, afinal mexe com a saúde física, sexual e psicológica da vítima.

Ao longo da história da humanidade, a violência contra a mulher foi um tema pouco abordado, principalmente quando o agressor morava na mesma casa ou era conhecido da vítima. Assim, o sofrimento da mulher ficou invisível aos olhos da sociedade durante muito tempo.

A legislação avançou no sentido de proteger a mulher violentada, como vimos no início da reportagem, com a criação da Lei Maria da Penha. Em se tratando de violência sexual, a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, sofreu algumas alterações, especificamente no título 6 do Código Penal, que trata dos chamados “crimes contra os costumes”, os quais passaram a ser chamados de “crimes contra a dignidade sexual”, destacando-se o crime de estupro, que passou a ter sanções mais severas. “Com base nessa lei, o estupro é definido como ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”, esclarece a médica Isabel Cristina Chulvis do Val Guimaraes,

“A violência contra as mulheres é frequentemente relacionada a repercussões na saúde física e mental”, declara a Dra. Isabel Cristina Chulvis do Val Guimarães.



rães, professora-associada de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF).

A pena de reclusão pode ser de 6 a 10 anos.

A julgar pelas estatísticas, talvez ainda seja uma punição branda para um ato hediondo. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) estima que 527 mil pessoas

são estupradas por ano no Brasil, das quais 89% são mulheres e 70% dos estupros são cometidos por conhecidos da vítima, como parentes e namorado. A estimativa do Ipea foi feita com base em dados coletados em 2011 pelo Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Cinam).

O 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2015 mostrou que 47.646 pessoas notificaram estupros no país em 2014, apresentando redução de quase 7% em relação ao ano anterior. Porém, esse mesmo documento diz que os dados podem estar subestimados, porque cerca de 35% desses crimes sexuais não são notificados. O estudo também mostrou que 67% da população brasileira que reside nas grandes cidades tem medo de sofrer agressões sexuais. Nas mulheres e jovens entre 16 e 24 anos, esse percentual é maior, em torno de 90% e 74%, respectivamente.

No Brasil, em 2013 e 2014, os levantamentos apontam respectivamente quase 190 mil casos e 163 mil casos de violência sexual. “Ou seja, é uma quantidade absurda”, lamenta Isabel.

As mulheres vítimas de abuso sexual necessitam de cuidados imediatos, devido ao risco de doenças causadas por infecção de transmissão sexual, e vão precisar da atenção dos profissionais de saúde nas primeiras horas que se seguem à violência e também nas semanas e nos meses posteriores.

Dra. Isabel, que também é professora do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da UFF, explica que o Brasil dispõe de unidades apropriadas no SUS para fazer o atendimento das vítimas de violência sexual e pontua que o SUS gasta entre 8% e 11% do seu teto bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes. “Tanto os impactos que a violência gera sobre o sistema de saúde em termos de recursos econômicos e humanos quanto os custos sociais em decorrência da produtividade perdida para a sociedade são enormes e difíceis de ser mensurados”, declara.

IMPACTOS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Além do risco das doenças de infecção sexual e da gravidez indesejada, há também muitos tipos de agressão,

como violência doméstica, física e psicológica. A paciente pode vir a sofrer com transtorno de estresse pós-traumático, síndrome do pânico e ideias suicidas, e às vezes é necessária até internação.

“Por isso, essas mulheres devem ser submetidas a uma avaliação psicológica, psiquiátrica e do serviço social, com a intenção de oferecer acolhimento e apoio, reforçar a autoestima e aliviar sua culpa”, explicou Dra. Isabel.

No atendimento, são avaliadas as condições iniciais da paciente e feitos os encaminhamentos e tratamentos necessários. As pacientes podem ter muita dificuldade para reassumir hábitos, estilos de vida e relacionamentos sexuais, e podem desenvolver síndrome do transtorno pós-traumático.

As pacientes que não haviam sido imunizadas contra hepatite B ou que não sabem se foram imunizadas devem receber a primeira dose da vacina de preferência nas primeiras 48 horas após a violência e completar o esquema posteriormente, 30 e 60 dias.

As mulheres que possuem o esquema vacinal incompleto devem completar as doses que faltam.

As vítimas devem receber também a imunoglobulina humana anti-hepatite B na dose de 0,06 mL por quilo o quanto antes e até no máximo 14 dias após a violência. Não existe profilaxia para hepatite C. É possível realizar o exame por PCR (reação em cadeia da polimerase) três meses após a exposição.

Apenas 24% da população feminina na faixa recomendada fez o exame de mamografia.

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

As pacientes que engravidaram após a violência sexual costumam encarar a gestação como uma segunda violência. Nesses casos, as mulheres devem ser informadas sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as

possibilidades de atenção nos serviços de saúde.

É direito delas serem informadas sobre a possibilidade de interrupção da gravidez, por meio do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso 2, do Código Penal Brasileiro.

Para a realização de aborto em gestação originada de estupro, não existe a exigência legal de autorização judicial, como apresentação de boletim de ocorrência policial ou identificação de lesões corporais na vítima. O único documento essencial é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido pela mulher vítima da violência.

Da mesma forma, a paciente deve ser informada sobre a possibilidade de seguir a gestação, oferecendo-se a ela os cuidados pré-natal. Ela deve também receber informações sobre as alternativas após o nascimento, sejam de permanência com a criança e inseri-la na família ou proceder com os mecanismos legais de adoção.

NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA

Os casos de violência contra a mulher são de notificação obrigatória ou compulsória e, se o envolvido for menor de idade, deve-se notificar também o Conselho Tutelar



ou a Vara da Infância e da Juventude. O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, associado à Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, assegura que durante o atendimento sejam observados os princípios do respeito à dignidade da pessoa, de não discriminação, do sigilo e da privacidade.

O decreto trata da existência do serviço de referência para atendimento à violência sexual e dispensa a apresentação de boletim de ocorrência policial para atendimento no âmbito dos serviços de saúde. Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, ela poderá ir à delegacia para lavrar o boletim de ocorrência policial, prestar depoimentos ou submeter-se a exame pelos peritos do Departamento Médico Legal.

Os lugares que oferecem atendimento às pessoas em situação de violência devem providenciar todas as etapas necessárias, incluindo medidas de prevenção, atendimento emergencial, coleta de vestígios, seguimento, reabilitação e tratamento de lesões físicas, suporte psicológico e psiquiátrico, assistência social, além do abortamento legal, se essas ações forem requeridas pela mulher ou adolescente de acordo com o previsto na legislação. Todo serviço de saúde pode e deve prestar esse atendimento, e a sua recusa pode ser caracterizada ética e legalmente como omissão.

Se por um lado não temos uma sociedade capaz de respeitar a mulher em toda a sua essência, então que sejamos uma sociedade capaz de ajudar, acolher e atender às vítimas de violência. Nossa esperança é que, no futuro, tenhamos motivos para fazer do dia 8 de março uma data de comemoração e não somente de reivindicações.

ATENDIMENTO DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Depois de viver uma vida repleta de jogo de cintura, a mulher chega à terceira idade com novos desafios pela frente, entre eles as mudanças hormonais. Na fase do climatério, que compreende o período entre 40 e 65 anos de idade, ela precisa muito de atendimento médico, devido a queixas frequentes relacionadas à queda hormonal, e há necessidade de realização de vários exames para rastreamento de doenças. Com a sobrevida aumentada da população brasileira, cada vez mais mulheres ultrapassam essa faixa etária e é importante ficar atento a doenças que ocorrem com maior frequência nessa população, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia (que é alteração no colesterol), entre outras.

“Existem programas públicos bem elaborados para esse atendimento. No entanto, falta um bom programa,

“O maior desafio que a mulher enfrenta na terceira idade, no meu entender, é encontrar tempo para se cuidar e lutar contra a solidão”, avalia a Dra. Maria Célia Mendes.



específico para o atendimento e seguimento das mulheres com queixas próprias do climatério”, expõe Maria Célia Mendes, do-

cente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA FMRP/FAEPA) –

Setor Reprodução Humana.

A médica explica que, para obter um ótimo resultado no tratamento médico, a paciente também precisa fazer a sua parte. “A cooperação da mulher, na parte que é de sua responsabilidade realizar, é fundamental para se chegar ao melhor resultado da terapia”, afirma Maria Célia.

No climatério, a mulher deve realizar exercícios físicos, ingerir alimentos ricos em cálcio, tomar sol, evitar ingestão demasiada de cafeína, diminuir e até suprimir o fumo e o álcool, entre outras medidas. “O que percebemos é que esse cuidado individual ainda não faz parte da vida da maioria das mulheres no climatério. Muitas vezes, isso não acontece, porque há um desconhecimento sobre o assunto. A orientação é essencial para que percebam a importância de sua participação no processo do tratamento”, argumenta a coordenadora do Ambulatório de Climatério do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

TRATAMENTO INDIVIDUALIZADO

Além das alterações hormonais, a mulher mais velha se depara ainda com um cenário que vai exigir não só jogo de cintura, mas muito controle emocional. “O maior desafio que a mulher enfrenta na terceira idade, no meu entender, é encontrar tempo para se cuidar e lutar contra a solidão. Nessa fase da vida, muitas ficam viúvas, são arrimos de família, principalmente nas classes mais desfavorecidas economicamente, e várias ajudam no cuidado dos netos. Em vista disso, não cuidam de sua saúde, pois estão muito ocupadas ajudando no cuidado da família”, analisa Maria Célia.

Outras, de classe social mais elevada, estão vivendo na solidão, porque os filhos trabalham o tempo todo. Assim, não podem contar com o apoio familiar para ajudá-las no cuidado de sua saúde. Existem exceções, mas casos assim são cada vez mais frequentes.

No climatério, a mulher é atendida no SUS, na Atenção Primária ou Básica, pelos ginecologistas obstetras ou médicos de família. “Esses profissionais têm condições de orientar suas pacientes na maior parte de suas

queixas psicológicas ou emocionais. Muitas vezes, só o ato de ouvir, de prestar atenção ao que elas falam ou valorizar as suas queixas já é um passo muito grande para a resolução de seus problemas. No entanto, quando há necessidade de referenciar a paciente para um atendimento psicológico, em grande parte dos serviços no Bra-

No climatério, a mulher é atendida no SUS, na Atenção Primária ou Básica, pelos ginecologistas obstetras ou médicos de família.

sil, não existe vaga ou esse atendimento não é oferecido na rede pública naquela região”, contrapõe a médica.

A Dra. Maria Célia destaca alguns desafios dos ginecologistas obstetras no atendimento das mulheres no climatério e explica alguns pontos de atenção, veja no quadro seguir.

ORIENTAR SOBRE MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

Mudar de comportamento é uma atitude difícil para as pessoas de modo geral e se torna um desafio para o médico orientar, orientar novamente e cobrar mudança, sem tornar a fala punitiva.

SOLICITAR EXAMES PARA RASTREAR DOENÇAS

Existem protocolos bem definidos pelas sociedades médicas. Um desafio para o médico de hoje é solicitar os exames que de fato são necessários, evitando aqueles que sejam desnecessários.

PRESCREVER TRATAMENTO, QUANDO NECESSÁRIO

Hoje existe medo da terapia hormonal e fobia ao câncer. O médico deve sempre explicar os riscos e benefícios do tratamento e depois paciente e médico decidem qual seria a melhor conduta. A tomada conjunta de decisões é um desafio atual.



Infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2 em obstetrícia. Enfrentando o desconhecido!

Geraldo Duarte¹
(Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal)
Silvana Maria Quintana¹
(Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas)

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



SITUAÇÃO ATUAL

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, situada na região central da China, registrou os primeiros casos de pacientes acometidos por infecção respiratória grave causada por um novo coronavírus até então desconhecido, o qual foi denominado temporariamente de *Novo Coronavírus 2019 (nCoV-19)*. Convocado para definir a nomenclatura oficial desse microrganismo, o *International Committee on Taxonomy of Viruses* decidiu que o nome desse novo coronavírus seria *Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*.⁽¹⁾ Em 11/02/2020, a *World Health Organization (WHO)* definiu a nomenclatura oficial para a “doença” causada por esse vírus como *Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)*.⁽²⁾ A rapidez do crescimento global do número de casos dessa infecção levou a WHO a reconhecê-la como pandemia em 11/03/2020. Reafirmando seu elevado potencial de disseminação, até 20/03/2020 a COVID-19 contabilizou 250.413 casos diagnosticados em 182 países, com 10.254 óbitos.⁽³⁾

Visto que a infecção pelo COVID-19 rompeu a fronteira geográfica da China, avançando rapidamente para outros países longe do epicentro da epidemia, em 30/01/2020, a WHO declarou alerta global de nível 3 para essa infecção.⁽⁴⁾ No dia 26/02/2020 foi registrado o primeiro caso de infecção pelo SARS-CoV-2 no Brasil, o qual foi oficialmente confirmado pelo Instituto Adolfo Lutz. O paciente é do sexo masculino, tem 61 anos de idade, com história de viagem para a Itália, justamente na região Norte da Itália, onde

se concentra a maioria dos casos da COVID-19 naquele país. Apresentava quadro de infecção de vias aéreas de moderada intensidade, que estava sendo controlada em domicílio. Esse paciente foi totalmente controlado em domicílio e está completamente recuperado na atualidade.

No Brasil, o número de casos vem aumentando de forma alarmante e até 19/03/2020 foram confirmados 635 casos dessa infecção no país, com sete óbitos até o momento.

Do início da pandemia até o momento, várias estratégias profiláticas foram adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil para o pronto reconhecimento de possíveis casos da infecção pelo SARS-CoV-2. Também houve a publicação dos dois primeiros Boletins Epidemiológicos, a instalação do Centro de Operações de Emergência, a elaboração de protocolo assistencial e o reconhecimento dessa infecção como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e Nacional (ESPIN).^(5,6) Iguais esforços foram verificados nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no país como um todo.

Diante da grande dificuldade de confirmação etiológica dos diagnósticos da COVID-19 por biologia molecular e por já existir caracterização clínica e radiológica relativamente bem determinada para esses diagnósticos, a partir de 12/02/2020 os casos diagnosticados com base nessas variáveis e ocorridos em Wuhan (o epicentro da epidemia por SARS-CoV-2) passaram a ser incluídos na estatística geral da epidemia. Os parâmetros clínicos considerados foram febre, sintomas e sinais de afecção infecciosa pul-

monar, além de alterações radiológicas pulmonares típicas desse acometimento (raios X simples e tomografia). Os chineses continuam com a coleta das amostras para a realização do RT-PCR (*reverse transcription-polymerase chain reaction*), mas não aguardam o resultado para considerar o diagnóstico. O tempo necessário para a realização de número tão elevado de testes extrapola a necessidade e a expectativa do diagnóstico neste momento.⁽²⁾

AGENTE ETIOLÓGICO

Sabe-se que os coronavírus formam uma grande família viral e são assim denominados em decorrência das espículas presentes na sua superfície (proteína S), dando-lhe o aspecto de coroa quando vistos ao microscópio eletrônico. Seu espectro fisiopatológico é vasto, causando desde um resfriado comum até síndromes respiratórias graves.⁽⁷⁾ Várias epidemias de doenças causadas por coronavírus já foram registradas em humanos e animais, com gravidade variável e na maioria delas de caráter limitado geograficamente. Previamente a 2019, duas epidemias de maior gravidade relacionadas com os coronavírus foram observadas. A primeira delas ocorreu na China em 2002 e caracterizou-se por graves infecções respiratórias causadas pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus*, nomeado de SARS-CoV.⁽⁸⁾ O segundo pico epidêmico de síndrome respiratória aguda e severa causada por um coronavírus ocorreu no Oriente Médio em 2012, e o vírus foi denominado *Middle East Respiratory Syndrome – Coronavirus* (MERS-CoV).⁽⁹⁾

O SARS-CoV-2 é um RNA vírus pertencente à família *Coronaviridae* e da linhagem C do gênero *Betacoronavirus*.⁽¹⁰⁾ Por ser um RNA vírus traz consigo uma tendência maior de mutações e de disseminar-se com facilidade, frequentemente causando picos epidêmicos. Segundo as informações do Centro de Controle e Prevenção (CDC) de Doenças da China, o SARS-CoV-2 é o resultado de recombinações virais que lhe facultaram a capacidade de quebrar a barreira biológica e escapar do ciclo animal-animal, passando a infectar também seres humanos. Isso o caracteriza como uma zoonose que, hipoteticamente, tem o morcego como o hospedeiro primário.⁽¹¹⁾ Entretanto, a transmissão entre humanos é que potencializa a característica epidêmica da infecção causada pelo SARS-CoV-2,⁽¹²⁾ a exemplo das epidemias causadas tanto pelo SARS-CoV quanto pelo MERS-CoV.^(8,9)

PERÍODO DE INCUBAÇÃO E TRANSMISSÃO VIRAL

De acordo com as ponderações do CDC americano, o período de incubação do SARS-CoV-2 para a infecção entre humanos varia de 2 a 14 dias.⁽¹³⁾ Esse tem sido o padrão que orienta o período de quarentena na maioria das situações em que essa estratégia foi ou está sendo instituída. Do ponto de vista epidemiológico, é fundamental a determinação das formas de disseminação viral para se organizarem as estratégias de enfrentamento. Considerando as orientações do CDC e do MS, a forma de disseminação mais efetiva do SARS-CoV-2 é por meio de secreções e excreções respiratórias veiculadas direta ou indiretamente por: espirro, tosse, contato pessoal direto

ou próximo com pessoa infectada (< 1-2 metros em sala fechada, sem equipamento de segurança), colocar objeto contaminado à boca, olhos ou nariz (fômites), levar a mão à boca antes de higienização adequada, principalmente após cumprimentar pessoas infectadas, ou tocar em superfícies ou objetos contaminados. Sobre a distância considerada como de risco para a contaminação por esse vírus, ainda não existe consenso, visto que a WHO considera 1 metro, enquanto o MS e o CDC consideram 2 metros.^(6,13,14)

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DA COVID-19

Com base nas orientações do CDC e do MS, o diagnóstico da infecção COVID-19 deverá considerar inicialmente as informações epidemiológicas referentes a viagens para áreas consideradas de risco (China) ou convivência com pessoa infectada nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.^(5,13) Cumprindo essa primeira premissa, serão suspeitos dessa infecção pacientes com febre, tosse, dispneia de intensidade progressiva, dor torácica, sinais de baixa oxigenação por insuficiência respiratória e choque nos casos de pior evolução.^(6,14) É importante se lembrar do diagnóstico diferencial com a infecção pelo H1N1. Levando em consideração as variáveis referidas, orienta-se trabalhar com três cenários para considerar um caso como suspeito da COVID-19, como esquematizado no quadro 1.

Diagnóstico laboratorial

Infelizmente, até o momento ainda não existem testes sorológicos ou testes rápidos para o diagnóstico da infecção causada pelo SARS-CoV-2. Por essa razão, para o diagnóstico definitivo, é necessário o uso de métodos baseados em recursos da biologia molecular, no caso a reação de RT-PCR.^(15,16) No Brasil, para se considerar confirmado o caso da infecção COVID-19, será necessário aguardar o diagnóstico de RT-PCR.⁽¹⁷⁾

Segundo a orientação oficial do MS para estados e municípios, as amostras de orofaringe e nasofaringe (coletadas por *swab* ou lavagem) e aquelas coletadas por lavado brônquico ou broncoalveolar deverão ser coletadas até o sétimo dia do aparecimento da doença. As amostras deverão ser guardadas em geladeira (a 4 a 8 °C) e encaminhadas dentro de 24 a 48 horas após a coleta. Nos finais de semana ou feriados prolongados, as amostras respiratórias deverão ficar guardadas em *freezer* a (-)70 °C. A embalagem de transporte das amostras respiratórias deverá seguir os regulamentos de remessa para Substância Biológica UN3373 Categoria B, contendo gelo.⁽⁶⁾ Essas amostras deverão ser enviadas para laboratórios oficiais (exames centralizados),⁽¹⁷⁾ o que pode retardar o diagnóstico por questões logísticas. Aconselha-se determinar previamente como se dará o fluxo dessas amostras na região de atuação em que esteja o profissional.

PRECAUÇÕES^(6,17)

As precauções para reduzir o risco da infecção pelo SARS-CoV-2 se dividem em três grupos, a seguir: precaução-padrão, precaução de contato e precaução respiratória.

Quadro 1. Definição de caso suspeito

Cenário 1	Febre	+	Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório: • Tosse; • Dificuldade respiratória; • Batimento das asas nasais, entre outros sinais.	+	Histórico de viagem para área com transmissão local* nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.
Cenário 2	Febre	+	Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório: • Tosse; • Dificuldade respiratória; • Batimento das asas nasais, entre outros sinais.	+	Histórico de contato próximo# de caso suspeito de COVID-19 nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.
Cenário 3	Febre	+	Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório: • Tosse; • Dificuldade respiratória; • Batimento das asas nasais, entre outros sinais.	+	Histórico de contato próximo# de caso confirmado em laboratório para o COVID-19 nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

Fonte: Ministério da Saúde⁽⁶⁾

* Viagem para China, Japão, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Singapura, Vietnã, Tailândia, Malásia, Filipinas, Camboja, Itália, Alemanha, França, Irã, Emirados Árabes Unidos. Esta lista é atualizada continuamente. # Definição de contato próximo: contato com paciente suspeito de infecção pelo COVID-19 a uma distância menor que 2 metros, em ambiente fechado e sem equipamento de proteção individual (EPI). Esse tipo de contato pode incluir morar, cuidar ou compartilhar área ou sala de espera de atendimento médico ou ainda ter contato direto com fluidos corporais.

Precaução-padrão:

- Evitar contato próximo com pessoas apresentando infecções respiratórias agudas;
- Lavar frequentemente as mãos (pelo menos 20 segundos), especialmente após contato direto com pessoas doentes ou com o meio ambiente e antes de se alimentar. Se não tiver água e sabão, use álcool em gel 70%, caso as mãos não tenham sujeira visível;
- Evitar tocar olhos, nariz e boca sem higienizar as mãos;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Usar lenço descartável para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca ao espirrar ou tossir (etiqueta respiratória);
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas;
- Manter os ambientes bem ventilados.

Precaução de contato:

Usar:

- Luva de procedimento;
- Avental;
- Óculos de proteção;
- Degermação de superfícies e materiais contaminados (álcool, cloro, alguns fenóis, iodóforos e quaternário de amônio).

Precaução respiratória:

Usar:

- Máscara cirúrgica;
- Máscara N95.

Ao atender um caso suspeito de COVID-19, deve ser oferecida máscara cirúrgica ao paciente e o atendimento

deve considerar o uso de avental e luvas de procedimento.⁽⁶⁾ A máscara cirúrgica para o paciente parece ser suficiente, visto que a disseminação viral se faz por gotículas. Na evolução dos estudos, se for determinado que sua disseminação pode se fazer por partículas aerossólicas, será necessário rever essas orientações e adotar o uso de máscara N95.

Para o atendimento de casos confirmados da COVID-19, orienta-se o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) para a equipe, incluindo óculos, avental, gorro e máscara N95. No entanto, a melhor forma de contenção da epidemia é a higienização das mãos (água e sabão, álcool gel) e a degermação de superfícies e materiais contaminados (álcool, cloro, alguns fenóis, iodóforos e quaternário de amônio).^(6,14,17)

NOTIFICAÇÃO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Todos os casos suspeitos deverão ser notificados aos serviços de vigilância de forma imediata às autoridades sanitárias, comunicando o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição como passo inicial. Segundo a hierarquia do Sistema Único de Saúde (SUS), se a secretaria de saúde do estado ou município dispor de estrutura e fluxos para receber as notificações de emergências epidemiológicas e casos suspeitos do novo coronavírus, inclusive nos finais de semana, feriados e período noturno, o profissional deverá notificar, preferencialmente, as vigilâncias locais durante o expediente ou o Controle de Vigilância Epidemiológica do estado nos dias e horários excepcionais.^(6,17)

TRATAMENTO

Até o momento, nenhum agente antiviral específico ou imunoterápico (ativo ou passivo) está disponível para o tratamento da infecção COVID-19. As tentativas de uso de antirretrovirais, hidroxicloroquina (promissor), interferon, ribavirina e do remdesivir ainda não tiveram determinados seus efeitos sobre o SARS-CoV-2 de forma cla-

ra. Alguns deles ainda estão em fase de experimentação *in vitro*. Portanto, o tratamento existente é de suporte e inclui oferta suplementar de oxigênio e administração de fluidos, com vias e características que dependem das condições clínicas da pessoa infectada. Casos de moderada gravidade podem utilizar a via oral, ao passo que para casos mais graves a via endovenosa torna-se mandatória. É importante salientar as orientações da WHO no sentido de alertar de que as manifestações clínicas da infecção COVID-19 são parecidas tanto com a pneumonia causada pelo H1N1 quanto por bactérias atípicas. Em alguns casos, a opção pelo tratamento empírico dessas afecções torna-se necessária, pelo menos até que o diagnóstico diferencial seja possível e seguro.^(6,14)

PROGNÓSTICO

Segundo as informações epidemiológicas, a taxa de mortalidade do SARS-CoV-2 é de 2,1%, mais baixa do que os 9,6% referidos para o SARS-CoV e os 34% do MERS-CoV.⁽¹⁸⁾ No entanto, sua taxa de infectividade parece ser mais elevada do que a dos outros dois vírus aqui apontados.

ASPECTOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS DA COVID-19

Sobre os aspectos obstétricos da infecção COVID-19, é necessário considerar que essa é uma doença de aparecimento recente, não havendo conhecimento específico sobre o assunto para a elaboração de protocolos assistenciais. Em decorrência disso, várias orientações derivam da analogia com infecções causadas por outros vírus (SARS-CoV, MERS-CoV e H1N1) e tudo que existir de evidências hoje estará sujeito a modificações a partir da geração de novos conhecimentos. As infecções causadas por esses vírus foram limitadas regionalmente, mas os poucos casos obstétricos observados (publicados) apontam a necessidade imperiosa de suporte avançado de vida para essas gestantes e prognósticos materno e gestacional severamente comprometidos.^(9,19,20) Todos realçam a importância dos cuidados com a dispersão do vírus. Para a COVID-19, é necessário aguardar a publicação de mais resultados que permitam a elaboração específica de protocolos assistenciais. No momento, as orientações possíveis fundamentam-se no controle da dispersão do SARS-CoV-2.

Na realidade, a maior experiência com essas graves infecções respiratórias de etiologia viral no ciclo gravídico e puerperal foi obtida com o manejo da infecção causada pelo H1N1.⁽¹⁴⁾ Sobre esse grupo específico, a literatura oferece vasto suporte, apontando a gravidade da infecção. A grande diferença é que a eficácia do tratamento antiviral e da vacina reduziu consideravelmente os desfechos obstétricos desfavoráveis em todo o planeta. Até o momento, o cuidado pré-natal e obstétrico projetado para a eventualidade de termos casos da COVID-19 no país será baseado no conhecimento referente ao H1N1, considerando-se, claro, as suas diferenças.

Até o momento existem três casuísticas publicadas sobre os aspectos obstétricos e perinatais da COVID-19. A primeira publicação informa retrospectivamente sobre a evolução materna e perinatal de nove gestantes infectadas

pelo SARS-CoV-2 que tiveram suas gestações resolvidas em Wuhan-China. Notou-se que as manifestações clínicas nessas gestantes não foram graves e o prognóstico materno foi considerado bom. Todas as pacientes não apresentavam outras doenças previamente à gravidez, mas referiam história clara de exposição a pessoas com a infecção. A idade variou de 27 a 40 anos, e a idade gestacional variou de 36 a 38 semanas. Além de febre e pneumonia – alterações que todas as pacientes apresentaram –, foram observadas complicações como pré-eclâmpsia e alteração de função hepática (um caso cada). Sobre os resultados perinatais, merece destaque que não houve nenhuma morte fetal, morte neonatal ou asfixia neonatal. Quatro pacientes tiveram trabalho de parto pré-termo, mas além de 36 semanas gestacionais. Dois dos quatro recém-nascidos pré-termo tiveram peso ao nascer menor que 2.500 g, um deles filho da mãe que apresentou pré-eclâmpsia. Todos os nove neonatos tiveram índices de Apgar de 1º minuto acima de 8 e Apgar de 5º minuto acima de 9. Não foi detectado nenhum caso de transmissão vertical do vírus.⁽²¹⁾

A segunda casuística, também da China, relata o prognóstico neonatal de 10 crianças nascidas de nove mulheres (um gemelar). O início dos sintomas ocorreu antes do parto em quatro casos e em duas os sintomas surgiram no dia do parto. Em três delas, o quadro clínico manifestou-se após o parto. Em sete delas, o parto foi por cesárea, nenhum aparentemente em decorrência da COVID-19. O prognóstico materno foi considerado bom, com recuperação de todas elas. Já o prognóstico perinatal não foi tão bom, apesar de não haver nenhuma criança com índice de Apgar de 5º minuto menor que 8. A taxa de nascimentos pré-termo foi elevada e houve morte de um dos neonatos, que nasceu pré-termo e complicou com hemorragia digestiva. O exame de biologia molecular não confirmou a presença do SARS-CoV-2 em nenhum deles. Os autores fazem a ressalva de que nessa casuística não houve transmissão vertical, mas o pequeno número de casos não permite essa conclusão de forma imperativa.⁽²²⁾

Na terceira casuística, foram avaliadas retrospectivamente 13 gestantes chinesas (hospitais fora de Wuhan-China). Três delas (23%) foram internadas com a COVID-19 durante a gravidez, mas tiveram alta em boas condições. Para essas, a avaliação foi apenas gestacional. As outras 10 gestantes (77%) foram avaliadas considerando o prognóstico materno, fetal e pós-natal. Todas as gestações foram resolvidas por cesariana, sendo cinco delas em situação de urgência devido a complicações na gravidez. Entre essas cinco complicações que levaram à cesárea, três foram por sofrimento fetal agudo, um caso de ruptura prematura das membranas e um natimorto (sem especificar a causa). Seis pacientes (46%) tiveram trabalho de parto pré-termo entre 32 e 36 semanas de gestação. Uma gestante apresentou complicações respiratórias e renais, tendo sido necessários cuidados intensivos por tempo prolongado. Quando esta publicação foi concluída, essa paciente ainda estava em respiração extracorpórea (*extracorporeal membrane oxygenation* – ECMO). Como visto, nessa casuística o prognóstico materno e perinatal foi bastante comprometido.⁽²³⁾

Até o momento, somando todos os casos computados nas publicações sobre prognóstico materno, fetal e neonatal, o número de gestantes avaliadas (casuísticas e descrição isolada de casos) não ultrapassa 38 casos, um número ainda baixo para o estabelecimento de protocolos rígidos.⁽²⁴⁾ Até o momento não foi confirmado nenhum caso de transmissão vertical do SARS-CoV-2.⁽²⁵⁾

CUIDADOS

Para o atendimento pré-natal de gestantes sem risco epidemiológico ou clínico para a infecção COVID-19, os cuidados serão aqueles usuais com a higienização das mãos. No entanto, para o atendimento de gestante classificada como “caso suspeito”, ela deverá utilizar máscara de proteção e o profissional deverá utilizar luvas, óculos e avental. O uso de máscara pela equipe de atendimento neste momento não é indicado pelo MS, mas ainda existe muita inconsistência nas informações sobre esse assunto. No entanto, não existem dúvidas sobre o seu uso ao se realizar algum tipo de procedimento. Conforme as orientações dos planos de contenção da infecção nos hospitais, esses casos deverão ser hospitalizados até a definição diagnóstica, que será baseada na reação de RT-PCR no material obtido por *swab* (nasal, orofaringe) ou lavado nasal, traqueal ou broncoalveolar. É importante lembrar-se de que nesses casos a pesquisa diagnóstica deve considerar o H1N1 como um dos principais diagnósticos diferenciais, ao lado das pneumonias bacterianas típicas e atípicas.⁽¹⁴⁾

Mulheres grávidas com suspeita ou confirmação de infecção pelo COVID-19 devem ser tratadas com terapias de suporte, de acordo com o grau de comprometimento sistêmico, lembrando-se da inexistência de terapia antiviral específica ou de imunoterapia passiva ou ativa. Segundo orientações da WHO, como as manifestações clínicas da infecção COVID-19 são parecidas tanto com a pneumonia causada pelo H1N1 quanto por bactérias atípicas, em alguns casos a opção pelo tratamento empírico dessas afecções torna-se necessária, pelo menos até que o diagnóstico diferencial seja possível e seguro.⁽¹⁴⁾

Como orientação adicional às gestantes, evocam-se as orientações que já são oferecidas habitualmente para a profilaxia da infecção pelo H1N1, em uma “intensidade” que não cause preocupação infundada, mas assertiva o suficiente para ser incorporada pela gestante. Entre essas orientações, salienta-se evitar aglomerações, contato com pessoas febris e contato com pessoas apresentando manifestações de infecção respiratória. Deve-se considerar que realizar a higienização das mãos e evitar contato das mãos com boca, nariz ou olhos são as medidas mais efetivas contra a disseminação dessas duas infecções.^(17,18) Sabe-se que são as informações são importantes e falam de estratégias simples, mas difíceis de serem efetivadas na prática.

Até o momento não há nenhuma informação sobre o potencial do SARS-CoV-2 de causar algum tipo de malformação. Com o tempo, será possível assumir informações desse tipo com segurança. Sobre a amamentação natural para as puérperas infectadas pelo SARS-CoV-2, a opinião

mais prevalente indica sua liberação para essas mães. Segundo a WHO, essas puérperas devem manter a amamentação utilizando máscaras de proteção e higienização prévia das mãos. A justificativa baseia-se nos benefícios da amamentação e no papel insignificante do leite materno na transmissão de outros vírus respiratórios.⁽¹⁴⁾ Outros protocolos de entidades representativas, como o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG)⁽²⁶⁾ e o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG),⁽²⁷⁾ também concordam com a indicação de manter a amamentação observando os cuidados já referidos.

De forma mais estrita, o protocolo chinês contraindica a amamentação e o contato da mãe como o recém-nascido. Segundo suas orientações, deve-se liberar o aleitamento natural só em casos em que a RT-PCR não detecte o SARS-CoV-2 em amostra do leite.⁽²⁸⁾ A orientação do CDC americano é mais prática e inclui o desejo da puérpera nessa discussão, considerando sua vontade e sua capacidade de seguir todas as orientações de higienização e uso de máscara. Para puérperas com a saúde mais comprometida e sem condições de amamentar, eles indicam a ordenha mecânica e a oferta do leite da própria mãe ao recém-nascido.⁽²⁹⁾

Até que dados adicionais sobre o aleitamento natural estejam disponíveis, as mães que pretendem amamentar e estão suficientemente bem, tomando-se os cuidados higiênicos não seria um impeditivo para a amamentação. Na fase aguda da doença, se a mãe quiser amamentar, mas a equipe sentir-se insegura de liberar o contato direto, o leite pode ser ordenhado e ofertado ao neonato. Com pacientes em boas condições de saúde, isso seria perfeitamente adequado, e as puérperas deveriam ser incentivadas a fazê-lo, claro, seguindo os cuidados higiênicos e o uso da máscara materna.⁽²⁵⁾

Para o atendimento obstétrico de gestantes com diagnóstico da COVID-19, pouco se sabe sobre a melhor via de parto, considerando o que seria melhor para a mãe e para o feto. Por analogia com mulheres infectadas pelo H1N1, SARS-CoV ou MERS-CoV, parturientes em boas condições gerais, sem restrição respiratória e elevada taxa de oxigenação, bem como o feto, podem se beneficiar do parto vaginal. No entanto, com restrição respiratória, a interrupção da gravidez por cesárea, a despeito do risco anestésico, seria a melhor opção. Nesse caso, a anestesia seria outro desafio. Acredita-se que a epidemia atualmente presente na China poderá trazer alguma contribuição nesse sentido.

As decisões sobre o parto de emergência e a interrupção da gravidez são desafiadoras e baseadas em muitos fatores: idade gestacional, idade materna, condição e estabilidade fetal. Consultas com especialistas em obstetria, neonatal e terapia intensiva (dependendo da condição da mãe) são essenciais.⁽¹⁴⁾

PERSPECTIVA

A comprovação de que o complexo SARS-CoV-2/proteína S ativada (superfície viral) usa com muita eficiência o receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) para entrar nas células do sistema respiratório dá subsí-

dios para entender a disseminação rápida do SARS-CoV-2 entre humanos (confirma a via aérea como via de entrada) e a gravidade dos casos, visto que a concentração desses receptores é elevada nos pulmões.^(30,31) Saber desse mecanismo da infecção é fundamental para indicar alvos alternativos de terapia, seja inibindo farmacologicamente os receptores ACE1/ACE2 ou mesmo inativando a proteína S com anticorpos monoclonais.⁽³²⁾

Considerando a vacina para o enfrentamento da pandemia pelo SARS-CoV-2, ela está um pouco distante para a emergência que vivemos neste momento. Parece ser uma alternativa factível para o futuro, mas o mundo não dispõe do tempo que essa estratégia demanda para ser efetivada.

Reiteramos o caráter transitório das informações aqui divulgadas. Alguns dos sites aqui referenciados apresentam atualização diária globalizando as informações de forma extremamente efetiva. Deixamos aqui expresso o compromisso e a disposição de atualizar este texto nas plataformas em que for publicado de forma digital ou mesmo em edição futura da *Femina*. Isso parece ser necessário pelo menos até que as pesquisas possam achar o caminho efetivo da profilaxia e/ou da cura da infecção pelo SARS-CoV-2.

REFERÊNCIAS

- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: the species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv preprint*. 2020 Jan 11. doi: 10.1101/2020.02.07.937862
- World Health Organization [Internet]. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report – 22. 2020 Feb 11 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2
- Coronavirus (COVID-19) mortality rate [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-death-rate/>
- World Health Organization [Internet]. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report – 10. 2020 Jan 30 [cited 2020 Feb 2]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde [Internet]. Novo coronavírus: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. 2020 [citado 2020 Fev 26]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/novo-coronavirus-o-que-e-causas-sintomas-tratamento-diagnostico-e-prevencao/>
- Ministério da Saúde [Internet]. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Fev 18]. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
- Zhong NS, Zheng BJ, Li YM, Poon LLM, Xie ZH, Chan KH, et al. Epidemiology and cause of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *Lancet*. 2003;362(9393):1353-8. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14630-2
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: Severe respiratory illness associated with Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) worldwide, 2012-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013;62(23):480-3.
- Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395(10224):565-74. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 Jan 29. doi: 10.1056/NEJMoa2001316. [Epub ahead of print].
- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Symp-toms. 2020 [cited 2020 Feb 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/symptoms.html>
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel corona-virus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance. Geneva: WHO; 2020. (WHO/nCoV/Clinical/2020.2).
- World Health Organization. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: interim guidance. Geneva: WHO; 2020. (WHO/nCoV/2020).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Corona-virus Testing—United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52(14):297-302.
- Ministério da Saúde. Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). *Bol Epidemiol COE* [Internet]. 2020 [citado 2020 Fev 24];(02):1-23. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/BE-COE-Coronavirus-n020702.pdf>
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648. [Epub ahead of print].
- Alserahi H, Wali G, Alshukairi A, Alraddadi B. Impact of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. *BMC Infect Dis*. 2016;16:105. doi: 10.1186/s12879-016-1437-y
- Assiri A, Abedi GR, Al Masri M, Bin Saeed A, Gerber SI, Watson JT. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection during pregnancy: a report of 5 cases from Saudi Arabia. *Clin Infect Dis*. 2016;63(7):951-3. doi: 10.1093/cid/ciw412
- Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;395(10226):809-15. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3
- Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9(1):51-60. doi: 10.21037/tp.2020.02.06
- Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect*. 2020. pii:S0163-4453(20)30109-2. doi: 10.1016/j.jinf.2020.02.028. [Epub ahead of print].
- Schwartz DA. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med*. 2020. doi:10.5858/arpa.2020-0901-SA. [Epub ahead of print].
- Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Feb 24. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.017. [Epub ahead of print].
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy: in-formation for healthcare professionals [Internet]. Version 3. 2020 [cited 2020 Feb 03]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v3-20-03-18.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practical advisory. 2019 [cited 2020 Mar 03]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>
- Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, Mu D, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). *Ann Transl Med*. 2020;8(3):47-55. doi: 10.21037/atm.2020.02.20
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Interim considerations for infection prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in inpatient obstetric healthcare settings. 2020 [cited 2020 Feb 18]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
- Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease. *Cell*. 2020;S0092-8674(20):30229-4. doi: 10.1016/j.cell.2020.02.052
- Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. *Cell*. 2020;S0092-8674(20):30262-2. doi: 10.1016/j.cell.2020.02.058
- Gurwitz D. Angiotensin receptor blockers as tentative SARS-CoV-2 therapeutics. *Drug Dev Res*. 2020 Mar 4. doi: 10.1002/ddr.21656. [Epub ahead of print].

**INFORME DA FEDERAÇÃO
BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

O Informe Febrasgo tem como objetivo atualizar orientações sobre assuntos relacionados a Ginecologia e Obstetrícia, conforme órgãos, autoridades e/ou instituições emitirem recomendações ou atualizações científicas sobre temas relevantes para a especialidade.

Avaliação e tratamento ambulatorial de mulheres grávidas com suspeita ou confirmação do novo coronavírus (COVID-19)

Ao contrário da gripe e de outras doenças respiratórias, e com base no número limitado de casos confirmados de COVID-19, mulheres grávidas aparentemente não têm risco aumentado de doença grave. No entanto, pela falta de dados e experiência com outros coronavírus como SARS-CoV e MERS-CoV, a urgência na avaliação e tratamento de mulheres grávidas está garantida.

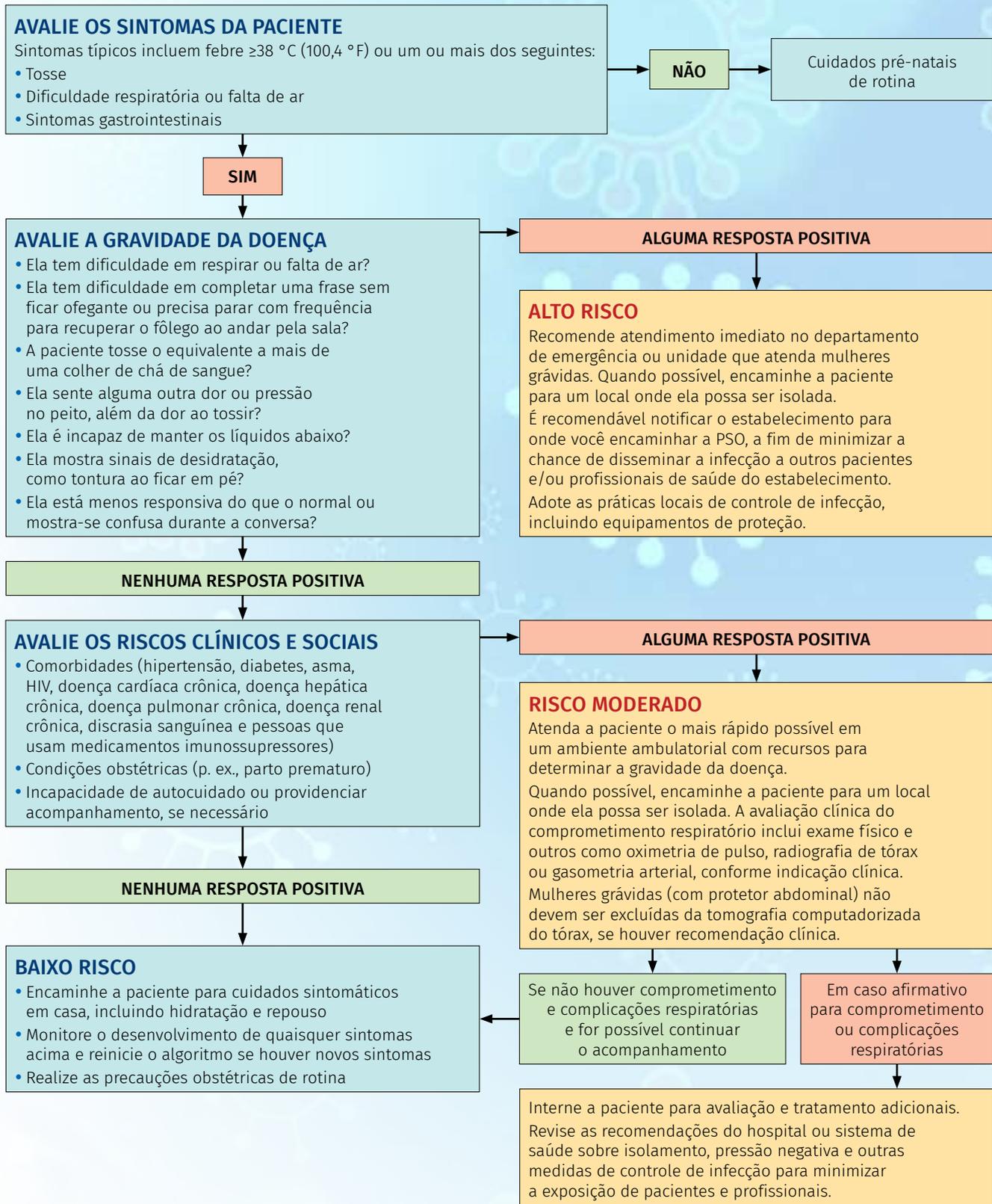
Esse algoritmo foi desenvolvido para auxiliar os médicos na avaliação e tratamento imediato de mulheres grávidas com exposição conhecida e/ou com sintomas consistentes com o COVID-19 (pessoas sob observação [PSO]). Caso os vírus da gripe ainda estejam em circulação, ela pode ser uma causa de sintomas respiratórios e os profissionais são encorajados a usar o algoritmo da gripe *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)/Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM)* para avaliar a necessidade de tratamento ou profilaxia dessa doença.

O COVID-19 é uma situação em rápida evolução e esta orientação pode ficar desatualizada conforme novas informações sobre o COVID-19 em mulheres grávidas sejam disponibilizadas pela Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Acesse: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

As informações deste algoritmo foram concebidas como um recurso educacional para auxiliar médicos na provisão de cuidados obstétricos e ginecológicos,

e seu uso é voluntário. Elas não devem ser consideradas como inclusivas de todos os tratamentos ou métodos de cuidado ou como norma de tratamento. Não devem substituir a avaliação independente do profissional responsável. Na prática, pode haver variações dependendo do julgamento do profissional responsável, se determinado curso de ação for indicado pela condição da paciente, limitações dos recursos disponíveis ou avanços no conhecimento ou na tecnologia. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas revisa suas publicações regularmente, mas elas podem não refletir as evidências mais recentes. Qualquer atualização deste documento pode ser encontrada em www.acog.org ou contatando o ACOG Resource Center.

Apesar de todos os esforços da ACOG para apresentar informações precisas e confiáveis, este material é fornecido “em seu estado atual”, sem garantia de precisão, confiabilidade ou qualquer outra forma, expressa ou implícita. A ACOG não garante ou endossa os produtos ou serviços de qualquer empresa, organização ou indivíduo. Nem a ACOG, nem seus executivos, diretores, membros, funcionários ou agentes serão responsáveis por qualquer perda, dano ou reivindicação com relação a quaisquer responsabilidades, incluindo danos diretos, especiais, indiretos ou consequentes, incorridos em conexão com esta publicação ou confiança nas informações apresentadas.



Profissionais de saúde devem notificar imediatamente seu departamento de saúde local ou estadual no caso de uma PSO para COVID-19 e contatar seu departamento de saúde local e/ou estadual para obter recomendações sobre o teste de PSOs para COVID-19.

Abreviações: CCD: Coordenadoria de Controle de Doenças; HIV: do inglês, vírus da imunodeficiência humana; PSO: pessoa sob observação. **Fonte:** <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/clinical-guidance/practice-advisory/covid-19-algorithm.pdf>. Acessado em 19 de março de 2020. **Copyright Março 2020.** Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas.

Nótula complementar sobre COVID-19 e aleitamento materno

Corintio Mariani Neto¹
(Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno)

1. Hospital Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

Em complementação à extensa revisão publicada pelas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo em Assistência Pré-Natal e Doenças Infectocontagiosas,⁽¹⁾ a CNE em Aleitamento Materno vem relatar esta breve nota específica sobre amamentação.

Até o momento desta publicação, o único estudo clínico disponível sobre transmissão vertical do novo coronavírus afirma que, de nove pacientes com pneumonia causada pelo COVID-19, em seis foi pesquisada a presença do vírus no líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, leite materno e *swab* da orofaringe do recém-nascido. **Todas as amostras se mostraram negativas.**⁽²⁾

Apesar de tratar-se de análise retrospectiva de prontuários e da pequena amostra, essa é a informação científica disponível por ora. Desse modo, não há documentação de transmissão vertical durante a gestação, nem no período neonatal, pela amamentação.

Opinião emitida num consenso de especialistas chineses é contrária à evidência disponível, ao afirmar que, em tese, a possibilidade de transmissão vertical do COVID-19 não pode ser descartada, por isso deve ser contraindicada a amamentação, mesmo em casos apenas suspeitos.⁽³⁾ Eles afirmam que o vírus deve ser pesquisado no leite de mães suspeitas ou diagnosticadas e, só se o resultado for negativo, os bebês podem ser alimentados com leite materno. E, ainda, descrevem que o leite humano de doadoras híginas também deve ser triado quanto à presença do COVID-19, pois afirmam que

o vírus pode ser excretado no leite durante possível período de incubação da doença. Entretanto, não relatam caso algum de transmissão vertical do novo coronavírus.

Duas revisões sobre o assunto – uma do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) norte-americano e outra do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), de Londres – enfatizam que, uma vez que a mãe seja esclarecida e esteja de acordo, pode ser praticado o aleitamento materno com as precauções necessárias: uso de máscara pela lactante e lavagem de mãos antes das mamadas.^(4,5) Portanto, salvo alguma intercorrência que exija a separação do binômio, como, por exemplo, o agravamento das condições de saúde maternas, é perfeitamente possível que mãe e filho permaneçam em sistema de alojamento conjunto até a alta hospitalar.

Nas duas publicações, é destacado o fato de que, de acordo com os conhecimentos atuais, os benefícios da amamentação superam quaisquer riscos potenciais de transmissão do vírus pelo leite materno. Assim, as mulheres portadoras do COVID-19 que desejam amamentar devem ser estimuladas a fazê-lo, tomando as seguintes precauções para evitar a disseminação viral para o recém-nascido:

- Lavar as mãos antes de tocar no bebê, em bomba extratora de leite ou, mesmo, em mamadeira;
- Usar máscara facial durante as mamadas;
- Seguir rigorosamente as recomendações para limpeza das ordenhadeiras após cada uso;
- Considerar a possibilidade de solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno ordenhado ao bebê.

REFERÊNCIAS

1. Duarte G, Quintana SM; Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo em Assistência Pré-Natal e Doenças Infectocontagiosas. Infecção pelo Coronavírus SARS-CoV-2 em obstetria. Enfrentando o desconhecido! [Internet]. 2020 [citado 2020 Mar 10]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/940-infeccao-pelo-coronavirus-sars-cov-2-em-obstetria-enfrentando-o-desconhecido>
2. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;395(10226):809-15. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3
3. Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, Mu D, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). *Ann Transl Med*. 2020;8(3):47-55. doi: 10.21037/atm.2020.02.20
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Interim considerations for infection prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in inpatient obstetric healthcare settings. 2020 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy: information for healthcare professionals. Version 1 [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/coronavirus-covid-19-virus-infection-in-pregnancy-2020-03-09.pdf>

A Febrasgo no Congresso Mundial da AMEE

(Association for Medical Education in Europe)

A Associação para Educação Médica na Europa (AMEE) é uma organização mundial com membros em 90 países nos cinco continentes. Os membros incluem professores, educadores, pesquisadores, administradores, desenvolvedores de currículo, reitores, avaliadores, estudantes e estagiários em Medicina e nas profissões de saúde.

A AMEE promove excelência internacional em educação em saúde em todo o *continuum* da graduação, residência médica e educação continuada. Trabalhando em parceria com outras organizações, a AMEE apoia professores e instituições em suas atividades educacionais e no desenvolvimento de novas abordagens para o planejamento curricular, métodos de ensino e aprendizagem, técnicas de avaliação e gestão educacional, em resposta aos avanços da medicina, mudanças na prestação de cuidados de saúde, demandas dos pacientes e novas técnicas e inovações educacionais.

A conferência anual da AMEE foi consagrada como evento principal para todos os envolvidos na educação das profissões médicas e de saúde, incluindo professores, educadores, pesquisadores, administradores e estudantes. A conferência oferece uma oportunidade de interagir com outras pessoas com interesses semelhantes, ouvir e discutir as opiniões de especialistas reconhecidos, participar de oficinas e cursos e apresentar seu próprio trabalho. Recentemente houve um aumento considerável no interesse por esse encontro, que tem atraído anualmente mais de 3.200 participantes de todo o mundo.

Em 2020, a conferência anual da AMEE será realizada entre os dias 4 e 9 de setembro, em Glasgow, na Escócia, e pela primeira vez os trabalhos desenvolvidos pela

Comissão de Residência Médica da Febrasgo serão apresentados em um simpósio com transmissão ao vivo para todos os participantes desse evento.

No Simpósio 8b *“Embracing PG training diversity: lessons from Obstetrics and Gynaecology”*, que ocorrerá no dia 8 de setembro de 2020, das 14h às 15h30, serão apresentados e discutidos as peculiaridades, as diversidades e os desafios dos programas de residência médica em todo o mundo, com ênfase na área de Ginecologia e Obstetrícia. O modelo brasileiro de residência médica e as iniciativas da Febrasgo serão apresentados pelo Prof. Dr. Gustavo Salata Romão, atual presidente da Comissão de Residência Médica da Febrasgo.

Esse encontro certamente será uma grande oportunidade a todos os envolvidos com o ensino médico na graduação e residência para atualização e trocas de experiências em nível internacional.

O site do congresso pode ser acessado pelo link:

<https://amee.org/Conferences/AMEE-2020>

A programação do congresso, incluindo o simpósio acima descrito, pode ser acessada pelo link:

<https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-2020/Programme/AMEE-2020-Provisional-Programme.pdf>



Feedback

Técnicas e importância na residência em GO

Sheyla Ribeiro Rocha¹, Raquel Autran Coelho²,
Gustavo Salata Romão³, Marcos Felipe Silva de Sá⁴



1. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
3. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
4. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar?

Rocha SR, Coelho RA, Romão GS, Sá MF. Feedback - Técnicas e importância na residência em GO. FEMINA. 2020;48(3):160-4.

Autor correspondente

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

O *feedback* é reconhecido há bastante tempo como um dos principais fatores que possibilitam uma aprendizagem efetiva nas profissões da saúde.⁽¹⁾ Ele tem sido objeto de várias pesquisas e recomendações visando garantir que essa prática seja implementada adequadamente nos cursos de graduação e residência médica.⁽²⁾

O conceito de *feedback* surge por volta de 1940 no contexto da engenharia de foguetes e desde então vem sendo aplicado a várias áreas do conhecimento. Classicamente, o termo *feedback* significa o controle de um sistema a partir da reinserção dos resultados dentro desse mesmo sistema. Se esses resultados são utilizados apenas como dados numéricos para regular o processo, temos o *feedback* no contexto da engenharia. Mas se as informações obtidas a partir do desempenho são processadas e utilizadas para modificar o método utilizado e o padrão de desempenho, temos um processo que promove o aprendizado.⁽¹⁾

O entendimento de que o *feedback* é importante na formação médica remonta à Grécia antiga. Há relatos de

Platão e outros estudiosos gregos antigos descrevendo a importância da supervisão e do *feedback*.⁽²⁾ Nos dias atuais, o conceito de *feedback* como ferramenta para promover o aprendizado vem sendo incorporado à educação médica em todo o mundo. Órgãos reguladores da formação, como o Conselho de Acreditação para os Cursos de Residência Médica nos Estados Unidos (*Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME*) e o Colégio de Médicos e Cirurgiões do Canadá, determinaram que o *feedback* seja incorporado à rotina dos programas de residência como uma modalidade de avaliação formativa.⁽²⁾

No contexto clínico, define-se *feedback* como uma avaliação construtiva e objetiva do desempenho do estudante com o objetivo de melhorar suas habilidades.^(1,3) Uma de suas funções é regular o processo de ensino-aprendizagem, fornecendo informações para que o estudante perceba o quão distante, ou próximo, está dos objetivos almejados. Essas informações são valiosas na medida em que fornecem um estímulo para a mudança de comportamento e aquisição de novas competências.^(1,3)

A importância do *feedback* para a aquisição de competências decorre da própria natureza do processo de formação dos médicos, que é baseado na prática profissional. A competência clínica, entendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, é mais facilmente demonstrada do que descrita. Consequentemente, mais eficientemente avaliada pela observação direta do desempenho do que por um teste escrito. Na prática clínica, pode-se dizer que o *feedback* efetivo ocorre quando o preceptor observa o residente realizando um atendimento/procedimento e depois transmite suas impressões de uma maneira que seja útil para o desempenho futuro do profissional.⁽¹⁾ Dessa forma, o *feedback* tem sido considerado um componente vital durante a residência.⁽²⁾

A formação de um médico deve ser entendida como um processo que precisa ser avaliado continuamente para garantir a aquisição das competências necessárias ao adequado exercício profissional. As avaliações realizadas durante o processo de formação visam verificar se a competência foi alcançada (avaliação somativa) ou monitorar o aprendizado e identificar lacunas nesse processo (avaliação formativa). No contexto da formação por competência, os métodos de avaliação formativa se apresentam como estratégias mais abrangentes e menos pontuais que os métodos tradicionais, contribuindo para a formação de profissionais mais autônomos e reflexivos.⁽⁴⁾

No contexto avaliativo, o *feedback* é apontado como um dos componentes principais da avaliação formativa. No entanto, ele deve considerar a individualização no processo de aprendizagem, favorecendo a autoestima do aprendiz. Deve ser encarado como um processo dinâmico de interação entre o preceptor e o residente, que permite a criação de um ambiente propício à discussão de ideias e ao aprimoramento de habilidades. Embora essa estratégia seja essencial ao processo de formação, para que ocorra aprendizagem efetiva, é necessário que o *feedback* desenvolva no aprendiz a capacidade de autoavaliação e autorregulação do próprio aprendizado.^(1,5,6) Uma devolutiva de má qualidade poderá causar prejuízos à formação do residente, além de estimular o comportamento defensivo e o desinteresse por esse tipo de avaliação.⁽⁷⁾

PRINCÍPIOS GERAIS PARA PROVER FEEDBACK EFETIVO

Para prover *feedback* efetivo, o preceptor deve apresentar empatia com o aluno e conhecimento sobre as técnicas de *feedback* e sobre o procedimento que será observado. O conteúdo do *feedback* deverá ser estruturado a partir de um padrão de desempenho esperado.⁽⁸⁾ Por isso, esse padrão deve ser previamente definido a partir das competências a serem adquiridas em um determinado estágio ou cenário educacional. Esse referencial deverá nortear todas as práticas de ensino, avaliações e *feedback*.⁽⁴⁾ Para garantir a efetividade do *feedback*, devem-se seguir alguns princípios gerais:^(3,4,9)

- **Ambiente acolhedor e privativo:** o momento do *feedback* deve ser pactuado entre o residente e o preceptor. Recomenda-se que ocorra em um local privativo como um consultório ou sala. Isso propicia ao residente um ambiente mais acolhedor para manifestar dúvidas e fraquezas;
- **Assertividade:** a comunicação deve ser respeitosa, clara, objetiva e direta. O preceptor deve evitar afirmações ambíguas que possam ofuscar a mensagem principal;
- **Respeito:** as regras devem ser pactuadas entre os envolvidos, buscando entender e respeitar a opinião dos envolvidos;

- **Ser descritivo e específico:** o preceptor deve restringir-se ao que foi observado naquela situação, evitando julgamentos e comentários dirigidos à personalidade do residente. Devem-se indicar claramente os comportamentos nos quais o aluno está tendo bom desempenho e aqueles nos quais o aluno pode melhorar. Devem-se evitar frases prontas e sem conteúdo formativo, como “*Você foi muito bom*”, preferindo comentários como, por exemplo: “*A forma com que você conduziu a anamnese foi apropriada para este caso*”. Deve-se usar linguagem descritiva e sem juízos de valor para que o estudante entenda que o objetivo do encontro é ajudá-lo a melhorar o seu desempenho;
- **Ser oportuno:** o ideal é que o *feedback* aconteça o mais próximo possível do atendimento, evitando que detalhes importantes da observação sejam perdidos;
- **Começar solicitando uma autoavaliação:** deve-se deixar sempre o residente falar primeiro; essa é uma excelente estratégia para avaliar a capacidade de autorreflexão e para identificar seus pontos fracos;
- **Evite grande volume de feedback negativo de uma só vez:** quando existem vários pontos negativos, recomenda-se focar no ponto mais importante a ser corrigido. Uma recomendação é focar naquele que seja mais fácil de ser corrigido e remediado durante aquela sessão.

A validade do processo de *feedback* inicia-se na qualidade das observações feitas. O observador deve estar comprometido com o processo, com o aluno e com a instituição. A preparação dos preceptores é essencial.^(10,11) Dar *feedback* exige habilidade, compreensão do processo e criação de um ambiente propício e de uma relação de confiança.⁽¹²⁾ Ele deve focar, além de competências, as atitudes e outras dimensões do profissionalismo, repetindo-se em diferentes momentos do treinamento.^(13,14) No quadro 1, apresentamos algumas dicas para a realização de um *feedback* bem-sucedido.

TÉCNICAS DE FEEDBACK

O objetivo principal de uma sessão de *feedback* é ajudar o residente a melhorar seu desempenho clínico e auxiliar no seu crescimento profissional. Para que o residente possa aprender a partir do *feedback*, este deve ser fornecido de forma construtiva e positiva. O *feedback* deve levar o residente a refletir criticamente sobre o seu desempenho e elaborar um plano de melhoria da sua prática.^(5,13) Há boas estratégias descritas para a sua realização.^(7,15)

A estratégia mais utilizada foi descrita por Pendleton em 1984.⁽¹⁶⁾ O autor definiu regras para prover *feedback* que ficaram conhecidas como “Regras de Pendleton”. Os principais pontos são: 1) Peça ao residente para comen-

Quadro 1. Dicas para um *feedback* bem-sucedido

O que fazer	O que não fazer
Peça ao aluno que faça um resumo do caso antes de iniciar o <i>feedback</i> , visando checar a sua compreensão sobre o atendimento realizado.	Não presuma que o residente compreendeu tudo o que aconteceu durante o atendimento.
Seja direto e construtivo.	Evite julgamento depreciativo.
Seja específico.	Evite generalizações.
Seja oportuno, realizando a devolutiva o mais próximo possível do atendimento.	Evite adiar a devolutiva para dias ou semanas após o atendimento observado.
Baseie-se em suas próprias observações.	Evite fundamentar-se em observações feitas por outras pessoas.
Foque em comportamentos modificáveis.	Não foque na personalidade do residente.
Concentre-se nas decisões e ações realizadas pelo residente durante o atendimento observado.	Evite fazer suposições a partir das ações do residente ou a interpretar demais a situação.
Limite a quantidade de devolutiva.	Evite uma lista muito longa de comentários.
Seja um aliado do residente em seu aprendizado.	Evite postura que possa ser interpretada como a de um adversário.
Defina os planos de ação e acompanhamento para as lacunas de desempenho identificadas durante a observação e a devolutiva.	Não presuma que mudanças de comportamento do residente ocorrerão sem o acompanhamento do preceptor.
Documente o <i>feedback</i> .	Não confie na sua memória.

Fonte: Adaptado de Bienstock JL, Katz NT, Cox SM, Hueppchen N, Erickson S, Puscheck EE, et al. To the point: medical education reviews – providing feedback. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):508-13.⁽³⁾

tar o que ele fez bem durante a avaliação ou discussão e por que ele chegou a essa conclusão; 2) Peça ao residente para comentar o que ele não fez tão bem e como poderia ter feito diferente; 3) Discuta o que poderia ter sido feito diferente e qual a melhor maneira de executar aquela tarefa.⁽¹⁶⁾

Outra boa estratégia é a utilização da “técnica do sanduíche”, na qual o *feedback* sobre comportamentos inadequados é fornecido entre duas ações ou comportamentos positivos. Essa estratégia é particularmente útil para os residentes considerados mais resistentes ou quando se observam muitas ações inadequadas ou comportamentos indesejáveis.⁽¹⁷⁾

Independentemente da técnica utilizada, a estrutura de um encontro de *feedback* inclui quatro componentes: (1) a autoavaliação do residente, (2) a avaliação do preceptor, (3) o plano de ação e (4) o resumo do encontro. Cada um deles é descrito abaixo em mais detalhes no quadro 2.

IMPACTO DO FEEDBACK NA APRENDIZAGEM

Existem várias evidências de que o *feedback* é efetivo em melhorar o aprendizado do residente, resultando em melhor desenvolvimento profissional. No entanto, o real impacto dessa metodologia é de difícil mensuração, principalmente devido a inúmeras variações que podem ocorrer dentro do contexto onde ele é aplicado. Estudos mostram que a utilização do *feedback* pode melhorar o desempenho na execução do exame físico e nas habilidades clínicas de forma geral.^(5,8,13,18-20)

Pelo olhar dos residentes e estudantes de Medicina, o *feedback* tem sido considerado uma importante ferramenta de aprendizagem, e os professores e preceptores que sabem fornecê-lo de maneira eficaz têm sido valorizados. Também reconhecem que o *feedback* proporciona uma melhora no aprendizado.⁽²¹⁾ Num estudo com 3 mil alunos de último ano de Medicina e residentes, 95% deles consideraram que fornecer e receber *feedback* de forma eficaz é a segunda mais importante dentre 36 habilidades docentes, sendo ultrapassada apenas pela capacidade de estar aberto a perguntas.⁽²²⁾

Tanto estudantes e residentes quanto professores e preceptores reconhecem o valor do *feedback*. Estudantes e residentes usualmente se queixam de não receber devolutiva com frequência e sugerem que ela deveria ser realizada COM eles e não PARA eles.⁽²³⁾ A aliança educacional consiste, portanto, em três aspectos essenciais: senso compartilhado dos objetivos de aprendizagem, atividades compartilhadas e o vínculo de interesse mútuo.⁽²⁾

FEEDBACK NA RESIDÊNCIA MÉDICA

O uso do processo de *feedback* emerge como um componente essencial no desenvolvimento da prática reflexiva e da construção do profissionalismo. Para sua implementação bem-sucedida e eficaz, todos os envolvidos devem compreender o processo de *feedback* e aceitá-lo como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, uma ferramenta de desenvolvimento de carreira.⁽⁹⁾

Estudo recente avaliou percepções de preceptores quanto ao ensino de residentes de Ginecologia e Obstetrícia (GO) baseado em competências no Canadá.

Quadro 2. Preparando um encontro de *feedback*

	Etapas	Sugestões de frases a serem usadas
Pactuação	Informe ao residente que ele irá receber <i>feedback</i> após o atendimento.	“Após o atendimento, podemos nos reunir para que eu possa lhe dar o <i>feedback</i> sobre o atendimento que você irá realizar?”
	Oriente sobre o objetivo do <i>feedback</i> .	O <i>feedback</i> terá foco ...“nas suas habilidades para exame físico”, “na sua técnica operatória”, “na entrevista clínica” etc. “Essa é uma avaliação formativa e tem o objetivo de ajudá-lo a melhorar o seu desempenho.”
Feedback	Incentive o residente a se autoavaliar. Dê tempo suficiente para reflexão entre uma pergunta e outra.	“Como você acha que foi o seu desempenho?”, “O que você fez bem?”, “O que você poderia melhorar?”
	Após a autoavaliação do residente, o preceptor então fornece <i>feedback</i> específico e com observações na primeira pessoa.	Deve-se utilizar tom conciliador e nunca juízo de valor, reforçando o que foi bem feito e pontuando o que precisa de melhoria. Caso haja muitas lacunas de aprendizado, não aborde todas. Escolha a(s) mais importante(s) e considere utilizar a “técnica sanduíche” durante o <i>feedback</i> .
	Inicie sempre apontando os aspectos positivos. Isso favorece a construção de um ambiente acolhedor.	“Concordo com você/considero que o seu exame físico foi adequado, porque você realizou a técnica ... corretamente.” “Quando eu vi você realizando a manobra ... fiquei satisfeito, porque você utilizou a técnica adequada” etc.
	Na sequência, aponte os pontos com necessidade de melhoria.	“Não compreendi a indicação dos exames que você solicitou. Em qual protocolo você se baseou?” “Percebi que você não orientou a paciente a utilizar o medicamento que não está no nosso protocolo. Me explique a sua escolha.” “Você já teve a oportunidade de ler os protocolos do serviço?”
Plano de ação	Residente e preceptor devem desenvolver um plano de melhoria juntos.	“O que você faria diferente na próxima vez?” “Vamos discutir sobre isso no próximo encontro?”. (Solicite que o residente elabore um plano para sanar as lacunas apontadas.) Ofereça suas sugestões.
Resumo	Resuma os pontos fortes e áreas identificados para melhoria, bem como o plano de ação e de acompanhamento. Se possível, registre o encontro.	“Então, para resumir nosso encontro, para alcançar seu objetivo de... você vai... e nos encontraremos novamente na próxima semana para ver como você está evoluindo.”

Fonte: Adaptado de Bienstock JL, Katz NT, Cox SM, Hueppchen N, Erickson S, Puscheck EE, et al. To the point: medical education reviews – providing feedback. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(6):508-13.⁽³⁾

Apesar de reconhecerem os benefícios com as mudanças no processo de ensino e de avaliação, percebem lacunas no conhecimento sobre os princípios de Educação Baseada em Competências e falta de treinamento em avaliação e *feedback*.⁽²⁴⁾

Um outro estudo avaliou o *feedback* fornecido durante avaliações utilizando o Mini-EX (Miniexercício Clínico) para residentes de GO, revelando comportamentos positivos e áreas de melhoria de desempenho com a sua utilização.⁽²⁵⁾ Tal ferramenta de avaliação formativa mostrou-se válida para *feedback* a residentes de GO em cenários de ambulatório, demonstrando a incorporação de competências em suas repetições.⁽²⁶⁾

O valor educacional do Mini-EX poderia ainda ser ampliado se o *feedback* fosse mais direcionado para as tarefas listadas nas *Entrustable Professional Activities* (EPAs) pelo ACGME para residentes de GO. Mudanças na atual estrutura “livre” do *feedback* da avaliação por Mini-EX e capacitações de preceptores para a prática de *feedback* efetivo alinhadas com os marcos de competências e EPAs são recomendáveis. Além disso,

perdem-se muitas vezes oportunidades de devolutivas significativas para os programas com os resultados de Mini-EX, tanto em seus escores como nas observações da seção de *feedback*. Por exemplo, competências com escores sempre baixos ou falhas repetitivas nas devolutivas ao residente podem evidenciar uma lacuna significativa do programa, e não apenas individual.⁽²⁶⁻²⁸⁾

As múltiplas tarefas atribuídas ao professor/preceptor no aprendizado da prática clínica parecem contribuir para limitar o tempo dedicado a fornecer *feedback* aos residentes.⁽¹⁰⁾ Estudo prévio observou que 75% do tempo era utilizado na apresentação e discussão do caso e que o *feedback*, com muitas informações negativas ou pouco específicas, ocupou apenas 30 segundos. A falta de treinamento, o desejo de não ofender e a vontade de manter a autoestima dos alunos são outras causas citadas para justificar o pouco uso da estratégia.⁽¹¹⁾

Para que a prática de *feedback* seja incorporada, é preciso disponibilizar aos professores/preceptores um conjunto de informações e técnicas que aprimorem sua habilidade de fornecer *feedback* e de utilizá-lo como es-

estratégia de aprendizagem. Os programas de capacitação de preceptores devem incluir tal componente. Há evidências de que programas de desenvolvimento são amplamente aceitos pelos preceptores e docentes e apresentam efeitos positivos e que a habilidade de *feedback* está entre os temas sugeridos em sua composição.⁽²⁶⁾ Demonstrou-se que os professores apresentaram melhoria significativa, embora modesta, em sua habilidade de fornecer *feedback* após terem participado de três seminários com duração de 90 minutos e que esse tema deve ser constantemente revisto na capacitação docente.⁽¹⁰⁾ No quadro 2, apresentamos um passo a passo para auxiliar os preceptores a prepararem um encontro de *feedback* no dia a dia dos programas de residência.

Os residentes também devem ser gradativamente conscientizados sobre o seu nível de competência e estimulados a buscar seu aprimoramento, processos essenciais ao desenvolvimento da prática reflexiva. Assim, o *feedback* pode ser incorporado de forma natural, tornando o ambiente de ensino seguro e os residentes menos hesitantes em aceitar as críticas.

CONCLUSÃO

Na formação do médico e do especialista, a importância do *feedback* vai além das questões pedagógicas. O objetivo fundamental da residência médica é adquirir experiência para atender as pacientes com qualidade e eficiência. No entanto, na ausência de *feedback*, os erros não são corrigidos, o bom desempenho não é reforçado e a competência clínica pode não ser alcançada. Sem a orientação adequada do preceptor, os residentes podem se sentir frustrados e consolidar formas inadequadas de lidar com as situações clínicas, perpetuando erros e vícios decorrentes da falta de *feedback*. Estudos demonstram que as avaliações formativas como o *feedback* podem e devem ser incorporadas na rotina dos programas de residência em GO. Essa mudança começa com a compreensão dos princípios gerais aqui apresentados e que sustentam o processo de *feedback*. Ao utilizar as técnicas preconizadas para realizar um *feedback* efetivo, o preceptor aprimorará o aprendizado que ocorre durante a residência e, consequentemente, as habilidades clínicas dos futuros profissionais. As técnicas apresentadas neste artigo podem ser utilizadas tanto para o *feedback* formal quanto para o *feedback* informal, que acontece no dia a dia de preceptores e residentes.

REFERÊNCIAS

- Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250(6):777-81. doi: 10.1001/jama.1983.03340060055026
- Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med*. 2015;90(5):609-14. doi: 10.1097/ACM.0000000000000560
- Bienstock JL, Katz NT, Cox SM, Hueppchen N, Erickson S, Puscheck EE, et al. To the point: medical education reviews – providing feedback. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(6):508-13. doi: 10.1016/j.ajog.2006.08.021
- Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):324-31.
- Collins J. Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning. *Radiographics*. 2004;24(5):1483-9. doi: 10.1148/rg.245045020
- Fernandes D. Para uma teoria da avaliação formativa. *Rev Port Educ*. 2006;19(2):21-50.
- Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. 2012;34(10):787-91. doi: 10.3109/0142159X.2012.684916
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach*. 2006;28(2):117-28. doi: 10.1080/01421590600622665
- Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):176-9. doi: 10.1590/S0100-55022007000200009
- Salerno SM, O'Malley PG, Pangaro LN, Wheeler GA, Moores LK, Jackson JL. Faculty development seminars based on the one-minute preceptor improve feedback in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*. 2002;17(10):779-87. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.11233.x
- Dobbie A, Tysinger JW. Evidence-based strategies that help office-based teachers give effective feedback. *Fam Med*. 2005;37(9):617-9.
- Gordon J. ABC of learning and teaching in medicine: one to one teaching and feedback. *BMJ*. 2003;326(7388):543-5. doi: 10.1136/bmj.326.7388.543
- Henderson P, Ferguson-Smith AC, Johnson MH. Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Med Educ*. 2005;5(1):11. doi: 10.1186/1472-6920-5-11
- Menachery EP, Knight AM, Kolodner K, Wright SM. Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):440-6. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00424.x
- van der Leeuw RM, Slootweg IA. Twelve tips for making the best use of feedback. *Med Teach*. 2013;35(5):348-51. doi: 10.3109/0142159X.2013.769676
- Pendleton D. *The consultation: an approach to learning and teaching*. New York: Oxford University Press; 1984.
- Lucas JH, Stallworth JR. Providing difficult feedback: TIPS for the problem learner. *Fam Med*. 2003;35(8):544-6.
- Amaral E, Domingues RCL, Bicudo-Zeferino AM. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):287-90. doi: 10.1590/S0100-55022007000300011
- Newble DI, Jaeger K. The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Med Educ*. 1983;17(3):165-71. doi: 10.1111/j.1365-2923.1983.tb00657.x
- Papa FJ, Aldrich D, Schumacker RE. The effects of immediate online feedback upon diagnostic performance. *Acad Med*. 1999;74(10 Suppl):S16-8. doi: 10.1097/00001888-199910000-00027
- Scheerens J. Process indicators of school functioning: a selection based on the research literature on school effectiveness. *Stud Educ Eval*. 1991;17(2-3):371-403. doi: 10.1016/S0191-491X(05)80091-4
- Schultz KW, Kirby J, Delva D, Godwin M, Verma S, Birtwhistle R, et al. Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2004;4:12. doi: 10.1186/1472-6920-4-12
- Urquhart LM, Rees CE, Ker JS. Making sense of feedback experiences: a multi-school study of medical students' narratives. *Med Educ*. 2014;48(2):189-203. doi: 10.1111/medu.12304
- Tannenbaum E, Furmli H, Kent N, Dore S, Sagle M, Caccia N. Exploring faculty perceptions of competency-based medical education and assessing needs for implementation in obstetrics and gynaecology residency. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 Dec 24. doi: 10.1016/j.jogc.2019.10.034. [Epub ahead of print]
- Homer M, Setna Z, Jha V, Higham J, Roberts T, Boursicot K. Estimating and comparing the reliability of a suite of workplace-based assessments: an obstetrics and gynaecology setting. *Med Teach*. 2013;35(8):684-91. doi: 10.3109/0142159X.2013.801548
- Johnson NR, Pelletier A, Berkowitz LR. Mini-clinical evaluation exercise in the era of milestones and entrustable professional activities in obstetrics and gynaecology: resume or reform? *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 Dec 24. doi: 10.1016/j.jogc.2019.10.002. [Epub ahead of print]
- Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*. 2000;34(10):827-40. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x
- Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: effective educational and clinical supervision. *Med Teach*. 2007;29(1):2-19. doi: 10.1080/01421590701210907

A Lei Geral de Proteção de Dados e suas implicações práticas

Lia Cruz Costa¹, Maria Celeste Osório Wender²

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

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



A Comissão de Defesa e Valorização Profissional esteve em recente reunião no mês de março na Associação Médica Brasileira, onde foi tratado esse tema. Com previsão para entrar em vigor em agosto de 2020, a Lei nº 13.709/2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), trará ao Brasil uma legislação específica para a proteção de dados e da privacidade dos cidadãos. De acordo com o próprio Senado, a proposta foi fortemente inspirada no GDPR (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados), um rigoroso conjunto de regras sobre privacidade da União Europeia que entrou em vigor em maio de 2019.

A abrangência da lei é muito ampla, incidindo sobre dados pessoais de qualquer espécie, desde que o dado identifique ou torne identificável uma pessoa, ou seja, dados de consumidores, empregados, profissionais liberais e outros, e também de todas as pessoas físicas e jurídicas que decidam sobre o tratamento de dados pessoais no Brasil. São exemplos de dados pessoais: nome, RG, CPF, e-mail etc. Dados pessoais sensíveis são aqueles que podem gerar qualquer tipo de discriminação, como raça, religião, opinião política, sexualidade, filiação a organizações, dado genético ou biométrico etc. O uso dos dados considerados sensíveis será ainda mais restritivo, pois a lei, além de garantir a proteção desses dados, deve impedir que sejam utilizados com fins discriminatórios, sob pena de multas previstas.

Quando a lei menciona o “tratamento de dados”, em todo o seu texto, refere-se a toda operação realizada com os dados pessoais, como a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração. A lei, assim, dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

O cidadão passa a ter direito de saber como seus dados pessoais estão sendo utilizados e os dados só podem ser coletados mediante sua autorização expressa, de modo que o indivíduo seja sempre notificado sobre toda e qualquer ação que envolva o uso de seus dados. O objetivo é garantir que as instituições e pessoas que coletam dados promovam a transparência e o respeito a liberdade, privacidade e intimidade, além da proteção contra o uso abusivo e indiscriminado dos dados pessoais.

Quem estiver envolvido com qualquer das etapas do tratamento de dados pessoais deve observar a boa-fé e os seguintes princípios:

1. Finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;
2. Adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;
3. Necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;
4. Livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais;
5. Qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;
6. Transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

7. Segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;
8. Prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;
9. Não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;
10. Responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

Os titulares dos dados pessoais, entre outros direitos previstos na lei, podem ter acesso aos seus dados; solicitar correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; pedir a anonimização ou eliminação de dados em alguns casos; fazer a portabilidade dos dados a outra empresa ou clínica; saber com quais entidades públicas ou privadas seus dados podem ser compartilhados e não fornecer ou revogar o consentimento em relação a cada dado pessoal.

Em avaliação global e sistemática, há de se concordar que não se pode mais pensar em continuar a usar dados sem que se justifique o motivo da coleta, a finalidade, a forma de armazenar e o tempo de uso dos dados coletados.

Como gineco-obstetras atuantes especificamente na saúde, teremos que trabalhar na especificação de pontos cruciais, como o risco potencial de ser autorizada, por exemplo, a opção de apagar, por solicitação do paciente, que é o titular dos dados, informações do prontuário que sejam relevantes para o seguimento e avaliações médicas. Uma opção plausível a ser discutida quando da regulamentação da lei e elaboração dos termos é prever que apagar os dados do prontuário que apresentem esses riscos de comprometer as decisões médicas não seja possível, com base em toda a questão bem fundamentada do sigilo médico e responsabilidades com o prontuário.

Como médicos e como responsáveis por clínicas, consultórios e hospitais, temos que estar atentos para o fato de que, com a vigência da lei, será necessário obter o consentimento explícito por parte do titular dos dados, no caso nossas pacientes. Para coletar desde as informações de cadastro na recepção até os dados relativos à anamnese, é necessário que cada paciente ou responsável conceda a autorização livremente, sendo claramente informado dos termos de uso e extensão da autorização. Além disso, deve-se tomar cuidado redobrado com o manuseio e armazenamento desses dados, garantindo a segurança desses bancos de dados, pois o médico poderá ser responsabilizado por qualquer dano causado pelo mau uso das suas informações. A escolha do serviço e empresa de armazenamento de dados físicos, digitais e virtuais também é de responsabilidade de quem coleta e manipula os dados, devendo ser criteriosa e atenta às normatizações

vigentes em questões como criptografia e privacidade de nuvem. Após o uso de sistemas informatizados, é obrigatório fazer o *log off*, sair de seu *login* e senha, pois deixá-los disponíveis pode expor, em poucos segundos, os dados dos pacientes a registros, fotos e usos indevidos, sob a responsabilidade de quem estava “logado”.

As informações de nossos cadastros e prontuários têm o risco, por exemplo, de uso comercial e de *marketing* indevido ou não autorizado e até de chantagens e crimes virtuais envolvendo pessoas, dispositivos médicos e instituições de saúde. Já há casos de hospitais no Brasil que precisaram pagar o valor exigido por *hackers* para que os dados de seus pacientes não desaparecessem ou, ainda, não fossem usados indevidamente. Em tempos de novas tecnologias, novos recursos, novas comunicações e facilidades de comunicação e armazenamento de dados, deve-se atentar para a segurança cibernética necessária em cada caso para adequação à lei e às novas necessidades da sociedade.

Cumpre lembrar que, na tentativa de buscar mais prazo para a adequação das organizações, foi apresentado no Congresso o Projeto de Lei nº 5.762, pelo deputado Carlos Bezerra (MDB-MT), que propõe o adiamento do início da vigência da LGPD para dois anos; se aprovado, as novas regras passariam a valer apenas em agosto de 2022. O autor do projeto de lei defende que apenas 17% das instituições consultadas dispõem de iniciativas concretas ou já implementadas em relação à matéria e ainda não há definições sobre a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), autarquia que será responsável por regulamentar a lei e fiscalizar a adequação e a aplicação por parte das empresas e do poder público. Por outro lado, a legislação, ainda que careça de regulamentação em vários aspectos, representa uma mudança estrutural importante e necessária na sociedade e no respeito à privacidade.

A Febrasgo, por meio de sua Diretoria de Defesa Profissional, manterá a divulgação e atenção sobre a vigência e repercussões da LGPD no Brasil, com o cuidado especial com os aspectos referentes à atuação dos médicos, ginecologistas e obstetras, em todas as cenários profissionais.

FONTES CONSULTADAS

1. Associação Médica Brasileira. Palestra: Lei Geral de Proteção de Dados na Saúde. 2020 Mar 2.
2. Franco S. Adiar entrada em vigor da LGPD seria usar o “jeitinho brasileiro” [Internet]. 2020 Fev 29 [citado 2020 Mar 10]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-fev-29/sandra-franco-adiar-vigencia-lgpd-seria-usar-jeitinho-brasileiro>
3. Lei Geral de Proteção de Dados [Internet]. Disponível em: <https://latticegroup.com/campanhas/legpd/>
4. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União [Internet]. 2018 Ago 15 [citado 2020 Mar 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm
5. Projeto de Lei nº 5.762/2019 [Internet]. Altera a Lei nº 13.709, de 2018, prorrogando a data da entrada em vigor de dispositivos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD – para 15 de agosto de 2022. 2019 [citado 2020 Mar 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2227704>

Diagnóstico por imagem de placenta prévia e acretismo placentário

Mário Henrique Burlacchini de Carvalho¹, Eliane Azeka Hase¹, Angela Hissae Motoyama Caiado²

1. Consultores médicos do Fleury em Medicina Fetal, São Paulo, SP, Brasil.

2. Consultora médica do Fleury em Imagem do Abdome e Pelve, São Paulo, SP, Brasil.

O que é placenta prévia?

É a presença de tecido placentário no segmento inferior do útero, localizando-se muito próximo ou até recobrendo de maneira total ou parcial o orifício interno do colo do útero. Apresenta incidência estimada de 1 caso para 200 gestações.

A partir de que idade gestacional pode-se suspeitar dessa condição na ultrassonografia?

Em qualquer idade gestacional. No entanto, na grande maioria dos casos em que existe essa suspeita antes de 20 semanas, não se observa a persistência de placenta de inserção baixa (borda inferior da placenta até 20 mm do orifício interno do colo) ou de placenta prévia (atinge o orifício interno do colo, podendo recobri-lo total ou parcialmente) no termo da gestação (Figuras 1 e 2). Assim, sempre que houver tais suspeitas, recomenda-se repetir a ultrassonografia transvaginal com 32 semanas de gestação. A via transvaginal é um método seguro e tem melhor acurácia diagnóstica que a ultrassonografia abdominal.

Quais os fatores de risco para placenta prévia e acretismo placentário?

Fatores de risco para placenta prévia:

- Placenta prévia em gestação anterior;
- Cesárea anterior – o risco relativo de placenta prévia aumenta conforme o número de cesáreas anteriores (risco relativo de 4,5 para uma cesárea anterior, 7,4 para duas, 6,5 para três e 44,9 para quatro ou mais);
- Técnicas de reprodução assistida;
- História materna de tabagismo (aumenta o risco em 42%);
- Idade materna avançada;
- Multiparidade;
- Gemelaridade.

Fatores de risco para acretismo placentário:

- Cesárea anterior, com placenta prévia recobrendo a cicatriz uterina. O risco de acretismo nos casos de placenta prévia aumenta conforme o número de cesáreas anteriores (risco de

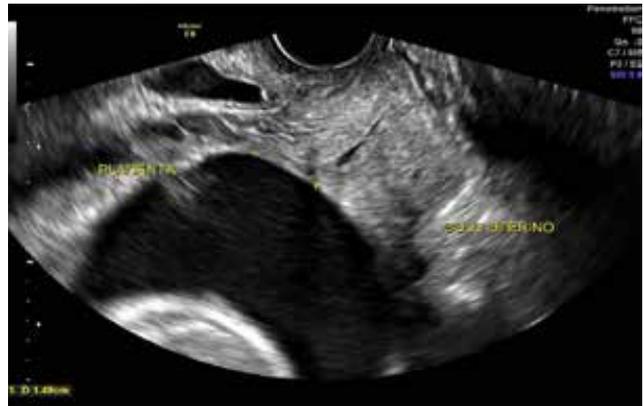


Figura 1. Imagem ultrassonográfica – Placenta de inserção baixa. Borda inferior da placenta dista 14,9 mm do orifício interno do colo uterino.



Figura 2. Imagem ultrassonográfica – Placenta prévia. Borda inferior da placenta ultrapassa 22 mm o orifício interno do colo uterino.

3% para casos de primeira cesárea, 11% para casos de segunda, 40% para casos de terceira, 61% para casos de quarta e 67% para casos de quinta ou mais cesáreas anteriores);

- Idade materna avançada;
- Multiparidade;
- Placenta acreta em gestação anterior;
- Cirurgias uterinas prévias (curetagem, miomectomia, ablação endometrial etc.).

Como são definidos os tipos de acretismo placentário?

A definição varia de acordo com a profundidade de penetração da placenta:

- Placenta acreta: quando as vilosidades coriônicas se aderem ao miométrio, sem invadi-lo;
- Placenta increta: quando as vilosidades coriônicas invadem o miométrio;
- Placenta percreta: quando as vilosidades coriônicas invadem toda a espessura do miométrio até a serosa, podendo chegar a órgãos adjacentes.

Quais os critérios ultrassonográficos de acretismo placentário?

A associação ultrassonográfica mais importante do acretismo placentário no segundo e terceiro trimestres é a presença de placenta prévia em gestantes com cesárea anterior. Os achados incluem (Figura 3):

- Múltiplas lacunas irregulares na espessura placentária;
- Perda da zona hipoeoica normal entre a placenta e o miométrio;
- Diminuição da espessura miometrial retroplacentária (<1 mm);
- Irregularidades na interface entre bexiga e serosa uterina;
- Extensão da placenta para o miométrio, serosa ou bexiga.

O uso do Doppler colorido pode facilitar o diagnóstico. Como achado mais comum, observa-se o fluxo sanguíneo lacunar turbulento. Entre outros achados, estão o aumento da vascularização subplacentária, lacunas no fluxo sanguíneo miometrial e vasos ligando a placenta à parede uterina. A ultrassonografia apresenta elevadas sensibilidade e especificidade (>90%), mas a ausência de alterações não descarta o diagnóstico de acretismo placentário, especialmente na presença de fatores de risco preditores.

Quando está indicada a avaliação da localização da placenta por ressonância magnética?

O método pode ser utilizado para complementar a ultrassonografia em casos difíceis, para avaliação da profundi-

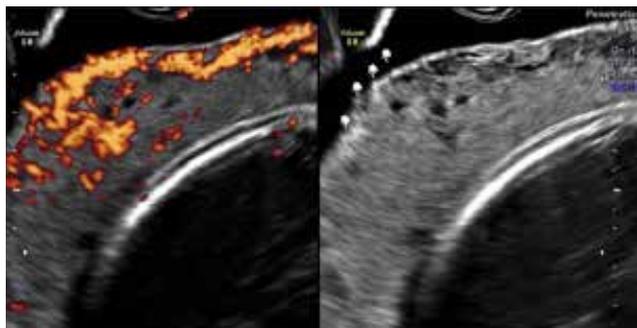


Figura 3. Imagem ultrassonográfica – Placenta com sinais de acretismo placentário.

dade de invasão (Figura 4) e extensão lateral da invasão do miométrio na placenta acreta, sobretudo nos casos com placenta posterior. A sensibilidade e a especificidade da ressonância magnética são comparáveis às da ultrassonografia, mas o exame não deve ser o método inicial para a investigação de suspeita de acretismo placentário.

Em relação aos aspectos técnicos da ressonância, há necessidade de realizar sedação materna ou fetal ou, ainda, utilizar contraste intravenoso? Qual é o tempo médio do exame?

Embora a técnica para ressonância seja semelhante à usada na população não gestante, podem ser empregados alguns recursos para minimizar o desconforto materno, como oxigênio nasal, que aumenta a capacidade de apneia da mãe e ainda reduz os movimentos fetais e os artefatos decorrentes destes, e a posição materna em decúbito lateral esquerdo ao longo do exame, se mais confortável para a paciente. O acompanhamento do estudo por um radiologista treinado é essencial para orientar a aquisição de imagens e encurtar o tempo de execução da ressonância, que, em geral, dura de 20 a 30 minutos. O exame dispensa sedação materna ou fetal. Por sua vez, o uso de contraste intravenoso (gadolínio) é controverso, já que alguns estudos demonstraram que pode aumentar a acurácia do método para o diagnóstico das formas invasivas de acretismo placentário, enquanto outros não evidenciaram um incremento significativo. Como as evidências de segurança fetal em longo prazo são limitadas, o Fleury não usa o gadolínio em gestantes.

Existe alguma recomendação em relação ao preparo da gestante para ressonância da placenta ou à idade gestacional mais adequada para realizar o exame?

Não se recomenda um preparo específico para a ressonância magnética, inclusive não há necessidade de jejum. Em relação à melhor idade gestacional para a realização da ressonância, não há um consenso. Sabe-se, porém, que a acurácia diagnóstica do método para prever alterações de inserção da placenta é maior a partir de 24 semanas de gestação. Por outro lado, após 35 semanas, a heterogeneidade natural da placenta e o afilamento miometrial habitual podem dificultar o diagnóstico em alguns casos.

Dessa forma, para minimizar erros, recomenda-se a realização do exame em torno de 30 semanas de gestação. Entretanto, caso haja necessidade, a ressonância pode ser repetida posteriormente.

Quais são os critérios diagnósticos de acretismo placentário na ressonância?

As principais características que definem o acretismo placentário na ressonância magnética incluem:

- Abaulamento uterino anormal;
- Bandas intraplacentárias de baixo sinal (escuras) nas sequências ponderadas em T2, principalmente quando associadas à retração da placenta (Figura 5);



Figura 4. Paciente de 38 anos, com antecedente de 2 cesáreas. Idade gestacional: 35 semanas e 2 dias. A ultrassonografia demonstrou placenta prévia e sinais de acretismo. A ressonância magnética foi solicitada para avaliação do grau de profundidade da invasão, demonstrando infiltração da cúpula vesical, que foi confirmada na cirurgia.



Figura 5. Paciente de 42 anos, com 1 cesárea progressa e idade gestacional de 36 semanas e 3 dias. Realizada ultrassonografia, que demonstrou placenta prévia e suspeita para acretismo, ambas confirmadas na ressonância magnética. Notar a presença de banda de baixo sinal em T2 associada à retração placentária, sinal que tem 100% de especificidade para o diagnóstico de acretismo.

- Intensidade de sinal heterogênea da placenta;
- Vascularização desorganizada e de grosso calibre intraplacentária e subserosa;
- Perda da interface placentomiometrial;
- Afilamento do miométrio.

Qual é a idade gestacional do parto na placenta prévia e acretismo?

Nos casos de placenta prévia, com sangramento materno controlável, indica-se a cesárea com 37 semanas. Já nos casos de inserção baixa da placenta, a conduta é individualizada, baseada no risco de sangramento durante o trabalho de parto. Nas grávidas com suspeita de acretismo placentário, sugere-se programar o parto com 36 semanas, com equipe multidisciplinar, composta de obstetra, anestesista, neonatologista, hemoterapeuta, urologista, intensivista e até radiologista intervencionista nos casos mais graves.

Gestantes com diagnóstico de placenta prévia devem receber a corticoprofilaxia para maturação pulmonar?

O uso da corticoprofilaxia deve ser individualizado, podendo ser realizado a partir da viabilidade fetal, entre 25 e 34 semanas, em gestantes sintomáticas e com sangramento materno controlável.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(5):1071-8. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70017-6
2. Collins SL, Ashcroft A, Braun T, Calda P, Langhoff-Roos J, Morel O, et al. Proposal for standardized ultrasound descriptors of Abnormally Invasive Placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47(3):271-5. doi: 10.1002/uog.14952
3. Cuthbert F, Vinas MT, Whitby E. The MRI features of placental adhesion disorder – a pictorial review. *Br J Radiol.* 2016;89(1065):20160284. doi: 10.1259/bjr.20160284
4. Dashe JS. Toward consistent terminology of placental location. *Semin Perinatol.* 2013;37(5):375-9. doi: 10.1053/j.semperi.2013.06.017
5. Fadl S, Moshiri M, Fligner CL, Katz DS, Dighe M. Placental imaging: normal appearance with review of pathological findings. *Radiographics.* 2017;37(3):979-98. doi: 10.1148/rg.2017160155
6. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;140(3):274-80. doi: 10.1002/ijgo.12408
7. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management: Green-top Guideline No. 27a. *BJOG.* 2019;126(1):e1-e48. doi: 10.1111/1471-0528.15306
8. Lockwood CJ, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: management. *Waltham, MA: UpToDate;* 2017.
9. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32. doi: 10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84
10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetric Care Consensus No. 7: placenta accreta spectrum.* *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e259-75. doi: 10.1097/AOG.0000000000002983
11. Zugaib M, Bittar RE, Francisco RPV. *Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP.* 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015.

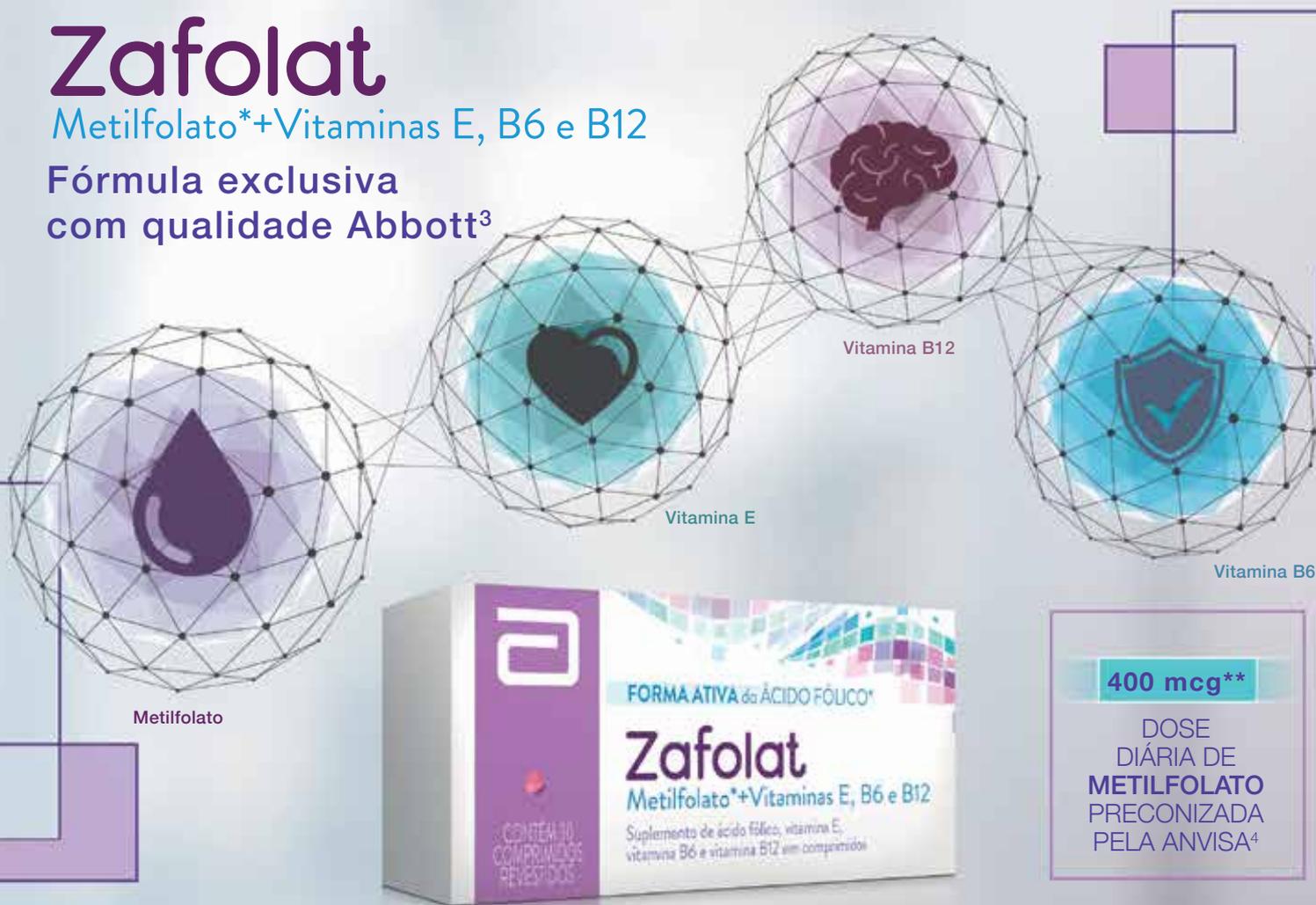
Linha Saúde Feminina Abbott:
MELHOR PARA MULHER

A EVOLUÇÃO DO ÁCIDO FÓLICO NA PREVENÇÃO DAS DTNs.^{1,2}

Zafolat

Metilfolato*+Vitaminas E, B6 e B12

Fórmula exclusiva
com qualidade Abbott³



ENTREGA O METILFOLATO DIRETAMENTE NO PLASMA DA PACIENTE,
SEM NECESSITAR SER METABOLIZADO.^{5,6}



MAIOR DISPONIBILIDADE *VERSUS* ÁCIDO FÓLICO.²



MAIS ECONOMIA NO BOLSO DA SUA PACIENTE.⁷⁻¹⁰



* Forma ativa do ácido fólico. **400 mcg de L-metilfolato de cálcio equivalem a 355 mcg de ácido fólico.

Referências bibliográficas: 1. Pietrzik K, Bailey L, Shane B. Folic Acid and L-5-Methyltetrahydrofolate: Comparison of Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. *Clin Pharmacokinet* 2010; 49 (8): 535-548 2. Scaglione F, Panzavolta G. Folate, folic acid and 5-methyltetrahydrofolate are not the same thing. *Xenobiotica*, 2014; 44(5): 480-488. 3. Folheto do produto Zafolat. 4. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE A INGESTÃO DIÁRIA RECOMENDADA (IDR) DE PROTEÍNA, VITAMINAS E MINERAIS, ANVISA, 8. http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RD_269_2005_COMP.pdf/25aaf9f3-32bc-4e80-aa6c-0520332533a6, acessado em 27/11/2019. 5. Bentley S, Hermes A, Phillips D et al. Comparative effectiveness of a Prenatal Medical Food to Prenatal Vitamins on Hemoglobin Levels and Adverse Outcomes: A Retrospective Analysis. *Clinical Therapeutics* 2011; 33(2): 204-10 6. Wilcken B et al. Geographical and ethnic variation of the 677C-T allele of 5,7 methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR): findings over 7,000 newborns from 16 areas worldwide. *J Med Genet* 2003; 40: 619-625. 7. <https://www.drogaraia.com.br/zafolat-30-comprimidos.html>...acessado em 17/12/2019 às 10:58. 8. <https://www.drogaraia.com.br/zafolat-90-comprimidos.html>...acessado em 17/12/2019 às 10:58. 9. <https://www.drogaraia.com.br/ofolato-30-drageas.html>...acessado em 17/12/2019 às 10:58. 10. <https://www.drogaraia.com.br/ofolato-90-drageas.html>...acessado em 17/12/2019 às 10:58.

Zafolat®Metilfolato* + Vitaminas E, B6 e B12 *Forma ativa do ácido fólico. Suplemento de ácido fólico, vitamina E, vitamina B6 e vitamina B12 em comprimidos. Colorido artificialmente. NÃO CONTÉM GLÚTEN. CONTÉM LACTOSE.

Abbott Center
Central de Relacionamento
com o Cliente: 0800 703 1050
abbottcenter@abbott.com

Material destinado a médicos e farmacêuticos.
Fevereiro de 2020. BRZ2126798



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, Garibaldi 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 Gebirim, 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 DE REVISÃO

- 173** O papel da ressonância magnética na distinção das gestações intersticial, cornual e angular

Gabriel Bandeira Tofani, Paula Silveira Santana, Renata Lopes Furletti Caldeira Diniz, Emília Guerra Pinto Coelho Motta, Wanderval Moreira, Laura Filgueiras Mourão Ramos

- 177** Adenocarcinoma cervical *in situ* – Abordagem na atenção primária e secundária à saúde

Roberto de Oliveira Galvão

PROTOCOLO

- 186** Anticoncepcional hormonal apenas de progestagênio e anticoncepção de emergência

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli, Luís Carlos Sakamoto

Neste momento de pandemia da Covid-19, a FEBRASGO elaborou um conteúdo exclusivo para os associados.

Confira aqui alguns dos diversos temas publicados:

FAQ FEBRASGO - COVID 19 - Perguntas e Respostas que o GO precisa saber



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - FEBRASGO



MANEJO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA MAMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID19



Organização de ambientes e uso de equipamentos de proteção individual (EPI) na Tocoginecologia diante da epidemia da COVID-19



Perguntas e respostas sobre Reprodução Humana



Anticoncepção durante a pandemia por COVID-19



Acesse o conteúdo completo em:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19>

O papel da ressonância magnética na distinção das gestações intersticial, cornual e angular

The role of magnetic resonance imaging in distinguishing interstitial, cornual and angular pregnancies

Descritores

Gestação intersticial; Gestação angular; Gestação cornual; Gestação ectópica; Ressonância magnética

Keywords

Interstitial pregnancy; Angular pregnancy; Cornual pregnancy; Ectopic pregnancy; Magnetic resonance imaging

Submetido:

09/12/2019

Aceito:

09/03/2020

1. Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Paula Silveira Santana
Rua Gonçalves Dias, 2.700, Santo Agostinho, 30190-094, Belo Horizonte, MG, Brasil.
paulasantana@msn.com

Gabriel Bandeira Tofani^{1,2}, Paula Silveira Santana^{1,2}, Renata Lopes Furletti Caldeira Diniz², Emília Guerra Pinto Coelho Motta², Wanderval Moreira², Laura Filgueiras Mourão Ramos²

RESUMO

Apesar da melhora no diagnóstico e tratamento, a gravidez ectópica ainda é a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre da gravidez. Formas raras podem apresentar um desafio diagnóstico e, sem um diagnóstico adequado, a incidência de complicações e a mortalidade materna estão relacionadas a aumento de seus índices. Os termos “gravidez cornual” e “gravidez intersticial” têm sido utilizados de forma inconsistente na literatura, sendo frequentemente usados como sinônimos do termo “gravidez angular”. Uma distinção estrita entre essas entidades pode ter implicações clínicas importantes, porque o curso natural, a propedêutica e os resultados diferem entre eles. A ressonância magnética não é o padrão-ouro para o diagnóstico de gravidez ectópica, no entanto possui relevância significativa no diagnóstico de possíveis complicações decorrentes dessa afecção. Nesse contexto, esta revisão aborda a importância da ressonância magnética na distinção dos tipos de gravidez mencionados, ilustrados por meio de casos do nosso serviço.

ABSTRACT

Despite the improvement in diagnostics and treatment, ectopic pregnancies are still the main cause of maternal mortality in the first trimester of pregnancy. Rare forms may present a diagnostic challenge and without adequate diagnosis, the incidence of complications and maternal mortality is greatly increased. The terms “cornual pregnancy” and “interstitial pregnancy” have been used inconsistently in the literature, frequently been used as synonyms and even used interchangeably with the term “angular pregnancy”. A strict distinction among these entities can have important clinical implications because the natural course, management and outcomes differ among them. Magnetic resonance imaging is not the gold standard for the diagnosis of ectopic pregnancy, however, it can be useful in the diagnosis of complicated presentations of such ailment. In this context, this review highlights the importance of MRI in distinguishing the aforementioned types of pregnancies, illustrated with few cases from our service.

INTRODUÇÃO

Gestações ectópicas (GEs) ocorrem em cerca de 2% de todas as gestações e são definidas como implantação do saco gestacional em qualquer lugar fora da cavidade endometrial.^(1,2) Sem diagnóstico precoce e adequado, a incidência de complicações tais como ruptura, hemorragia e mortalidade

materna aumenta consideravelmente.⁽¹⁾ Apesar de melhorias no diagnóstico e tratamento, as GEs ainda são a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre de gestação.⁽³⁾

Os termos “gestação cornual” e “gestação intersticial” têm sido usados inconsistentemente na literatura médica, frequentemente até como sinônimos do termo “gestação angular”.⁽²⁻⁶⁾ Arleo e DeFilippis (2014)⁽³⁾ abordam essa divergência ao reportar que Maher e Grimwade, em 1982, afirmaram que, na prática, muitos ginecologistas e obstetras denominam uma gravidez localizada na região cornual evidenciada em um útero normal (não sendo bicorno ou septado) como gestação cornual também. A edição atual do *William’s Obstetrics*⁽⁴⁾ também endossa essa afirmação. Outro fator confusional é o fato de que a distinção entre gestação angular e intersticial, com respeito às suas posições em relação ao ligamento redondo, costumava ser feita durante a laparoscopia.⁽⁷⁾ Dessa forma, essa tolerância no uso dessas terminologias contribuiu para gerar dificuldades em desenvolver critérios ultrassonográficos para a distinção desses tipos de gravidez.⁽⁴⁾

A distinção estrita entre essas entidades pode ter implicações clínicas importantes, porque o curso natural, o manejo e os desfechos são diferentes entre elas.^(2,3,8) Uma gravidez na porção intersticial da tuba pode se desenvolver até cerca de 16 semanas antes de se romper e, devido à sua proximidade com os vasos uterinos, tal evento pode provocar hemorragia severa,^(1,3) levando a uma emergência cirúrgica.⁽²⁾ Uma gestação intersticial em uma paciente sintomática, porém estável, usualmente é tratada com a interrupção da gestação.⁽²⁾ Gestações angulares também apresentam propensão à ruptura,^(2,3,8) entre as opções de manejo, inclui-se o aborto terapêutico.⁽²⁾ Entretanto, dependendo de fatores como o grau de desejo dessa gestação pela mãe, tratamento conservador com observação mais próxima pode ser realizado.⁽²⁾ Gestações cornuais também apresentam risco de ruptura uterina e aborto, porque o miométrio nesses casos apresenta graus variados de capacidade para a adesão placentária.⁽¹⁾

Diante da realização de diagnóstico precoce, o tratamento conservador com metotrexato pode ser uma opção, mas nos diagnósticos mais tardios pode ser necessária ressecção cornual ou até mesmo histerectomia.⁽⁹⁾

Esta revisão da literatura aborda as terminologias gestação intersticial, cornual e angular e coloca em evidência o papel da ressonância magnética (RM) na diferenciação entre esses tipos de gravidez, ilustrados com imagens de RM de alguns casos do nosso serviço.

DESENVOLVIMENTO

A gestação intersticial é definida quando a implantação do blastocisto ocorre no segmento mais proximal da tuba uterina (segmento intersticial ou intramural),^(1-5,10) lateral ao ligamento redondo.^(2,8) Ela pode ser confundida com gestação intrauterina na ultrassonografia.⁽³⁾ Aproximadamente 2% a 4% das GEs tubárias ocorrem nessa localização.^(1,2,9) Devido à sua proximidade com a artéria uterina, gestações intersticiais rompidas frequentemente resultam em hemoperitônio acentuado, hipovolemia e choque, e estão associadas com altas taxas de mortalidade materna.^(3,9,10) A diferenciação entre gestações angular e intersticial pode ser bastante difícil,^(1,3,10) no entanto a presença de uma zona juncional intacta entre a cavidade uterina e a lesão sugere uma localização intersticial,^(1,3) como demonstrado na figura 1.

A gestação cornual é descrita como a implantação do blastocisto em um corno de um útero bicorno ou septado^(1-5,8) ou dentro de um corno rudimentar de um útero unicorno.^(1,3) Ela pode ser confundida com gestação intersticial na ultrassonografia transvaginal, especialmente nos casos em que a anormalidade uterina não havia sido previamente identificada.⁽¹⁾

A gestação angular traduz-se por implantação do blastocisto no endométrio (portanto, por definição, não é gestação ectópica),⁽²⁾ medial ao ligamento redondo e à junção uterotubária, no ângulo lateral do útero,^(2-5,8,10,11) que resulta em deslocamento cranial e lateral

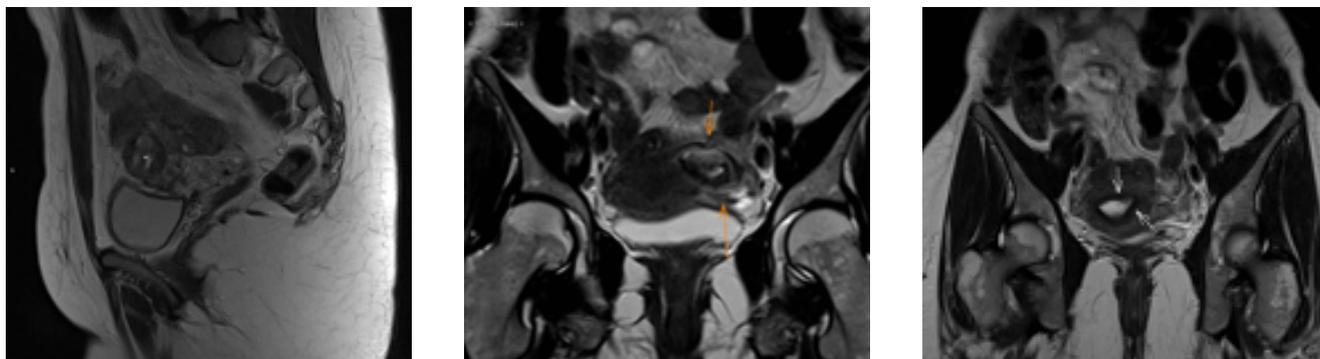


Figura 1. Imagens ponderadas em T2 fast-spin echo nos planos sagital (esquerda) e axial (meio) evidenciam uma estrutura semelhante a um saco gestacional medindo 36 mm de diâmetro. A lesão está localizada lateralmente ao corno esquerdo e a zona juncional está claramente evidenciada sem interrupções (setas) na imagem no plano coronal

do ligamento redondo.^(2,4,8) Ocasionalmente, algumas gestações angulares podem ser levadas até o termo, mas associação com complicações tais como placenta acreta, abortamento espontâneo e altas taxas de ruptura uterina já foi reportada.^(3,5,8)

Devido à sua portabilidade, disponibilidade e ausência de radiação ionizante, a ultrassonografia pélvica (tanto transabdominal quanto transvaginal) ainda é o método de escolha na avaliação da gestante com história de sangramento vaginal ou dor abdominal aguda.⁽¹⁻³⁾ Entretanto, quando a ultrassonografia fornece informações insuficientes, a RM pode ser considerada no contexto de uma paciente hemodinamicamente estável.⁽¹⁾ Esse método de imagem apresenta excelente contraste tecidual e um campo de visão maior,^(1,3) permitindo uma diferenciação precisa entre hemoperitônio e ascite nos casos mais complicados.⁽¹⁾ A contribuição da RM tem ganhado importância crescente na redução de falhas diagnósticas, na avaliação da implantação da placenta e também na avaliação do risco de ruptura uterina.⁽⁵⁾

Agentes de contraste à base de gadolínio atravessam a barreira placentária e aparecem na bexiga fetal,⁽¹⁻³⁾ sendo classificados como categoria C na gestação pelo *Food and Drug Administration (FDA)*.⁽³⁾ De qualquer for-

ma, seu uso deve ser considerado nos casos em que se tem dificuldade de delinear o saco gestacional dentro de um hematoma tubário ou para avaliação da vascularização nos casos de diagnósticos diferenciais, tal como torção ovariana.⁽¹⁾

Diversas sequências podem ser úteis na avaliação das GEs e os protocolos devem ser elaborados de acordo com a preferência e a experiência do serviço.⁽¹⁾ Sequências multiplanares ponderadas em T2, tais como *single-shot fast spin echo* com supressão de gordura, são úteis para a detecção de estruturas císticas, edema e inflamação, fornecendo ainda detalhes anatômicos, enquanto sequências *gradient-echo* ponderadas em T1 ajudam na detecção de produtos da degradação do sangue.⁽¹⁻³⁾

Gestações angulares podem ser confundidas com gestações normais na RM, mas elas geralmente aparecem como saco gestacional implantado no segmento uterino superior, no ângulo do útero, completamente circundado por uma camada de pelo menos 5 mm de miométrio,^(1,3) como evidenciado nas figuras 2, 3 e 4. Elas tipicamente demonstram um amplo ângulo de contato com a cavidade uterina.⁽¹⁾ A alta intensidade de sinal na própria parede uterina pode representar hemorragia intramural.⁽³⁾ É importante não se esquecer de avaliar a presença de descontinuidade miometrial e hemoperitônio, devido à sua propensão para ruptura.⁽³⁾

Na RM, a gestação cornual é caracterizada pela presença de saco gestacional circundado por parede com intensidade de sinal similar à do útero principal, localizada ao longo da margem lateral do corno dominante, deslocando o corno contralateral lateralmente e esticando-o, fazendo sua forma lembrar a de uma banana.^(1,3) Observa-se saco gestacional na topografia do corno direito de um útero arqueado na figura 5, caracterizando gestação cornual.

A presença de massa heterogênea com alta intensidade de sinal em T2, localizada justalateralmente ao corno uterino, é a manifestação de uma gestação intersticial,⁽³⁾

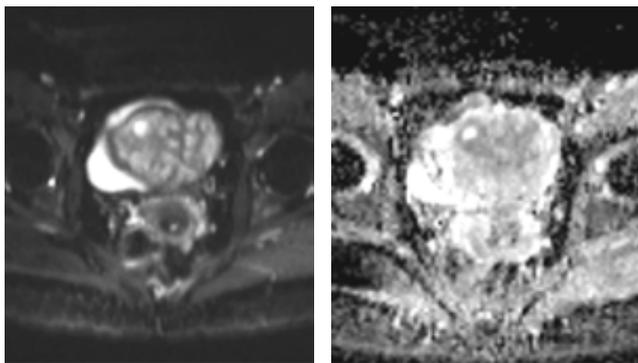


Figura 2. RM obtida no plano axial, ponderada em DWI B50 (esquerda) e mapa de ADC (direita), demonstra um saco gestacional excêntricamente localizado no aspecto superolateral direito do canal endometrial, sem evidências de descontinuidade

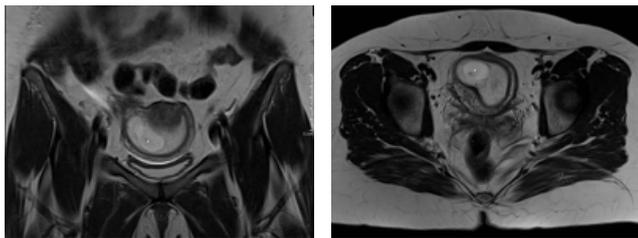


Figura 3. Imagens ponderadas em T2 *fast-spin echo* nos planos coronal (esquerda) e axial (direita) evidenciam um saco gestacional medindo 32 mm de diâmetro, localizado lateralmente ao ângulo direito (*), com descontinuidade miometrial, um achado suspeito para gestação angular

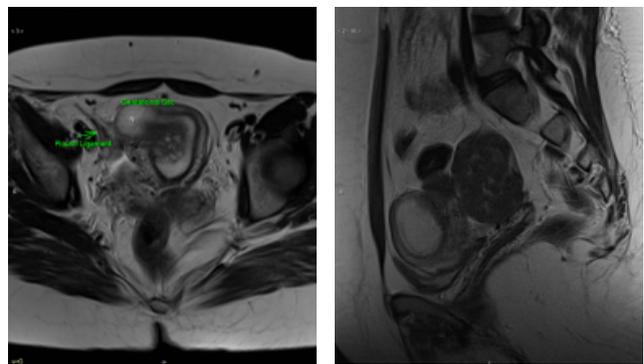


Figura 4. Imagens nos planos axial (esquerda) e sagital (direita) mostram um saco gestacional localizado lateralmente ao ângulo lateral direito e medialmente ao ligamento redondo. Evidencia-se foco de descontinuidade miometrial

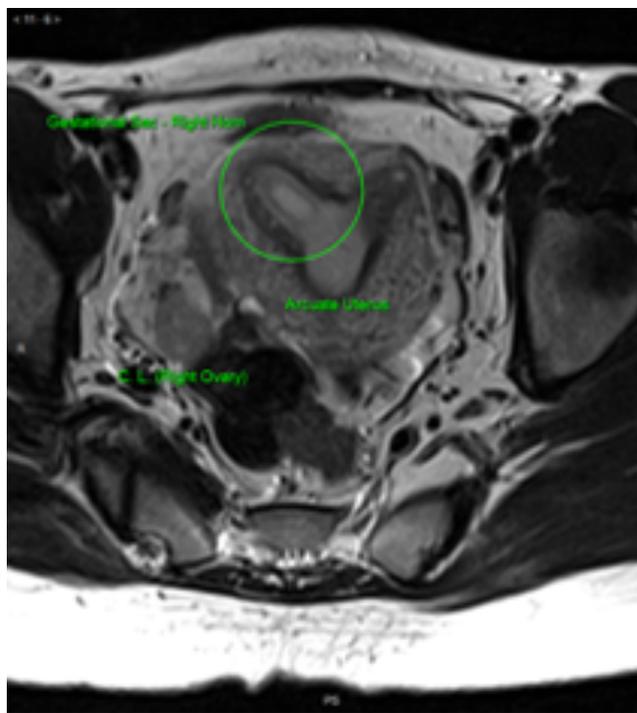


Figura 5. Imagem no plano axial mostrando um saco gestacional no corno direito de um útero arqueado configurando gestação cornual

como ilustrado na figura 6. Uma área de marcado hipossinal em sequências ponderadas em T2 (caracterizando uma zona juncional intacta) visualizada entre a massa e um endométrio brilhante em T2 também favorece o diagnóstico de uma gestação intersticial.⁽²⁾

COMENTÁRIOS

Os termos gestação cornual, intersticial e angular são tópicos relevantes em ginecologia e obstetrícia, uma vez que GEs ainda são a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, a RM apresenta crescente e importante papel na distinção entre esses tipos de gravidez, uma vez que consideramos imperativo que imaginologistas e ginecologistas e obstetras usem a mesma terminologia, garantindo, assim, melhor comunicação e qualidade no atendimento à paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA – MG) pelo incentivo incondicional à pesquisa no estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Alanbay İ, Öztürk M, Kardeşin KE, Yenen MC. Angular pregnancy. *Turk J Obstet Gynecol.* 2016;13(4):218-20. doi: 10.4274/tjod.42402
2. Alves JAG, Alves NG, Alencar Júnior CA, Feitosa FEL, Costa FS. Term angular pregnancy: successful expectant management. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(6):641-4. doi: 10.1111/j.1447-0756.2010.01405.x

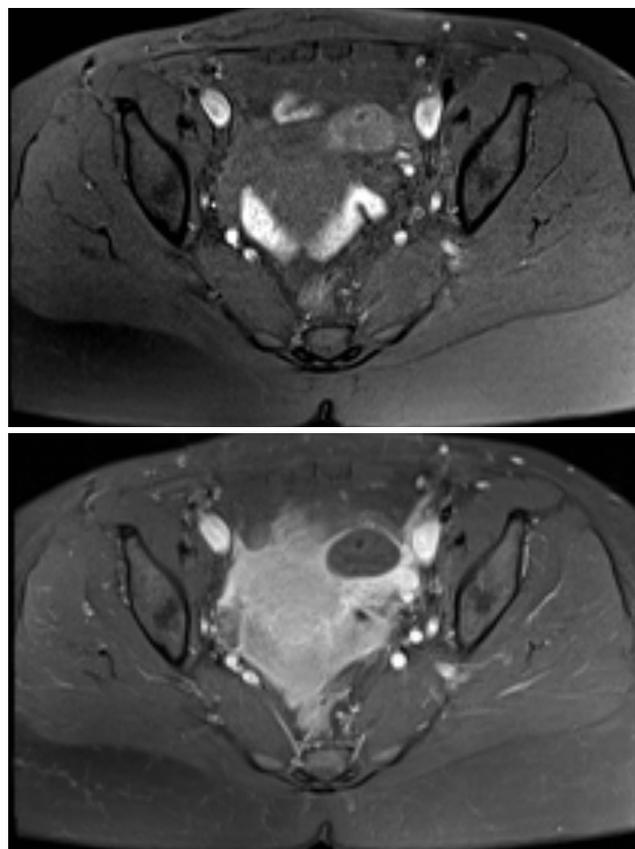


Figura 6. Imagem ponderada em T1 no plano axial (acima) evidencia lesão heterogênea com áreas de hipersinal sugestivas de sangue, sem realce pelo contraste (embaixo). Trata-se de uma gestação intersticial

3. Arleo EK, DeFilippis EM. Cornual, interstitial, and angular pregnancies: clarifying the terms and a review of the literature. *Clin Imaging.* 2014;38(6):763-70. doi: 10.1016/j.clinimag.2014.04.002
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams' obstetrics.* 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
5. Dagar M, Srivastava M, Ganguli I, Bhardwaj P, Sharma N, Chawla D. Interstitial and cornual ectopic pregnancy: conservative surgical and medical management. *J Obstet Gynaecol India.* 2018;68(6):471-6. doi: 10.1007/s13224-017-1078-0
6. Faraj R, Steel M. Management of cornual (interstitial) pregnancy. *Obstet Gynaecol.* 2007;9(4):249-55. doi: 10.1576/toag.9.4.249.27355
7. Marfori CQ, Kotzen M. Angular vs. interstitial pregnancy: a case report highlighting diagnostic nuances with stark management differences. *Case Rep Womens Health.* 2018;19:e00068. doi: 10.1016/j.crwh.2018.e00068
8. Parker RA 3rd, Yano M, Tai AW, Friedman M, Narra VR, Menias CO. MR imaging findings of ectopic pregnancy: a pictorial review. *Radiographics.* 2012;32(5):1445-60. doi: 10.1148/rg.325115153
9. Ramanathan S, Raghu V, Ladumor SB, Nagadi AN, Palaniappan Y, Dogra V, et al. Magnetic resonance imaging of common, uncommon, and rare implantation sites in ectopic pregnancy. *Abdom Radiol (NY).* 2018;43(12):3425-35. doi: 10.1007/s00261-018-1604-2
10. Takeda A, Koike W, Hayashi S, Imoto S, Nakamura H. Magnetic resonance imaging for diagnosis and management of unruptured interstitial pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(9):1384-93. doi: 10.1111/jog.12718
11. Tarim E, Ulusan S, Kilicdag E, Yildirim T, Bagis T, Kuscü E. Angular pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2004;30(5):377-9. doi: 10.1111/j.1447-0756.2004.00211.x

Adenocarcinoma cervical *in situ* – Abordagem na atenção primária e secundária à saúde

Cervical adenocarcinoma *in situ* – Approach in primary and secondary health care

Roberto de Oliveira Galvão¹

Descritores

Adenocarcinoma cervical *in situ*; Adenocarcinoma cervical; Células glandulares atípicas; Cirurgia de alta frequência (CAF); Conização com bisturi a frio

Keywords

Cervical adenocarcinoma *in situ*; Cervical adenocarcinoma; Atypical glandular cells; Loop electrosurgical excision procedure (LEEP); Cold knife conization (CKC)

Submetido:

13/12/2019

Aceito:

09/03/2020

1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Roberto de Oliveira Galvão
Avenida dos Jardins, 250, Nova Uberlândia, 38412-639, Uberlândia, MG, Brasil.
galvao.roberto@yahoo.com.br

RESUMO

O adenocarcinoma cervical *in situ* é uma doença rara, totalmente curável, diagnosticada predominantemente por meio de rastreamento cervicouterino seguido de biópsia guiada por colposcopia e/ou conização. O tratamento em pacientes que desejam preservar a fertilidade pode ser realizado num contexto ambulatorial; aquelas com paridade definida deverão ser abordadas em nível terciário.

ABSTRACT

Cervical adenocarcinoma in situ is a rare, fully curable disease diagnosed predominantly through cervical-uterine screening followed by colposcopy-guided biopsy and/or conization. Treatment in patients wishing to preserve fertility may be performed in an outpatient setting; those with defined parity should be approached at the tertiary level.

INTRODUÇÃO

A abordagem do adenocarcinoma *in situ* (AIS) cervical, na atenção primária à saúde, não é uma atividade usual em virtude da baixa frequência dessa patologia e pela pequena experiência de alguns médicos com células glandulares atípicas (AGCs) na colpocitologia e outros especialistas com a colposcopia nas lesões glandulares. A proposta do texto, destinado, entre outros, aos profissionais do serviço público, é evidenciar aspectos de rastreamento, diagnóstico oportuno e tratamento ambulatorial de lesões intraepiteliais, naquele ambiente modesto de nível primário e secundário à saúde, perfeitamente adequado às condições econômicas do nosso país, mas muitas vezes desconhecidos dos gestores da saúde pública.

ADENOCARCINOMA *IN SITU*⁽¹⁻⁶⁾

Foi descrito inicialmente por Hepler *et al.* (1952)⁽¹⁾ e Friedell e McKay (1953).⁽²⁾ Trata-se de uma neoplasia intraepitelial que reproduz atipicamente o epitélio colunar do canal endocervical. Unifocal, na maioria das vezes, se inicia na junção escamocolunar (JEC), ascende no canal, obedecendo a uma progressão contígua à JEC, podendo atingir porções altas (até 2,5 a 3,0 cm do canal) e, às vezes, com envolvimento profundo das criptas endocervicais. Em apenas 13% a 17%, as lesões são multifocais (lesões saltadas), com focos de AIS separadas por até 2 mm de mucosa normal.^(1,3,4-24) Muitas dessas lesões

de AIS são observadas ao lado de lesões glandulares invasivas e, em 50% das vezes, se associam a lesões escamosas intraepiteliais, podendo, às vezes, se estender a múltiplos quadrantes do colo uterino.⁽⁵⁾ É consensual que o papilomavírus humano (HPV) é indispensável na carcinogênese do adenocarcinoma, especificamente os subtipos 16 e 18; o AIS, como já citado, é uma doença rara, com incidência de 1,25/100.000 mulheres entre 30 e 40 anos de idade, mas esse diagnóstico tem aumentado nas jovens, em relação a décadas passadas, possivelmente pelo aumento das infecções HPV-induzidas, principalmente, nas formas persistentes, pelo aumento do uso de anovulatórios orais e, com toda certeza, pela melhora do rastreamento, tendo em vista as atualizações do sistema Bethesda que normatizaram as alterações em células glandulares.^(1,4,6,7) Com relação aos fatores de risco do AIS, basicamente se sobrepõem aos da doença escamosa, merecendo apenas um reparo quanto às infecções por HPV, pois nem todos os tipos de adenocarcinoma cervical são HPV-induzidos e parece que o tabagismo não tem influência na doença glandular. Por último, é importante considerar que decorre um intervalo de, no mínimo, cinco anos entre o AIS detectado e a invasão precoce, período no qual medidas de prevenção secundária, sabidamente ambulatoriais, devem ser implementadas.^(1,4,8-34)

DIAGNÓSTICO

As pacientes geralmente procuram a atenção primária e, principalmente, a secundária nos seguintes contextos: 1) sintomáticas ou assintomáticas que se apresentam para exame ginecológico preventivo, oportunidade em que a colpocitologia não deve ser preterida, a partir de 25 anos de idade; 2) sintomáticas ou assintomáticas com colpocitologia alterada em atendimento na atenção primária e, quando necessário, referenciadas à atenção secundária; 3) sintomáticas ou assintomáticas portadoras de laudo de anatomia patológica de biópsia incisional do colo, estudo histológico de conização ou de peça de histerectomia, que poderão ser abordadas na atenção secundária quando se tratar de doença intraepitelial. O exame físico, indispensável na maioria das avaliações ginecológicas, não fornece elementos que permitam um diagnóstico, por si só, de AIS. A propedêutica inicia-se com a interpretação criteriosa da colpocitologia normatizada pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.⁽⁹⁾ O AIS é predominantemente uma doença detectada por rastreamento que mostra anormalidades glandulares (células glandulares atípicas, AIS ou adenocarcinoma invasor) em 50% a 69% das pacientes, anormalidades escamosas (lesões intraepiteliais de alto grau) em 26% a 31%, anormalidades glandulares e escamosas em 15% e nenhuma anormalidade em 4% das pacientes.^(4,10,11) As AGCs, que prenunciam em 50% a 69% a possibilidade de anormalidades glandulares, podem se originar do epitélio glandular do ca-

nal endocervical, do endométrio e, raramente, do tecido ovariano; são células cujas alterações nucleares ultrapassam as alterações reativas ou regenerativas óbvias, mas que não apresentam as características inequívocas de AIS ou invasor.^(4,10-12) O sistema Bethesda (1988/2001) normatizou a terminologia para classificar as atipias de células glandulares em:^(9,12,13)

1. **AGCs** – Quando as atipias são identificadas em células endocervicais, endometriais ou sem outras especificações (SOE).^(12,13) O termo “AGUS (atipias glandulares de significado indeterminado)” foi excluído, sendo estabelecido o termo “atipias em células glandulares” para evitar condutas aquém das requeridas para a categoria e aumentar a sensibilidade para as neoplasias glandulares;^(9,12)
2. **AGCs favorecendo neoplasia** – Endocervical, endometrial ou SOE.⁽¹²⁾ A classificação em “possivelmente não neoplásicas” ou em “não se pode excluir lesão de intraepitelial de alto grau” foi estabelecida na elaboração da nomenclatura brasileira para laudos cervicais, em 2006, e deve ser utilizada por extenso;^(9,12)
3. **Adenocarcinoma *in situ***;^(9,12,13)
4. **Adenocarcinoma invasor inicial ou invasor franco**.^(9,12,13)

As AGCs, no rastreamento, podem identificar 3% a 4% de AIS, 20% a 28% de neoplasia intraepitelial escamosa, 0,3% a 1% de carcinoma cervical invasivo, 1% a 2% de adenocarcinoma cervical e 2% a 3% de adenocarcinoma endometrial; entretanto, um dos aspectos importantes em uma das revisões foi o encontro, em 64% a 71% das mulheres, de achados benignos.^(13,15,16) A possibilidade de tais achados, como hiperplasia microglandular, pólipos endometriais e endocervicais, processos inflamatórios, endometriose, uso prolongado de progesterona, efeitos radiogênicos, artefatos da própria escovação, metaplasia tubária, uso de dispositivo intrauterino (DIU) e, por fim, alterações reativas pós-conização, pós-electrocauterização e pós-biópsias, deve alertar o médico com relação a condutas por demais intervencionistas diante do achado de AGC, principalmente em pacientes jovens.^(9,13,15,16) Apesar de toda essa relevância que as AGCs exercem no rastreamento e no diagnóstico das lesões glandulares, tais lesões (em duas revisões com 4.300 mulheres com AGCs) corresponderam a 5% (3% a 4% de AIS e 1% a 2% de adenocarcinoma invasor) e próximo de 30% de lesões escamosas, o que significa uma menor sensibilidade (em torno de 55% a 70% para o AIS e 45% a 76% para o invasor) da citologia cervical para detectar lesões glandulares, possivelmente por deficiência de amostragem do canal endocervical e/ou alguma dificuldade técnica na identificação ou interpretação de tais células (AGCs),^(12,13) aspectos que justificam a baixa prevalência (0,1% a 2,1%) dessas AGCs na citologia cervical, mesmo na faixa etária de 40 anos ou mais, em que, sabidamente, são mais frequentes.^(13,17)

COLPOSCOPIA

A contribuição desse recurso propedêutico, geralmente na atenção secundária à saúde, é indispensável, tendo em vista que todas as pacientes com citologia AGC, AIS, adenocarcinoma invasor e lesões escamosas de alto grau (metade das pacientes com AGC tem anormalidades citológicas escamosas concomitantes) são referenciadas para colposcopia concomitante com adequada escovação de canal e/ou submetidas à biópsia, quando se tratar de achados colposcópicos anormais ou lesões grosseiras, possivelmente invasivas. A despeito dessas considerações, a sensibilidade da colposcopia, no AIS, não é tão significativa, porque muitas dessas lesões se situam nas porções altas do canal endocervical, outras estão profundamente inseridas no fundo das criptas glandulares e algumas estão sob o epitélio metaplásico ou lesão escamosa, situações pouco ou nada acessíveis ao colposcópio;⁽¹⁸⁾ além do mais, um número significativo dessas lesões glandulares não é usual no dia a dia, mesmo de especialistas em colposcopia, daí que, segundo Wright,⁽¹⁹⁾ “Características colposcópicas do AIS e invasor existem e colposcopistas podem aprender a reconhecê-las”. O exame colposcópico requer experiência, praticidade e descrição objetiva das características colposcópicas [visualização da JEC; posição e extensão da zona de transformação atípica (ZTA) e descrição das respectivas imagens (acetobranqueamento, imagens matrizes, características das papilas, tipos de vasos sanguíneos etc.)]. Por fim, vale a pena salientar que o diagnóstico colposcópico é sempre sugestivo; não existe um achado colposcópico específico, patognomônico de AIS; no máximo, as características citadas são sugestivas e devem ser acrescidas de suas dimensões, localização ideal para biópsia e posicionamento da JEC/ZTA, que são aspectos indispensáveis para a geometria da ressecção.⁽¹⁴⁾

CARACTERÍSTICAS COLPOSCÓPICAS SUGESTIVAS DE AIS⁽¹⁸⁻²²⁾

- Lesões acetobranças em relevo, irregulares, distantes da JEC, sobre o epitélio glandular;
- Papilas acetorreatoras individualizadas ou em fusão na zona de transformação e adjacências que lembram infecção ou metaplasia imatura;
- Desorganização de implantação, variabilidade de tamanho e forma das papilas;
- Irregularidade do ápice das papilas;
- Brotamento (proliferação) epitelial formando papilas inchadas, arredondadas, que fazem diagnóstico diferencial com metaplasia escamosa imatura;
- Aspecto de ectopia suspeita, hipervascularizada com papilas acidófilas e irregulares;
- Pólipo com papilas irregulares, acetofílica intensa, vasos anormais e sinais de necrose;

- Grandes aberturas de criptas glandulares com muco excessivo;
- Orifícios glandulares deformados, alargados, entreabertos, hipersecretantes, às vezes, com halo branco;
- Epitélio friável, grandes aberturas glandulares, lesões brancas e vermelhas que também lembram epitélio metaplásico imaturo;
- ZTA que sugere lesão escamosa com alterações papilares do relevo da ZTA com orifícios glandulares deformados, alargados, desiguais, às vezes hipersecretantes;
- Duas ou mais lesões escamosas separadas por epitélio com aparência glandular são altamente sugestivas de lesão glandular;
- Atipias vasculares em fio de cabelo, cacho, fiapos, vasos radiculares;
- Pontilhado, mosaico, vasos em saca-rolhas não são vistos na doença glandular;
- Fusão ou coalescência de vilos não ocorre em doença escamosa.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS DO AIS⁽⁶⁾

Ao médico da assistência primária e secundária à saúde, algumas considerações histopatológicas básicas são indispensáveis na abordagem daquela paciente com achado citológico já prenunciando um estado pré ou neoplásico; a propósito, existem quatro tipos principais de AIS, sendo o endocervical o mais frequente. Segundo Andrade,⁽⁶⁾ do ponto de vista histológico, existe um espectro de alterações morfológicas glandulares menores que o AIS; pela classificação da Organização Mundial da Saúde para tumores do trato genital feminino, as lesões precursoras do adenocarcinoma são: 1) displasia glandular endocervical; 2) AIS. Entretanto, não há consenso para definir essas lesões menos acentuadas que o AIS; daí que, para evitar termos confusos como displasia glandular, lesão intraepitelial glandular de baixo grau ou hiperplasia glandular atípica, alguns autores recomendam que lesões menores que o AIS sejam interpretadas como tal (AIS), tendo em vista que, em alguns casos, nem todos os critérios morfológicos estão presentes.^(5,6)

ABORDAGEM

Na tentativa de identificar pacientes que são portadoras de AIS histológico, o rastreamento na atenção primária poderá identificar atipias em células glandulares, escamosas, glandulares e escamosas e, às vezes, nenhuma atipia, algo em torno de até 4% dessas mulheres.^(4,10,11) Tais pacientes, com atipias identificadas, serão referenciadas para a atenção secundária e, juntamente com as pacientes aí identificadas, por meio de estudo histológico e/ou escovação de canal endocervical, concomitante com colposcopia, serão abordadas obedecendo à seguinte propedêutica:

1. Todas as pacientes com citologia AIS, adenocarcinoma invasor, AGC (exceto endometrial) e atípicas escamosas de alto grau serão referenciadas para colposcopia.

2. Colposcopia na atenção secundária –

Avaliar: visibilidade da JEC; tipo, localização e extensão da ZTA; achados colposcópicos anormais (graus 1 e 2; suspeita de invasão); características colposcópicas sugestivas de AIS, não se esquecendo da subjetividade e inespecificidade de tais características.

2a. Colposcopia com achados anormais e/ou sugestivos de invasão: Biópsia guiada por colposcopia, na atenção secundária, com alças de cirurgia de alta frequência (CAF), que fornece material de melhor qualidade.

2b. Colposcopia sem achados anormais e/ou JEC não visível → Avaliação endocervical:

→ Escovação de canal concomitante à colposcopia é a abordagem rotineira em nosso país, tendo em vista ter maior praticidade e baixíssimo custo, ser indolor, não ter morbidade, ter melhor adequação de material e fornecer resultados idênticos aos da curetagem endocervical (CEC); requer apenas a introdução de todas as cerdas da escova no canal endocervical, seguida de movimentos de rotação e vaivém; em seguida, fixação convencional.^(7,9,17)

→ CEC deve ser a opção dos serviços que têm conseguido material adequado, a despeito da maior dificuldade que o método exige, principalmente quando essa propedêutica se impõe no pós-cone imediato, ocasião em que quadros hemorrágicos, lesão de coto residual e material inadequado devem ser cogitados e correlacionados com evidências de que tal procedimento teve, realmente, boa indicação.^(4,9)

2c. Achados anormais na escovação de canal (AGC favorecendo neoplasia, AIS, adenocarcinoma invasor, neoplasia intraepitelial escamosa de alto grau, AGC endocervical ou SOE persistentes), ainda sem diagnóstico histológico, a despeito de propedêutica bem instituída – Serão abordados na assistência secundária por:

→ **Procedimento diagnóstico excisional** – Em número considerável de situações, esse procedimento será também terapêutico; em que pesem algumas considerações em contrário, parece não haver diferenças significativas que impactam resultados pelo método escolhido;^(4,7) possivelmente, a experiência do médico tem maior relevância que uma ou outra técnica. A CAF se apresenta como uma opção em “ambulatório-hora”, na assistência secundária à saúde, realizada com anestesia local, curva de aprendizado curtíssima, equipamento nacional de boa qualidade, com manutenção muito acessível à realidade brasileira;⁽¹⁴⁾ o AIS pode ser per-

feitamente abordado por essa técnica, desde que a lesão, se possível, seja excisada em monobloco, excisão da zona de transformação - EZT 3, com margens interpretáveis;⁽⁹⁾ muito embora, vez ou outra, haja necessidade de ampliação de margens, o que significa mais de um fragmento, aspecto que melhora com a experiência do médico e com maior número de casos vistos pelo patologista, que não critica esse fragmento a mais, desde que isento de efeitos térmicos significativos (que diminuem com o aumento da curva de aprendizado). Pacientes abordadas pela CAF nesse ambiente modesto da atenção secundária terão alta, no máximo, em 1 hora, em “ambulatório-hora”, e a continuidade da abordagem dependerá da anatomia patológica do cone e/ou do estudo citológico da escovação do coto de canal residual, aspectos indispensáveis para prognóstico e seguimento dessas pacientes.

A **conização com bisturi frio** é um clássico da cirurgia ginecológica realizada em um contexto de “hospital-dia”, anestesia de condução e no mínimo um auxiliar, fornecendo peça única, possivelmente de maiores dimensões, com margens mais facilmente interpretáveis. Trata-se de uma conduta irreparável, amparada por farta literatura e até há pouco tempo a única ou a principal abordagem permitida no AIS, a despeito de discutível maior morbidade obstétrica, quando comparada com a CAF.

→ **Estudo citológico do coto de colo/CEC pós-conização** – A citologia da escovação de coto de colo pós-conização ou CEC não é uma prática consensual, mas é perfeitamente factível em mulheres que desejam preservar a fertilidade.^(7,23) Para outros autores, o estudo histológico da CEC, pós-conização, é parte integrante do *status* das margens.^(4,23) As duas abordagens, ainda que com objetivos e resultados equivalentes, diferem com relação à execução e, principalmente, à morbidade, que poderá ser mais significativa na CEC e totalmente ausente na escovação de coto cervical pós-CAF. O significado do estudo citológico do coto de colo e a avaliação de margens na anatomia patológica do cone são aspectos importantes no tratamento do AIS. A literatura, ainda que com alguns aspectos controversos, mostra que margens de conização livres e/ou citologia de coto cervical negativa não garantem ausência de lesão residual.^(7,24,25) O valor preditivo positivo para lesão residual, pós-abordagem conservadora mais utilizado é o comprometimento de margens;⁽⁷⁾ entretanto, o estudo citológico de coto cervical vem se apresentando como um complemento importante nessa avaliação, com resultados de 78% e 100% de valor preditivo positivo.^(7,26) Por outro lado, na presença de margens negativas e citologia de coto cervical também negativa, o risco de AIS residual foi de 20% e o de adenocarcinoma invasor, de 1%.^(7,26,27) Na presença

de comprometimento de margens, em metanálise de 1.278 pacientes com AIS, o valor preditivo positivo foi de 19,4% para doença residual, 52,8% para recorrência e 5,2% para concomitância e/ou subsequente adenocarcinoma invasor.^(4,27) No estudo de Santos *et al.*,⁽⁷⁾ o valor preditivo positivo do estudo citológico de coto cervical para AIS residual foi de 85,7% e para o comprometimento de margens, de 52,6%. Quanto aos valores preditivos negativos, eles foram semelhantes (87,5% e 91,3%) para o estudo citológico do coto cervical e comprometimento de margens na conização, respectivamente.⁽⁷⁾

3. Avaliação endometrial – A abordagem endometrial, inicialmente com ultrassonografia, se impõe em três grupos de mulheres AGC positivas: aquelas acima de 35 anos (A); outras com sangramento uterino anormal (SUA) (B) e, em primeira abordagem, pacientes com AGC endometrial (A); em todas elas, quando o eco endometrial for anormal, o estudo anatomopatológico do endométrio será indispensável (A).^(9,14)

TRATAMENTO

Serão submetidas ao tratamento propriamente dito pacientes portadoras de AIS histológico pós-biópsia incisional guiada por colposcopia ou com alterações citológicas (AIS, AGC favorecendo neoplasia, adenocarcinoma invasor, doença escamosa de alto grau e AGC endocervical ou SOE persistentes), muitas delas também portadoras de diagnóstico histológico (AIS) pós-EZT/conização; aliás, esse grupo com alterações citológicas é o contingente principal, tendo em vista que a maioria dos AIS é diagnosticada em pacientes com tais alterações citológicas e, na oportunidade da propedêutica com colposcopia sem achados anormais e escovação de canal com tais anormalidades, podem ser adequadamente tratadas, desde que o médico tenha experiência.

A → Pacientes jovens com desejo de preservação de fertilidade e que fazem opção por tratamento conservador poderão ser tratadas com CAF-EZT 3, ambulatorialmente, na atenção secundária, com anestesia local, associada a estudo citológico de coto de canal; essa é a realidade da maioria das pacientes com diagnóstico citológico (AIS, células glandulares atípicas possivelmente neoplásicas, adenocarcinoma invasor, lesão escamosa intraepitelial de alto grau – HSIL) de lesão glandular ou escamosa de alto grau. Por isso, a experiência é fundamental para que as dimensões do cone (>2,5 cm) e a geometria adequada da ressecção (mesmo durante a propedêutica!) sejam conseguidas. Desse material, resultarão a histopatologia do tumor, a avaliação de margens e o estudo citológico de coto de canal, que são aspectos indispensáveis, com já dito, para a avaliação de prognóstico e seguimento dessas pacientes, levando-se em consideração os valores preditivos positivos e

negativos desses achados. Dessa forma, mulheres com AIS com comprometimento de margens e/ou estudo citológico de coto cervical positivo poderão ser submetidas a nova CAF-EZT, após seis semanas, com o objetivo de se avaliar a extensão do AIS, obter margens livres e afastar doença invasiva.^(4,7,29,30) Ao contrário, se na EZT inicial ou na repetição as margens e/ou o estudo citológico do coto forem negativos, as pacientes deverão ser abordadas com seguimento citocolposcópico semestral, não se esquecendo de que margens negativas não afastam, definitivamente, o risco de doença residual e/ou invasiva.^(4,7,31) Tais pacientes deverão ser informadas do maior risco de doença residual, recorrente e invasiva, que estarão expostas com a referida conduta e que deverão receber tratamento definitivo quando a paridade estiver definida. Estudos retrospectivos evidenciam que CAF-EZT com margens negativas é uma abordagem segura e eficaz para pacientes com AIS que desejam preservar a fertilidade,⁽³⁵⁻³⁸⁾ sendo, na maioria das vezes, um procedimento de fácil execução, com baixa morbidade, sangramento de fácil contenção, pós-operatório pouco ou nada doloroso e baixa frequência de sequelas (estenose cervical, hematometra, lesão de órgãos vizinhos). Em relação à fertilidade e aos resultados obstétricos decorrentes dos respectivos tratamentos, o AIS e a doença escamosa intraepitelial podem ser considerados semelhantes.⁽⁴⁾ Nos trabalhos de Arbyn [estudo prospectivo com 12.000 partos em mulheres com tratamento prévio para neoplasia intraepitelial cervical (NIC) comparadas com mulheres sem tratamento], a conização com bisturi frio foi associada a um aumento de risco de mortalidade perinatal e parto prematuro, ao contrário da CAF, que não teve esse aumento de risco.^(4,39-41) Aqui não se pode preterir algum juízo crítico, tendo em vista que outros trabalhos mostram resultados diferentes e que uma série de fatores (profundidade do cone, intensidade da hemostasia, número de procedimentos, intervalo entre tratamento e gestação) pode, perfeitamente, influenciar resultados obstétricos. Por fim, vale considerar um último grupo de pacientes, já submetidas a duas ressecções conservadoras, mas que ainda apresentam comprometimento de margens e/ou citologia de coto positiva. Para esse grupo, a histerectomia deve ser considerada, tendo em vista, com já dito, os riscos intraoperatórios e resultados obstétricos de uma terceira abordagem conservadora, muitas vezes exequível.^(4,40)

B → Pacientes que não desejam preservação de fertilidade com diagnóstico de AIS pós-CAF-EZT 3 com margens e/ou estudo citológico/CEC negativas serão referenciadas para oncoginecologia, em um contexto terciário, onde serão submetidas a histerectomia total, extrafascial, com conservação de ovários em pacientes na pré-menopausa, por quaisquer vias (abdominal, vaginal ou laparoscópica sem morcelamento da peça).^(4,7,30) Aquelas com margens positivas receberão nova conização (para afastar doença invasiva) antes do tratamento definitivo.

C → A conização com bisturi frio associada à CEC é uma opção segura na abordagem do AIS em muitos serviços no mundo inteiro, como já citado: clássica, hospitalar, que fornece cone de maiores dimensões, margens mais bem avaliadas, entretanto, não factível ambulatorialmente e com – discutível – maior chance de morbidade obstétrica futura, principalmente quando mais de uma abordagem se faz necessária. A escolha de uma ou outra abordagem (que sabidamente não impacta resultados) dependerá da experiência do médico e dos recursos disponíveis em seu ambiente de trabalho; a propósito, a CAF-EZT com citologia de coto de canal em um contexto de “ambulatorio-hora” é adequadíssima para países em desenvolvimento.

SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO

Pacientes tratadas com CAF-EZT3/conização e citologia de coto de colo – Serão abordadas semestralmente com adequada escovação de canal e colposcopia. Os testes de DNA-HPV acrescentam maior sensibilidade que a citologia e apresentam altíssimo valor preditivo negativo (quando negativos, pode-se excluir a possibilidade de lesões);⁽³²⁾ além desse aspecto, os referidos testes, em pacientes com citologia AGC concomitante com colposcopia sem achados anormais, pode identificar pacientes com risco de lesão cervical significativa em porções altas do canal, além de reduzir o número de colposcopias desnecessárias e CECs em pacientes com lesões benignas e assintomáticas no canal endocervical.⁽⁴²⁾ Entretanto, esses testes não estão disponíveis no serviço público; como alternativa a essa situação (imposta por gestores, possivelmente, não médicos), agendamos essas pacientes semestralmente para coleta citológica de ectocérvix e adequada escovação de canal em outra lâmina, seguida de colposcopia de excelência. Quando uma dessas duas abordagens apresentar alterações significativas (citologia: NIC2+, AGC endocervical FN, AIS, adenocarcinoma; colposcopia grau II, suspeita de invasão e/ou características colposcópicas sugestivas de AIS), a paciente poderá ser submetida a uma nova EZT/conização, não se devendo esquecer dos riscos intraoperatórios e da morbidade obstétrica que cercam uma terceira conização; daí que uma abordagem particularizada, não intempestiva, deve, sim, ser cogitada. Ao contrário, se não se detectarem quaisquer alterações citocolposcópicas, essas pacientes seguirão com essas abordagens por tempo prolongado.

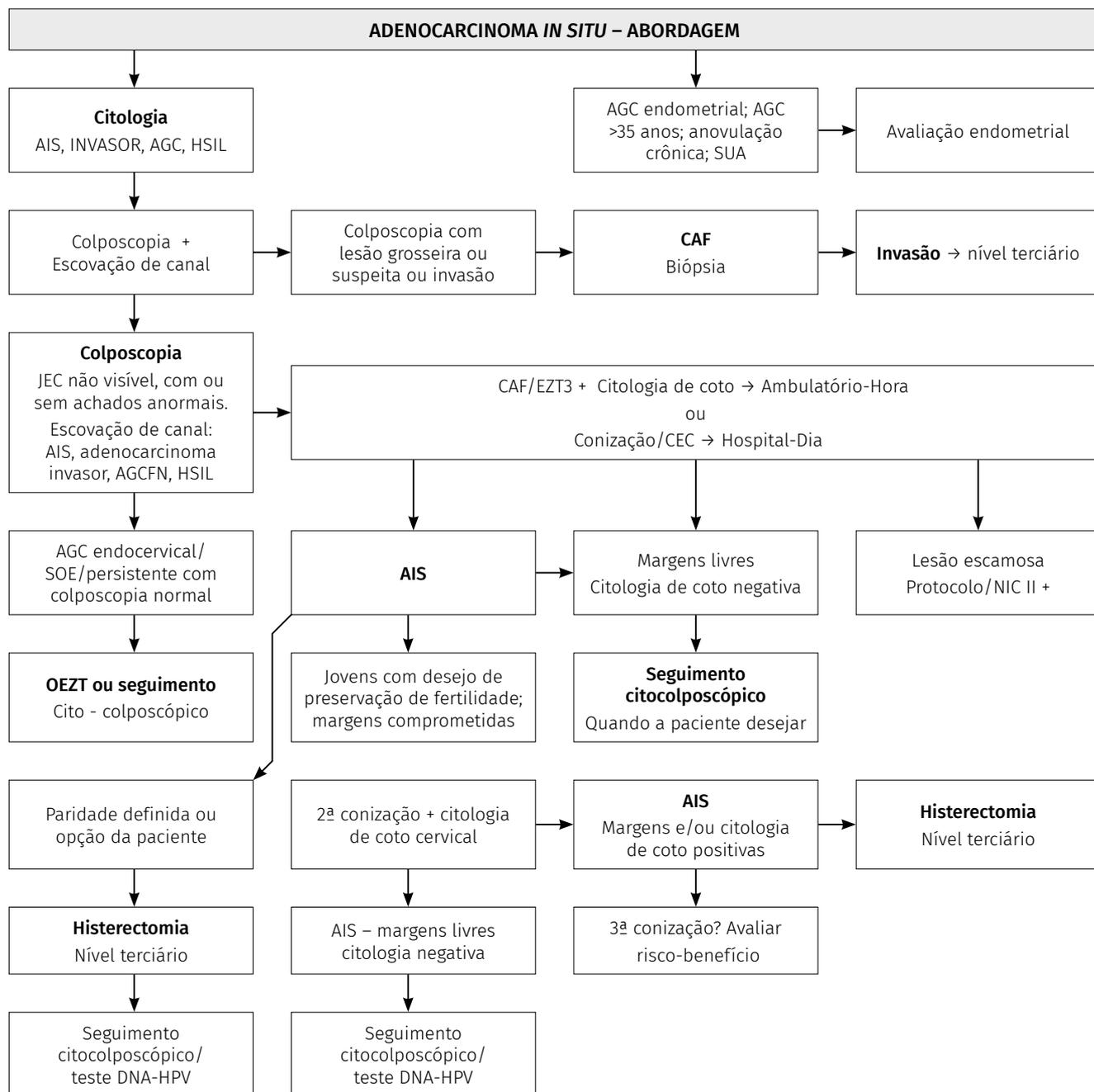
Pacientes pós-histerectomia – São aquelas que realmente receberam o tratamento definitivo, mas, ainda assim, devem ser seguidas com adequada escovação de cúpula vaginal e colposcopia, lembrando que os testes de HPV citados em quase todos os *guidelines*, nesse contexto, não estão disponíveis para essas pacientes no serviço público. Na eventualidade de colposcopia e citologia normais, esses testes serão repetidos anual e indefinidamente. Quando a citologia for anormal e a

colposcopia evidenciar achados relevantes, uma biópsia se impõe para uma eventual nova abordagem (métodos excisionais ou ablativos).

Situações especiais – Grávidas deverão ser avaliadas com escovação delicada de canal endocervical e submetidas à biópsia quando houver suspeita clínica, citológica e sinais colposcópicas sugestivos de invasão, podendo ser submetidas a procedimento excisional apenas a partir do 90º dia de puerpério. Mulheres menopausadas e imussuprimidas receberão abordagem idêntica à das demais mulheres. As pacientes jovens, como já exaustivamente discutido, receberão uma abordagem, sabidamente, conservadora.^(9;14,17)

Considerações finais – uma proposta – Levando-se em consideração a incidência de câncer de colo uterino, algo em torno de 38/100.000 mulheres-anos, e sendo a terceira neoplasia mais frequente em mulheres brasileiras, nas quais o rastreamento ainda é oportunístico ao invés de base populacional, é de esperar um número assustador de neoplasias intraepiteliais de colo e, conseqüentemente, um número de grande expressividade em se tratando de doença invasiva, com suas conseqüências e custos. Ações já implementadas podem receber alguns ajustes, em grande parte deste país de dimensões continentais, para que esse contingente de 50 milhões de mulheres (nossa população-alvo) tenha um rastreamento eficaz, uma abordagem ambulatorial, com agendamento facilitado, sem perda de continuidade nas formas intraepiteliais e a continuidade da excelência, dos níveis terciários, para as formas invasivas. Por outro lado, há necessidade urgente de desmistificação dessas lesões intraepiteliais, afastando o clima apocalíptico que envolve essas mulheres (frequentemente passado a elas pelos seus médicos), mas sem jamais preterir ações bem protocoladas quando se tratar de doença glandular e/ou escamosa de alto grau (Figura 1). As ações propostas, totalmente conhecidas e divulgadas, mas que merecem algumas considerações, são:

- Vacinação anti-HPV em todas as classes sociais, obedecendo ao protocolo de gestores de saúde;
- Implementação de medidas de rastreamento de base populacional com a clássica citologia e introdução de testes de DNA-HPV, judiciosamente usados, como preconizam pesquisadores brasileiros.⁽⁴³⁾ Resumindo: nossa população-alvo pode ser dividida em três grandes grupos:
 - Pacientes jovens, sabidamente saudáveis, que receberão vacina anti-HPV, continuarão sendo rastreadas e terão, na imensa maioria das vezes, um resultado favorável;
 - Pacientes com neoplasia invasiva, que serão, em nível terciário, abordadas com cirurgia e/ou quimiorradiação e terão um desfecho que dependerá do estadiamento do tumor quando do diagnóstico;



AIS: adenocarcinoma *in situ*; AGC: células glandulares atípicas; HSIL: lesão escamosa de alto grau; CEC: curetagem endocervical.

Fonte: Galvão RO. Adenocarcinoma cervical: diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde. *Femina*. 2019;47(4):245-52.⁽¹⁴⁾

Figura 1. Ambulatório-Hora-CAF ambulatorial

– Pacientes com neoplasia intraepitelial, que constituem o grupo especial no qual, com ações de fácil implementação com custos acessíveis ao nosso país, a doença terá os níveis mais expressivos de cura, num contexto ambulatorial, bastando, para isso, um maior número e melhor distribuição das unidades de colposcopia-CAF, que deverão ter equipamentos (colposcópios e bisturis de CAF de boa qualidade com reposição facilitada de insumos-alças) e, principalmente,

médicos adequadamente treinados. A partir dessas considerações, se impõe uma logística envolvendo calendário médico tipo “meses coloridos”, mutirões, ações em bairros distantes, abordagem de pacientes de zona rural, enfim, iniciativas para motivação de pacientes, muitas vezes arredias às abordagens pelo ginecologista, com a participação efetiva de médicos e outros profissionais da saúde da família; por último, conscientização de médicos e pacientes de

que o tratamento ambulatorial de formas intraepiteliais, no momento oportuno, além de eficaz e seguro, é a abordagem que realmente diminui as formas invasivas do câncer de colo uterino. Por fim, sensibilizar gestores de saúde para que tecnologias consagradas no mundo inteiro, como testes de DNA-HPV, estejam disponíveis, tanto no rastreamento quanto no seguimento pós-tratamento, em todos os níveis de assistência.

REFERÊNCIAS

- Hepler T, Dockerty MB, Randall LM. Primary adenocarcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1952;63:800-8.
- Friedell GH, McKay DG. Adenocarcinoma in situ of the endocervix. *Cancer*. 1953;6(5):887-97. doi: 10.1002/1097-0142(195309)6:5<887::AID-CNCR2820060507>3.0.CO;2-A
- Ostor AG, Pagano R, Davoren RA, Fortune DW, Chanen W, Tome R. Adenocarcinoma in situ of the cervix. *Int J Gynecol Pathol*. 1984;3(2):179-90. doi: 10.1097/00004347-198402000-00006
- Del Carmen MG, Schorge JO. Cervical adenocarcinoma in situ [Internet]. 2019 [citado 16 set. 2019]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-adenocarcinoma-in-situ>
- Zaino RJ. Symposium part I: adenocarcinoma in situ, glandular dysplasia, and early invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;21(4):314-26. doi: 10.1097/00004347-200210000-00002
- Andrade LALA. Diagnóstico histológico das lesões glandulares intraepiteliais e invasivas. In: Coelho FRG, Soares FA, Fochi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. *Câncer do colo do útero*. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 374-90.
- Santos JA, Sousa R, Coelho MC, Sá JL. Adenocarcinoma cervical in situ: fatores relacionados com a presença de lesão residual após conização. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2017;11(1):22-7.
- Castellsagué X, Diaz M, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, et al. Worldwide human papilloma virus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(5):303-15. doi: 10.1093/jnci/djj067
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
- Shin CH, Schorge JO, Lee KR, Sheets EE. Cytologic and biopsy findings leading to conization in adenocarcinoma in situ of the cervix. *Obstet Gynecol*. 2002;100(2):271-6. doi: 10.1016/S0029-7844(02)02044-6
- Mitchell H, Hocking J, Saville M. Cervical cytology screening history of women diagnosed with adenocarcinoma in situ of the cervix: a case control study. *Acta Cytol*. 2004;48(5):595-600. doi: 10.1159/000326428
- Moreira MAR. Diagnóstico citológico das neoplasias glandulares intraepiteliais e invasivas. In: Coelho FRG, Soares FA, Fochi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. *Câncer do colo do útero*. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 360-73.
- Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells [Internet]. 2019 [citado 16 set. 2019]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-atypical-and-malignant-glandular-cells>
- Galvão RO. Adenocarcinoma cervical: diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde. *Femina*. 2019;47(4):245-52.
- Geier CS, Wilson M, Creasman W. Clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(2):64-9. doi: 10.1067/mob.2001.108995
- Schnatz PF, Guile M, O'Sullivan DM, Soroski JI. Clinical significance of atypical glandular cells on cervical cytology. *Obstet Gynecol*. 2006;107(3):701-8. doi: 10.1097/01.AOG0000202401.29145.68
- Martins CMR, Robial R. Neoplasia intraepitelial glandular: diagnóstico, tratamento e seguimento. In: Cardial MFT, Campaner AB, Santos ALF, Speck NMG, Barbosa MTA, Martins CMR, editores. *Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 185-90.
- Parellada CI, Pereyra EAG. Adenocarcinoma cervical. In: Martins NV, Pereyra EAG, editores. *Conhecendo o HPV: patologia do trato genital inferior, colposcopia e CAF*. São Paulo: Frontis; 2000. p. 85-98.
- Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and adenocarcinoma of the uterine cervix: differentiation from other cervical lesions. *J Low Genit Tract Dis*. 1999;3(2):83-97. doi: 10.1046/j.1526-0976.1999.08092.x
- Guillemotonia A. Colposcopia e patologia glandular. In: Marchetta J, Descamps P, editores. *Colposcopia: técnica, indicações, diagnóstico*. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 113-20.
- Singer A, Monaghan JM. Colposcopia: patologia e tratamento do trato genital inferior. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
- Hon LW. Glandular lesions: pitfalls in management [Internet]. In: HKSCCP: The 15th Anniversary Symposium; 2016 [cited 2018 Jul 20]. Available from: <http://www.hkscpp.org.hk/Meetings/Lecture%20Notes/BGM%202016,%20lecture%203.pdf>
- Lea JS, Shin CH, Sheets EE, Coleman RL, Gehrig PA, Duska LR, et al. Endocervical curettage at conization to predict residual cervical adenocarcinoma in situ. *Gynecol Oncol*. 2002;87(1):129-32. doi: 10.1006/gyno.2002.6791
- Ostör AG, Duncan A, Quinn M, Rome R. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: an experience with 100 cases. *Gynecol Oncol*. 2000;79(2):207-10. doi: 10.1006/gyno.2000.5957
- Costales AB, Milbourne AM, Rhodes HE, Munsell MF, Wallbillich JJ, Brown J, et al. Risk of residual disease and invasive carcinoma in women treated for adenocarcinoma in situ of the cervix. *Gynecol Oncol*. 2013;129(3):513-6. doi: 10.1016/j.jgyno.2013.03.015
- Tierney KE, Lin PS, Amezcua C, Matsuo K, Ye W, Felix J, et al. Cervical conization of adenocarcinoma in situ: a predicting model of residual disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(4):366-e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.12.030
- Salani R, Puri I, Bristow RE. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(2):182.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.012
- Kietpeerakool C, Khunamornpong S, Srisomboon J, Kasunan A, Sribanditmongkol N, Siriaungkul S. Predictive value of negative cone margin status for risk of residual disease among women with cervical adenocarcinoma in situ. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(3):266-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.06.013
- Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis*. 2013;17(5 Suppl 1):S1-S27. doi: 10.1097/LGT.0b013e318287d329
- Polterauer S, Reinthaller A, Horvat R, Joura E, Grimm C. Cervical adenocarcinoma in situ: update and management. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2013;2:86-93. doi: 10.1007/s13669-013-0039-6
- Kim ML, Hahn HS, Lim KT, Lee KH, Kim HS, Hong SR, et al. The safety of conization in the management of adenocarcinoma in situ of the uterine cervix. *J Gynecol Oncol*. 2011;22(1):25-31. doi: 10.3802/jgo.2011.22.1.25
- Santos ALF, Martins CMR. Biologia molecular em patologia genital inferior. In: Cardial MFT, Campaner AB, Santos ALF, Speck NMG, Barbosa MTA, Martins CMR, editores. *Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 143-8.
- Lee KR, Flynn CE. Early invasive adenocarcinoma of the cervix. *Cancer*. 2000;89(5):1048-55.

34. Plaxe SC, Saltzstein SL. Estimation of duration of the preclinical phase of cervical adenocarcinoma suggest that there is ample opportunity for screening. *Gynecol Oncol.* 1999;75(1):55-61. doi: 10.1006/gyno.1999.5524
35. Latif NA, Neubauer NL, Helenowski IB, Lurain JR. Management of adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a comparison of loop electrosurgical excision procedure and cold knife conization. *J Low Genit Tract Dis.* 2015;19(2):97-102. doi: 10.1097/LGT.0000000000000055
36. Munro A, Leung Y, Spilsbury K, Stewart CJR, Semmens J, Codde L, et al. Comparison of cold knife cone biopsy and loop electrosurgical excision procedure in management of cervical adenocarcinoma in situ: what is the gold standard? *Gynecol Oncol.* 2015;137(2):258-63. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.02.024
37. Jiang Y, Chen C, Li L. Comparison of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision for cervical adenocarcinoma in situ (ACIS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(1):e0170587. doi: 10.1371/journal.pone.0170587
38. Bai H, Liu J, Wang Q, Feng Y, Lou T, Wang S, et al. Oncological and reproductive outcomes of adenocarcinoma in situ of the cervix managed with the loop electrosurgical excision procedure. *BMC Cancer.* 2018;18(1):461. doi: 10.1186/s12885-018-4386-6
39. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intra epithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a1284. doi: 10.1136/bmj.a1284
40. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Prendiville W, Paraskevidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2006;367(9509):489-98. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68181-6
41. Jakobsson M, Norwitz ER. Cervical intraepithelial neoplasia: reproductive effects of treatment [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-reproductive-effects-of-treatment/print?search=>.
42. Zeferino LC, Rabelo-Santos SH, Villa LL, Sarian LO, Costa MC, Westin MCA, et al. Value of HPV-DNA test in women with cytological diagnosis of Atypical Glandular Cells (AGC). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159(1):160-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.05.023
43. Speck NMG, Carvalho JP. Dossiê de estratégias do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil. *Femina.* 2018;46(3):156-66.

Anticoncepcional hormonal apenas de progestagênio e anticoncepção de emergência

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli¹, Luís Carlos Sakamoto²

Descritores

Contraceção hormonal; Anticoncepcional hormonal de progestagênio; Contraceção injetável; Implantes hormonais; Sistema intrauterino de levonorgestrel; Anticoncepcional de emergência

Como citar?

Guazzelli CA, Sakamoto LC. Anticoncepcional hormonal apenas de progestagênio e anticoncepção de emergência. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 70/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

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

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 70, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

Os métodos de anticoncepção hormonal são aqueles que utilizam drogas similares aos esteroides ovarianos para promover modificações na fisiologia feminina com o objetivo de impedir a fecundação. Entre os métodos hormonais, alguns apresentam apenas progestagênios na sua composição e são classificados de acordo com sua origem e seu tipo de via de administração (Quadros 1 e 2).^(1,2) Atualmente, no Brasil, os métodos disponíveis são os de via oral para uso diário, o injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMPD) para ser administrado por via intramuscular, a cada três meses, o implante de etonogestrel para utilização por via subcutânea, por três anos, e o sistema intrauterino com levonorgestrel efetivo, por cinco anos. A anticoncepção de emergência, que é comercialmente liberada, também contém apenas progestagênio, o levonorgestrel.

MECANISMO DE AÇÃO

O principal mecanismo de ação é a inibição da ovulação resultante do bloqueio na liberação cíclica das gonadotrofinas pela hipófise, impedindo o pico pré-ovulatório do hormônio luteinizante (LH).⁽³⁾ A utilização dos métodos como o injetável trimestral, o implante e as pílulas apenas de progestagênio (POP) são capazes de suprimir a ovulação em algumas usuárias. Além disso, atuam no endométrio, causando, ao longo do tempo, atrofia e redução de vascularização, o que contribui para aumentar sua eficácia. Também, exerce transformação no muco cervical, que passa a ser “hostil” à espermomigração, dificultando a ascensão dos espermatozoides e, ainda, reduzindo a motilidade tubária.⁽³⁾ Com relação ao sistema intrauterino com levonorgestrel, a sua principal ação é local, endometrial, causando atrofia e modificações vasculares. Também, atua no muco cervical, mas tem pouco efeito sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, dessa forma, a maioria das mulheres ovula. A taxa de inibição de ovulação é inferior a 25%.^(4,5)

EFICÁCIA

A eficácia depende do progestagênio utilizado, de sua dose e da via de administração. Entre os métodos, o implante é o que apresenta maior eficácia, com taxas de falha (0,05) menores do que as observadas na esterilização feminina (0,5) ou masculina (0,15). O sistema intrauterino com levonorgestrel, também, é considerado método de alta eficácia, atingindo valores de 0,2 para cada 100 usuárias/ano (Quadro 2).⁽²⁾

Quadro 1. Classificação dos progestagênios

Testosterona		Progesterona		
19-nortestosterona		17 α -espirolactona	17-hidroxiprogesterona	
Estranos (C18)	Gonanos (C17)	Drospirenona	Pregnano (21)	
G1 Noretinodrel	G2 Levonorgestrel		Acetilado	Não acetilado
G2 Noretisterona Dienogeste	G3 Desogestrel Gestodeno Norgestimato		Acetato de medroxiprogesterona Acetato de ciproterona Acetato de meggestrol Acetato de nomegestrol Acetato de clormadinona	Didrogesterona

Fonte: Traduzido e adaptado de Sitruk-Ware R. New progestagens for contraceptive use. Hum Reprod Update. 2006;12(2):169-78.⁽¹⁾

Quadro 2. Classificação de métodos com progestagênio

Via	Composição	Uso	Taxa de falha (gravidez) em 100 usuárias	
			Uso perfeito	Uso típico
Oral	Levonorgestrel/ desogestrel Noretisterona/linistrenol	Diário/contínuo	0,3	9
Intramuscular	Acetato de medroxiprogesterona	Trimestral	0,2	6
Subdérmica	Etonogestrel	3 anos	0,05	0,05
Intrauterina	Levonorgestrel	5 anos	0,2	0,2

Fonte: Traduzido e adaptado de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.⁽²⁾

INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

A utilização de progestagênio de forma isolada é ampla e apresenta poucas contraindicações, podendo ser indicada para qualquer faixa etária durante o menarca, da menarca (na adolescência) a menopausa (no climatério), em nulíparas ou multíparas. Pode ser utilizado em mulheres em situações especiais como no pós-parto – que estejam ou não amamentando – e após abortamento. Também é indicado para as pacientes que apresentam contraindicações para o uso de estrogênio devido à presença de algumas doenças, tais como enxaqueca, hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia, doenças vasculares, reumatológicas e outras. Para a maioria das mulheres, as contraindicações dos métodos que contêm apenas progestagênio são semelhantes, as diferenças ocorrem principalmente nas condições cardiovasculares, em que o uso do injetável trimestral deve ser evitado (cat 3, quando o risco de uso é maior que o benefício).⁽⁶⁾

EVENTOS ADVERSOS

Todas as mulheres que usam métodos contendo apenas progestagênio necessitam ser informadas sobre

a possibilidade de ocorrer sangramento irregular e manchas, principalmente, nos primeiros três meses de uso.⁽⁷⁻¹²⁾ Nessas usuárias as alterações do padrão de sangramento são avaliadas por 90 dias e classificadas em amenorreia (ausência de sangramento), sangramento infrequente (um ou dois episódios de sangramento), frequente (mais de cinco episódios), normal (três a cinco episódios) e prolongado (mais de 14 dias ininterruptos).⁽¹³⁾ O aconselhamento que antecede a escolha do método tem grande importância na aceitação e na continuidade do anticoncepcional. A insatisfação com o padrão de sangramento é referida como um dos principais motivos para a descontinuação desses métodos. Outras queixas incluem cefaleia, tontura, mudança de humor (nervosismo e depressão), ganho de peso, dores nas mamas, acne e, menos frequentemente, queda de cabelo e hirsutismo (Quadro 3).

BENEFÍCIOS E RISCOS

Um benefício não contraceptivo é a redução ou ausência de sangramento, que pode ocorrer em várias usuárias independentemente do método escolhido (30% a 80%) (Quadro 3). Alguns estudos referem melhora de sintomatologia perimenstrual – como dismenorreia e cefaleia –

Quadro 3. Incidência de alteração no padrão de sangramento em usuárias de métodos apenas com progestagênio

Padrão do sangramento		POP desogestrel	Implante	SIU-LNG	AMPD
Amenorreia		20%	22% a 40%	20% a 60%	50% a 80%
Infrequente		30% a 40%	30% a 40%	10% a 30%	NA
Regular		40%	20%	10% a 50%	10%
Padrão desfavorável	Frequente	5%	6,7%	5%	19% a 26% Sem separação
	Prolongado	10%	17,7%	15%	

das dores em usuárias com endometriose.⁽¹⁴⁾ A literatura descreve alguns benefícios específicos para determinados métodos, como a redução de dor nas crises de anemia falciforme para o injetável trimestral, e indica o uso do sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) como tratamento para mulheres com sangramento uterino aumentado, hiperplasia endometrial e endometriose.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ A literatura refere redução de câncer de ovário e endométrio para suas usuárias.⁽¹⁸⁾ A utilização de métodos apenas com progestagênio não aumenta o risco de doenças cardiovasculares como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio ou trombose venosa, bem como não altera os exames em relação à hemostasia.^(19,20) O uso de AMPD foi associado à perda de massa óssea, provavelmente, devido à menor produção de estrogênio ovariano resultante da supressão da secreção de gonadotrofina. Os dados sobre o seu uso e o risco de fratura ainda são limitados e derivam apenas de estudos de casos e controles.⁽²¹⁾ Alguns trabalhos sugerem que a redução da massa óssea associada à administração do AMPD é parcialmente reversível após a interrupção do tratamento, mas ainda não é claro se as mulheres adultas retornam aos valores basais de densidade de massa óssea e se as adolescentes atingem o pico da massa óssea após a interrupção do método.⁽²¹⁾ Nas pacientes que desejam utilizar esse método por tempo prolongado (mais de dois anos), os riscos e os benefícios necessitam ser discutidos.

ANTICONCEPÇÃO ORAL

O anticoncepcional hormonal oral que apresenta apenas o componente progestagênico pode ser constituído de levonorgestrel, desogestrel, noretisterona ou linistrenol (Quadro 2). O contraceptivo com desogestrel (75 mcg) apresenta maior eficácia quando comparado aos outros progestagênios, semelhante à obtida com o uso dos hormonais combinados.⁽²²⁾ Os anticoncepcionais orais contendo apenas progestagênio são de uso contínuo, sem interrupção entre as cartelas, com tomada de um comprimido por dia.

ORIENTAÇÕES

Todas as usuárias necessitam ser informadas sobre o padrão de sangramento (Quadro 3). A literatura apresenta algumas orientações que podem ser oferecidas às

pacientes na presença de sangramento irregular como o uso de estrogênios, anticoncepção hormonal combinada oral, progestagênio (alterar o tipo ou aumentar a dose), anti-inflamatório, vitaminas e outros.⁽²³⁾ Deve-se ressaltar, ainda, que, diante de padrão de sangramento irregular, é imprescindível uma adequada investigação clínica com o intuito de afastar condições que possam estar associadas. As causas mais frequentes são infecções genitais, doenças do colo uterino, uso de medicações que possam interferir na metabolização dos contraceptivos, tabagismo e distúrbios gastrointestinais. Em usuárias com sangramento persistente, após avaliação ginecológica, o método deve ser descontinuado.

IMPLANTE

No Brasil, o único implante liberado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária é o Implanon, que contém etonogestrel. Atualmente, tem nova apresentação denominada de Implanon NXT, cujo diferencial é ser radiopaco e ter um aplicador mais prático e fácil. Trata-se de um anticoncepcional de progestagênio constituído de uma haste de 40 mm por 2 mm (formada por vinil acetato de etileno), que contém 68 mg de etonogestrel (derivado do desogestrel), que deverá ser colocado subdermicamente na região interna do braço das mulheres.⁽²⁴⁾ O etonogestrel é liberado lentamente desde sua inserção, inicialmente, com doses de 60 a 70 mcg/dia até 25 a 30 mcg/dia, no término do terceiro ano. Todos esses valores são acima dos considerados adequados para inibição da ovulação.⁽²⁵⁾ O implante apresenta efeito logo após sua inserção e foi elaborado para ser utilizado por três anos, devendo ser retirado após esse período.

INSERÇÃO

A inserção do implante deve ser feita no membro superior não dominante, sendo um procedimento fácil e rápido que pode ser realizado no consultório. Há a necessidade de um treinamento para o aconselhamento e a inserção adequados, pois isso resultará em redução de complicações e melhora no grau de satisfação da usuária.⁽²⁵⁾ O implante pode ser inserido em qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida.⁽²⁶⁾ A incidência de complicações na inserção como o desconforto, edema, hematoma, infecção

local, quebra e inserção profunda (no músculo) ou em local inadequado (axila) costuma ser baixa (1%-2,9%) (Quadro 4).⁽²⁶⁾

ORIENTAÇÕES

As pacientes precisam ser orientadas que, caso não palpem o implante ou observem alteração de sua posição, ou comecem a ter dor, inchaço, vermelhidão ou secreção no local, devem buscar orientação médica.^(26,27) Há a necessidade de informar que a eficácia desse anticoncepcional pode ser reduzida na utilização de alguns medicamentos como antibióticos (rifampicina) e anticonvulsivantes.⁽⁶⁾ O uso de método de barreira deve ser indicado. Mais recentemente, alguns estudos relatam que, nos últimos anos de uso do implante, mulheres com sobrepeso ou obesas podem apresentar maior risco de falha do método, pois as concentrações séricas de progestagênio estão inversamente relacionadas ao peso corporal e diminuem com o tempo após a inserção. Por isso, o método deve ser substituído em um prazo menor.⁽²⁶⁾

SISTEMA INTRAUTERINO COM LEVONORGESTREL

O SIU-LNG consiste de um pequeno dispositivo (32 mm) em forma de “T” que é inserido dentro do útero e que contém um reservatório com levonorgestrel (52 mg) ao redor da haste vertical (Quadro 2).

INDICAÇÃO

Pode ser utilizado em qualquer faixa etária da menarca à menopausa, independentemente da paridade.⁽⁶⁾ As principais contraindicações são as alterações locais como câncer de colo uterino, endometrial, mioma submucoso ou alguma malformação uterina (septo, útero bicorno) com distorção da cavidade, estenose cervical, doença inflamatória pélvica e infecção puerperal. Também não deve ser utilizado em mulheres na vigência de câncer de mama.⁽⁶⁾

INSERÇÃO

A inserção pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que se tenha certeza de que a mulher não esteja grávida. Há uma preferência para a inserção no período de sangramento, pois afasta gravidez e facilita a colocação do método.⁽²⁷⁾ Rotineiramente, não há necessidade de prescrição de antibiótico para profilaxia de doença inflamatória pélvica, mesmo em mulheres em que o risco de endocardite estiver aumentado.⁽²⁸⁾

ORIENTAÇÃO

As mulheres necessitam ser avaliadas cerca de quatro a seis semanas após a inserção e devem ser informadas sobre as queixas mais comuns. Como algumas usuárias não retornam para o seguimento, é interessante ensiná-las a sentir o fio na vagina e, em caso de não o achar, devem procurar orientação médica. O uso de absorvente interno ou de coletor parece não aumentar o risco de expulsão.^(29,30) Não há evidências de que o uso de placas vibratórias (para exercícios ou estética) aumente o risco de expulsão do método pelo estímulo à contração uterina, mas deve ser evitado nas primeiras semanas após inserção.⁽³⁰⁾

INJETÁVEL TRIMESTRAL (ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DEPÓSITO)

O método injetável trimestral contém o AMPD para o uso intramuscular com aplicação a cada três meses (Quadro 2).

ORIENTAÇÕES

As mulheres precisam ser avisadas no tocante às alterações de sangramento e com relação a possível ganho de peso.^(31,32) Outra informação importante, principalmente para aquelas que ainda desejam engravidar, é que pode ocorrer uma demora ao retorno de fertilidade, podendo ser de até um ano.⁽³¹⁾

Quadro 4. Recomendações para o momento de inserção do implante de etonogestrel

Método ou situação	Momento	Tempo de uso para proteção contraceptiva (método barreira)
Nenhum ou contraceptivos não hormonais	1º-5º dia do ciclo Outros dias (afastar gravidez)	Não necessita 7 dias
Método hormonal combinado (oral, transdérmico, vaginal)	Imediatamente após o último dia de tomada ou uso do método	Não necessita
Método hormonal apenas com progestagênio (oral)	Qualquer momento	7 dias
Método hormonal com progestagênio (injetável)	No dia da próxima injeção	Não necessita
Implante	Mesmo dia da remoção	Não necessita

Fonte: Traduzido e adaptado de Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Clinical Effectiveness Unit. Progestogen-only Implants Guidance – February 2014 [Internet]. London: FSRH; 2014. [cited 2018 Aug 19]. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/>⁽²⁶⁾

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Colégio Americano de Obstetria e Ginecologia (ACOG), a AE é definida como um método que oferece às mulheres uma maneira não arriscada de prevenir uma gravidez não planejada até 120 horas da relação sexual.^(27,33) As opções atuais são seguras e bem-toleradas. Entre os métodos hormonais, são indicados os que contêm etinilestradiol e levonorgestrel (método Yuzpe), levonorgestrel, acetato de ulipristal e, menos frequentemente, mifepristona ou o uso do dispositivo intrauterino de cobre.^(27,33) No Brasil, os métodos liberados para uso de AE são os hormonais combinados e os com progestagênio isolado (levonorgestrel) (Quadro 5).

MECANISMOS DE AÇÃO

O mecanismo de ação dos métodos para a AE não é completamente elucidado; de modo geral, age impedindo ou atrasando a ovulação. Também altera os níveis hormonais, interferindo no desenvolvimento folicular e na maturação do corpo lúteo e inibindo a fertilização.^(33,34) O mecanismo preciso de ação do DIU de cobre é desconhecido, todavia os efeitos pré-fertilizantes são proeminentes, em que o cobre interfere com o sêmen e com o óvulo. Além disso, a presença de um corpo estranho induz uma resposta inflamatória crônica, levando à liberação de citocina e integrina, que causam efeito inibitório da implantação, mesmo que a fertilização ocorra. Esse mecanismo não é completamente compreendido, e esses efeitos costumam ocorrer antes que o embrião se implante no útero.^(35,35)

EFICÁCIA

A utilização do levonorgestrel previne cerca de dois terços das gestações, se for iniciada até 24 horas do ato sexual.^(34,35) Em revisão sistemática sobre a eficácia entre as diferentes pílulas usadas como AE, o método com levonorgestrel apresentou menor incidência de gestações (11 a 24 por mil mulheres) que o método de Yuzpe (29

por mil mulheres).⁽³⁵⁾ A eficácia AE diminui significativamente com o atraso na administração após a relação sexual desprotegida.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

A AE deve ser indicada para mulheres após relação sexual desprotegida e em outras situações, conforme exposto no quadro 6.⁽³⁴⁾ E não há contraindicações médicas absolutas para o uso de AE.⁽⁶⁾ As usuárias devem ser informadas de que a utilização concomitante de drogas indutoras de enzimas CYP3A4 (como barbitúricos, carbamazepina, felbamato, griseofulvina, oxcarbazepina, fenitoína, rifampicina, erva-de-são-joão e topiramato) interfere diminuindo a sua eficácia.⁽⁶⁾ Evidências recentes indicam que ocorre uma menor eficácia da AE em mulheres com sobrepeso [índice de massa corporal (IMC) entre 25 e 29,9 kg/m²] e principalmente nas obesas (IMC > 30 kg/m²).⁽³⁵⁾ As recomendações atuais orientam que a AE deve continuar a ser utilizada em mulheres de todos os pesos, porque os benefícios superam os riscos.⁽³⁴⁾

EVENTOS ADVERSOS

Os eventos adversos são relativamente leves e podem incluir náuseas, vômitos, cefaleia, tontura e alteração de sangramento.⁽³⁴⁾

INÍCIO DE MÉTODO REGULAR

A contracepção hormonal pode ser iniciada imediatamente após o uso de AE com levonorgestrel. Se houver a necessidade de um novo uso subsequente de AE, a mulher deve ser orientada a usar novamente o levonorgestrel em dose única, mas precisa ser informada da redução da eficácia (Quadro 7).⁽³⁴⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- O uso de progestagênio isolado pode ser indicado para um grande número de mulheres, pois apresenta poucas contraindicações.

Quadro 5. Anticoncepção de emergência, dose, momento de uso

Método usado	Dose	Período (dias)	Eventos adversos
AHCO	2 doses/intervalo de 12 horas Etinilestradiol 100 mcg Levonorgestrel 0,5 mg	Até 5 dias	Náusea, vômito, cefaleia, alteração de sangramento.
Levonorgestrel	Única 15 mg	Ideal até 3 dias Pode ser estendido até 5 dias (menor eficácia)	Náusea, vômito, cefaleia, alteração de sangramento
Acetato de ulipristal	Única 30 mg	Até 5 dias	Náusea, vômito, cefaleia, alteração de sangramento
DIU Tcu		Até 5 dias	Dor, sangramento

Quadro 6. Quando indicar anticoncepção de emergência

Uso isolado de espermicida
Esquecimento de duas ou mais pílulas AHCO
O início de anticoncepção hormonal combinada foi adiado em 24 horas ou mais
Esquecimento ou atraso de uma ou mais pílulas de progestagênio por mais de 3 horas Se for de desogestrel, após um atraso de 12 horas
Atraso de mais de duas semanas na aplicação do injetável trimestral
Quando a usuária fica mais de 24 horas com o método transdérmico descolado ou sem na 1ª semana
Anel vaginal – expulso ou removido por mais de 3 horas na 1ª semana
Após 5 dias de abortamento, gravidez ectópica ou esvaziamento uterino por gravidez molar. Após 21 dias de parto se não estiver amamentando

Fonte: Traduzido e adaptado de Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Clinical Guidance. Emergency Contraception - March 2017 [Updated December 2017] [Internet]. London: FSRH; 2017. [cited 2018 Aug 19]. Available from: www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/emergency-contraception/⁽³⁴⁾

- Todas as usuárias necessitam ser orientadas em relação à presença de alterações no padrão de sangramento, principalmente, nos primeiros três meses de uso.
- Não há evidências de que o uso de métodos apenas com progestagênio aumente o risco para doenças cardiovasculares.
- Mulheres com sobrepeso/obesas precisam ser avisadas da menor eficácia da AE.

REFERÊNCIAS

1. Sitruk-Ware R. New progestagens for contraceptive use. *Hum Reprod Update*. 2006;12(2):169-78.
2. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
3. Speroff L, Fritz MA. Oral contraceptives. In: Buster JE. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. New York: Lippincott Williams; 2005. p. 873-4.
4. Nilsson CG, Lähteenmäki PL, Luukkainen T. Ovarian function in amenorrhoeic and menstruating users of a levonorgestrel-releasing intrauterine device [B]. *Fertil Steril*. 1984;41(1):52-5.
5. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects [B]. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1699-708.
6. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Reproductive Health and Research. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
7. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(Suppl 1):13-28.

Quadro 7. Quando iniciar um novo método após uso de AE

Método AE	Momento
Após uso de levonorgestrel ou AHCO	Uso de método hormonal oral, injetável, vaginal ou transdérmico imediatamente após: <ul style="list-style-type: none"> • Inserção de DIU Tcu imediatamente após afastar gravidez; • Uso de SIU-LNG – aguardar certeza de que não engravidou.
	Se não iniciou método logo após o uso de AE, o anticoncepcional poderá ser iniciado a qualquer momento, desde que uma gravidez seja afastada.
Após uso de acetato de ulipristal	Uso de método hormonal oral, injetável, vaginal ou transdérmico após 5 dias da tomada de acetato de ulipristal. Inserção de DIU Tcu imediatamente após afastar gravidez.
	Se não iniciou método após 5 dias da tomada, poderá principiar a qualquer momento, desde que uma gravidez seja afastada.

Fonte: Traduzido e adaptado de World Health Organization (WHO). *Selected practice recommendations for contraceptive use* – 2016. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016.⁽²⁷⁾

8. Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*. 2010;82(3):256-9.
9. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1998;3(4):169-78.
10. Jensen J, Mansour D, Lukkari-Lax E, Inki P, Burock K, Fraser IS. Bleeding patterns with the levonorgestrel-releasing intrauterine system when used for heavy menstrual bleeding in women without structural pelvic pathology: a pooled analysis of randomized controlled studies. *Contraception*. 2013;87(1):107-12.
11. Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Contraception*. 2007;75(6 Suppl):S134-9.
12. Hubacher D, Lopez L, Steiner MJ, Dorflinger L. Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA: systematic review and evidence-based comparisons. *Contraception*. 2009;80(2):113-8.
13. Belsey EM, Machin D, d'Arcangues C. The analysis of vaginal bleeding patterns induced by fertility regulating methods. World Health Organization Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*. 1986;34(3):253-60.
14. Walch K, Unfried G, Huber J, Kurz C, van Trotsenburg M, Pernicka E, et al. Implanon versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis – a pilot study. *Contraception*. 2009;79(1):29-34.
15. de Abood M, de Castillo Z, Guerrero F, Espino M, Austin KL. Effect of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*. 1997;56(5):313-6.

16. Kaunitz AM, Bissonnette F, Monteiro I, Lukkari-Lax E, DeSanctis Y, Jensen J. Levonorgestrel-releasing intrauterine system for heavy menstrual bleeding improves hemoglobin and ferritin levels. *Contraception*. 2012;86(5):452-7.
17. Gallos ID, Shehmar M, Thangaratinam S, Papapostolou TK, Coomarasamy A, Gupta JK. Oral progestogens vs levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):547.e1-10.
18. Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Pukkala E. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland. *Obstet Gynecol*. 2014;124(2 Pt 1):292-9.
19. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-66.
20. Mantha S, Karp R, Raghavan V, Terrin N, Bauer KA, Zwicker JJ. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e4944.
21. Nappi C, Bifulco G, Tommaselli GA, Gargano V, Di Carlo C. Hormonal contraception and bone metabolism: a systematic review. *Contraception*. 2012;86(6):606-21.
22. Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD007541.
23. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Management of unscheduled bleeding in women using hormonal contraceptive. London: Royal College of Obstetricians and Gynecologists; 2018.
24. Hohmann H, Creinin MD. The contraceptive implant. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(4):907-17.
25. Wenzl R, van Beek A, Schnabel P, Huber J. Pharmacokinetics of etonogestrel released from the contraceptive implant Implanon. *Contraception*. 1998;58(5):283-8.
26. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Clinical Effectiveness Unit. Progestogen-only Implants Guidance – February 2014 [Internet]. London: FSRH; 2014. [cited 2018 Aug 19]. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/>
27. World Health Organization (WHO). Selected practice recommendations for contraceptive use – 2016. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016.
28. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet*. 2000;356(9234):1013-9.
29. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Clinical Effectiveness Unit. Intrauterine Contraception – October 2015 [Internet]. London: FSRH; 2015. [cited 2018 Aug 19]. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>
30. Wiebe ER, Trouton KJ. Does using tampons or menstrual cups increase early IUD expulsion rates? *Contraception*. 2012;86(2):119-21.
31. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Clinical Guidance: Progestogen-only Injectable Contraception – December 2014 [Updated March 2015] [Internet]. London: FSRH; 2015. [cited 2018 Aug 19]. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/>
32. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*. 2007;75(4):261-7.
33. Fok WK, Blumenthal PD. Update on emergency contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(6):522-9.
34. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Clinical Guidance. Emergency Contraception – March 2017 [Updated December 2017] [Internet]. London: FSRH; 2017. [cited 2018 Aug 19]. Available from: www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/emergency-contraception/
35. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging options for emergency contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2013;7:23-35.

Protocolos Assistenciais da Febrasgo



**SÃO MAIS DE 100 PROTOCOLOS DAS
ÁREAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

CONFIRA NO NOSSO SITE!!!!
<https://www.febrasgo.org.br/pt/protocolos>

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

59° Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

#O congresso de todos os brasileiros

Em 2021



19 a 22 de Maio de 2021
Rio de Janeiro • RJ

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FAÇA PARTE DESSE ENCONTRO!

- A partir de 2021, o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia terá sede fixa no Rio de Janeiro;
- Mais de 250 palestrantes;
- Atividades para melhoria da Ginecologia e Obstetrícia;
- Debates sobre a Saúde Feminina Integral.

ENTRE EM CONTATO: gerencia@febrasgo.org.br

PROMOÇÃO
febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia