

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 5, 2020

Dor pélvica crônica

Como diagnosticar
e tratar uma das
maiores angústias
das mulheres

COVID-19

O que muda na residência
médica durante a pandemia?

ENDOMETRIOSE

A importância do diagnóstico precoce
para tratar a dor e evitar a infertilidade

TE VEJO POR inteiro

O paciente está em pedaços quando chega ao consultório buscando ajuda para a depressão. Mas o médico enxerga o paciente por inteiro: além das dores emocionais, suas dores físicas.¹⁻⁴

VELIJA[®]
cloridrato de duloxetina

VELIJA[®] - cloridrato de duloxetina 30 mg com 10, 30 ou 60 cápsulas de liberação retardada; e 60 mg com 30 ou 60 cápsulas de liberação retardada. Uso oral e adulto (acima de 18 anos de idade).

Indicações: transtorno depressivo maior (TDM); dor neuropática diabética; fibromialgia (FM) em pacientes com ou sem transtorno depressivo maior (TDM); estados de dor crônica associados à dor lombar crônica; estados de dor crônica associados à dor devido à osteoartrite de joelho (doença articular degenerativa), em pacientes com idade superior a 40 anos; e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). **Contraindicações:** pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Não deve ser administrado concomitantemente com IMAO ou dentro de, no mínimo, 14 dias da interrupção do tratamento com um IMAO; também se deve aguardar, no mínimo, 5 dias após a interrupção do tratamento com Veliija[®], antes de se iniciar o tratamento com um IMAO. Este medicamento não é recomendado para pacientes com doença renal em fase terminal (necessitando de diálise), com disfunção renal grave (clearance de creatinina < 30 mL/min); ou ainda em pacientes com insuficiência hepática. **Precauções e Advertências:** a possibilidade de tentativa de suicídio é inerente ao TDM e pode persistir até que ocorra remissão significativa dos sintomas depressivos. Os pacientes com alto risco devem ser acompanhados estritamente no início do tratamento, e os médicos devem incentivar os pacientes a relatar quaisquer tipos de pensamentos ou sentimentos aflitivos. Deve ser usada com cautela em pacientes com história de mania ou de convulsão. Deve ser evitado seu uso em pacientes com glaucoma de ângulo estreito descompensado. Em pacientes com hipertensão conhecida e/ou outra doença cardíaca, é recomendada a monitoração da pressão arterial. A duloxetina deve ser usada com cautela em pacientes com uso substancial de álcool (elevações graves das enzimas hepáticas). Embora estudos clínicos controlados com duloxetina não tenham demonstrado qualquer prejuízo do desempenho psicômotor, da memória ou da função cognitiva, seu uso pode estar associado à sonolência e à tontura. A segurança e eficácia em pacientes pediátricos não foram estabelecidas. Não foram observadas diferenças na segurança e eficácia entre indivíduos idosos (≥ 65 anos) e indivíduos mais jovens. É recomendado cuidado no uso de duloxetina em pacientes com doenças ou condições que produzam alteração no metabolismo ou nas respostas hemodinâmicas. A duloxetina não foi sistematicamente avaliada em pacientes com história recente de infarto do miocárdio ou doença cardíaca instável. Uso em gestantes durante o 3º trimestre de gravidez: recém-nascidos expostos a IRSs ou IRSNs durante o 3º trimestre desenvolveram complicações, exigindo hospitalização prolongada, suporte respiratório e alimentação via sonda. Os médicos devem considerar cuidadosamente a relação entre riscos e benefícios do tratamento com duloxetina em mulheres no 3º trimestre de gravidez. Atenção: este medicamento contém açúcar (sacarose), portanto deve ser usado com cautela em portadores de diabetes. Cada cápsula contém 0,02g (Veliija[®] 30 mg) ou 0,04g (Veliija[®] 60 mg) de sacarose. **Gravidez e lactação:** categoria de risco na gravidez: C. Não há estudos bem controlados e adequados conduzidos em mulheres grávidas. Não houve evidência de teratogenicidade em estudos com animais. A duloxetina e/ou seus metabólitos são excretados no leite de ratas lactantes, mas não foi avaliada no leite humano, portanto, não é recomendada a amamentação. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** houve relatos de reações graves (hipertermia, rigidez, mioclonia, instabilidade autonômica com possíveis flutuações rápidas dos sinais vitais e alterações do estado mental, incluindo agitação extrema, progredindo para delírium e coma), às vezes fatais, em pacientes recebendo um inibidor da recaptação de serotonina em combinação com um IMAO. **Antidepressivos tricíclicos (ATC):** pode ocorrer inibição do metabolismo dos ATC, sendo necessária redução da dose e monitoramento das concentrações plasmáticas do ATC. **Inibidores do CYP1A2 (como por ex.: fluvoxamina, quinolonas):** pode ocorrer aumento da concentração da duloxetina. Fármacos metabolizados pela CYP2D6 (como por ex.: desipramina, tolterodina): pode aumentar as ASC destes fármacos. **Inibidores da CYP2D6 (como por ex.: paroxetina):** pode aumentar a concentração da duloxetina. O uso concomitante de duloxetina com álcool não é recomendado. Anticídios e antagonistas H2: medicamentos que aumentam o pH gastrointestinal podem promover uma liberação precoce de Veliija[®]. Entretanto, a coadministração da duloxetina com anticídios que contêm alumínio ou magnésio (51 mEq) ou com famotidina não resultou em efeito significativo das taxas ou da quantidade absorvida da duloxetina (40 mg). Não há informações sobre a coadministração de duloxetina com inibidores da bomba de prótons. **Erva-de-são-João (Hypericum perforatum):** pode ser mais comum a ocorrência de eventos indesejáveis. Fármacos que atuam no SNC: pode ocorrer sinergia dos efeitos. **Fármacos com altas taxas de ligação às proteínas plasmáticas:** pode aumentar as concentrações livres destes fármacos. **Lorazepam:** aumento da sedação, em comparação ao uso isolado de lorazepam. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** muito comuns (≥ 10%): constipação, boca seca, náusea, dor de cabeça, tontura, sonolência. Comuns (≥ 1% e < 10%): palpitação, diarreia, vômito, dispepsia, diminuição do apetite, perda de peso, fadiga, rigidez muscular/contração muscular, tontura, letargia, tremor, sudorese, fogachos, visão turva, anorgasmia, insônia, diminuição da libido, ansiedade, distúrbio da ejaculação, disfunção erétil, bocejo, hiperidrose, suores noturnos, visão borrada, disgeusia, ansiedade, hesitação urinária. Raras (≥ 0,01% e < 0,1%): taquicardia, palpitação, vertigem, midríase, distúrbio visual, eructação, gastroenterite, estomatite, calafrios, sensação de anormalidade, sensação de calor e/ou frio, mal estar, sede, aumento da pressão arterial, aumento de peso, distúrbios do sono, agitação, bruxismo, hesitação urinária, rubor facial, extremidades frias, anorgasmia, desorientação, noctúria. Muito raras (< 0,01%): desidratação, desorientação, reação de fotossensibilidade. Alterações laboratoriais: pequenos aumentos médios nos valores de ALT, AST, CPK e fosfatase alcalina. **Posologia:** dose diária inicial: 60 mg em tomada única, com ou sem alimento. Dose máxima diária: 120 mg, dividida em duas tomadas diárias. Doses acima de 120 mg não foram sistematicamente avaliadas. Para os pacientes cuja tolerabilidade é preocupante, pode ser considerada uma dosagem inicial mais baixa. Para pacientes com insuficiência renal deve ser considerada uma dosagem inicial mais baixa e aumento gradativo conforme a necessidade, realizando monitoração constante. **Tratamento Prolongado/Manutenção/Continuação:** é consenso que os episódios agudos do TDM necessitam de uma terapia farmacológica de manutenção, geralmente por vários meses ou mais longa. Não há evidências disponíveis suficientes para determinação da duração do tratamento com duloxetina. Os pacientes devem ser periodicamente reavaliados quanto à necessidade de manutenção do tratamento e qual a dosagem apropriada. Dor neuropática associada à neuropatia diabética periférica: a eficácia da duloxetina deve ser avaliada individualmente, já que a progressão da neuropatia diabética periférica é bastante variável e o controle da dor, empírico. **Reg.MS 1.0033.0167/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACÉUTICA LTDA/ CNPJ 61.230.314/0001-75/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu-SP/Indústria Brasileira /VELIJA[®]12-17/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. VELIJA[®] É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Referências bibliográficas: 1. Gracely RD, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and Depression. Pain Res Treat. 2012;2012:486590. 2. Aguglia A, Salmi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. J Affect Disord. 2011;123(3):262-6. 3. Jann MW, Slade JH. Antidepressant agents for the treatment of chronic pain and depression. Pharmacotherapy. 2007;27(11):1571-87. 4. Veliija[®]. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. Bula do medicamento.**

CONTRAINDICAÇÃO: PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** FÁRMACOS QUE ATUAM NO SNC: PODE OCORRER SINERGIA DOS EFEITOS.

VELIJA[®] É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos.

JUN/2020

Libbs

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Almir Antônio Urbanetz (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

Avenida das Américas, 8.445, sala 711
CEP: 2279-308 – Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2487-6336
Fax: (21) 2429-5133

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

Femina® é uma revista oficial da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e é distribuída gratuitamente aos seus sócios. É um periódico editado pela Febrasgo, *Open Access*, indexada na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A Febrasgo, a revista *Femina* e a *Modo Comunicação* não são responsáveis pelas informações contidas em artigos assinados, cabendo aos autores total responsabilidade por elas.

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

Produzida por: **Modo Comunicação**.

Editor: Maurício Domingues; *Jornalista:* Leticia Martins (MTB: 52.306);


Revisora: Glair Picolo Coimbra. *Correspondência:* Rua Joaquim Távora, 1.093, Vila Mariana, 04015-002. E-mail: contato@modo.art.br

CONSELHO EDITORIAL

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

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

Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes
Pessoa de Aguiar
Renato Augusto Moreira de Sá
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerawi
Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral



Coronavírus e telemedicina: dois temas calorosamente debatidos e examinados na clausura de muitos e na exposição ao risco de outros tantos. *A Femina* analisa esses dois tópicos. Uma possível influência da COVID-19 na anticoncepção, reprodução, gestação, transmissão fetal e lactação ou associação com elas é examinada por destacados associados. Combo GO, COVID-19 e telemedicina têm a opinião da Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo e do Setor Jurídico da Febrasgo. É uma leitura necessária para a nossa prática clínica. Uma pesquisa sobre as consultas virtuais e a aderência do ginecologista/obstetra traz resultados interessantes e tem fácil compreensão.

A dor pélvica crônica e a endometriose – dois assuntos apaixonantes e de alta relevância na especialidade – são tratadas neste volume. Como diagnosticar e tratar a dor pélvica mereceu a capa da *Femina*, muito pelo texto ter sido previamente validado pela Comissão Nacional Especializada em Endoscopia da Febrasgo. Pontuando o conceito e todos os aspectos úteis ao nosso desempenho, o texto é atualizado e extremamente bem escrito, para uma leitura suave e fácil. E a *Femina* traz mais: o desafio para o diagnóstico precoce da endometriose é revisitado na opinião de cinco destacados especialistas que se dedicam ao seu estudo. O texto não é completo, não traz todas as opiniões, não mostra o contraditório acerca do papel da laparoscopia, mas tem as digitais da nossa jornalista na elegância de sua redação.

O residente em Ginecologia não foi esquecido. Uma proposta para a sua atuação durante esta pandemia de COVID-19 foi claramente descrita por dois professores inseridos no ensino de Ginecologia. Os dois merecem a gratidão da Febrasgo pelos trabalhos que têm desenvolvido sobre esse tema nos últimos anos. No seu Caderno Científico, a *Femina* publica um artigo original focado na anemia pós-parto e seus fatores predisponentes. Por ser atual, destaco o papel relevante da gestação múltipla, distensão uterina e obrigatoriedade de monitoramento rigoroso do tônus uterino no quarto período do parto. Este volume é encerrado com três protocolos ensinando como identificar doenças intercorrentes no pré-natal, como avaliar de modo sistemático o casal com infertilidade e a importância da cardiocotografia anteparto.

Neste maio a *Femina* é nubente dos associados da Febrasgo e fiel aos seus leitores.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

262 Capa

Dor pélvica crônica

Como diagnosticar e tratar uma das maiores angústias das mulheres



278 Entrevista

Endometriose

A importância do diagnóstico precoce para tratar a dor e evitar a infertilidade

283 Pesquisa

Mais de 90% dos profissionais de ginecologia já utilizam telemedicina



284 Webinar

COVID-19 e a saúde da mulher

286 Federadas

Sogimig Ações on-line e planejamento



287 Residência Médica

A Residência Médica em tempos de COVID-19

291 Defesa e Valorização Profissional

O ginecologista e obstetra e a telemedicina em tempos de COVID-19



293 Caderno Científico

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da prevalência de anemia pós-parto e fatores associados em uma maternidade terciária do estado do Piauí

PROTOCOLOS

Rastreamento de doenças por exames laboratoriais em obstetria

Propedêutica básica da infertilidade conjugal

Cardiotocografia anteparto

ERRATA

Alteração de autoria do artigo "Adenocarcinoma de células claras de colo uterino em paciente gestante", publicado na FEMINA, volume 47, fascículo 11, páginas 831 a 833. Autoras responsáveis pelo artigo: Renata Maria de Sousa Lima, Priscilla Rossi Baleeiro Marcos, Raquel Andrade Ribeiro, Luciana Gomes Ladeira, Mirtza Muhlert Geldres e Marcela Fernanda Faria Colen. Acesse o artigo corrigido no link: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/898-revista-femina-2019-vol-47-n-11>.



Dor pélvica crônica

Paulo Ayroza Ribeiro¹, Helizabet Salomão Abdalla-Ribeiro¹, Aline Eras¹

INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) se apresenta como uma das principais causas de encaminhamento de mulheres aos serviços de saúde.⁽¹⁾ Não se trata de uma doença, mas de um quadro clínico que pode ser desencadeado por diferentes afecções e frequentemente está associado a outros problemas, como disfunção sexual, ansiedade e depressão.^(2,3)

A maior compreensão dos mecanismos da dor conduziram a uma mudança na abordagem dessa afecção, anteriormente órgão-centrada, para um acolhimento multidisciplinar.⁽⁴⁾

A DPC é causa comum de angústia de muitas mulheres, e algumas relatam enfaticamente sua insatisfação com os cuidados recebidos no diagnóstico e tratamento de sua enfermidade. Essas pacientes buscam invariavelmente um cuidado mais personalizado, por um profissional que valorize seus sintomas e posicione-se de forma precisa em relação aos possíveis diagnósticos e tratamentos.⁽⁵⁾

DEFINIÇÃO

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a ReVITALize, iniciativa que visa padronizar a terminologia em ginecologia e obstetrícia, definem a DPC como “sintomas dolorosos percebidos como originários de órgãos/estruturas pélvicas, tipicamente com duração maior que 6 meses. Está frequentemente associado com consequências negativas do ponto de vista cognitivo, comportamental, sexual e emocional, bem como com sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário, intestinal, assoalho pélvico, miofascial ou ginecológica”.⁽⁶⁾

A inclusão, nessa definição, dos quadros de dor cíclica e dor desencadeada pelo coito é tema de controvérsia, sendo rejeitada por alguns autores. Porém, em seu último boletim, o ACOG considera a dor pélvica cíclica como uma forma de DPC quando traz consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais significativas, além de considerar a dispareunia como um componente da DPC.⁽⁶⁾

Descritores

Dor pélvica; Endometriose inflamatória; Adesão; Pelve congelada

Como citar?

Ribeiro PA, Abdalla-Ribeiro HS, Eras A. Dor pélvica crônica. 2ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2020. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 7/Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

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

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 17, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PREVALÊNCIA

Embora existam síndromes dolorosas que acometem adolescentes ou mulheres na pós-menopausa, a maior parte das pacientes encontra-se em idade reprodutiva. A DPC é afecção de alta prevalência em todo o mundo, atingindo até 26,6% das mulheres em idade reprodutiva,⁽⁷⁻¹¹⁾ e sua taxa de recorrência ao longo da vida pode chegar a 33%.⁽¹²⁾ Revisão sistemática de 2006 da Organização Mundial de Saúde descreveu prevalências de 2,1% a 24% para dor acíclica, 8% a 21,1% para dispareunia e 16,8% a 81% para dismenorreia.⁽¹⁾ A prevalência de afecções não ginecológicas é estimada em 20% a 60% das mulheres com DPC.⁽¹³⁻¹⁷⁾

A queixa de DPC responde por 10% a 20% das consultas ginecológicas, sendo indicação frequente de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Estima-se que aproximadamente 20% das hysterectomias e 40% das laparoscopias ginecológicas sejam realizadas para tratamento de dor pélvica.⁽¹⁾

No Reino Unido, 38 de cada 1.000 mulheres, entre 15 e 70 anos de idade, apresentarão queixa de DPC em algum período da vida⁽¹⁸⁾ e acredita-se que em países em desenvolvimento a prevalência seja ainda maior.⁽¹⁹⁾ Estudos nacionais relataram prevalência de DPC em mulheres maiores de 14 anos tão altas quanto 11,5% em Ribeirão Preto (SP) e 19% em São Luís (MA).^(20,21)

ETIOLOGIA

A DPC tem natureza multifatorial e, em decorrência da complexa inervação da pelve, o acometimento de diferentes órgãos e sistemas pode levar a uma mesma manifestação clínica.

No que se refere às etiologias primárias, didaticamente, são divididas em causas ginecológicas e não ginecológicas, cuja frequência, como causa de DPC, varia de acordo com a população estudada.

Dentre as causas ginecológicas, destacam-se a endometriose, a adenomiose, as aderências e os miomas uterinos. Entre as causas não ginecológicas, são relevantes as intestinais, como a síndrome do intestino irritável (SII) e a constipação crônica; as urológicas, destacando-se a cistite intersticial crônica; as causas osteomusculares e os distúrbios emocionais, sejam como fatores primários ou secundários à DPC.

Ginecológicas:

- Aderências peritoniais;
- Cistos anexiais;
- Salpingite/endometrite crônica;
- Endossalpingiose;
- Síndrome do ovário residual;
- Síndrome do ovário remanescente;

- Síndrome de congestão pélvica;
- Cistos peritoneais pós-operatórios;
- Adenomiose;
- Endometriose;
- Leiomioma;
- Distopias genitais.

Urológicas:

- Neoplasia de bexiga;
- Infecção urinária de repetição;
- Cistite intersticial;
- Litíase;
- Síndrome uretral.

Gastrointestinais:

- Carcinoma de cólon;
- Obstrução intestinal crônica intermitente;
- Moléstias inflamatórias;
- Obstipação crônica;
- Hérnias de parede abdominal;
- Síndrome do intestino irritável.

Osteomusculares:

- Dor miofascial;
- Síndrome do piriforme;
- Coccialgia crônica;
- Alterações de coluna lombossacra;
- Alterações posturais;
- Neuralgias;
- Espasmos musculares de assoalho pélvico.

Psicológicas:

- Somatização;
- Uso excessivo de drogas;
- Assédio (ou abuso) sexual ou moral;
- Depressão;
- Distúrbios do sono.

Outras causas:

- Sequestro neural em cicatriz cirúrgica prévia (*nerve entrapment*);
- Porfíria;
- Distúrbios bipolares;
- Nevralgia (principalmente dos nervos ílio-hipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral e pudendo);
- Epilepsia abdominal;
- Enxaqueca abdominal.

Deve-se ter em mente, no entanto, que pode não haver doença orgânica justificando o quadro de algia crônica e que em até um terço das pacientes nenhuma causa é identificada.^(3,10) Além disso, cumpre salientar que, por vezes, diversas afecções podem coexistir e a associação de enfermidades acaba por acentuar o quadro clínico das mulheres portadoras de DPC.

As alterações osteomusculares podem surgir perpetuando ou piorando a dor, pois, ao permanecerem longo período com a queixa, algumas mulheres adotam uma postura antálgica como forma de adaptação e proteção ao estímulo doloroso persistente. A longo prazo, essa atitude acaba levando a alterações posturais que contribuem para o quadro álgico e, posteriormente, mesmo que a afecção de base seja tratada, as alterações posturais podem ser o percalço na persistência da queixa.⁽¹⁷⁾

Similarmente, o longo tempo sem diagnóstico, a incerteza quanto à etiologia e o anseio sobre a possibilidade de doença maligna, somados à diminuição acentuada na qualidade de vida das mulheres com DPC, levam, com frequência, a distúrbios emocionais importantes que devem ser avaliados. Todas essas afecções, unidas e atuando concomitantemente, podem agravar o quadro de DPC.

A sensibilização central também parece ter um papel importante na perpetuação do quadro de dor. Sob constante estímulo doloroso, ocorre aumento da sensibilidade de membrana e da eficiência sináptica, culminando em uma diminuição do limiar nociceptivo (hiperalgesia primária), na resposta mais intensa e mais prolongada ao estímulo nociceptivo e na extensão espacial da zona dolorosa (hiperalgesia secundária).⁽²²⁾ Assim, é comum que a paciente refira agravamento da dor ao longo do tempo, e em algumas situações a queixa pode parecer desproporcional aos achados em exame físico e exames de imagem.

DPC DE ORIGEM GINECOLÓGICA

Endometriose

A endometriose é o diagnóstico mais comum firmado durante as laparoscopias realizadas em mulheres portadoras de DPC. Relata-se que um terço das mulheres submetidas a laparoscopia por DPC tenha endometriose; e em centros especializados no acompanhamento de mulheres com endometriose essa frequência pode chegar a 70%.⁽²³⁾ Mulheres com endometriose frequentemente se queixam de DPC que apresenta expressiva piora no período menstrual (dismenorreia), associada a dispareunia profunda.

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A DIP parece ser uma causa comum de DPC em populações com elevada prevalência de doenças sexualmen-

te transmissíveis. Aproximadamente 30% das mulheres com DIP desenvolverão DPC a seguir. Os mecanismos exatos que levam à DPC em mulheres que tiveram DIP não são completamente conhecidos, mas acredita-se que estejam relacionados a dois fatores principais: desenvolvimento de aderências em decorrência do intenso processo inflamatório e ocorrência de lesão tubária levando à hidrossalpinge.⁽²⁴⁾

Aderências pélvicas

As aderências são formações fibrosas regenerativas, decorrentes de traumas mecânicos, infecções, inflamações ou sangramentos; quando ocorrem na pelve, remetem a infertilidade, DPC, dispareunia e, em casos mais graves, obstrução intestinal.

Com a realização de Mapeamento Consciente da Dor, durante o qual as pacientes são submetidas à minilaparoscopia com anestesia local, demonstrou-se que a manipulação de aderências pélvicas desencadeia dor em pacientes com DPC, reforçando sua associação com essa síndrome.⁽²⁵⁾

Os mecanismos que levam essas aderências a desencadarem dor crônica ainda não foram esclarecidos. Especula-se que a menor mobilidade das estruturas, a limitação do peristaltismo intestinal, a tração entre os órgãos e os estímulos das fibras aferentes C são os principais desencadeantes do desconforto e da dor de origem visceral.

Deve-se suspeitar que a DPC seja decorrente de aderências diante de queixa de desconforto pélvico pouco específico, ou seja, de difícil caracterização quanto ao tipo da dor, seu início, sua periodicidade, seus fatores de melhora ou piora, bem como sua irradiação. Quando alguma relação com o ciclo menstrual é reportada, nota-se o recrudescimento do sintoma álgico no período pré-menstrual.⁽²⁶⁾

Outros elementos permanecem mal compreendidos, como a difícil correlação da quantidade das aderências com a intensidade da dor e a imprevisibilidade do surgimento das aderências diante de determinada agressão iatrogênica como cirurgias e radioterapias. Dada a falta de informações sobre esses mecanismos, bem como seu surgimento imprevisível e ainda a dificuldade de confirmação diagnóstica, a melhor alternativa é prevenir seu surgimento.⁽²⁷⁾

Congestão ou varizes pélvicas

Varizes pélvicas, também são conhecidas como síndrome da congestão pélvica. Trata-se de uma condição na qual se observam dilatação e tortuosidade do plexo venoso pélvico associado à diminuição do retorno venoso. Apesar de serem conhecidas algumas alterações hidráulico-mecânicas que predispõem à afecção, sua

exata fisiopatologia ainda é obscura.⁽²⁸⁾ Dentre os fatores que poderiam justificar a ocorrência de varizes pélvicas, destacam-se a desembocadura da veia ovariana esquerda na veia renal esquerda em ângulo reto, favorecendo o refluxo venoso, a transmissão da pulsação da aorta no cruzamento dessa artéria com a veia renal esquerda e a presença de dano valvular, observado em muitas veias ovarianas de mulheres portadoras de DPC. O refluxo venoso e a congestão induzida por esse dano seriam possíveis responsáveis pela dor nessas mulheres. Ressalta-se, no entanto, que essa alteração valvular também pode ser observada em mulheres assintomáticas.⁽²⁹⁾

A congestão pélvica afeta com maior frequência mulheres múltiparas, e relata-se relação com desconforto abdominal baixo, principalmente após longa permanência em posição ortostática.⁽³⁰⁾

No entanto, é importante salientar que as varizes pélvicas podem ser encontradas em mulheres assintomáticas, levantando o questionamento se elas seriam, realmente, a causa de DPC ou apenas um achado de exame. Recente metanálise demonstrou que os dados disponíveis em literatura são insuficientes para definir uma relação de causa e efeito.⁽³¹⁾

Adenomiose

A presença de tecido endometrial ectópico entre as fibras do miométrio habitualmente cursa com dor pélvica cíclica, manifestando-se geralmente com dismenorria intensa e sangramento uterino anormal. A dor pode ser causada pelo sangramento ou pela descamação das ilhas de endométrio presentes no interior do miométrio durante o período menstrual. Os sintomas habitualmente se instalam ao redor dos 40 ou 50 anos de idade.

Síndrome do ovário remanescente

Trata-se de uma condição rara observada em mulheres submetidas a ooforectomia com remoção incompleta do ovário durante o procedimento. Nessas, os fragmentos remanescentes de ovário levam à persistência da função ovariana e podem se apresentar como massas pélvicas e cursar com dor pélvica. Acredita-se que a endometriose pode aumentar o risco de carcinoma de ovário em pacientes com síndrome do ovário remanescente. Dada essa associação com malignidades ovarianas, a excisão cirúrgica do tecido remanescente permanece o tratamento de escolha.⁽³²⁾

Síndrome do ovário residual

Na síndrome do ovário residual, o ovário é preservado intencionalmente e desenvolve, após a cirurgia, alguma afecção que causa dor, como cistos ou aderências.

Leiomioma uterino

Os leiomiomas uterinos podem causar sintomas de pressão e induzir dor pela compressão. Podem ainda causar dor aguda devido a degeneração, torção ou expulsão dos leiomiomas através do colo do útero. A dor crônica é comum nas portadoras de miomas uterinos.⁽⁸⁾

DPC DE ORIGEM UROLÓGICA

Cistite intersticial

A cistite intersticial é uma causa comum de DPC. É uma condição inflamatória crônica da bexiga que causa dor pélvica e disfunção irritável da bexiga, com vontade exagerada de urinar e aumento da frequência urinária. A incontinência urinária é também um sintoma associado. Essa síndrome é também referida como síndrome da bexiga dolorosa, refletindo a importância da dor na bexiga como principal característica da síndrome.⁽³³⁾

Neoplasia de bexiga

Carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo de bexiga podem apresentar sintomas semelhantes aos da cistite intersticial. A possibilidade de neoplasia deve ser considerada em mulheres com hematúria, história de tabagismo ou que tenham mais de 60 anos de idade.

DPC DE ORIGEM GASTROINTESTINAL

Síndrome do intestino irritável

A SII é um dos diagnósticos mais comuns em mulheres com DPC, ocorrendo em até 35% delas. No entanto, em muitas mulheres com DPC e SII associada, a SII não é diagnosticada ou tratada adequadamente.⁽³⁴⁾

A SII, por vezes também chamada de hiperalgesia visceral, é uma síndrome caracterizada por dor gastrointestinal crônica ou intermitente, dor abdominal, que está associada à função intestinal, na ausência de qualquer causa orgânica. A maioria dos pacientes com SII também tem disfunção intestinal. Cerca de 10% da população geral apresenta sintomas compatíveis com a SII, e a incidência em mulheres é o dobro da incidência em homens.⁽³⁵⁻³⁸⁾ O diagnóstico da SII é baseado na anamnese, pois habitualmente os pacientes apresentam sintomas específicos da doença e exame físico normal.

Doença inflamatória intestinal

Fadiga, diarreia, cólica abdominal, perda de peso e febre, com ou sem sangramento grave, são as principais características da doença de Crohn. A natureza "transmural" do processo inflamatório causa fibrose importante que pode evoluir com quadros obstrutivos do intestino delgado e, em menor frequência, do cólon. A retocolite ul-

cerativa, assim como outras causas de colite, tem uma apresentação semelhante, porém o sangramento retal é mais comum na retocolite ulcerativa que na doença de Crohn.

Diverticulite

Pacientes com doença diverticular podem desenvolver colite segmentar, mais comumente no cólon sigmoide. As características endoscópicas e histológicas variam de leves alterações inflamatórias com hemorragias submucosas (manchas vermelhas peridiverticulares na colonoscopia) até um quadro mais grave, com inflamação crônica ativa, assemelhando-se, histológica e endoscopicamente, à doença inflamatória intestinal. A patogênese não é completamente compreendida. A causa pode ser multifatorial, relacionada com o prolapso da mucosa, a estase fecal ou isquemia localizada.

Câncer de cólon

A maioria das pacientes com câncer colorretal apresenta hematoquezia ou melena, dor abdominal e/ou uma mudança nos hábitos intestinais.

Doença celíaca

A doença celíaca é causada por uma reação imune ao glúten que causa prejuízos na absorção e digestão de nutrientes pelo intestino delgado, resultando habitualmente em diarreia de repetição e perda de peso. Essas pacientes podem apresentar dor pélvica como queixa inicial.⁽³⁹⁾

DPC DE ORIGEM OSTEOMUSCULAR

Fibromialgia

As mulheres com fibromialgia frequentemente procuram seus ginecologistas referindo DPC como queixa principal. A fibromialgia é uma enfermidade de difícil caracterização e que frequentemente se sobrepõe a outras afecções como a síndrome da fadiga crônica, depressão, somatização e SII.⁽³⁸⁾

O Colégio Americano de Reumatologia definiu dois critérios que devem estar presentes para o diagnóstico de fibromialgia:

- O paciente deve apresentar dor em todos os quatro quadrantes do corpo;
- O paciente deve ter presença de dor em pelo menos 11 áreas distintas do corpo, num total de 18 áreas possíveis. Entre essas áreas, salientam-se os joelhos, ombros, cotovelos e pescoço, bem como a região pélvica e o assoalho pélvico. Essas áreas devem ser sensíveis ao estímulo de pressão física aplicada pelo médico.⁽⁴⁰⁾

Dor miofascial pélvica

Coccidínia, mialgia por tensão do assoalho pélvico ou dor miofascial pélvica é causada por espasmos involuntários da musculatura do assoalho pélvico. Em especial, o levantador do ânus pode sofrer processos como hipertonia, mialgia e fadiga. A etiologia inclui qualquer distúrbio inflamatório doloroso, parto, cirurgia pélvica e trauma. Além de dispareunia, pode haver dor pélvi-



ca, que é agravada pela posição sentada por períodos prolongados e aliviada com calor e ao deitar-se com os quadris flexionados.

Há evidências de que mulheres com DPC têm diminuição do limiar de dor nos músculos do assoalho pélvico, sugerindo que a mialgia por tensão do assoalho pélvico pode às vezes ser uma sequela direta da DPC em consequência de outras doenças, como endometriose ou cistite intersticial.⁽⁴¹⁾

Dor de origem postural

A má postura pode causar desequilíbrio muscular envolvendo a musculatura abdominal, fâscia toracolombar, lombar, extensores ou flexores do quadril e abdutores, levando à dor local ou referida. Baker definiu o que chamamos de *typical pelvic pain posture*. São alterações posturais características desse grupo de mulheres e caracterizam-se principalmente por hiperlordose, anteversão pélvica e hiperextensão de joelhos.⁽⁴²⁾ E, além da postura típica, outras alterações como espasmo de assoalho pélvico e pontos-gatilho em musculatura abdominal ou lombar são encontradas com frequência.

Dor crônica da parede abdominal

Síndrome miofascial é a dor que se origina após contato com pontos-gatilho miofasciais na musculatura esquelética. A compressão desses locais hipersensíveis provoca dor local e referida, por vezes acompanhada de fenômenos autonômicos (piloereção, vasodilatação, hiperidrose ou vasoconstricção) e sintomas viscerais (diarreia, vômito).⁽⁴³⁾

A dor crônica proveniente da parede abdominal frequentemente não é reconhecida ou é confundida com a dor visceral, levando à extensa investigação antes que um diagnóstico preciso seja alcançado.

Pode estar relacionada com lesão muscular (lesão muscular direta ou tensão excessiva), com escoliose postural e outros, como anormalidades articulares, ou ainda com lesão nervosa (nervos ílio-hipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral, cutâneo femoral lateral, podendo). A dor crônica da parede abdominal ocorre em 7% a 9% das mulheres depois de uma incisão de Pfannenstiel.⁽⁴⁴⁾

Osteíte púbica

Também denominada como pubalgia, trata-se de síndrome inflamatória dolorosa da sínfise púbica, de variada etiologia. Pode manifestar-se como complicação de cirurgia (por exemplo, procedimentos uroginecológicos) ou estar relacionada a gravidez/parto, atividades esportivas, trauma ou doenças reumatológicas. A dor é agravada por movimentos como andar, subir escadas e

tosse. Nas pubalgias de origem infecciosa, podem estar presentes: febre, leucocitose e aumento dos níveis de hemossedimentação. Quando desencadeada por esforço físico, essa dor pode tornar-se progressiva e intensa, incapacitando para as atividades esportivas.

DPC ASSOCIADA À SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais, especialmente o transtorno de somatização, o uso frequente de drogas ou dependência de opiáceos, as experiências de abuso sexual ou outros tipos de abuso físico e a depressão estão comumente diagnosticados em mulheres com DPC.

Transtorno de somatização

É um diagnóstico de exclusão em indivíduos com múltiplas queixas físicas que não podem ser totalmente explicadas por uma condição médica conhecida. Para diagnóstico, devem estar presentes os seguintes critérios: pelo menos quatro locais diferentes de dor, dois sintomas gastrointestinais, além da dor, um sintoma neurológico e um problema sexual e reprodutivo (que não seja a dor).

Dependência de opiáceos

Pacientes tratados com opioides para dor crônica têm um risco de 3% a 7% de manifestar uma desordem de dependência. Além disso, pacientes com dor crônica têm uma resposta diminuída aos analgésicos opioides, de tal forma que doses superiores às normais são necessárias para a analgesia adequada. Devido a esses fatores, a decisão de tratar as mulheres com DPC com opioides deve ser feita somente após uma avaliação cuidadosa, após falha de outras modalidades de tratamento e mediante orientação adequada dos riscos.

Abuso sexual e outras formas

Parece haver maior incidência de abuso físico ou sexual prévio em mulheres com DPC. Até 47% das mulheres com DPC referem história de abuso físico e sexual.⁽⁴⁵⁾ O passado de experiências traumáticas pode alterar o processamento neuropsicológico dos sinais de dor, bem como as respostas hipofise-adrenal e autonômicas ao estresse.

DEPRESSÃO

A depressão, que é prevalente na população em geral, parece ocorrer mais frequentemente em mulheres com DPC. Não está claro se a depressão e a DPC são causalmente relacionadas. Algumas autoridades acreditam

que alguns casos de DPC são uma variante da depressão,⁽⁴⁶⁾ enquanto outros acham que experiências estressantes, tais como abuso sexual na infância, podem causar tanto DPC como depressão.

Distúrbios do sono

Os distúrbios do sono podem ser resultado de dor crônica, bem como podem contribuir para a sua piora e o agravamento de doenças psíquicas.

Algumas mulheres com DPC têm histórias de comorbidades psiquiátricas primárias. É importante distingui-las das pacientes que estão desenvolvendo problemas psicológicos secundários, ou seja, pacientes que estão desenvolvendo sintomas de ansiedade, depressão ou outras expressões da psicopatologia, em reação à sua dor. Como as vias nociceptivas são moduladas por processos psicológicos, esse mecanismo provavelmente tem um papel importante na amplificação da sintomatologia.⁽⁴⁷⁾

DIAGNÓSTICO

A diversidade de órgãos e tecidos com comportamento biomolecular distinto faz da pélvis uma região única, por essa razão o diagnóstico da causa da DPC talvez seja um dos mais desafiadores na ginecologia. Nas mulheres que apresentam DPC de origem multifatorial, muitas vezes o único diagnóstico que se pode firmar é o síndrômico, ficando a causa real da dor mascarada pela associação de doenças. A dificuldade em estabelecer a “causa” da dor acentua a insatisfação e frustração, tanto da paciente como dos médicos. Por outro lado, o correto diagnóstico aumenta exponencialmente as chances de sucesso terapêutico.

Anamnese minuciosa e exame físico detalhado são pontos fundamentais para a elucidação diagnóstica. Essas etapas propedêuticas, em conjunto, podem demorar até 90 minutos nas mulheres com DPC, tornando necessário em algumas situações realizar mais de uma consulta. O ACOG recomenda a aplicação de questionários, a serem preenchidos pelas pacientes antes da consulta, para otimizar o atendimento.⁽⁶⁾

ANAMNESE

A entrevista deve abranger as características da dor e a arguição detalhada de todos os sintomas relacionados à queixa, e especial ênfase deve ser dada ao interrogatório sobre diversos aparelhos, dado que quase metade das afecções que levam à DPC não são ginecológicas. Nessa fase o ginecologista pode optar pela realização de consultas estruturadas de forma clássica ou pelo emprego de questionários específicos para a avaliação de mulheres com DPC, como os questionários elabora-

dos pela Sociedade Internacional de Dor Pélvica. Disponíveis gratuitamente, há uma versão em português de 2004, além dos três questionários em inglês atualizados em 2019.⁽⁴⁸⁾

A história da dor deve ser completa e deve avaliar todos os possíveis sistemas envolvidos, em especial os sistemas genital, gastrointestinal, urinário e musculoesquelético. Outro ponto de extrema importância é a investigação de tratamentos prévios (clínicos ou cirúrgicos) ou de qualquer forma de abuso (sexual, psicológico, profissional ou doméstico).

As características da dor devem ser registradas de forma detalhada, incluindo dados sobre a primeira ocorrência do quadro, início da dor (súbito, insidioso), tipo (cólica, pontada, queimação), localização, duração (constante ou intermitente), intensidade, fatores de melhora e de piora, irradiação e ainda sintomas associados, principalmente queixas urinárias, intestinais e dispareunia. O examinador deve sempre aplicar algum método objetivo de quantificação da dor como a escala visual analógica, calendário que contenha as características de cada episódio, mapa da dor, entre outros.

EXAME FÍSICO

O exame físico visa confirmar ou excluir hipóteses aventadas durante a anamnese. Deve sempre incluir palpação de todo o abdômen com rastreamento de pontos dolorosos, sejam superficiais ou profundos, além de palpação da região lombar, articulação sacroilíaca e sínfise púbica. As cicatrizes devem ser notadas e alterações como fibroses, nódulos ou pontos-gatilho devem ser identificadas.

O exame ginecológico é uma etapa fundamental na avaliação da paciente com DPC. Deve-se iniciar com a inspeção da genitália, em busca de anormalidades anatômicas e lesões visíveis, seguida pela palpação de linfonodos inguinais, avaliando-se linfonodomegalia inguinal ou mesmo tumorações endurecidas. A seguir, colo uterino, vagina, conteúdo vaginal e presença de secreção endocervical devem ser analisados com o auxílio de um espéculo.

Bexiga, paredes vaginais e músculo elevador do ânus podem ser palpados após o exame especular, utilizando um ou dois dedos, avaliando a presença de dor com essa manobra. O toque vaginal bidigital permite palpação mais profunda, possibilitando notar nodulações e/ou espessamento em região retrocervical e nos ligamentos cardinais e/ou uterossacrais. O toque bimanual fornece informações quanto ao tamanho e ao contorno uterino, bem como quanto a sua mobilidade e ocorrência de dor à mobilização. Permite ainda a palpação dos anexos, etapa mais difícil do exame físico ginecológico, já que os ovários são palpáveis em apenas 50% das

mulheres na menacme.⁽⁴⁷⁾ No entanto, quando palpáveis, pode-se detectar a presença de cistos ou tumorações anexiais. Na presença de formações anexiais palpáveis, deve-se atentar para o tamanho, mobilidade, consistência e dor à manipulação.

A inspeção do orifício anal em busca de alterações, como doenças orificiais e prolapso retal, bem como o toque retal, pode fornecer informações adicionais, especialmente quando se suspeita de doenças intestinais, endometriose e malignidades.

O exame ginecológico, além de incluir a propedêutica clássica que avalia a ocorrência de alterações uterinas, ovarianas ou no fórnice posterior da vagina, deve abranger a identificação de alterações da musculatura de assoalho pélvico, piriforme e obturadores.

ACHADOS SUGESTIVOS DE CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

Pacientes com endometriose profunda apresentam alterações sugestivas no exame físico. Três achados característicos de endometriose são: espessamento ou presença de nódulo endurecido em região retrocervical e/ou no ligamento uterossacro; deslocamento do colo uterino causado por envolvimento assimétrico dos ligamentos uterossacos, levando a um encurtamento unilateral; diminuição da mobilidade uterina. A acurácia do toque vaginal para diagnóstico de endometriose em septo retovaginal chega a 86%.⁽⁴⁹⁾

A presença de excrescências glandulares ou lesões escurecidas em parede vaginal, sobretudo em fundo de saco posterior, pode sinalizar endometriose profunda com acometimento até a mucosa vaginal, e a percepção de uma consistência uterina mais amolecida e dolorosa à manipulação pode sugerir adenomiose. A palpação dos ligamentos uterossacos é feita de forma mais satisfatória no toque retal, de modo que, diante de suspeita de endometriose profunda, o toque retal deve ser realizado.

Um aumento dos anexos uterinos pode ser notado durante a palpação abdominal e principalmente no toque bimanual. Esse aumento pode ser decorrente principalmente de cistos ou tumores ovarianos, endometriomas, gestação ectópica, hidro/hematossalpinge e abscesso tubo-ovariano. A presença de cistos de inclusão peritoneal e tumores de outros órgãos pode confundir essa avaliação, mas o toque bimanual geralmente permite a distinção.

A presença de ascite deve suscitar hipótese de malignidade e deve-se tentar palpar os ovários. A palpação de uma massa pélvica após a realização ooforectomia e/ou histerectomia sugere síndrome do ovário remanescente, síndrome do ovário residual ou ainda presença de cistos de inclusão peritoneal.

Volume aumentado do útero e/ou contornos irregulares, principalmente se útero móvel, sugere a presença de leiomiomas uterinos. Como já mencionado, mulheres com adenomiose podem apresentar útero aumentado globalmente e mais amolecido.

A diminuição da mobilidade uterina deve chamar atenção para a presença de aderências pélvicas. Quando o útero se apresenta em retroflexão e com mínima mobilidade, a hipótese de endometriose deve ser sempre considerada, já que suas aderências tipicamente densas com alguma frequência conduzem a esse quadro. Outras condições que devem ser consideradas diante de um útero pouco móvel são DIP e bridas.

A palpação e a mobilização dolorosas do útero são os achados mais comuns no exame físico de mulheres com endometrite crônica relacionada à DIP, embora mulheres acometidas possam ter um exame físico completamente normal. Sintomas que podem estar presentes nessas pacientes incluem sangramento uterino anormal, metrorragia, sinusiorragia e ainda amenorreia associada à dor pélvica baixa inespecífica.

A síndrome de congestão pélvica não está associada a sintomas específicos, e o principal achado no exame físico é o amolecimento do ovário durante a compressão suave. Pode haver ainda amolecimento uterino à mobilização do colo e à palpação profunda abdominal. Reforçam esse diagnóstico diferencial a dor que se manifesta em locais diversos em diferentes momentos, dispareunia profunda, dor pélvica após o ato sexual e exacerbação da dor após permanecer em posição ortostática por longo período.⁽³⁰⁾

Em mulheres com cistite intersticial, quase sempre há dor à palpação difusa do abdome, base da bexiga e uretra. A possibilidade de divertículo ureteral deve ser considerada na presença de massa subureteral. A dor suprapúbica costuma estar presente na infecção de repetição do trato urinário, na cistite intersticial e na osteíte púbica.

Na síndrome do piriforme e do levantador do ânus, habitualmente há dor na palpação unidigital desses músculos durante o toque vaginal. Esses músculos encurtam-se com contratura e podem apresentar fasciculação. O reflexo anal (ao tocar gentilmente a pele ao redor do ânus, observa-se uma contração reflexa do esfíncter anal externo) pode estar ausente em virtude de os músculos do assoalho pélvico já se encontrarem contraídos. Esse reflexo também pode estar ausente em decorrência de lesão nervosa.

Na vulvodínea, a dor vulvar é geralmente descrita como uma dor em queimação, que pode ser localizada ou generalizada, provocada ou espontânea. A vestibulodínea é caracterizada pela dor intensa no toque do vestibulo vulvar ou na tentativa de penetração vaginal, e essas afecções podem ser confundidas com DPC caso a vulva não seja examinada.



Alguns achados podem sugerir causas musculoesqueléticas. A presença de dor ao teste de Patrick (ou teste FABER – flexão forçada, abdução e rotação externa) classificou corretamente como dor neuromuscular 85% das pacientes com esse diagnóstico.⁽⁵⁰⁾ Porém, o achado mais frequente é o teste de Carnett.⁽⁵¹⁾ Pede-se para a paciente elevar a cabeça e ombros ou elevar os membros inferiores estendidos. O teste é positivo quando a dor persiste ou piora sob a contração da musculatura abdominal e aponta para a parede abdominal como causa da dor. Quando a dor melhora com a manobra, o teste é negativo e indica origem visceral.

A presença de neuropatia caracteristicamente cursa com dor em queimação, sensação de choque e parestesia. Mononeuropatias envolvendo nervos com origem em T10 a L4 podem se apresentar como DPC. Em particular, a síndrome de aprisionamento nervoso do nervo ilioinguinal (após incisões abdominais transversas) pode ocasionar dor pélvica, e a neuralgia do nervo pudendo pode se apresentar como dor pélvica e vulvar. Testes com cotonete e gaze embebida em álcool ajudam a avaliar a sensibilidade da área acometida, reforçando o diagnóstico.

Para o exame psicológico, podem ser utilizados questionários, como o fornecido pela Sociedade Internacional de Dor Pélvica,⁽⁴⁸⁾ que traz entre as perguntas questionamentos a respeito de sintomas depressivos e abuso físico/sexual. Alguns estudos sugerem que o ato de aumentar a gravidade dos fatos pode ser uma característica importante nas pacientes com DPC e deve ser avaliado durante exame psicológico e sinalizado para contribuir no tratamento.

EXAMES COMPLEMENTARES

A anamnese, o exame físico e a avaliação psicológica são os componentes mais importantes para o diagnóstico de DPC. A complementação propedêutica com exames laboratoriais, de imagem ou mesmo cirurgia varia amplamente a depender das hipóteses aventadas.

Na maioria dos casos os exames laboratoriais ou de imagem pouco auxiliam na confirmação diagnóstica da causa de DPC, porém são importantes na exclusão de outras afecções associadas e na definição da programação terapêutica. O exame de urina, por exemplo, pode contribuir para confirmar ou excluir diagnóstico de infecção urinária, bem como o PCR (reação em cadeia da polimerase) para clamídia e gonococo auxilia na avaliação de DIP e um teste de gravidez permite excluir gestação.

O ultrassom pélvico, sobretudo transvaginal, tem alta sensibilidade na detecção de miomas uterinos e de massas pélvicas, além de auxiliar na localização delas (útero/ovário/tubas). A ressonância nuclear magnética pode auxiliar no diagnóstico de endometriose e ade-

nomiose e complementar informações não fornecidas pela ultrassonografia pélvica. Na suspeita de doenças inflamatórias intestinais, a colonoscopia fornece informações valiosas, e na congestão pélvica, os métodos diagnósticos disponíveis são a ultrassonografia com Doppler e a venografia.

Deve-se ter em mente, no entanto, que muitas afecções causadoras de DPC têm diagnóstico exclusivamente clínico, como fibromialgia, quadros psicossomáticos e migrânea abdominal, de modo que o diagnóstico correto somente será firmado se as hipóteses forem consideradas. Apoiar-se somente nos métodos complementares para definição diagnóstica configura erro grosseiro na propedêutica da paciente com DPC, podendo levar a diagnósticos equivocados e persistência do quadro.

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA E CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

Modernamente, a laparoscopia diagnóstica tem papel secundário na rotina propedêutica da DPC, devendo seu emprego ser restringido a situações especiais nas quais os métodos diagnósticos disponíveis apresentem contróversia.

Durante algum tempo considerou-se a laparoscopia como o principal método diagnóstico da endometriose, ao permitir visão e biópsia das lesões. Atualmente, no entanto, com o aprimoramento de exames de imagem como ultrassonografia e ressonância nuclear magnética, é possível firmar diagnóstico com grande grau de certeza, permitindo não apenas o diagnóstico, mas também o mapeamento da doença, reservando, assim, a cirurgia para um tratamento potencialmente definitivo das lesões.

Com relação às varizes pélvicas, alguns estudos sugeriram que a laparoscopia deveria ser utilizada para o diagnóstico, por meio da realização de manobras de redução da pressão intra-abdominal e colocando a paciente em posição de proclive para identificar possíveis dilatações venosas. Porém, o procedimento endoscópico não deve ser indicado como método de escolha, sobretudo porque a presença de varicosidades isoladas não é diagnóstica. Para esse fim, as principais armas subsidiárias são a ultrassonografia endovaginal com Doppler, a ressonância magnética, a tomografia computadorizada e, principalmente, a flebografia ovariana retrógrada ou transuterina, que demonstra o aumento do diâmetro venoso ovariano e uterino e a estase venosa com redução do retorno venoso.

TRATAMENTO

A discrepância entre sintomas e achados no exame físico é frequente nas síndromes dolorosas. Em decorrência da neuroplasticidade e mecanismos de amplificação da

sensibilidade à dor, em algumas ocasiões a queixa parece desproporcional aos achados limitados do exame físico e exames de imagem, e nenhuma das alterações encontradas parece explicar, por si só, o quadro de dor. Essa situação é desconcertante e pode desencorajar os especialistas envolvidos, comprometendo a relação médico-paciente. Por isso, toda a equipe deve ter sempre em mente todos os componentes do quadro, e não focar somente na causa primária.

O sucesso do tratamento de mulheres com DPC é muito facilitado quando se pode contar com a confiança da paciente. Essa confiança pode ser conquistada com o acolhimento adequado e com uma avaliação completa e detalhada do caso, permitindo que a paciente exponha suas aflições, validando sua queixa, demonstrando reconhecer que sua dor é “real”, oferecendo explicações sempre que possível e reafirmando a intenção de ajudar. A maioria das pacientes é capaz de compreender que não existem remédios milagrosos ou curas instantâneas e demonstram ficar satisfeitas com a certeza de que seu médico é honesto e fará um esforço real em ajudá-las, ainda que de modo gradual.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Geralmente a anamnese e o exame físico sugerem uma ou mais causas que parecem levar à DPC. Para auxiliar na decisão do melhor plano terapêutico para uma paciente específica, o médico e a paciente devem discutir suas expectativas e suas pretensões quanto a tratamento clínico, cirurgias e planos de engravidar.

A abordagem terapêutica da síndrome de algia pélvica crônica pode seguir três linhas principais:

1. Extensa avaliação diagnóstica seguida por tratamento da doença diagnosticada. Apesar de, provavelmente, tratar-se da abordagem ideal, pode ser onerosa na medida em que diversos exames complementares podem ser necessários;
2. Prescrição sequencial de medicações que tratam as principais causas de DPC. Por exemplo, se a endometriose, principal causa de DPC, parece ser uma hipótese plausível para o caso, mas não foi comprovada sua presença, pode-se realizar um teste terapêutico temporariamente para avaliar a melhora dos sintomas. Se não for bem-sucedido, então, outra terapia empírica é iniciada. Deve-se ter em mente que nesse caso, mesmo diante de melhora clínica, não se pode afirmar a real etiologia da DPC, visto que um mesmo tratamento pode ser eficaz para várias afecções;
3. Tratamento não específico com analgésicos visando ao tratamento da dor em vez do tratamento de doenças específicas.

Recomenda-se que pacientes portadoras de DPC sejam abordadas de forma multidisciplinar. Isso porque a dor abdominal, por suas características próprias, é de difícil localização, porque a descoberta de uma afecção não garante que ela seja a causadora do quadro e, sobretudo, porque são comuns as associações de diferentes problemas. Um único profissional dificilmente deterá todo o conhecimento específico necessário para assegurar que a paciente seja avaliada de forma completa e com adequado embasamento científico.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Segundo *guidelines* do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), não se recomenda o uso de opioides no tratamento de DPC, reservando-se seu uso para casos de doença maligna em atividade ou para cuidados paliativos.⁽⁵²⁾ Além de não atuarem na causa da dor, seu uso prolongado está associado a alto risco de efeitos colaterais e pode levar à dependência. Pacientes que já estejam em uso de opioides devem ser orientadas quanto à redução gradual da dose até a remoção completa.

Medicações com efeito no sistema nervoso têm especial importância nos casos em que a paciente já foi avaliada quanto às diferentes etiologias como causa da dor e um componente neuropático foi identificado. Embora nenhum estudo tenha estabelecido o benefício dos antidepressivos para a dor pélvica especificamente, há evidências de boa qualidade de melhora de dor crônica em outras localidades. Com base nessas referências, o ACOG recomenda o uso de inibidores da recaptação de serotonina, bem como da gabapentina e pregabalina, para tratamento de DPC com componente neuropático.⁽⁶⁾

Revisão sistemática mostrou superioridade dos inibidores da recaptação de serotonina e antidepressivos tricíclicos em relação ao placebo quanto à melhora da dor e qualidade de vida.⁽⁵³⁾ Seguindo a mesma linha, revisão da Cochrane mostrou que a duloxetina foi superior ao placebo em dor neuropática.⁽⁵⁴⁾

Atuando no canal de cálcio dos neurônios, a gabapentina e a pregabalina são frequentemente utilizadas para o tratamento de dor crônica. Faltam evidências para seu uso na DPC, mas um piloto de 2016 mostrou que a gabapentina tem melhora clínica, é bem tolerada e tem bom custo-benefício.⁽⁵⁵⁾

Com relação aos relaxantes musculares, faltam evidências que suportem seu benefício em quadros de dor miofascial.⁽⁵⁶⁾

LAPAROSCOPIA NA PACIENTE COM DPC

Desde seu surgimento, a laparoscopia passou a ser amplamente utilizada no diagnóstico e tratamento de mulheres com queixa de DPC. A possibilidade de observar a

pelve por meio de procedimento minimamente invasivo aumentou de forma significativa nosso conhecimento acerca de enfermidades que levam à DPC. Entretanto, com o maior conhecimento das causas da DPC, reconhece-se que boa parte dessas pacientes não tem alterações observáveis no procedimento. Assim, em vez de servir como método diagnóstico invasivo, atualmente a endoscopia pélvica protagoniza seu papel na terapêutica de doenças específicas, desde que passíveis de tratamento por esse método, dentre as quais se destaca o tratamento de endometriose.⁽⁵⁷⁾

Antigamente defendida, hoje se sabe que a lise de aderências não traz benefício para o tratamento de DPC quando outras doenças, como endometriose e lesões anexiais, não estão presentes. Assim, não se recomenda a realização de laparoscopia para adesiólise como tratamento de DPC.⁽⁶⁾

CIRURGIAS NEUROABLATIVAS

A interrupção do plexo nervoso sensitivo de Lee-Frankehauser pela ablação do ligamento uterossacro (LUNA) por laparoscopia, para o controle da dor, foi proposta em 1963 e, para esse fim, a eletrocauterização seguida de secção do ligamento uterossacro (LUS) é a técnica mais utilizada. Diversos estudos, no entanto, procuraram avaliar a eficácia da LUNA em mulheres com DPC, e revisão de metanálises concluiu que a LUNA não deve ser considerada como opção para o tratamento da DPC, independentemente da etiologia.⁽⁵⁸⁾

No que se refere à neurectomia pré-sacral, outra cirurgia neuroablative, não se encontram dados suficientes na literatura que respaldem esse procedimento em pacientes com DPC. Ressalta-se que complicações intraoperatórias, como sangramento, e pós-operatórias, como disfunções urinárias e/ou gastrointestinais, não são infrequentes.⁽⁵⁹⁾

INJEÇÃO EM PONTOS-GATILHO

A injeção com solução salina, anestésicos esteroides ou opioides leva à melhora da dor e da função em pacientes com dor miofascial e pode ser realizada por ginecologistas treinados. Sua realização é recomendada por se tratar de procedimento seguro e que leva à melhora imediata, embora possa necessitar de múltiplas administrações.⁽⁶⁰⁾

TOXINA BOTULÍNICA

Não existem evidências conclusivas que suportem o benefício da toxina botulínica na melhora da DPC. Estudo randomizado de 2019 mostrou que não houve diferença entre a administração de toxina botulínica em relação à administração de soro fisiológico na melhora da dor pélvica de origem miofascial.⁽⁶¹⁾ Assim, seu uso deve ser

reservado para situações em que há refratariedade aos tratamentos de primeira linha.

TRATAMENTO COMPLEMENTAR

Já está claro que alterações osteomusculares e psicocemocionais são particularmente frequentes nas pacientes com DPC, podendo ser a causa primária da síndrome ou consequência dela, e devem ser consideradas durante o planejamento terapêutico. Revisão sistemática de 2018 com 202 estudos envolvendo tratamentos para dor crônica musculoesquelética, fibromialgia e cefaleia tensional mostrou que exercícios, reabilitação, acupuntura, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e cuidados integrativos promovem melhora discreta a moderada do quadro. Embora os dados sejam limitados, não foram observadas complicações decorrentes dessas técnicas.⁽⁶²⁾

Uma vez diagnosticada dor miofascial, a fisioterapia do assoalho pélvico pode ser considerada. Diversas técnicas podem ser utilizadas, a depender dos sintomas específicos de cada paciente, e incluem mobilização e liberação miofascial, interna ou externa, mobilização articular, estimulação elétrica, entre outras. Em um ensaio clínico randomizado, Zoorob *et al.* demonstraram que a fisioterapia do assoalho pélvico foi tão efetiva para melhora da dor e da função sexual quanto a injeção de anestésicos em pontos-gatilho.⁽⁶³⁾ Quando há relevante comprometimento da função sexual, a terapia sexual pode ser útil como tratamento coadjuvante.

Devido à grande associação da dor crônica com efeitos psíquicos, como ansiedade e depressão, parece dispensável determinar se esses últimos representam causa ou consequência do quadro clínico, devendo ser valorizados e adequadamente tratados. A TCC é uma técnica orientada por metas e tem sido utilizada em conjunto com o tratamento específico da causa. No entanto, as evidências que apontam para seus benefícios vêm de estudos em que a TCC é parte de um cuidado multidisciplinar,⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾ não sendo possível saber qual seu efeito quando realizada isoladamente. Revisão de 2017 demonstrou que faltam evidências fortes que suportem sua eficácia como tratamento da dor.⁽⁶⁶⁾ Ainda assim, em seu último boletim, o ACOG a recomenda com grau de evidência B.⁽⁶⁾

Embora faltem estudos randomizados que demonstrem benefício na DPC, evidências mostrando melhora de dor crônica não ginecológica permite considerar acupuntura e yoga como coadjuvantes no tratamento de DPC.⁽⁶⁾

COMENTÁRIOS

Diante desse quadro complexo, fica patente que o cuidado da paciente com DPC deve seguir todos os predicados de um atendimento adequado, contando com uma anamnese ampla e detalhada e exame físico meti-

culoso. Para isso, deve-se assegurar que a consulta inicial tenha uma duração adequada para que a paciente possa explicar suas queixas e sentir-se acolhida. Deve haver, também, especial empenho em estreitar o relacionamento médico-paciente, pois a investigação por vezes é frustrante, com exames que não revelam a etiologia ou mostram a coexistência de várias causas. Soma-se a isso o fato de que, habitualmente, as pacientes têm dificuldades em aceitar a possibilidade de associações etiológicas e, em inúmeras vezes, observa-se relativa resistência em aceitar a demanda de duas ou mais intervenções para o tratamento.

Além disso, a queixa apresenta caráter fortemente subjetivo, com situações de persistência de baixa qualidade de vida mesmo quando há diminuição do estímulo doloroso. Isso porque disfunções emocionais podem interferir na percepção dolorosa ou, eventualmente, podem-se identificar benefícios secundários da queixa, muitas vezes inconscientes à paciente, o que também dificulta a aceitação das propostas terapêuticas.

Ponderando-se sobre essas dificuldades, conclui-se que a capacitação do médico deve ser aprimorada e atualizada, e as opções diagnósticas e terapêuticas devem ser discutidas com a paciente e escolhidas criteriosamente para evitar intervenções desnecessárias que possam remeter a riscos e limitações reprodutivas ou agravar a síndrome.

Até mesmo a abordagem conjunta com outras especialidades deve ser discutida com a paciente para maior aceitação, pois em muitas ocasiões a paciente traz o anseio de que o presente atendimento resolveria a sua queixa.

Pode-se, então, concluir que, apesar de todos os recursos tecnológicos tanto na área diagnóstica quanto na terapêutica, o conhecimento e o zelo médico e dos seus pares ainda permanecem soberanos nas mulheres com DPC.

REFERÊNCIAS

- Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177.
- Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2010;57(1):35-48.
- Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2004;46(6):681-9.
- Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. *Eur Urol*. 2013;64(3):431-9.
- Price J, Farmer G, Harris J, Hope T, Kennedy S, Mayou R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *BJOG*. 2006;113(4):446-52.
- Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):e98-109.
- Bruckenthal P. Approaches to diagnosis and treatment. *Pain Management Nursing*. 2011;12(1):4-10.
- Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, Eskenazi B. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil Steril*. 2003;80(6):1488-94.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106(11):1149-55.
- Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health*. 2004;28(4):369-75.
- Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*. 2014;17(2):E141-7.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*. 2001;51(468):541-7.
- Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2002;100(2):337-41.
- Learman LA, Gregorich SE, Schembri M, Jacoby A, Jackson RA, Kuppermann M. Symptom resolution after hysterectomy and alternative treatments for chronic pelvic pain: does depression make a difference? *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(3):269.e1-9.
- Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Savitz LA, Steege JF. Recognition and treatment of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(3):761-7.
- Cheng C, Rosamilia A, Healey M. Diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome in women with chronic pelvic pain: a prospective observational study. *Int Urogynecol J*. 2012;23(10):1361-6.
- Montenegro ML, Mateus-Vasconcelos EC, Rosa e Silva JC, Nogueira AA, Dos Reis FJ, Poli Neto OB. Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain. *Pain Med*. 2010;11(2):224-8.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106(11):1156-61.
- Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):229-34.
- Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Junior FF, Rocha MG, Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(8):1307-12.
- Coelho LS, Brito LM, Chein MB, Mascarenhas TS, Costa JP, Nogueira AA, et al. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2014;47(9):818-25.
- Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ. Clinical Criteria of Central Sensitization in Chronic Pelvic and Perineal Pain (Convergences PP Criteria): Elaboration of a Clinical Evaluation Tool Based on Formal Expert Consensus. *Pain Med*. 2018;19(10):2009-15.
- Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1996;4(1):85-94.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5):929-37.
- Howard FM, El-Minawi AM, Sanchez R. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2000;96(6):934-9.
- Alpay Z, Saed GM, Diamond MP. Postoperative adhesions: from formation to prevention. *Semin Reprod Med*. 2008;26(4):313-21.

27. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(5 Pt 1):1396-403.
28. Cheong, Y, Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(5):695-711.
29. Rozenblit AM, Ricci ZJ, Tuvia J, Amis ES Jr. Incompetent and dilated ovarian veins: a common CT finding in asymptomatic parous women. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176(1):119-22.
30. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988;95(2):153-61.
31. Champaneria R, Shah L, Moss J, Gupta JK, Birch J, Middleton LJ, et al. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. *Health Technol Assess.* 2016;20(5):1-108.
32. Kho RM, Abrao MS. Ovarian remnant syndrome: etiology, diagnosis, treatment and impact of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012;24(4):210-4.
33. Stanford EJ, Dell JR, Parsons CL. The emerging presence of interstitial cystitis in gynecologic patients with chronic pelvic pain. *Urology.* 2007;69(4 Suppl):53-9.
34. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med.* 2017;376(26):2566-78.
35. Aslam N, Harrison G, Khan K, Patwardhan S. Visceral hyperalgesia in chronic pelvic pain. *BJOG.* 2009;116(12):1551-5.
36. Parsons CL. Diagnosing chronic pelvic pain of bladder origin. *J Reprod Med.* 2004;49(3 Suppl):235-42.
37. O'Leary MP, Sant GR, Fowler FJ Jr, Whitmore KE, Spolarich-Kroll J. The interstitial cystitis symptom index and problem index. *Urology.* 1997;49(5A Suppl):58-63.
38. Lane, TJ, Manu, P, Matthews, DA. Depression and somatization in the chronic fatigue syndrome. *Am J Med.* 1991;91(4):335-44.
39. Porpora MG, Picarelli A, Prosperi Porta R, Di Tola M, D'Elia C, Cosmi EV. Celiac disease as a cause of chronic pelvic pain, dysmenorrhea, and deep dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 2002;99(5 Pt 2):937-9.
40. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.
41. Tu FF, Fitzgerald CM, Kuiken T, Farrell T, Harden RN. Comparative measurement of pelvic floor pain sensitivity in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1244-8.
42. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. Diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1993;20(4):719-42.
43. Sharp HT. Myofascial pain syndrome of the abdominal wall for the busy clinician. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(4):783-8.
44. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):839-46.
45. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol.* 1994;84(2):193-9.
46. Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology.* 1995;45(12 Suppl 9):S26-34; discussion S35-6.
47. Beckmann CR. *Obstetrics and gynecology.* 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
48. International Pelvic Pain Society. Documents and forms: history and physical. Available at: https://www.pelvicpain.org/IPPS/Professional/Documents-Forms/IPPS/Content/Professional/Documents_and_Forms.aspx.
49. Chen YH, Wang DB, Guo CS. Accuracy of Physical Examination, Transvaginal Sonography, Magnetic Resonance Imaging, and Rectal Endoscopic Sonography for Preoperative Evaluation of Rectovaginal Endometriosis. *Ultrasound Q.* 2019;35(1):54-60.
50. Neville CE, Fitzgerald CM, Mallinson T, Badillo S, Hynes C, Tu F. A preliminary report of musculoskeletal dysfunction in female chronic pelvic pain: a blinded study of examination findings. *J Bodyw Mov Ther.* 2012;16(1):50-6.
51. Carnett JB. The simulation of gall-bladder disease by intercostal neuralgia of the abdominal wall. *Ann Surg.* 1927;86(5):747-57.
52. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain – United States, 2016. *JAMA.* 2016;315:1624-45.
53. Caruso R, Ostuzzi G, Turrini G, Ballette F, Recla E, Dall'Olio R, et al. Beyond pain: can antidepressants improve depressive symptoms and quality of life in patients with neuropathic pain? A systematic review and meta-analysis. *Pain.* 2019;160(10):2186-98.
54. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD007115.
55. Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, Vincent K, Jack SA, Critchley HO, et al. Gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women (GaPP1): a pilot randomized controlled trial. *PLoS One.* 2016;11(4):e0153037.
56. Leite FM, Atallah AN, El Dib R, Grossmann E, Januzzi E, Andriolo RB, et al. Cyclobenzaprine for the treatment of myofascial pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD006830.
57. Silveira da Cunha Araújo R, Abdalla Ayroza Ribeiro HS, Sekula VG, da Costa Porto BT, Ayroza Galvão Ribeiro PA. Long-term outcomes on quality of life in women submitted to laparoscopic treatment for bowel endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(4):682-8.
58. Daniels J, Gray R, Hills RK, Latthe P, Buckley L, Gupta J, et al. LUNA Trial Collaboration. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;302(9):955-61.
59. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, Khan KS, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;19(4):CD001896.
60. Montenegro ML, Braz CA, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Anaesthetic injection versus ischemic compression for the pain relief of abdominal wall trigger points in women with chronic pelvic pain. *BMC Anesthesiol.* 2015;15:175.
61. Dessie SG, Von Barga E, Hacker MR, Haviland MJ, Elkadry E. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of onabotulinumtoxin A trigger point injections for myofascial pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(5):517.e1-9.
62. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. Comparative Effectiveness Review Number 209. AHRQ Publication No 18-EHC013-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Available at: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/nonpharmac-chronic-pain-cer-209.pdf>.
63. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, et al. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecol J.* 2015;26(6):845-52.
64. Twiddy H, Lane N, Chawla R, Johnson S, Bradshaw A, Aleem S, et al. The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialiSed interdisciplinary approach. *Br J Pain.* 2015;9(4):233-40.
65. Miller-Matero LR, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisenstein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(2):349-54.
66. Markozannes G, Aretouli E, Rintou E, Dragioti E, Damigos D, Ntzani E, et al. An umbrella review of the literature on the effectiveness of psychological interventions for pain reduction. *BMC Psychol.* 2017;5(31).

38% das mulheres na pós menopausa
são atingidas pela **DHGNA**.¹
aponta estudo em população brasileira.

SILIMALON[®] racemetionina e silimarina **140**

A EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DA **DHGNA**

A **DHGNA** (Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica)
é a expressão hepática da **SÍNDROME METABÓLICA**.²

TECNOLOGIA
OPADRY



POSOLOGIA:
2x ao dia,
1 a 2
comprimidos



Acesse aqui informações
sobre diagnóstico da DHGNA.



Contraindicações: Pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula, a outras espécies da família *Asteraceae*, para pacientes renais crônicos e para crianças. **Interações medicamentosas:** A metionina e a silimarina podem reduzir o efeito da levodopa e uma possível interação da silimarina com drogas metabolizadas pelas CYP3A4 e CYP2C9 deve ser considerada.

Referências Bibliográficas: 1 - Bruno A de S, Rodrigues MH, Alvares MC, Nahas-Neto J, Nahas EA. Non-alcoholic fatty liver disease and its associated risk factors in Brazilian postmenopausal women., *Climacteric*. 2014 Aug;17(4):465-71 2- Paloma Almada-Valdés, Daniel Cuevas-Ramos, Carlos Alberto Aguilar-Salinas; Metabolic syndrome and non-alcoholic fatty liver disease; *Annals of Hepatology* 2009; 8(1): Supplement: S18-S24

SILIMALON® 140 - APRESENTAÇÃO: Comprimidos revestidos. Embalagem contendo 30 comprimidos revestidos. (silimarina e racemetionina) **USO ADULTO.** **INDICAÇÕES:** Silimalon® está indicado para prevenção e tratamento das agressões tóxicas, metabólicas e infecciosas ao hepatócito. Também está indicado, nas situações que provocam sobrecarga da função hepática, tais como dietas ricas em gordura, ingestão de álcool e medicamentos. **CONTRAINDICAÇÕES:** Silimalon é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade a outras espécies da Família *Asteraceae*, para pacientes renais crônicos e para crianças. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** Silimalon (silimarina e racemetionina) só deve ser administrado a gestantes e lactantes em situações nas quais os benefícios superem os riscos, e sob supervisão médica. Deve ser administrado com cautela e consideração risco/benefício a pacientes apresentando acidose metabólica e insuficiência hepática severa. **SILIMALON®:** Atenção: este medicamento contém açúcar, portanto, deve ser usado com cautela em portadores de Diabetes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** uma possível interação da silimarina com drogas metabolizadas pela CYP3A4 e CYP2C9 deve ser considerada. A racemetionina pode reduzir a ação farmacológica da levodopa. **REAÇÕES ADVERSAS:** as reações comuns observadas foram náusea, vômito e diarreia. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** SILIMALON® 140 A dose média recomendada é de 1 a 2 comprimidos duas vezes ao dia, por 30 dias. A dose máxima diária não deve exceder a 6 comprimidos. Estas doses podem ser alteradas, segundo critério médico. **SUPERDOSAGEM:** até o momento, não existem relatos de casos de superdosagem. **PACIENTES IDOSOS:** não há advertências ou recomendações especiais, sobre o uso do produto em pacientes idosos. **SILIMALON® 140** Reg. M.S.: nº 1.5651.0077 – **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** – Farmacêutica responsável: Leticia Azadinho Amorim CRF/RJ 18.465. Zydus Nikkho Farmacêutica Ltda. Av. Governador Chagas Freitas, 340 Rio de Janeiro / RJ CEP 21932-820 – SAC: 0800 282.9911. www.zydusbrasil.com Material destinado a profissionais de saúde. Abril/2020

zydus
Brasil
dedicada a você

Sentir dor



Endometriose atinge pelo menos 7 milhões de mulheres no Brasil e a maioria tem diagnóstico tardio e risco de infertilidade

Por Letícia Martins

não é normal

Enquanto 7 de maio é o Dia Internacional da Luta Contra a Endometriose, no calendário nacional a data é mais lembrada em 13 de março. Mas, independentemente do mês, o importante é chamar a atenção dos médicos e das mulheres para essa doença, que atinge cerca de 10% a 15% da população feminina brasileira e compromete a qualidade de vida dela especialmente de duas formas: causando muita dor ou dificuldade de engravidar. A grande questão é que não precisa ser assim.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 7 milhões de mulheres sofram de endometriose no Brasil, principalmente na faixa etária de 15 a 49 anos. “Segundo o *World Endometriosis Research Foundation*, no mundo há cerca de 170 milhões de portadoras de endometriose, porém esses dados são apenas uma estimativa devido à dificuldade de diagnóstico preciso”, destaca **Ricardo Quinteiros**, vice-presidente pela região Norte da Federação Brasileira das Associações de Ginecologista e Obstetrícia (Febrasgo) e diretor financeiro da Sociedade Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva (SBE).

Os sintomas da doença são cólicas menstruais intensas, menstruação irregular, dor profunda e desconfortável na relação sexual, inchaço e dor abdominal. Quando a doença não é diagnosticada e tratada precocemente, pode levar à infertilidade. Para se ter uma ideia, uma mulher de 30 anos

tem 30% de chance de engravidar por mês, mas, se ela tiver endometriose, essa chance cai para 3% ao mês.

“Em alguns casos a paciente não manifesta nenhuma dor, apresentando apenas dificuldades para engravidar. E são exatamente esses os casos preocupantes. Como não aparecem sintomas, a mulher não se preocupa em realizar exames”, explica o especialista em reprodução humana, **João Sabino da Cunha Filho**, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Endometriose da Febrasgo.

Carlos C. Lino, vice-presidente da Febrasgo para a região Nordeste e membro da CNE de Endometriose, aponta a dificuldade de acesso ao diagnóstico como o maior problema no enfrentamento da doença. “Existe um trabalho da Universidade de São Paulo e da Universidade Estadual de Campinas demonstrando que no Bra-

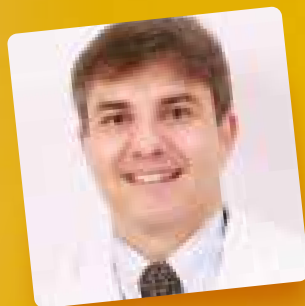
Estima-se que 170 milhões de mulheres sofram de endometriose no mundo, 7 milhões no Brasil.

sil leva-se em torno de 7 a 10 anos para se fazer o diagnóstico. Quando transferimos isso à paciente do sistema público de saúde, o cenário é mais grave, pois o diagnóstico requer muitas vezes exames de imagem adequados. Depois, elas enfrentam imensas dificuldades quando da necessidade no tratamento cirúrgico”, analisa o especialista em videocirurgia pela Febrasgo e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica (Sobracil).

DIAGNÓSTICO, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Lino explica que a endometriose é uma patologia provocada por células do endométrio que migram para a cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar, sendo a endometriose profunda, a forma mais grave da doença.

Segundo Quinteiros, várias teorias tentam explicar as causas da endometriose, porém nenhuma consegue esclarecer todos os casos. “Contudo, as teorias da menstruação retrógrada, genética e imunológica são as que mostram a origem da maioria deles”, observa o vice-presidente da Febrasgo. De acordo com o médico, a prevenção primária da endometriose não seria possível, pois a condição genética mostra sua expressão muito precocemente. “A literatura provou a existência da endometriose ainda na fase fetal. Logo, não temos como evitar, porém a prevenção secundária



“A Febrasgo, em conjunto com a SBE, tem mantido constante trabalho de promoção de eventos e discussões estimulando a conscientização de médicos e pacientes”, diz Dr. Julio Cesar Rosa e Silva.



“A endometriose causa infertilidade, mas não causa dificuldade para a fertilização *in vitro*”, esclarece Dr. João Sabino da Cunha Filho.

é possível. Com diagnóstico precoce, poderemos evitar que haja alteração na arquitetura da anatomia pélvica, condição responsável pela infertilidade e dor que ocorre no quadro clínico clássico, formando o binômio mais conhecido na endometriose”, ensina.

Diante da suspeita, o exame ginecológico clínico é o primeiro passo para o diagnóstico, que pode ser confirmado pelos seguintes exames laboratoriais e de imagem: visualização das lesões por laparoscopia, ultrassom endovaginal e ressonância magnética. No entanto, aponta o vice-presidente da Febrasgo na região Nordeste, há poucos profissionais especializados no Brasil para realizar o exame.

Por ser prevalente na população jovem, saudável e economicamente ativa, a endometriose provoca impactos sociais e econômicos, que consequentemente refletem no sistema de saúde público e privado. “Existem estudos demonstrando que a mulher com endometriose sofre mais com ansiedade, depressão e tem menor rendimento no trabalho por conta do estresse e da dor”, aponta Cunha Filho.

Na visão do especialista, no Brasil, convencionou-se culturalmente que a mulher pode ter cólica, que a dor faz parte do período menstrual. Erroneamente, muitas mulheres não procuram ajuda e tentam todos os meses, durante anos, superar a dor sozinhas. O resultado disso é uma

bola de neve. O marido dessa paciente vai se incomodar, porque não consegue ter relações sexuais com ela; o chefe dela também vai se irritar, porque a funcionária está perdendo dias de trabalho ou não rendendo o esperado. Deprimida, ansiosa e sofrendo, talvez ela procure ajuda somente quando a dor estiver afetando sua vida social drasticamente. Nesses casos, o tratamento pode ser muito mais difícil, com o uso de medicamentos mais fortes.

Sendo assim, fazer o diagnóstico precoce da doença é fundamental. “Não é normal a mulher ter cólica. Não é normal a mulher ter dor, seja por conta da menstruação ou durante a relação sexual. Precisamos falar isso para elas e investigar as queixas. Se a partir da primeira consulta ao ginecologista conseguirmos colocar na cabeça da adolescente que não é normal ter cólica nem dor, já será um grande avanço”, ressalta o professor da UFRGS.

Dr. Carlos Lino endossa o coro sobre a importância de o ginecologista ficar atento aos primeiros sinais de alerta da paciente no consultório, que muitas vezes podem acontecer com a adolescente que se queixa de cólica. “A paciente que sente dor intestinal, dificuldade para evacuar e sangramento na urina pode evoluir até para um quadro obstrutivo intestinal e ou ureteral, às vezes, até com exclusão renal. Nem todas as pacientes terão essa evolução, portanto cabe ao gi-

necologista investigar, tratar e definir um plano de acompanhamento e, nos casos mais complexos, encaminhar para um profissional especializado”, avisa.

Por essas razões, conscientizar as duas pontas – médicos e mulheres – sobre os sintomas, riscos e tratamento da endometriose é essencial para mudarmos essa triste realidade de diagnósticos tardios. Esse trabalho vem sendo desenvolvido pela Febrasgo, como explica **Julio Cesar Rosa e Silva**, presidente da CNE de Endometriose da entidade e diretor científico da SBE.

“A Febrasgo, em conjunto com a SBE, tem mantido constante trabalho de promoção de eventos e discussões estimulando a conscientização. Estamos tentando programar uma ação para envolver o Ministério da Saúde na criação de um Programa Nacional de Atendimento à Paciente com Endometriose, o que seria extremamente benéfico a essas mulheres”, disse Julio, que também é professor associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

ENDOMETRIOSE TEM CURA?

“Pergunta muito difícil de se responder”, avisa Rosa e Silva, “mas acredito que a endometriose não tenha cura, uma vez que é provavelmente uma doença com etiopatogenia envolven-



“No Brasil leva-se em torno de 7 a 10 anos para se fazer o diagnóstico. Quando transferimos isso à paciente do sistema público de saúde, o cenário é mais grave”, observa Dr. Carlos C. Lino.



“A endometriose deve ser abordada como uma doença crônica e merece acompanhamento durante a vida reprodutiva da mulher”, afirma Dra. Giovana Fortunato.



“Aos colegas médicos que estão começando na especialidade, recomendo que não percam a oportunidade de conhecer o quadro clínico e a forma precoce de diagnosticar a endometriose”, orienta Dr. Ricardo Quinteiros.

do questões genéticas. Por isto, prefiro dizer que controlamos a doença e seus sintomas, e hoje, com os avanços medicamentosos e cirúrgicos, conseguimos controlar muito bem”.

Por falar em tratamento, **Giovana da Gama Fortunato**, docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e supervisora do Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia da UFMT, ressalta que ele precisa ser individualizado, levando em conta sempre os sintomas da paciente e o impacto da endometriose sobre a qualidade de vida dela. Sempre que possível, uma equipe multidisciplinar especializada deve ser envolvida, na tentativa de fornecer um tratamento capaz de abranger todos os aspectos biopsicossociais da paciente.

“A endometriose deve ser abordada como uma doença crônica e merece acompanhamento durante a vida reprodutiva da mulher. O tratamento clínico é eficaz no controle da dor pélvica e deve ser o tratamento de escolha na ausência de indicações absolutas para cirurgia”, explica.

De acordo com a médica, o principal objetivo do tratamento clínico é o alívio dos sintomas algícos e a melhora da qualidade de vida, não se devendo esperar diminuição das lesões ou cura da doença, mas sim o controle do quadro clínico.

Quando a endometriose está associada à dor pélvica crônica, o tra-

tamento deve ser preferencialmente medicamentoso envolvendo tratamento hormonal e analgésico, mudança de estilo de vida, atividade física regrada, alimentação saudável e apoio dos profissionais da saúde e de seus familiares.

É difícil dizer com precisão o percentual de mulheres no Brasil que precisam recorrer à intervenção cirúrgica para combater a endometriose, pois temos um atraso de diagnóstico muito grande e várias limitações no fornecimento de equipes especializadas no atendimento da paciente com endometriose nas diferentes regiões do Brasil.

Entretanto, segundo Rosa e Silva, estima-se que cerca de 70% a 80% das pacientes com a doença respondam bem ao tratamento clínico, o que nos leva a crer que entre 20% e 30% das pacientes necessitariam do tratamento cirúrgico para o controle da endometriose.

Atualmente, o tratamento cirúrgico está restrito às pacientes com falha nos tratamentos clínicos ou que apresentem disfunções de órgãos ocasionadas pela doença. “Com a evolução das técnicas cirúrgicas e da cirurgia minimamente invasiva, a cirurgia para endometriose tem se tornado cada vez mais eficaz no controle da doença, que necessita de uma equipe preparada e treinada para este tipo de intervenção e que muitas vezes compreende uma equipe multidisciplinar”, sublinha o

presidente da CNE de Endometriose da Febrasgo.

Ele explica ainda que, com o avanço das tecnologias em Reprodução Assistida, acredita-se que a paciente com endometriose tenha chances de gestação muito semelhantes às das pacientes sem a doença, muitas vezes não necessitando do tratamento cirúrgico para realizar seu sonho materno.

FERTILIZAÇÃO *IN VITRO*

Existe um mito de que a mulher com endometriose não pode engravidar. No entanto, Dr. João Sabino esclarece que as chances de uma paciente com endometriose engravidar está relacionada com a idade dela e o tempo que passou enquanto ela tentava engravidar. “Atendo pacientes novas, de 25 anos, que têm endometriose e nunca tentaram engravidar. Explico para elas que não é possível saber se ela vai ter dificuldade ou não de engravidar, então o ideal é ela não perder tempo e tentar.”

O especialista em reprodução assistida esclarece que a fertilização *in vitro* é recomendada para qualquer mulher que está tentando engravidar há mais de três anos. “É importante deixar claro que a endometriose causa infertilidade, mas não causa dificuldade para a fertilização *in vitro*. Estudos mostram que mulheres com endometriose que vão para fertilização *in vitro* têm um resultado igual

ao da mulher sem a doença. Ou seja, a qualidade do embrião da mulher com endometriose e daquela sem endometriose é igual”, afirma Dr. João.

No Brasil, 90% dos ciclos de fertilização *in vitro* são realizados em clínicas privadas, deixando muitas mulheres sem opção devido ao alto custo. Esse cenário se estende em todo o país, embora em algumas regiões haja exemplos de sucesso.

Em Porto Alegre, o ambulatório da UFRGS é referência no estado e atende em média 80 mulheres por semana. Lá são feitas desde cirurgia menos complexa até tratamentos para qualquer tipo de endometriose. No estado gaúcho, existem dois hospitais que fazem fertilização *in vitro* pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas atendem uma quantidade muito pequena e não conseguem dar conta da demanda.

Pois é, além dos mitos e da desinformação em torno da endometriose, temos que considerar também os desafios de cada região no tratamento da doença. Dr. Julio acredita que no Brasil, de forma geral, o maior desafio é criar um programa de assistência às mulheres com endometriose, capacitar equipes de saúde especializadas e conseguir ofertar a essas pacientes um atendimento de qualidade, rápido e que proporcione uma melhora na qualidade de vida. Nesse sentido, aponta Dr. Julio, a região Sudeste, apesar de ter inúmeros centros especializados de alta qualidade no atendimento da mulher com endometriose, carece de mais centros. “Ainda temos uma demanda reprimida de diagnóstico e terapêutica importante na nossa região.”

Em todo o mundo há atraso no diagnóstico e, por consequência, sequelas e doenças avançadas são encontradas. Nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, o grande desafio é ofertar o diagnóstico adequado, que requer exames de imagens especializados, os quais, por sua vez, dependem de observadores médicos treinados, e aí está outra defasagem. Existe um número pequeno de especialistas em imagem, ressonância e ultrassonografia com preparo intestinal para realizar o diagnóstico preciso.

“Com isso, surge nossa principal dificuldade: o diagnóstico precoce e

preciso. O setor público no Norte do país é muito ruim. Filas longas para consultas, exames e cirurgias, fazendo, muitas vezes, a paciente perder a esperança. Já no setor privado, pela maior facilidade diagnóstica, a resolução dos casos é ligeiramente melhor, mas ainda longe do ideal”, argumenta Quinteiros.

Apesar do cenário lamentável, ele acredita que o desafio do diagnóstico precoce tem melhorado substancialmente no Brasil devido à melhor formação dos especialistas, resultado da atuação da Febrasgo e da SBE. “O desafio continua sempre, pois a ciência e o conhecimento não param”, diz.

“No Nordeste, alguns estados apresentam acesso qualificado ao diagnóstico e tratamento na saúde suplementar, mas na rede pública a situação é totalmente outra. A paciente do SUS geralmente acessa o serviço quando o quadro está grave, com o reto obstruído ou o rim comprometido”, lamenta Carlos Lino.

No Centro-Oeste, onde a médica Giovana Fortunato atua, as mulheres com endometriose são atendidas em um serviço especializado da rede pública. “Na UFMT desde 2014 conseguimos montar o ambulatório de dor pélvica e endometriose, atendendo toda a região metropolitana de Cuiabá e o interior de Mato Grosso. Temos atendimento multidisciplinar, imagem (ultrassom especializado e ressonância) e serviço de endoscopia ginecológica para os casos cirúrgicos. Por ser o único serviço público da região, a procura para consultas é grande e a espera pode chegar a quatro meses para procedimento cirúrgico”, relata. Quanto ao serviço privado, a região dispõe de uma clínica especializada em endometriose e imagem.

Cerca de 70% a 80% das pacientes com a doença respondem bem ao tratamento clínico.

COVID-19 E OS NOVOS DESAFIOS

Se já estava complicado diagnosticar e tratar precocemente a endometriose, agora a situação se agravou, tendo em vista que a pandemia da COVID-19 levou boa parte dos consultórios médicos a fecharem as portas por um tempo e reduziu o acesso da população aos hospitais.

“A pandemia tem afetado fortemente a vida das pessoas e consequentemente o diagnóstico e o tratamento de diversas doenças, inclusive oncológicas. Estima-se que cerca de 30 a 50 mil novos casos de câncer sofram atrasos no diagnóstico por conta da pandemia e do isolamento social indicado pelos principais órgãos de saúde no Brasil. Com certeza, também está afetando as pacientes com endometriose. Temos que pensar em alternativas para conseguirmos dar qualidade de vida a essas pacientes neste novo contexto mundial”, analisa Dr. Julio.

Apesar de todo o cenário de dificuldade, vale ressaltar mais uma vez o trabalho que as entidades médicas estão desempenhando para enfrentar a luta contra a endometriose, a dor e a desinformação. Ricardo Quinteiros, por exemplo, acredita que teremos um Brasil melhor no caso da endometriose, pois as sociedades citadas (SBE e Febrasgo) têm regionalizado muito o conhecimento da doença, interiorizando no Brasil a capacidade de diagnosticar e tratar de forma mais correta e multidisciplinar. “Aos colegas médicos que estão começando na especialidade, recomendo que não percam a oportunidade de conhecer o quadro clínico e, sobretudo, a forma precoce de diagnosticar a endometriose, pois somente assim venceremos nosso desafio.”

Dr. João Sabino também deixa uma mensagem final aos residentes, reforçando o título desta reportagem: “Dor e cólica não podem ser encarados como algo normal. Se uma paciente de 13 a 15 anos, saudável, que vai bem na escola e tem uma vida ativa se queixar de cólica e dor, é necessário investigar, olhar com carinho, porque pode ser o início de uma endometriose. Isso vale tanto para a menina de 15 anos quanto para a mulher de 20 e 30”.

Mais de 90% dos profissionais de ginecologia já utilizam telemedicina

Pesquisa realizada pela Febrasgo mostra a aderência dos ginecologistas e obstetras às consultas virtuais

Por Letícia Martins

Diante da liberação da telemedicina por ocasião do período de enfrentamento à COVID-19, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) realizou, em abril, uma pesquisa *on-line* com os associados para saber como está o emprego da telemedicina pelos profissionais da especialidade.

O resultado mostrou alta adesão – 90% dos 340 participantes já realizaram algum tipo de orientação a distância, sobretudo via telefone e WhatsApp. “A telemedicina já existe, na prática, mas ainda falta maior controle das informações fornecidas e seu devido registro em prontuário, além do uso de dispositivos mais seguros nesse atendimento”, comentou o presidente da Febrasgo, Agnaldo Lopes.

A pesquisa também avaliou a atuação dos ginecologistas obstetras durante a pandemia de coronavírus: 35,5% dos 999 entrevistados já haviam fechado o consultório e 88% reduziram pelo menos pela metade o atendimento ambulatorial/consultório em ginecologia, contra 43% em obstetrícia.


A maioria respondeu que só mantém o atendimento em caso de urgências e emergências e quase 40% dos pesquisados estimam que levará mais de dois meses para as atividades voltarem à normalidade.

Quando questionados se o isolamento social completo é importante para o controle da pandemia, 80% responderam que sim. No entanto, em duas questões, os entrevistados concordaram: 96% estão preocupados com o impacto de saúde e humanitário que a pandemia causará e praticamente todos temem o impacto financeiro.

Alguns destaques da pesquisa:

- 57% dos entrevistados possuem certificação digital;
- 72% têm prontuário eletrônico e agenda eletrônica;
- 77,15% nunca realizaram orientação médica por meio de videochamada;
- 85% ainda não conhecem plataformas específicas dedicadas à telemedicina;
- 39% possuem *site* próprio ou página comercial no Facebook.

Em quais mídias sociais atua ativamente de forma profissional?		
Instagram		43,35%
Outros		41,44%
Facebook		31,64%
LinkedIn		10,65%
YouTube		8,75%
Twitter		2,66%
Já deu orientação médica a distância por telefone?		
Nunca		9,17%
Muito frequentemente (> 1x/dia)		14,79%
Habitualmente (< 1x/dia)		14,79%
Eventualmente (< 1x/semana)		31,95%
Muito raramente (< 1x/mês)		29,29%
Já deu orientação médica a distância por e-mail?		
Nunca		37,80%
Muito frequentemente (> 1x/dia)		4,76%
Habitualmente (< 1x/dia)		5,65%
Eventualmente (< 1x/semana)		20,83%
Muito raramente (< 1x/mês)		30,95%
Já deu orientação médica a distância por WhatsApp ou outro aplicativo de mensagem?		
Nunca		7,69%
Muito frequentemente (> 1x/dia)		21,89%
Habitualmente (< 1x/dia)		15,38%
Eventualmente (< 1x/semana)		33,14%
Muito raramente (< 1x/mês)		21,89%
Já deu orientação médica a distância por videochamada (Skype, FaceTime, WhatsApp ou similar)?		
Nunca		77,15%
Muito frequentemente (> 1x/dia)		0,59%
Habitualmente (< 1x/dia)		1,48%
Eventualmente (< 1x/semana)		7,42%
Muito raramente (< 1x/mês)		13,35%
Já enviou por e-mail ou outro meio eletrônico?		
Receita médica		53%
Atestado médico		30%
Relatório médico		53%
Cobra ou já cobrou por orientação médica a distância?		
Sim, mas somente quando enviada prescrição ou outra documentação		0,89%
Sim, mesmo sem enviar prescrição ou outra documentação		1,79%
Não, mas gostaria de cobrar por orientação médica por telefone		18,45%
Nunca		78,87%



COVID-19 e a saúde da mulher

Febrasgo realiza o 1º webinar para esclarecer dúvidas das pacientes sobre o novo coronavírus

Por Letícia Martins

A propagação do novo coronavírus impôs um isolamento social nunca visto na sociedade moderna e alterou a rotina da população no mundo inteiro, bem como a dinâmica de trabalho de inúmeros profissionais de saúde.

Para dirimir dúvidas dos ginecologistas e obstetras quanto ao atendimento neste momento difícil e inusitado que estamos vivendo, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) tem utilizado a internet para atualizar os associados sobre as orientações mais recentes do Ministério da Saúde a respeito da COVID-19.

Nesse sentido, a entidade vem realizando, desde março, frequentes eventos *on-line* com membros da entidade e especialistas nas mais variadas áreas. A série de *webinar* entre os profissionais de saúde ganhou a aprovação da classe médica de todo o país, com milhares de espectadores a cada edição.

E a Febrasgo não parou por aí. Ciente da importância de orientar e informar a população em geral, em especial as mulheres, a entidade promoveu no dia 5 de maio o pri-

meiro *webinar* voltado para o público leigo, com o tema: COVID-19 e a Saúde da Mulher.

Para participar do *webinar*, foram convidados os seguintes especialistas: Dr. Agnaldo Lopes, presidente da Febrasgo e especialista em câncer ginecológico, Dr. César Fernandes, diretor científico da entidade e especialista em métodos anticoncepcionais e hormônios, Dr. Sérgio Podgaec, diretor administrativo e especialista em endometriose e cirurgia laparoscópica, Dr. Olímpio Moraes Filho, diretor financeiro e especialista em planejamento familiar, e Dra. Maria Celeste Wender, diretora de Defesa e Valorização Profissional e especialista em hormônios e climatério, com a moderação da jornalista Lúcia Helena de Oliveira, do *blog* Vitamina Conteúdo, hospedado no portal UOL.

“Esse *webinar* foi direcionado para as mulheres brasileiras com o objetivo de discutir a saúde feminina neste momento de pandemia. Há muitas dúvidas no ar e precisamos estar cada vez mais ao lado da nossa paciente”, disse Lopes na abertura da *live*.

Confira a seguir alguns destaques do 1º *webinar* voltado para pacientes.



Impactos do isolamento social

Pesquisas demonstram que um dos maiores impactos da quarentena na vida das mulheres tem sido o aumento de casos de violência doméstica e feminicídio, além da relação econômica de mulheres trabalhando de forma não remunerada, ou seja, a mulher se torna mais vulnerável durante o período do isolamento social.

Sexualidade

Dr. César Fernandes apontou que o contexto atual não deve interferir nas atividades sexuais dos casais que estejam saudáveis e em quarentena. No entanto, alerta que em caso de sintomas do novo coronavírus (tosse, febre, perda do paladar) é importante manter o distanciamento. “Em caso do teste positivo para a COVID-19, a recomendação é de afastamento do casal em um período mínimo de 14 dias. Mas existem casos de transmissibilidade do vírus mesmo depois de 25 dias. Então, a recomendação é de 3 a 4 semanas de afastamento desses casais”, explicou Fernandes.

Gestação e pré-natal

Pesquisas apontam que não existe a possibilidade de transmissão vertical do vírus que causa a COVID-19 para o feto em caso de gestação e que mulheres grávidas não apresentam maior risco de contaminação por coronavírus. “Também não há relato na literatura de que a mulher grávida possui maior chance de contaminação. Porém, é sabido que quando ocorre uma infecção generalizada, principalmente no terceiro trimestre, aumenta a chance de prematuridade e o feto pode sofrer”, explicou Dr. Olímpio.

Por isso, a recomendação dos especialistas é que mulheres que estejam tentando engravidar, seja de forma natural ou com acompanhamento clínico, como no caso da fertilização *in vitro*, adiem os planos.

Para as gestantes, o médico deixou uma mensagem: “Não é o caso de entrar em desespero. Os cuidados tomados pelas mulheres grávidas devem ser os mesmos tomados pelas não grávidas, valorizando a higiene e o isolamento social, evitando-se, assim, a contaminação pelo coronavírus”.

Puérperas e amamentação

A Dra. Maria Celeste esclareceu as dúvidas das participantes explicando que as puérperas não apresentam risco maior de contrair o novo coronavírus de maneira mais severa do que se ela não estivesse nesse período.

“Em relação à amamentação, o que se sabe atualmente é que a mulher que já teve ou está com COVID-19 pode amamentar, desde que mantenha os cuidados de assepsia, como lavar bem as mãos e usar máscara durante o aleitamento”, recomendou a diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

Estresse

Segundo a Dra. Maria Celeste, o estresse causado pelo isolamento social pode interferir na libido e nos sintomas da menopausa, acentuando a exaustão emocional das mulheres. Como recomendação, ela explica que conversar com o parceiro a respeito das preocupações durante o isolamento pode ajudar.

Além disso, os especialistas sugeriram às participantes que elas pratiquem atividades físicas, mantenham a disciplina e busquem o bem-estar mental, sobretudo neste momento. “Estamos vivendo uma fase absolutamente diferente no acesso ao sistema de saúde que pode gerar muitas dúvidas, preocupações e estresse. Por isso, é importante cada mulher conversar com seu médico e buscar orientação. A telemedicina, por exemplo, ajuda muito nesse sentido”, pontuou o diretor da Febrasgo.

Tratamento de outras doenças

Outro tema abordado no *webinar* foi a importância de manter os tratamentos e terapias indicados pelo médico para controlar doenças já diagnosticadas, como diabetes, hipertensão, endometriose, problemas cardiológicos, entre outros. “As pessoas precisam continuar cuidando da própria saúde. Assim, caso venham a ser contaminadas pelo novo coronavírus, terão menor risco de complicações”, destacou o Dr. Sérgio Podgaec.

Terapias hormonais

César Fernandes, especialista em terapias hormonais, também recomendou que as mulheres não interrompam o uso de anticoncepcionais nem mudem a terapêutica hormonal sem orientação do seu médico.

“Recentemente, circularam na internet informações de que a terapêutica hormonal aumenta o risco de trombose. Porém, isso é uma falácia, não tem suporte na literatura. A recomendação geral é que as pacientes mantenham o uso do anticoncepcional e a terapêutica indicada pelo médico”, frisou o diretor científico da Febrasgo.

Mensagem final

Aginaldo Lopes afirmou que é fundamental as mulheres filtrarem as informações e, em caso de dúvidas, buscarem o diálogo com o profissional da saúde e fontes médicas de confiança. “O nosso grande objetivo é melhorar a saúde das mulheres. Temos um portal chamado Ela, dedicado a passar informação de qualidade às brasileiras e todos os profissionais da Febrasgo, colaborando com conteúdo confiável como este”, declarou.

Para finalizar, os especialistas deixaram uma mensagem única às participantes: as coisas vão voltar ao normal depois da pandemia. Provavelmente será um normal diferente, mas tudo isso vai passar. Até lá, busquem manter a saúde física e mental, não abandonem os tratamentos e tomem todos os cuidados possíveis de assepsia para se protegerem.

Ações on-line e planejamento

Sogimig faz mudanças positivas nas atividades para continuar levando orientações confiáveis aos associados e às pacientes

Por Letícia Martins

Em todo o mundo, a agenda de eventos foi drasticamente cancelada para evitar ainda mais a propagação do novo coronavírus. Empresas e instituições estão se esforçando para readaptar as atividades, e uma boa alternativa tem sido usar a internet para promover reuniões.

É o que tem feito a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig) para não deixar os médicos associados e as pacientes sem informação.

“Sabemos que o momento é atípico, mas com a colaboração de todos logo estaremos juntos vivenciando experiências memoráveis”, declarou o presidente da Sogimig, Delzio Salgado Bicalho.

Desde o início do isolamento social, a federada confeccionou vários artigos educativos com temas sobre coronavírus na gravidez para conscientização dos ginecologistas obstetras.

Com a ajuda de um time de especialistas, a associação organizou, em um único documento, as principais considerações e recomendações com base nas melhores evidências científicas até o momento sobre COVID-19 e gestação.

WEBINAR E CONGRESSO

E já que, por enquanto, não é indicado reunir os associados para um encontro presencial com pão de queijo e muita conversa, típicos da cultura mineira, a Sogimig investe em *webinar* para os médicos e para as gestantes, puérperas e seus familiares, gerando bastante conteúdo nas redes sociais.

O tão aguardado Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia, que acontece anualmente e estava previsto para maio, também sofreu alterações. Ele foi adiado para outubro e a ideia, de acordo com Bicalho, é fazê-lo semipresencialmente, com uma parte do conteúdo sendo apresentado por videoconferência. Tudo vai depender, no entanto, de como estará o cenário nacional. “A pandemia do coronavírus impactou enormemente nas nossas atividades. Tivemos que aprender a conviver através da tela. Se houver agravamento dos casos, faremos o evento 100% virtual, mas ele não deixará de acontecer”, finalizou o presidente da Sogimig.



Delzio Salgado Bicalho





A Residência Médica em tempos de COVID-19

Gustavo Salata Romão¹, Marcos Felipe Silva de Sá²

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

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

Como citar?

Romão GS, Sá MF. A Residência Médica em tempos de COVID-19. *Femina*. 2020;48(5):287-90.

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão

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

INTRODUÇÃO

A COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) causada pelo vírus SARS-CoV-2 é uma síndrome respiratória aguda altamente virulenta que se espalhou rapidamente por todos os continentes, ocasionando uma crise global sem precedentes. Grande parte dos leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva foram ocupados por pacientes com COVID-19, o que impôs grande sobrecarga aos profissionais de saúde e a toda a rede de cuidados, com demanda crescente por material de suporte ventilatório e equipamentos de proteção individual (EPI). Na maioria dos hospitais, houve necessidade de ajuste nos programas assistenciais, com cancelamento de cirurgias eletivas e adaptação de diferentes setores ao atendimento de pacientes com COVID-19. Essas adaptações impactaram diretamente o treinamento dos residentes em áreas clínicas e cirúrgicas, devido à transferência de grande parte das atividades dos programas para o atendimento a esses pacientes.⁽¹⁾

Nos procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes suspeitas ou confirmadas para COVID-19, é preciso equilibrar constantemente as necessidades das pacientes com o risco de contágio. Embora não tenham sido detectadas no sangue e na urina de pacientes infectados, as partículas virais podem permanecer nos aerossóis, nas exsudações e nas fezes por até 14 dias, elevando o risco de contágio em procedimentos como videolaparoscopia, cirurgias abdominais abertas e cirurgias vaginais.^(1,2)

De acordo com as recomendações do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (*American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG*) e do Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons – ACS*), durante a pandemia, sempre que possível as cirurgias eletivas devem ser adiadas. Os principais aspectos que sustentam essa posição incluem as dificuldades de mobilizar recursos humanos, materiais e EPI necessários para esses procedimentos e o risco elevado de contágio da equipe e de complicações pós-operatórias em pacientes com COVID-19. Embora ainda não seja consenso, o ACS propõe considerar procedimentos ou cirurgias eletivas aqueles que podem ser adiados por até três meses sem comprometer a condição clínica das pacientes. Para orientar a realização dos procedimentos cirúrgicos na área de Ginecologia e Obstetrícia (GO) nos Estados Unidos, o ACOG e o ACS estabeleceram uma lista de procedimentos organizada de acordo com o grau de prioridade para a realização das cirurgias (Quadro 1).⁽³⁾

Recentemente, a Febrasgo publicou orientações relativas às cirurgias ginecológicas durante a pandemia. Alinhada ao posicionamento internacional, a Febrasgo também recomenda uma avaliação cuidadosa da gravidade e da urgência do procedimento em cada caso e, após considerar os riscos, decidir pela realização ou não da cirurgia. Deve ser ponderado que nas atuais circunstâncias a opção mais segura seria postergar as cirurgias eletivas quando a doença de base cause pouca interferência na qualidade de vida e o adiamento não ofereça nenhum risco de vida adicional para a paciente.⁽⁴⁾

RECOMENDAÇÕES AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A reorganização dos serviços de saúde diante da pandemia modificou a dinâmica dos Programas de Residência Médica (PRMs) em todo o mundo. Diante disso, algumas agências reguladoras da residência médica estabeleceram novas diretrizes e recomendações para o enfrentamento à COVID-19 e flexibilizaram suas exigências para o cumprimento dos programas e a certificação dos especialistas.

O ACOG elaborou uma lista de recomendações aos coordenadores e supervisores de programas de residência. Seguem abaixo os principais itens relacionados:⁽⁵⁾

- Adiar ou cancelar todas as cirurgias eletivas e consultas ambulatoriais não urgentes, seguindo as recomendações do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Center for Disease Control and Prevention – CDC*). Para as demais consultas, ajustar o esquema de atendimentos realizados pelos residentes para minimizar a exposição e preservar a força de trabalho, utilizando preferencialmente consultas

Quadro 1. Grau de prioridade para a realização de procedimentos cirúrgicos em GO durante a pandemia de COVID-19

Cirurgias de emergência (não podem ser adiadas)

- Aborto espontâneo
- Prenhez ectópica
- Parto cesáreo
- Torção anexial
- Ruptura de abscesso tubo-ovariano
- Abscesso tubo-ovariano não responsivo ao tratamento clínico
- Sangramento vaginal agudo e grave
- Cerclagem de emergência com base nos exames pélvicos e ultrassonográficos

Cirurgias cujo adiamento poderá deteriorar a saúde da paciente

- Neoplasias suspeitas ou confirmadas:
 - Câncer de colo uterino
 - Câncer de endométrio ou neoplasia intraepitelial de endométrio
 - Câncer de ovário, trompas ou peritônio
 - Massas anexiais suspeitas
 - Câncer vulvar ou vaginal
 - Neoplasia trofoblástica gestacional
- Cerclagem para prevenção de parto prematuro baseada em história clínica

Cirurgias que poderiam ser adiadas por algumas semanas

- Amniocentese e biópsia de vilos coriais
- Dilatação e curetagem com ou sem histeroscopia para sangramento uterino anormal (pré ou pós-menopausa), quando houver suspeita de câncer
- Conização ou procedimento de eletroexcisão para exclusão de câncer de colo
- Excisão de lesões precursoras do câncer de vulva

Cirurgias que poderiam ser adiadas por vários meses

- Esterilização tubária
- Cirurgia para miomas (miomectomia e/ou histerectomia, quando não houver suspeita de sarcoma)
- Cirurgias para tratamento da endometriose e/ou dor pélvica crônica
- Cirurgia para massas anexiais provavelmente benignas (como cisto dermoide)
- Cirurgias para correção do assoalho pélvico
- Cirurgias para incontinência urinária e/ou fecal
- Dilatação e curetagem terapêutica para sangramento uterino anormal não suspeito de neoplasia, com ou sem histeroscopia, com ou sem ablação endometrial
- Conização cervical ou procedimento de eletroexcisão em alça para lesões intraepiteliais escamosas de alto grau
- Excisão de condiloma acuminado (se não houver suspeita de câncer)
- Procedimentos para investigação e/ou tratamento da infertilidade conjugal (histerossalpingografia e transferência embrionária eletiva)
- Cirurgia plástica genital

Fonte: Adaptado de American College of Surgeons. COVID-19: elective case triage guidelines for surgical care [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.facs.org/COVID-19/clinical-guidance/elective-case>.⁽³⁾

telefônicas ou que possam ser realizadas em ambiente não presencial. Os atendimentos que requerem encontros presenciais deverão ser realizados por uma equipe reduzida, com o número mínimo necessário de residentes e preceptores para prover atendimento adequado e seguro às pacientes. Para minimizar o risco de contaminação entre os profissionais de saúde durante a pandemia, os membros de cada equipe devem ser mantidos preferencialmente no mesmo local, setor ou hospital;

- Desenvolver programas de teleatendimentos que incluam a participação de residentes nas áreas de cobertura de cada programa de residência;
- Proteger os residentes e preceptores que façam parte dos grupos de risco para complicações relacionadas à COVID-19, incluindo aqueles que apresentem comorbidades ou que residam com pessoas imunocomprometidas. Sempre que possível, deve-se evitar o contato desses profissionais com pacientes suspeitas ou confirmadas para a COVID-19. Recomenda-se ainda a provisão de alojamentos aos residentes e preceptores que não possam retornar às suas casas devido ao risco de exposição domiciliar à infecção;
- Priorizar a distribuição dos testes rápidos para a detecção do SARS-CoV-2 para as maternidades e as equipes envolvidas nos cuidados das gestantes;
- Disponibilizar EPI a todos os residentes e preceptores. Havendo escassez desses equipamentos nos hospitais, recomenda-se que o coordenador ou supervisor responsável pelo programa providencie e forneça esses equipamentos diretamente aos residentes e preceptores;
- Prover treinamento a todos os residentes e preceptores sobre o uso adequado dos EPIs, incluindo a colocação e a remoção deles;
- Promover educação continuada aos residentes por meio do ensino virtual mediado por tecnologias. A programação deve acompanhar a vivência clínica nos estágios e devem-se utilizar metodologias de ensino válidas e eficazes.

Para apoiar os residentes de cirurgia, o ABS também flexibilizou as exigências, estabelecendo que, para os concluintes dos programas em 2020, o período dedicado ao aprendizado fora do ambiente hospitalar poderá ser incluído como carga horária no programa. Além disso, para o ano letivo de 2019 a 2020, houve redução de 10% no número total de cirurgias exigidas e um período de 44 semanas em estágio clínico será considerado sufi-

A “Manifestação do Conselho Federal de Medicina (CFM) em relação à pandemia de COVID-19”, publicada em 25 de março de 2020,⁽⁸⁾ recomenda que os médicos brasileiros permaneçam em seus postos de trabalho, pois “nessa posição poderão exercer a sua função mais relevante no papel de guardiães da vida”.

ciente para a conclusão do PRM, sem a necessidade de aprovação prévia, permissão ou justificativa. Para fins de aproveitamento do treinamento prático, o ABS recomenda que os residentes avaliem o seu próprio progresso e suas lacunas de treinamento e que negociem diretamente com os supervisores de programa alternativas para correção e suplementação do aprendizado.⁽¹⁾

No Brasil, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação, tem discutido normativas para orientar os PRMs durante a pandemia. De acordo com a legislação vigente (Resolução CNRM nº 2/2006⁽⁶⁾ e Resolução CFM nº 2.148/2016⁽⁷⁾), os PRMs devem se pautar nas Matrizes de Competências de cada especialidade para definir os estágios e a distribuição da carga horária das atividades. A carga horária máxima de trabalho do médico-residente é de 60 horas semanais, sendo 10% a 20% destinadas às atividades teóricas e 80% a 90%, às atividades práticas, já incluindo o máximo de 24 destinadas aos plantões. E deve ser assegurado ao médico-residente um dia de descanso semanal.

A “Manifestação do Conselho Federal de Medicina (CFM) em relação à pandemia de COVID-19”, publicada em 25 de março de 2020,⁽⁸⁾ recomenda que os médicos brasileiros permaneçam em seus postos de trabalho, pois “nessa posição poderão exercer a sua função mais relevante no papel de guardiães da vida”. O CFM também considera necessário que o governo e as autoridades sanitárias forneçam EPI aos médicos e outros profissionais de saúde para que eles possam desempenhar o seu trabalho com a segurança necessária.⁽⁸⁾

Sendo assim, será necessário certo grau de flexibilização no Projeto Pedagógico dos PRMs para atender às necessidades da realidade sanitária local e regional e preservar a segurança dos profissionais no exercício de suas atividades. As aulas teóricas presenciais podem ser adaptadas ao modelo não presencial mediado por tecnologia. As videoaulas e os aplicativos que permitem a interatividade por meio de mensagens ou comunicação em tempo real são ferramentas úteis para essa modalidade de ensino. O conteúdo teórico, além dos temas

A pandemia de COVID-19 é uma crise de saúde pública que requer a mobilização de recursos humanos e materiais para o seu enfrentamento, além da restrição dos atendimentos de rotina e cirurgias eletivas em diversas especialidades.

referentes a cada especialidade médica, deve incorporar os temas relacionados aos cuidados com pacientes portadores da COVID-19, além de instruções para a proteção individual e coletiva e o uso de EPI. Para os estágios práticos, é recomendável que a redistribuição das atividades seja realizada de acordo com o nível de capacitação e experiência dos residentes, contando sempre com a supervisão de preceptores médicos. Esses cuidados são necessários para assegurar o aproveitamento dos estágios e a segurança das pacientes.

Sugerimos que os médicos-residentes que se enquadram no grupo de risco, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as gestantes e aqueles que apresentem quadro clínico sugestivo de COVID-19 comuniquem sua situação à supervisão do PRM para que as devidas providências sejam tomadas.

CERTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Visando minimizar as preocupações dos residentes em relação aos processos de certificação, para que possam se concentrar mais nos atendimentos e no autocuidado durante a pandemia nos Estados Unidos, o ABS decidiu adiar o exame de certificação previsto para abril e maio de 2020. Tais exames serão agendados para o segundo semestre de 2020 e formatos alternativos de avaliação em plataformas virtuais estão sendo considerados.⁽¹⁾ No Brasil, a Febrasgo também optou por adiar o Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego) e o Teste de Progresso Individual do Residente de Ginecologia e Obstetrícia (TPI-GO), seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e da Associação Médica Brasileira, e visando mitigar a propagação da COVID-19. A Febrasgo divulgará a nova data para a realização dos exames em sua página oficial.⁽⁹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 é uma crise de saúde pública que requer a mobilização de recursos humanos e materiais para o seu enfrentamento, além da restri-

ção dos atendimentos de rotina e cirurgias eletivas em diversas especialidades. Essas mudanças repercutem diretamente no treinamento dos residentes e na estrutura dos PRMs, que devem se flexibilizar para compatibilizar os seus objetivos educacionais com o apoio necessário no enfrentamento da pandemia. Nessas adaptações, a incorporação de novos métodos e tecnologias educacionais é fundamental. As entidades reguladoras também desempenham um papel relevante na orientação de supervisores e gestores dos PRMs. No esteio dessas mudanças, é fundamental garantir a segurança no trabalho dos médicos-residentes, preceptores e outros membros da equipe, mediante a disponibilização de EPI e a capacitação de todos nas medidas protetivas.

REFERÊNCIAS

1. Fong ZV, Qadan M, McKinney R Jr, Griggs CL, Shah PC, Buyske J, et al. Practical implications of Novel Coronavirus COVID-19 on hospital operations, board certification, and medical education in surgery in the USA. *J Gastrointest Surg.* 2020 Apr 20. doi: 10.1007/s11605-020-04596-5. [Epub ahead of print].
2. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020;382(16):1564-7. doi: 10.1056/NEJMc2004973
3. American College of Surgeons. COVID-19: elective case triage guidelines for surgical care [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.facs.org/COVID-19/clinical-guidance/elective-case>.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Boletim 1 – Cirurgia ginecológica nos tempos de COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1034-febrasgo-boletim-1-16-04-2020-cirurgia-ginecologica-nos-tempos-de-covid-19>.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. How program directors can support obstetrics and gynecology residents during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.acog.org/news/news-articles/2020/05/how-program-directors-can-support-ob-gyn-residents-during-covid-19>.
6. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2006 Maio 19, Seção I, p. 23-36.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.148, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. *Diário Oficial da União.* 2016 Agosto 3, Seção I, p. 99.
8. Conselho Federal de Medicina. Manifestação do Conselho Federal de Medicina em relação à pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-COVID-19-25032020-final-18h.pdf>.
9. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Adiamento TEGO e TPI-GO 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/951-adiamento-tego-e-tpi-go-2020?highlight=WjY0ZWdvlwiwYMDIwLj02WdvlDlwMjAixQ==>

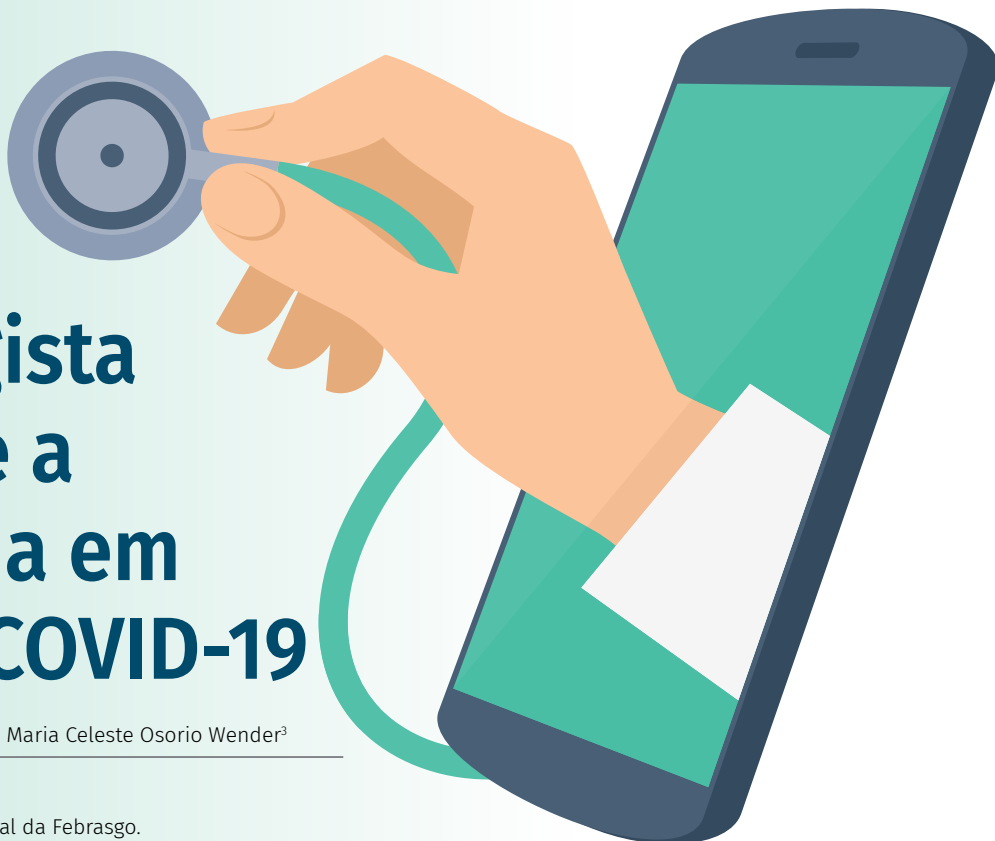
O ginecologista e obstetra e a telemedicina em tempos de COVID-19

Lia Cruz da Costa Damásio¹, Carlos Michaelis², Maria Celeste Osorio Wender³

1. Membro associado à Febrasgo.

2. Jurídico Febrasgo.

3. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.



Na vigência da pandemia de COVID-19, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Ofício CFM nº 1.756/2020, ampliou a utilização da telemedicina para além do disposto na Resolução CFM nº 1.643/2002, vigente. Na sequência, o Ministério da Saúde regulamentou a prática, por intermédio da Portaria MS/GM nº 467, de 20/03/2020.

Sendo assim, durante a pandemia, as ações de telemedicina podem contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no público e no privado, ou seja, há contemplação do ato médico em sua integralidade.

É importante ressaltar que o uso desses meios objetiva reduzir a propagação de COVID-19 e depreende-se que o uso está autorizado em razão do coronavírus, mas não somente para casos de coronavírus, podendo ser utilizada pelo associado da Febrasgo dentro da sua especialidade. A autorização é para o atendimento de qualquer caso, objetivando colaborar, ao mesmo tempo, com a manutenção dos demais cuidados de saúde e com a redução da circulação das pessoas.

Obrigatoriamente, a consulta deve ser registrada em prontuário (como toda consulta), que pode ser o de uso habitual do tocoginecologista. Não há obrigatoriedade de prontuário *on-line*, sistemas ultrassofisticados ou caros investimentos, o essencial continua o mesmo: registro dos dados clínicos necessários para a boa condução do caso; informação de data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; número do CRM.

Outra dúvida frequente é sobre receitas e atestados médicos. Eles podem ser emitidos e fornecidos após a as-

sistência por telemedicina, sendo os físicos válidos como sempre (podendo ser acordada a forma de entrega ao paciente). Já para validade de receitas e atestados emitidos em meio eletrônico, há obrigatoriedade de uso de assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), uso de dados que permitam detectar modificação na assinatura, identificação do médico, associação ou anexo de dados em formato eletrônico pelo médico (salvar em prontuário ou meio eletrônico) e ser admitida pelas partes como válida ou aceita pela pessoa a quem for oposto o documento (por exemplo, a farmácia). A plataforma encontra-se disponível no site: <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br>. Vários CRMs disponibilizam a emissão de receitas e atestados por meio dos seus sites.

A Febrasgo recomenda fortemente que, antes do atendimento por telemedicina, a paciente concorde com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contemplando os aspectos de a assistência por telemedicina apresentar sérias limitações, sendo a principal a impossibilidade de exame físico direto. Assim, nem todos os casos são passíveis e possíveis de atendimento por telemedicina, mas muitas condutas podem ser adequadamente realizadas por meio do uso de tecnologias e cada caso será criteriosamente avaliado, e nos casos indicados, o complemento ou nova consulta de forma presencial deve estar previsto e pode ser necessário. A Febrasgo disponibilizou um modelo de TCLE em: <https://www.febrasgo.org.br/images/Teleconsulta.pdf>. A Febrasgo compilou algumas dúvidas dos nossos associados sobre o tema, dispostas no quadro a seguir com as considerações do nosso setor jurídico.

Considerando a emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, qual seria a extensão da interpretação da Febrasgo sobre o uso da telemedicina pelos médicos?

Nesse período, entende-se que todos os procedimentos e especialidades estão liberados para atuar na telemedicina. Isso foi reconhecido recentemente em nota pelo CFM, o que infere em segurança ética à modalidade em comento.

Dentro das normas permitidas atualmente pelo CFM, é permitido ao médico atender os pacientes já existentes ou pode atender novos pacientes que o procuram?

Sim, não há restrição expressa aos atendimentos de casos novos. Porém, cumpre lembrar que o ato médico é edificado pela anamnese, exames clínicos, diagnóstico, exames complementares e prescrição terapêutica, o que está mantido mesmo em telemedicina. Adicionalmente a isso, existe a proeminente preocupação com o prontuário clínico, que deve seguir as rígidas normas de preenchimento, sigilo, confidencialidade e guarda.

Qual a recomendação sobre a gravação da consulta seja pelo médico ou pelo paciente?

Não há previsão expressa nas normas sobre a necessidade de gravação. O item obrigatório é o registro usual em prontuário. Em relação à gravação, se por um lado ela tem sido muito discutida na telemedicina, desde que sempre com aquiescência do paciente e devendo ser rigorosamente armazenada com decretação de sigilo e confidencialidade, por outro lado ela pode comprometer a espontaneidade da consulta e

da relação médico-paciente e funcionar como elevada prova sobre a consulta realizada, caso seja objeto de questionamento adiante. Item a ser avaliado cuidadosa e individualmente.

A Febrasgo entende serem possíveis a estipulação e a cobrança de honorários médicos por telemedicina? Se sim, pode o médico diferenciá-los, a exemplo de atendimento noturno, aos finais de semana e feriados?

Sim. A remuneração tem de ser objeto de profunda preocupação, tanto pela cobrança como pelos cuidados em seu patamar mínimo, para que adiante não sobre para o gineco-obstetra a desvalorização profissional e sejam vulgarizados os honorários médicos, com especial cuidado com as operadoras de planos de saúde. O CFM também reiterou esse tema há poucos dias, o que pode ser conferido pelo *link*: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28677:2020-04-25-20-38-48&catid=3.

Sobre o TCLE, qual o mecanismo indicado pela Febrasgo? Mantém-se a indicação do CFM de utilizar o TCLE em todas as teleconsultas?

Sem dúvida, e a Febrasgo desenvolveu documentos dessa natureza para os associados. O TCLE é fundamental para garantir ao médico que foram cumpridas todas as etapas de prestação de informações ao paciente, não havendo como ser acusado de negligência informacional nos casos de erosão da relação médico-paciente ou qualquer outra discussão que seja inaugurada sobre os procedimentos realizados e o conhecimento/concordância do paciente.

Ainda, em recente reunião da Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), foram consideradas as seguintes recomendações: o atendimento a distância aos pacientes na telemedicina, por meio de tecnologia da informação e comunicação, pode contemplar neste momento: a teleorientação médica, o telemonitoramento médico e a teleinterconsulta médica. Seguem orientações aos médicos para permitir o atendimento acima:

- manifestar ao plano de saúde sua disponibilidade e interesse em realizar o atendimento médico a distância;
- utilizar o código 1.01.01.01-2 Consulta Médica na Guia TISS de Serviços Profissionais/SADT, exemplo de guia anexo, e identificar e inserir no campo "Tipo de Atendimento" o código 22 TELESSAÚDE;
- informar ao plano de saúde que manterá os valores e regras já acordados para o código acima;
- esclarecer o paciente/beneficiário sobre o tipo de atendimento que será realizado a distância e que o

procedimento é remunerado e cobrado por seu plano de saúde;

- manter todo o registro do atendimento em prontuário clínico do paciente.

Observação: caso o plano de saúde/operadora se recuse a permitir o seu atendimento e/ou altere os valores contratados para os mesmos serviços realizados presencialmente, esses casos deverão ser denunciados às Sociedades e Federadas, e trazidos à AMB para que a Diretoria de Defesa Profissional da AMB leve o assunto diretamente à Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Até o momento, essas são as principais considerações para a prática da telemedicina para os associados da Febrasgo. Fiquem atentos às publicações e redes sociais neste momento de tanto dinamismo e novidades impactantes na saúde e na assistência médica, pois manteremos as atualizações sobre o tema.

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

ARTIGO ORIGINAL

- 295** Avaliação da prevalência de anemia pós-parto e fatores associados em uma maternidade terciária do estado do Piauí

Fernanda Silva Lopes de Macedo, Danilo Rafael da Silva Fontinele, José Araújo Brito, Sammya Vanessa Soares dos Santos Macedo, Lillian Maria Fernandes de Castro

PROTOCOLOS

- 301** Rastreamento de doenças por exames laboratoriais em obstetrícia

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi, Ana Christina de Lacerda Lobato, Camila Gabriele Silva, Luciana Vieira Martins

- 311** Propedêutica básica da infertilidade conjugal

Rívia Mara Lamaita, Maria Clara Magalhães dos Santos Amaral, Ana Márcia de Miranda Cota

- 316** Cardiotocografia anteparto

Cristiane Alves de Oliveira, Renato Augusto Moreira de Sá



A primeira consulta

Ir ao ginecologista é fundamental para a saúde da mulher. É ele o nosso médico, ou médica, de confiança para toda a vida, e quanto mais cedo essa relação começar, melhor!

Acesse a matéria completa

<https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela>



Compartilhe com a sua paciente 

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

ela

é mais você

Avaliação da prevalência de anemia pós-parto e fatores associados em uma maternidade terciária do estado do Piauí

Prevalence of postpartum anemia and associated factors in a tertiary maternity hospital of the state of Piauí

Fernanda Silva Lopes de Macedo¹, Danilo Rafael da Silva Fontinele², José Araújo Brito¹, Sammya Vanessa Soares dos Santos Macedo³, Lillian Maria Fernandes de Castro⁴

Descritores

Anemia; Período pós-parto; Fatores de risco; Hematócrito; Sangue

Keywords

Anemia; Postpartum period; Risk factors; Hematocrit; Blood

Submetido:

05/02/2020

Aceito:

15/05/2020

Como citar?

Macedo FS, Fontinele DR, Brito JA, Macedo SV, Castro LM. Avaliação da prevalência de anemia pós-parto e fatores associados em uma maternidade terciária do estado do Piauí. *Femina*. 2020;48(5):295-300.

1. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.
2. Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil.
3. Faculdade Santo Agostinho, Teresina, PI, Brasil.
4. Centro Universitário UniFacid Wyden, Teresina, PI, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Danilo Rafael da Silva Fontinele
Universidade Estadual do Piauí,
Centro de Ciências da Saúde
Rua Olavo Bilac, 2335, Centro-Sul,
64001-280, Teresina, PI, Brasil.
drsilvafontinele@gmail.com

RESUMO

Este trabalho avaliou a prevalência de anemia puerperal por meio das dosagens de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht) numa maternidade pública terciária do estado do Piauí e os fatores de risco associados à presença de anemia. No total, 198 puérperas internadas na maternidade foram submetidas a entrevista e análise do prontuário e do cartão pré-natal. Foram feitas coletas de amostra de sangue venoso periférico antes do parto, 24 horas após o parto vaginal e 48 horas após o parto cesariano. A prevalência de anemia pós-parto encontrada na maternidade estudada foi de 27,27%. A presença de anemia pré-parto e gemelaridade e o ganho de peso foram os fatores de risco significativamente associados à anemia pós-parto.

ABSTRACT

This study evaluated the prevalence of puerperal anemia using hemoglobin (Hb) and hematocrit (Ht) measurements in a public tertiary maternity hospital in the state of Piauí and the risk factors associated with the presence of anemia. In total, 198 puerperal women admitted to the maternity hospital were interviewed, analyzed the medical record and the prenatal card. A peripheral venous blood sample was collected before delivery, 24 hours after vaginal delivery and 48 hours after cesarean delivery. The prevalence of postpartum anemia found in the maternity studied was 27.27%. The presence of pre-delivery anemia, twinning and weight gain were the risk factors significantly associated with postpartum anemia.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, há aumento do volume plasmático em até 50% (1.000 mL) e do número total de hemácias circulantes em cerca 25% (300 mL), para suprir as necessidades do crescimento uterino e fetal. Por esse motivo, frequentemente há queda fisiológica dos níveis de hematócrito (Ht) e hemoglobina (Hb). Cerca de seis semanas após o parto, na ausência de perda sanguínea excessiva durante o parto, esses níveis retornam ao normal.⁽¹⁻³⁾

A anemia é definida como uma diminuição no número de glóbulos vermelhos, níveis de Hb e Ht abaixo do limite inferior do normal.⁽²⁾ Uma gestante é considerada anêmica quando sua concentração de Hb durante o primeiro e o terceiro trimestre da gestação estiver abaixo de 110 g/L, no nível do mar; no segundo trimestre da gestação, a concentração de Hb geralmente cai aproximadamente 5 g/L.⁽⁴⁾

Este trabalho, portanto, objetivou avaliar a prevalência de anemia puerperal, bem como analisar os fatores de risco associados aos índices de anemia e as alterações de Hb e Ht no pré e pós-parto e comparar as diferenças de Hb e Ht das pacientes submetidas a parto vaginal e cesariana, em busca de um diagnóstico situacional e possível mudança de condutas quanto a rastreamento e prevenção de agravos.

MÉTODOS

O presente estudo observacional e prospectivo foi realizado na maternidade pública terciária do estado do Piauí. Foram incluídas 198 gestantes internadas para resolução da gestação. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí com o Parecer nº 1.757.597 e conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.

As pacientes incluídas foram submetidas a entrevista, análise do prontuário e do cartão pré-natal e coleta de amostras de sangue venoso periférico na internação, que já era realizada como rotina da própria instituição, e 24 horas após o parto vaginal ou 48 horas após a cesariana. As amostras foram encaminhadas para análise automatizada de Hb e Ht no laboratório da própria maternidade (equipamento Wiener Lab. Counter 19®).

Foram consideradas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, anemia pré-parto como Hb abaixo de 11 g/dL no terceiro trimestre e anemia pós-parto como Hb abaixo 10 g/dL no período pós-parto.⁽⁵⁾

A estatística deste trabalho deu-se pelo cálculo da prevalência de anemia no pré-parto e pós-parto, sendo este último o de relevância neste estudo, além de frequências simples e relativas das variáveis categóricas. Para resumo das variáveis quantitativas, foram utilizadas as medidas de média e mediana. Para testar a associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado. Aquelas variáveis com significância de até 0,20 foram consideradas para o cálculo da razão de chances (OR). Para comparar as variáveis quantitativas nos dois grupos, foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. O nível de significância adotado nos testes foi 5%, assim como um intervalo de confiança de 95%. Para a execução das análises, foi utilizado o *software* livre R, versão 3.0.2.

RESULTADOS

Do total de 198 pacientes incluídas, foi identificada uma prevalência de 27,27% de anemia pós-parto (Hb < 10,0

g/dL) e 28,28% de anemia pré-parto (Hb < 11,0 g/dL). A anemia pós-parto grave (Hb < 7,0 g/dL) esteve presente em 4,55% da amostra e a anemia pré-parto grave (Hb < 7,0 g/dL), em 1% da amostra (Figura 1).

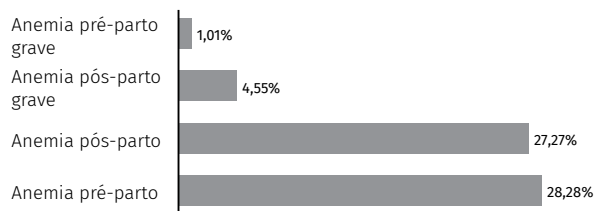


Figura 1. Prevalência de anemia grave e não grave pré e pós-parto

Foi verificada uma idade média de 27 anos, estando aproximadamente 80% das pacientes entre 18 e 34 anos (Tabela 1). A maior parte delas era parda (76,26%), casada (49,49%) ou com união estável (31,82%) (Tabela 1). Eram procedentes predominantemente de Teresina (40,4%), cidade sede da instituição em que se desenvolveu o estudo, e de outras cidades do estado do Piauí (50%), porém com uma parte considerável de pacientes (9,6%) procedentes de cidades do Maranhão, estado vizinho. E 74,73% eram provenientes de zona urbana (Tabela 1).

A imensa maioria das entrevistadas era do lar (73,73%) e 53% possuíam renda familiar maior ou igual a 1 salário mínimo (Tabela 1). Metade delas possuía ensino médio completo (47,98%) e a outra metade, ensino fundamental incompleto (19,19%) ou ensino médio incompleto (19,19%) (Tabela 1).

As gestações eram predominantemente a termo (73,23%), com a idade gestacional média de 37 semanas, e um achado de 49 gestações pré-termo (Tabela 1). Houve apenas seis gestações gemelares (3%), sendo todas as demais gestações únicas (Tabela 1). As pacientes tinham em média 2,23 partos, e 41,92% eram primíparas e 28,28% estavam no segundo parto (Tabela 1).

A maior parte das entrevistadas (71,21%) fez seis ou mais consultas de pré-natal, com uma média total de sete consultas por paciente, e a metade delas (52,53%) realizou a primeira consulta com 12 semanas ou menos (Tabela 1). A maioria delas (72,22%) fez uso de ferro gestacional por quatro meses ou mais e apenas três (1,5%) eram tabagistas (Tabela 1). Foi encontrado que 10,1% das pacientes perderam peso. O ganho de peso mais frequente (45,96%) estava em 0 e 9 kg, bem como o índice de massa corporal (IMC) anterior à gestação mais frequente (40,9%) estava entre 18,5 e 24,9 (Tabela 1).

Oitenta e quatro por cento das pacientes foram submetidas ao parto cesariano, com um peso médio dos recém-nascidos de 2.960 g (Tabela 1). O diagnóstico mais frequente foi pré-eclâmpsia grave, com 35,35% (Figura 2), e foram identificados três registros de hemorragia pós-parto (1,52%), sete de lacerações de trajeto (3,54%) e sete de transfusões de concentrados de hemácias (3,54%) (Figura 3).

Tabela 1. Características da população estudada

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Idade (anos)		Paridade	
Inferior a 18	10 (5,05)	1 parto	83 (41,92)
De 18 a 34	158 (79,8)	2 partos	56 (28,28)
Superior a 34 anos	30 (15,15)	3 ou mais partos	59 (29,8)
Cor		Idade gestacional (semanas)	
Parda	151 (76,26)	<37	49 (24,75)
Preta	38 (19,19)	37 a 41	145 (73,23)
Branca	5 (2,53)	>41	4 (2,02)
Amarela	4 (2,02)	Consultas pré-natal	
Estado civil		<6	57 (28,79)
Casada	98 (49,49)	≥6	141 (71,21)
União estável	63 (31,82)	Idade gestacional da primeira consulta	
Solteira	37 (18,69)	≤12 semanas	104 (52,53)
Procedência		>12 semanas	94 (47,47)
Teresina	80 (40,4)	Ganho de peso durante a gestação (kg)	
Outras cidades do Piauí	99 (50)	<0	20 (10,1)
Cidades do Maranhão	19 (9,6)	0 a 9	91 (45,96)
Zona de moradia		10 a 15	50 (25,25)
Urbana	147 (74,24)	>15	37 (18,69)
Rural	51 (25,76)	IMC anterior à gestação	
Ocupação		<18,5	15 (7,58)
Do lar	146 (73,73)	18,5 a 24,9	81 (40,9)
Lavradora	7 (3,54)	25 a 29,9	55 (27,78)
Estudante	7 (3,54)	≥30	47 (23,74)
Professora	6 (3,03)	Tipo de parto	
Outra	32 (16,16)	Cesáreo	167 (84,34)
Escolaridade		Vaginal	31 (15,66)
Ensino fundamental incompleto	38 (19,19)	Uso de ferro na gestação	
Ensino fundamental completo	15 (7,58)	<4 meses	55 (27,78)
Ensino médio incompleto	38 (19,19)	≥4 meses	143 (72,22)
Ensino médio completo	95 (47,98)	Peso do recém-nascido	
Ensino superior completo	12 (6,06)	<2,5 kg	36 (18,18)
Renda		2,5 a 4,0 kg	149 (75,25)
Menor que 1 salário mínimo	93 (46,96)	>4,0 kg	13 (6,57)
Maior ou igual a 1 salário mínimo	105 (53,03)	Gestação	
Intervalo entre partos (em anos)		Única	192 (96,97)
<2	97 (48,99)	Gemelar	6 (3,03)
≥2	101 (51,01)		

A análise estatística permitiu verificar que para essa amostra apenas a anemia pré-parto (*odds ratio* [OR]: 5,67, intervalo de confiança [IC] de 95%: 2,86-11,25), ganho de peso (OR: 2,56, IC de 95%: 1,03-6,34) e gestação gemelar (OR: 5,68, IC de 95%: 1,01-31,97) foram identificados como fatores de risco significativos associados

à anemia pós-parto (Tabela 2). Notou-se, porém, uma razão de chances mais elevada, embora sem apresentar significância estatística para idade menor que 18 anos (OR: 2,00, IC de 95%: 0,47-8,56), renda inferior a um salário mínimo (OR: 1,78, IC de 95%: 0,95-3,35), IMC inferior a 18,5 (OR: 1,64, IC de 95%: 0,46-5,82) e um número de

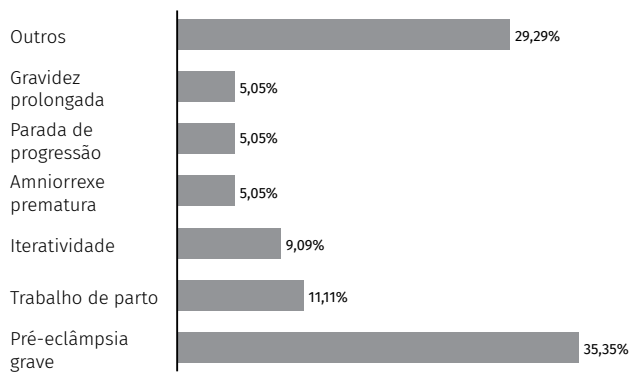


Figura 2. Diagnóstico anteparto da população estudada



Figura 3. Intercorrências relacionadas ao parto

consultas pré-natal abaixo de seis (OR: 1,51, IC de 95%: 0,77-2,96) (Tabela 2).

Foi possível observar também um nível de Hb pré-parto médio de 11,56 e de Ht pré-parto de 37,99 e um nível de Hb pós-parto médio de 10,57 e de Ht pós-parto de 32,25, resultando em uma queda média de 1,0 ponto na Hb após o parto e de 2,95 pontos no Ht (Tabela 3). Analisando a queda dos níveis hematimétricos separadamente nos partos normal e cesariano, encontrou-se uma queda média de 1,04 ponto na Hb e 2,95 pontos no Ht após o parto cesariano e de 0,77 ponto na Hb e 2,94 pontos no Ht após o parto vaginal, sem significância estatística (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A prevalência de anemia pós-parto encontrada neste estudo, de 27,27%, considerando o valor de corte de Hb inferior a 10,0 g/dL, foi semelhante à de estudos realizados em países de alta renda que registraram que 10% a 30% das mulheres pós-parto eram anêmicas. Os dados da literatura mostram que a prevalência de anemia puerperal pode ser maior em países de baixa e média renda.^(6,7)

Allary *et al.*⁽⁵⁾ também concluem que a anemia é uma complicação comum que ocorre após 35% a 75% dos partos e essa vasta gama de valores de incidência varia de acordo com a área geográfica onde os estudos foram realizados e os valores de corte da concentração de Hb definidores de anemia.

A associação encontrada com anemia pré-parto no presente estudo (OR: 5,67, IC de 95%: 2,86-11,25) foi verificada por inúmeros trabalhos anteriores. Um estudo prospectivo, realizado com 475 puérperas em um hospital universitário da França, que analisou fatores demo-

Tabela 2. Prevalência da anemia segundo fatores sociodemográficos e clínicos

Variáveis	Prevalência n (%)	OR (IC de 95%)	p-value
Idade (anos)			
Menos de 18 anos	5 (50,00)	2,00 (0,47-8,56)	0,350
18 a 34 anos	39 (24,68)	0,66 (0,28-1,52)	0,325
Mais de 34 anos	10 (33,33)		
Renda			
Menor que 1 salário mínimo	31 (33,33)	1,78 (0,95-3,35)	0,073
Maior ou igual a 1 salário mínimo	23 (21,90)		
Mudança no peso (kg)			
Ganho de peso	10 (45,45)	2,56 (1,03-6,34)	0,042
Perda de peso	43 (24,57)		
Mudança de peso (kg)			
<0	10 (45,45)	1,67 (0,56-4,95)	0,358
0 a 10	19 (21,35)	0,54 (0,23-1,28)	0,163
10 a 15	12 (24,00)	0,63 (0,24-1,63)	0,343
Mais de 15	12 (33,33)		
Tipo de gestação			
Gemelar	4 (66,67)	5,68 (1,01-31,97)	0,049
Única	50 (26,04)		
IMC anterior à gestação			
Menor que 18,5	5 (33,33)	1,64 (0,46-5,82)	0,447
De 18,5 a 24,9	25 (30,86)	1,46 (0,64-3,33)	0,367
De 25 a 29,5	13 (23,64)	1,01 (0,40-2,54)	0,978
30 ou mais	11 (23,40)		
Número de consultas no pré-natal			
Menos de 6	19 (33,33)	1,51 (0,77-2,96)	0,225
6 ou mais	35 (24,82)		
Uso de sulfato ferroso			
Menos de 4 meses	20 (36,36)	1,83 (0,94-3,58)	0,077
4 meses ou mais	34 (23,78)		
Anemia pré-parto			
Sim	30 (53,57)	5,67 (2,86-11,25)	<0,001
Não	24 (16,90)		

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; ¹ um valor faltante.

gráficos, características da gravidez, parto e pós-parto associados à anemia (Hb < 10,0 g/dL) nas primeiras 48 horas após o parto, encontrou quatro fatores independentemente associados: anemia durante o terceiro trimestre da gravidez, origem étnica do Sudeste Asiático, episiotomia e hemorragia pós-parto severa.⁽⁵⁾

Tabela 3. Níveis hematemétricos e suas variações segundo o tipo de parto. Teste U de Mann-Whitney

Variável	Tipo de Parto			p-value
	Cesáreo Média (Mediana)	Normal Média (Mediana)	Cesáreo+Normal Média (Mediana)	
I. Hb pré-parto	11,61 (11,70)	11,34 (11,40)	11,56 (11,60)	0,375
II. Hb pós-parto	10,56 (11,80)	10,57 (11,10)	10,57 (10,80)	0,499
Queda de Hb (I-II)	1,04 (1,10)	0,77 (0,30)	1,00 (1,00)	0,053
III. Ht pré-parto	38,58 (35,90)	34,80 (35,20)	37,99 (35,80)	0,532
IV. Ht pós-parto	32,33 (32,90)	31,86 (33,50)	32,25 (32,90)	0,894
Queda de Ht (III-IV)	2,95 (3,10)	2,94 (1,50)	2,95 (2,80)	0,339

Hb: hemoglobina; Ht: hematócrito.

Outro fator de risco significativamente associado à anemia pós-parto encontrado nesse estudo foi a gestação gemelar (OR: 5,68, IC de 95%: 1,01-31,97), e embora a amostra tenha sido pequena, com apenas seis pacientes (3%), a análise estatística mostrou significância. O trabalho de Bergmann *et al.*,⁽⁸⁾ em Berlim, com 43.807 puérperas verificou uma maior chance para níveis de Hb abaixo de 8 g/dL associado à gravidez múltipla ($p < 0,001$) e também ao diagnóstico de anemia na gravidez ($p < 0,001$) como o presente estudo. Outras associações encontradas foram com placenta prévia ($p < 0,001$), mães de origem africana ($p < 0,001$) e sangramento no final da gravidez ($p = 0,021$). No entanto, a perda de sangue no parto foi o fator de risco mais importante para anemia pós-parto.⁽⁸⁾

O último fator relacionado com anemia puerperal no presente trabalho foi o ganho de peso (OR: 2,56, IC de 95%: 1,03-6,34), quando comparado com a perda de peso (10% da amostra). Quando o ganho de peso foi estratificado em perda de peso, ganho entre 0 e 9 kg, 10 e 15 kg e maior que 15, não foi vista associação estatística significativa com nenhum dos estratos separadamente. Não foi encontrado na literatura pesquisada nenhum achado semelhante.

No entanto, um estudo com 520 mulheres na Carolina do Norte, que avaliou os preditores das concentrações de Hb na gravidez e no pós-parto em mulheres de baixa renda, observou que o IMC pré-gravídico tinha uma ligeira relação positiva com a concentração de Hb gestacional, mas tinha uma forte relação negativa com a Hb pós-parto. Um IMC pré-gestacional de 36 previu uma concentração de Hb que indicou anemia em oito semanas após o parto, quando o parto era complicado por alto peso de nascimento infantil ou hemorragia. Da mesma forma, as concentrações de Hb indicando anemia foram previstas quando peso de nascimento infantil alto e hemorragia pós-parto ocorreram em uma mulher com um IMC de 28, independentemente da raça.⁽⁹⁾

Alguns autores afirmam que a principal causa da anemia pós-parto é a perda sanguínea no parto. De fato, a hemorragia pós-parto é dos principais fatores de risco

para anemia puerperal registrado por inúmeros estudos e uma das principais causas de morte materna.⁽¹⁰⁾

Nosso estudo identificou três casos de hemorragia pós-parto entre as entrevistadas, porém a análise estatística não verificou associação significativa entre anemia pós-parto e hemorragia pós-parto, provavelmente pela limitação do tamanho da amostra.

Outra limitação do estudo foi a maior prevalência de parto cesariano (82%), quando comparado com os levantamentos da instituição referentes ao mesmo período (66%). Notou-se, durante a coleta de dados, que as pacientes submetidas ao parto vaginal mais frequentemente não tinham as amostras de sangue colhidas antes e após o parto. Vale ressaltar que a permanência hospitalar das pacientes após o parto normal é em média de 24 horas e após o parto cesariano, de 48 horas, o que contribuía para a perda de dados.

Dados da literatura mostram uma associação variável de anemia pós-parto com fatores socioeconômicos.^(11,12) É provável que isso se deva às diversidades de área geográfica onde os estudos foram realizados e ao momento em que a anemia era estudada, no puerpério imediato ou tardio. Nosso trabalho, no entanto, não verificou associações estatisticamente significativas com fatores socioeconômicos, apesar de ter observado uma tendência estatística à anemia entre as pacientes com idade menor que 18 anos (OR: 2,00; IC de 95%: 0,47-8,56) e renda inferior a um salário mínimo (OR: 1,78; IC de 95%: 0,95-3,35).

Provou-se por outros estudos que as mulheres que tomam suplementos de ferro durante a gravidez não sofrem a mesma redução pós-parto na Hb como aquelas que não o fazem. Estudos têm mostrado que os estoques de ferro, medidos pela ferritina sérica, permanecem em níveis deficientes ao longo de seis meses após o pós-parto entre mulheres não suplementadas com ferro durante a gravidez.^(13,14)

CONCLUSÃO

A prevalência de anemia pós-parto encontrada na maternidade estudada foi de 27,27% e pré-parto, de 28,28%.

Ainda se encontrou uma prevalência de anemia pós-parto grave de 4,55% e pré-parto grave de 1,01%. Foi observada uma queda média de Hb após o parto de 1,0 ponto e de Ht de 2,95 pontos, sem diferença estatística entre parto vaginal e cesariano. A presença de anemia pré-parto, gemelaridade e ganho de peso são fatores de risco significativamente associados a anemia pós-parto.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010.
2. Wojtyła C, Biliński P, Paprzycki P, Warzocha K. Haematological parameters in postpartum women and their babies in Poland – comparison of urban and rural areas. *Ann Agric Environ Med*. 2011;18(2):380-5.
3. Modotti MTCF, Modotti CC, Marcelino MY, Oliva TB, Dias DS, Dias FNB, et al. Anemia ferropriva na gestação: controvérsias na suplementação de ferro. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015;48(4):401-7.
4. World Health Organization. *Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women*. Geneva: WHO; 2012.
5. Allary J, Soubirou JF, Michel J, Amiel I, Silins V, Brasher C, et al. An individual scoring system for the prediction of postpartum anaemia. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013;32(1):e1-7. doi: 10.1016/j.annfar.2012.11.002
6. World Health Organization. *Guideline: iron supplementation in postpartum women*. Geneva: WHO; 2016.
7. Van Der Woude D, Pijnenborg JMA, Verzijl JM, Van Wijk EM, De Vries J. Health status and fatigue of postpartum anemic women: a prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;181:119-23. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.028
8. Bergmann RL, Richter R, Bergmann KE, Dudenhausen JW. Prevalence and risk factors for early postpartum anemia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;150(2):126-31. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.02.030
9. Bodnar LM, Siega-Riz AM, Arab L, Chantala K, McDonald T. Predictors of pregnancy and postpartum haemoglobin concentrations in low-income women. *Public Health Nutr*. 2004;7(6):701-11. doi: 10.1079/phn2004597
10. Lao TT, Lee CP, Mak WP. Postpartum anaemia is not related to maternal iron status in the third trimester. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1996;64(1):7-10. doi: 10.1016/0301-2115(95)02242-2
11. Petraro P, Duggan C, Urassa W, Msamanga G, Makubi A, Spiegelman D, et al. Determinants of anemia in postpartum HIV-negative women in Dar es Salaam, Tanzania. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(7):708-17. doi: 10.1038/ejcn.2013.71
12. Zhao A, Zhang Y, Li B, Wang P, Li J, Xue Y, et al. Prevalence of anemia and its risk factors among lactating mothers in Myanmar. *Am J Trop Med Hyg*. 2014;90(5):963-7. doi: 10.4269/ajtmh.13-0660
13. Somdatta P, Reddaiah VP, Singh B. Prevalence of anaemia in the postpartum period: a study of a North Indian village. *Trop Doct*. 2009;39(4):211-5. doi: 10.1258/td.2009.080347
14. Khalafallah AA, Dennis AE. Iron deficiency anaemia in pregnancy and postpartum: pathophysiology and effect of oral versus intravenous iron therapy. *J Pregnancy*. 2012;2012:630519. doi: 10.1155/2012/630519

Rastreamento de doenças por exames laboratoriais em obstetrícia

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi¹, Ana Christina de Lacerda Lobato^{1,2}, Camila Gabriele Silva^{2,3}, Luciana Vieira Martins²

Descritores

Cuidado pré-natal; Gravidez; Rastreamento de doenças; Sífilis congênita; Transmissão vertical de doenças infecciosas

Como citar?

Bonomi IB, Lobato AC, Silva CG, Martins LV. Rastreamento de doenças por exames laboratoriais em obstetrícia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 74/ Comissão Nacional Especializada em Perinatologia).

1. Internato de Saúde da Mulher, Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, MG, Brasil.

2. Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Perinatologia e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 74, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal tem por finalidades identificar e estratificar os fatores de riscos, rastrear doenças, evitando possíveis complicações da gestação, e garantir uma gravidez saudável e um parto sem intercorrências. Os exames laboratoriais solicitados, oportunamente, têm um papel fundamental, favorecendo o diagnóstico mais precoce e a instituição do tratamento, quando possível. Um vasto recurso propedêutico está disponível atualmente, por isso identificar os que se correlacionam com o período gestacional é essencial.

RASTREAMENTO POR HEMATOLOGIA

Hemograma

Anemia (CID O99)

O maior aumento do volume plasmático durante a gestação gera uma hemodiluição e ocasiona a anemia fisiológica da gravidez. O diagnóstico é feito quando o nível de hemoglobina (Hb) está abaixo de 11 g/dL, já o tratamento da anemia depende da etiologia e da gravidade (Quadro 1). A anemia está associada a um aumento do risco de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal, além de trabalho de parto pré-termo. Entre os fatores de risco, estão: dieta pobre em ferro, história de sangramento ou anemia hereditária, doenças crônicas e infecções de longa data não tratadas. O rastreamento de anemia deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal e a partir de 28 semanas de gestação, por meio da solicitação de um hemograma.⁽¹⁻³⁾

Quadro 1. Classificação da anemia e conduta

Valor da Hb	Anemia	Conduta
≥ 11 g/dL	Ausente	• Suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar.
< 11 g/dL e > 8 mg/dL	Leve/moderada	• Exame parasitológico de fezes (EPF); • Sulfato ferroso terapêutico (120 a 240 mg de ferro elementar/dia); • Nova Hb em 60 dias (manter o tratamento até a Hb atingir 11 g/dL, quando deverá ser mantida a dose de 60 mg/dia de Fe elementar).
< 8 g/dL	Grave	• Investigar e tratar em serviço terciário.

Fonte: Adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.⁽⁴⁾

Eletroforese de hemoglobina

Hemoglobinopatias (CID D58.2)

A anemia falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil. Está relacionada a complicações maternas (crises algícas, infecções, infar-

tos etc.), fetais ou no parto (bebê natimorto, prematuridade, placenta prévia, descolamento placentário). No terceiro trimestre, parto e puerpério, as complicações podem ser ainda mais graves. O objetivo do rastreio é identificar e aconselhar indivíduos assintomáticos cujos descendentes estão em risco de uma hemoglobinopatia hereditária. A hemoglobina AA (HbAA) indica um padrão normal, já a HbAS e a HbAC significam heterozigose ou traço falciforme. Indivíduos com a HbSS apresentam a doença falciforme (DF) e devem ser encaminhados ao serviço de referência para acompanhamento específico (pré-natal de alto risco, hematologista). A gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com DF devido à redução do fluxo sanguíneo causada pela vaso-oclusão. Há maior incidência de abortamento, retardo de crescimento intrauterino, parto prematuro e morbimortalidade perinatal aumentada. Na gestação, as crises dolorosas podem ser mais frequentes e a anemia pode agravar-se.⁽⁴⁾

RASTREAMENTO POR BIOQUÍMICA

Glicemia

Diabetes (CID E10.0 – E14.9)

Diabetes mellitus (DM) é definido como um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por um estado de hiperglicemia e deficiência insulínica. A gravidez ocasiona certo grau de resistência à insulina, que é fisiológico e importante para o feto. Nas gestantes com alguma alteração na produção desse hormônio, está favorecida a manifestação da doença (Figura 1).⁽⁵⁾

O diagnóstico do DM na gestação está resumido na Figura 2.

O rastreio universal do diabetes gestacional deve ser realizado com o exame de glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal, e o teste oral de tolerância à glicose, com 75 g de dextrosol, entre 24 e 28 semanas, pois aumenta a sensibilidade e a capacidade de detecção precoce das gestantes com diabetes.⁽⁶⁾

Thyroid-stimulating hormone (TSH)

Doenças da tireoide (CID E07.9)

A função tireoidiana é regulada pelo eixo hipotálamo-hipofisário, dependente de iodo, adquirido pela alimentação, e do hormônio estimulador da tireoide (TSH). A gravidez está associada a mudanças fisiológicas na função da glândula tireoide, dessa forma, ocorrendo um aumento total dos hormônios tireoidianos, sobretudo o T₄, assim como aumento da excreção renal do iodo e elevação das proteínas ligadoras dos hormônios tireoidianos (TBG). Entre as complicações da gravidez relacionadas a doenças da tireoide, estão: abortamento espontâneo, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, deficiência intelectual, parto prematuro, óbito fetal, entre outras. O rastreio universal na gestação ainda é controverso e sua indicação, a técnica e o tratamento estão

DIABETES MELLITUS

TIPO I – destruição das células betapancreáticas – pode ser autoimune ou idiopático;

TIPO II – caracteriza-se por diminuição da secreção e resistência à insulina;

OUTROS TIPOS – defeitos genéticos, drogas, doenças do pâncreas, endocrinopatias etc.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Hiperglicemia detectada pela primeira vez na gestação, mas com níveis glicêmicos que **não atingem** os critérios para DM.

DIABETES MELLITUS DIAGNOSTICADO NA GESTAÇÃO (OVER DIABETES)

Hiperglicemia detectada pela primeira vez na gestação, mas com níveis glicêmicos que **atingem** os critérios diagnósticos para DM (hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$; glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL; ou glicemia em qualquer momento ≥ 200 mg/dL).

Fonte: Adaptada de Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS; 2016. 32p.⁽⁶⁾

Figura 1. Classificação etiológica do diabetes

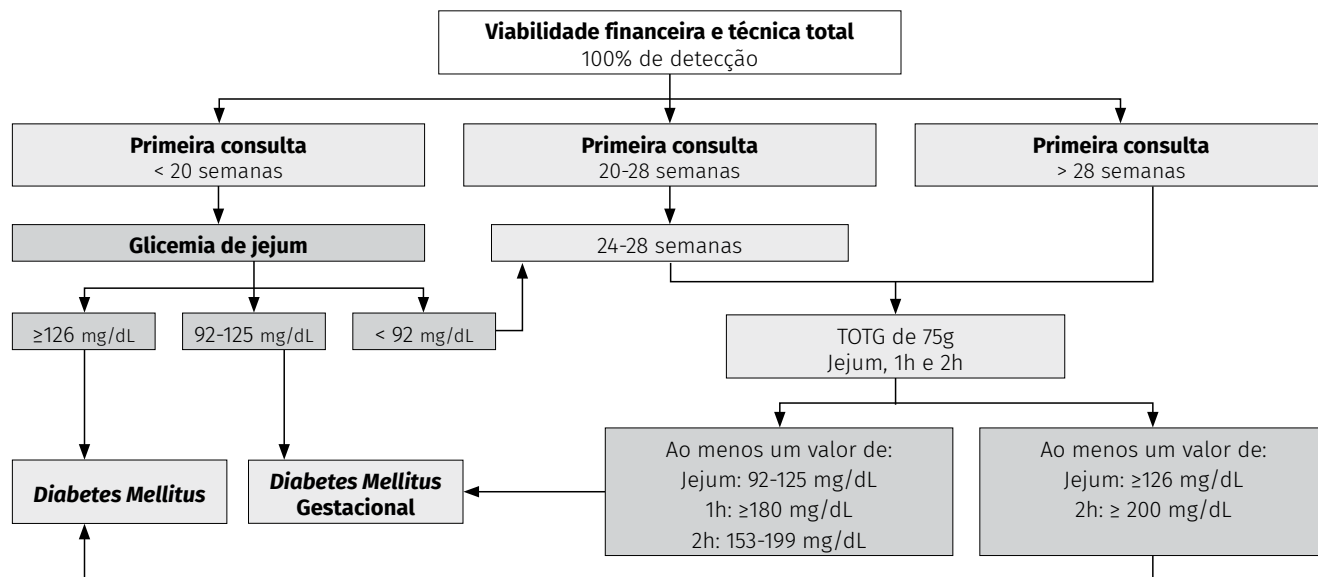
resumidos nas Figuras 3 e 4. Ressalta-se a importância da avaliação tireoidiana na primeira consulta, por meio da palpação da glândula.⁽⁷⁻⁹⁾

Urinálise

Infecção do trato urinário/Cistite (CID N30)/Pielonefrite (CID N11)

A infecção do trato urinário (ITU) ou cistite aguda é a infecção mais frequente na gravidez devido a alterações fisiológicas características desse período. Cerca de 20% a 40% evoluem para pielonefrite devido ao refluxo vesicouretral ocasionado pela redução do peristaltismo e compressão extrínseca dos ureteres. A presença de ITU durante a gestação aumenta o risco de trabalho de parto e parto prematuros, amniorrexe prematura e sepse neonatal. A urocultura é o método mais sensível e específico para identificar bacteriúria assintomática, caracterizada por um achado de mais de 100 mil unidades formadoras de colônia por mL.⁽¹⁰⁾ O Ministério da Saúde (MS) recomenda que os exames devem ser solicitados na primeira consulta e em torno da 30ª semana de gestação.

O tratamento com antimicrobiano na cistite aguda em mulheres grávidas é, frequentemente, empírico, sendo iniciado no momento das queixas de disúria e, em seguida, adaptado ao padrão de suscetibilidade do organismo isolado nas culturas. A pielonefrite requer internação hospitalar para administração de antibioticoterapia venosa (até que a mulher esteja afebril por 24 a 48 horas), que poderá ser convertida em um regime oral adaptado ao perfil de suscetibilidade do organismo isolado após a melhora clínica a fim de completar 10 a 14 dias de tratamento.⁽¹¹⁾ Os quadros 2 e 3 resumem os esquemas terapêuticos disponíveis.



Fonte: Adaptado de Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS; 2016. 32p.⁽⁶⁾

Figura 2. Rastreamento de diabetes na gestante, no caso de viabilidade financeira e/ou técnica total

1	História de hipotireoidismo, hipertireoidismo ou presença de sinais e sintomas de disfunção da tireoide.
2	Positividade de anticorpos antitireoidianos ou bócio.
3	História de cirurgia tireoidiana ou irradiação da cabeça ou do pescoço.
4	Idade > 30 anos.
5	Diabetes tipo I ou outros distúrbios autoimunes.
6	História de abortamentos espontâneos, parto prematuro ou infertilidade.
7	Múltiplas gestações.
8	História familiar positiva para disfunção tireoidiana ou doença tireoidiana autoimune.
9	Obesidade mórbida.
10	Uso de amiodarona ou lítio ou administração recente de contraste iodado.
11	Gestantes de áreas com deficiência de iodo moderada a grave.

Fonte: Adaptada de Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-89.⁽⁹⁾

Figura 3. Rastreio das doenças tireoidianas

RASTREAMENTO POR SOROLOGIAS

Sífilis (CID A50 – A53.9)

Doença infecciosa, curável, sistêmica, crônica e exclusiva do ser humano, cuja transmissão pode-se dar predominantemente por via sexual, pelo contato com as lesões contaminadas e por via vertical, através da placenta.

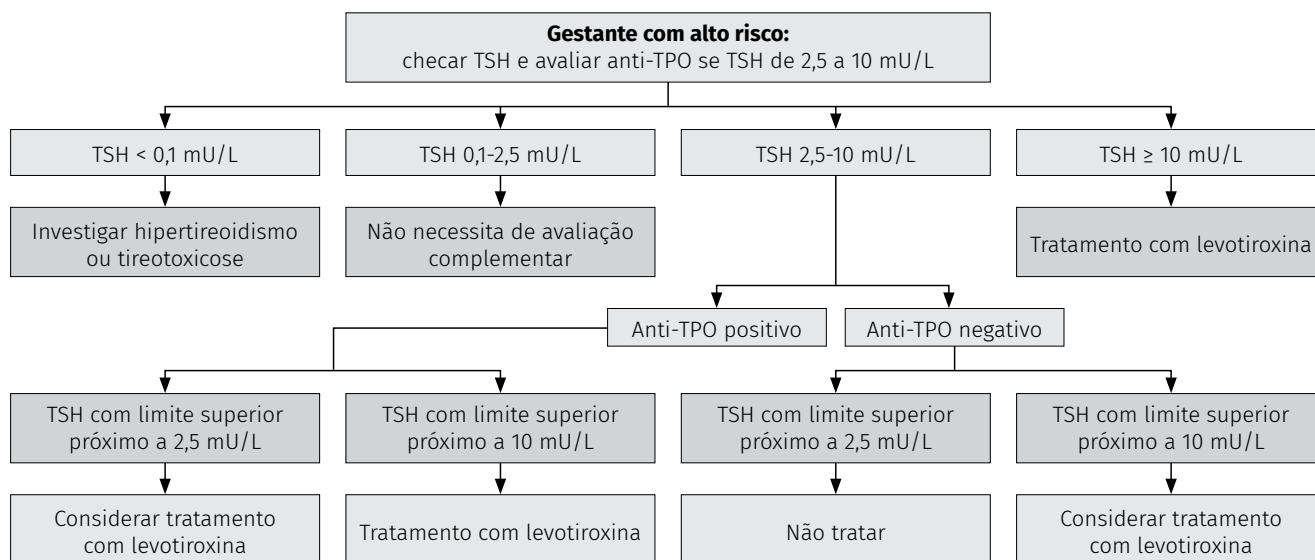
O agente etiológico é a bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas: *Treponema pallidum*.⁽¹²⁾ Sua classificação depende do tempo da infecção e de sintomas próprios de cada fase (Figura 5).

A transmissão vertical (TV) é mais frequente intraútero do que no parto. Quanto mais recente a infecção materna, maior a chance de contaminação fetal, pois há intensa multiplicação do patógeno e presença de lesões altamente contaminantes. Nas infecções primária e secundária, há maior chance de acometimento fetal (70%-100%), complicações e má-formações. A transmissão é de 40% nos casos de sífilis latente recente e de 10% na terciária.⁽¹³⁾ Segundo recomendações do MS, devido a sua alta prevalência e grande morbidade neonatal, associadas a um rastreamento de baixo custo, à alta sensibilidade e a um tratamento altamente efetivo, deve-se realizar seu rastreio em toda a gestação, com testagem de sífilis na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente, no primeiro trimestre, no terceiro trimestre (a partir da 28ª semana), em caso de parto ou abortamento ou de história de exposição ou violência sexual. Para o diagnóstico, é necessário realizar teste treponêmico associado a outro não treponêmico (Quadro 4).

O tratamento deve ser realizado com penicilina benzatina, único antibiótico eficaz e seguro na gravidez – padrão-ouro (Quadro 5). Em casos de doses aplicadas com a diferença de mais de 14 dias, todo o tratamento deve ser reiniciado. O tratamento da gestante só será considerado adequado se realizado até 30 dias antes do parto.⁽¹⁴⁾

Hepatite B (O98.4 – B18)

A hepatite B (HBV) afeta cerca de 350 milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo o período pré-natal e



Fonte: Adaptada de Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-89.⁽⁹⁾

Figura 4. Recomendações de rastreamento de doenças tireoidianas na gestação

Quadro 2. Antibioticoterapia para cistite e bacteriúria assintomática na gestação

Antibiótico	Dose	Duração
Nitrofurantoína ¹	100 mg 12/12 horas	5 a 7 dias
Amoxicilina ²	500 mg 8/8 horas	3 a 7 dias
Amoxicilina e clavulanato	500/125 mg 8/8 horas 875/125 mg 12/12 horas	3 a 7 dias
Cefalexina	500 mg 6/6 horas	3 a 7 dias
Fosfomicina ³	3 g – dose única	1 dia
Sulfametoxazol e trimetopima ⁴	800/160 mg 12/12 horas	3 dias

1. Evitar o uso no primeiro e terceiro trimestres, se houver outras opções disponíveis. O MS recomenda 100 mg de 6/6 horas de 7 a 10 dias; 2. Evitar utilizar em caso de infecção por patógeno Gram-negativo, pois há relatos de resistência; 3. Não apresenta boa penetração renal; 4. Evitar o uso no primeiro e terceiro trimestres, se houver outras opções disponíveis.

Fonte: Adaptado de Hooton TM, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate [Internet]. [last updated Aug 24, 2017]. [cited 2018 Feb 7]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy>.⁽¹¹⁾

Quadro 3. Tratamento de pielonefrite na gestação

Antibiótico	Dose
Ceftriaxona	1 g 24/24 horas
Cefepima	1 g 12/12 horas
Ampicilina e gentamicina*	1 a 2 g 6/6 horas 1,5 mg/kg 8/8 horas

* O MS recomenda o uso de cefalotina ou cefazolina ou ampicilina 1 g de 6 em 6 horas, endovenoso (EV). Em caso de resistência a essas drogas, usar gentamicina 5-7 mg/kg em dose única com monitoramento renal.

Fonte: Adaptado de Hooton TM, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate [Internet]. [last updated Aug 24, 2017]. [cited 2018 Feb 7]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy>.⁽¹¹⁾

a primeira infância os responsáveis por 50% dos casos. Clinicamente, pode-se manifestar desde assintomática até quadro de hepatite fulminante em <1% dos casos. A fase aguda da doença pode relacionar a maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte fetal ou perinatal, já a infecção crônica – quando há presença do vírus por > 6 meses – pode apresentar diabetes gestacional, hemorragia anteparto e trabalho de parto prematuro. A transmissão ocorre por via percutânea (exposição a sangue ou fluidos corporais), sexual e vertical, sendo a infecção perinatal a via mais importante. Toda gestante deve realizar, por meio de imunoenensaio ou teste rápido, a pesquisa de antígeno de superfície HBsAg no primeiro trimestre, ou assim que descobrir a gestação (IA); quando não testadas durante a gravidez, deve ser coletado no momento da admissão para o parto (IIIA). Gestantes HBsAg reagentes deverão realizar HBeAg, ALT e CV-HBV – (AI), bem como ultrassom de fígado (IIIB), com a finalidade de investigar a saúde materna e estratificar o risco de infecção vertical.⁽¹⁵⁾ É recomendada pelo MS a realização de HBV-DNA em primeira consulta, com repetição no final do segundo trimestre em pacientes com HbeAg negativo. Pacientes que apresentarem HBeAg reagente são consideradas com alta viremia, e a terapia antirretroviral (TARV) deve ser aventada, não sendo necessária a coleta de CV. O tenofovir é a droga de escolha e a profilaxia deve ser realizada a partir da 28ª a 32ª semana, com o intuito de reduzir a TV. Não há tratamento específico para a fase aguda da doença e, até o momento, não existe um consenso sobre o tratamento da hepatite crônica durante a gestação. Se possível, deve-se postergar o início da TARV para após o parto. No caso de gestantes que já estejam em uso de medicação, a decisão sobre continuar ou suspender o

Sífilis recente (menos de 2 anos de duração)
Primária (10 a 90 dias após o contato)
Lesão nodular única que se torna úlcera indolor – cancro duro – altamente contaminante. A lesão pode aparecer na genitália, região perianal, mãos e mucosas.
Secundária (6 semanas a 6 meses após o contato)
São comuns sinais e sintomas sistêmicos inespecíficos (febre, mal-estar, cefaleia, linfadenopatia generalizada). Podem aparecer lesões maculares – roséolas – e/ou pápulas no tronco. Lesões eritemato-escamosas palmoplantares são altamente sugestivas de sífilis. Outras lesões em mucosas, pregas cutâneas e couro cabeludo também podem ocorrer.
Latente (primeiros 2 anos de contato)
Diagnóstico laboratorial. Paciente assintomático. A maioria dos diagnósticos ocorre nessa fase. Alguns indivíduos intercalam lesões da fase secundária com os períodos de latência.
Congênita
Diagnóstico até o segundo ano de vida.
Sífilis tardia (mais de 2 anos de duração)
Terciária (mais de 2 anos de duração)
São comuns lesões neurológicas, cardíacas e formação de gomas sífilíticas em pele, mucosa, ossos e outros tecidos. Atualmente, rara.
Latente (após 2 anos de contato)
Diagnóstico laboratorial. Paciente assintomático.
Congênita
Diagnóstico após o segundo ano de vida.

Fonte: Adaptada de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento De Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽¹⁴⁾

Figura 5. Classificação da sífilis e manifestações clínicas mais comuns

Quadro 4. Diagnóstico de sífilis

Teste não treponêmico	Teste treponêmico	Interpretações	Conduta
Reagente	Reagente	Diagnóstico de sífilis – deve ser classificada levando-se em conta a história clínica, o tempo de infecção e se houve tratamento prévio.	<ul style="list-style-type: none"> • Notificação; • Tratamento específico, conforme classificação; • Acompanhamento mensal com teste não treponêmico.
Reagente	Não reagente	Pode tratar-se de um falso reagente, sobretudo nos casos de baixas titulações (até 1:4 – inclusive).	Se reagente (títulos > 1:4): <ul style="list-style-type: none"> • Notificação; • Tratamento específico, conforme classificação; • Acompanhamento mensal com teste não treponêmico. Se não reagente: <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento rotineiro do pré-natal.
Não reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Não realizar testes complementares, sobretudo se não houver suspeita clínica de infecção; • Fazer rastreio conforme orientação pré-natal; • Em caso de suspeita clínica, coletar nova amostra em 30 dias. 		

Fonte: Adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento De Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽¹⁴⁾

Quadro 5. Tratamento da sífilis de acordo com o estágio clínico

Classificação	Tratamento
Sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão de UI, em cada glúteo).
Sífilis latente tardia, terciária ou ignorada	Penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, semanalmente, por 3 semanas (7,2 milhões de UI – dose total).
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões de UI/dia, intravenosa (IV), administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Fonte: Adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽¹⁴⁾

antirretroviral (ARV) deverá ser individualizada, levando-se em consideração a gravidade da doença materna e o potencial risco-benefício para o feto.⁽¹⁶⁾

A vacina é recomendada para todas as pacientes com HBsAg não reagente, podendo ser administrada em qualquer trimestre (recomendação A – nível de evidência II). As mulheres expostas ao HBV em qualquer idade gestacional deverão receber associação de vacina e HBIg. A imunoprofilaxia combinada de HBIg e vacina previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos recém-nascidos (recomendação A – nível de evidência I). Entretanto, nas mães com HBeAg reagente, a imunoprofilaxia neonatal poderá falhar em 10% a 15% dos casos, sendo indicada a terapia antiviral profilática. A maioria dos casos de infecção perinatal acontece no momento do parto, mas não há dados suficientes para indicar que a cesariana deve ser recomendada para pacientes com carga viral (CV) baixa.⁽¹⁷⁾

Hepatite C (O98.2 – B18.2)

O vírus da hepatite C (HCV) possui uma grande heterogeneidade genética. A presença da infecção não contraindica a gestação e não há evidências de piora da doença hepática, mas pode estar relacionada com maior risco de eventos fetais adversos, tais como baixo peso ao nascer e crescimento restrito e eventos maternos como diabetes e pré-eclâmpsia. Clinicamente, pode-se apresentar assintomática ou com sintomas inespecíficos (diarreia, náusea, vômito, dor abdominal) na fase aguda da doença. Não se recomenda a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal devido aos baixos índices de detecção do agravo em gestantes e por não existir imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a TV da hepatite C. Pacientes com HCV positivo devem realizar pesquisa para outras doenças sexualmente transmissíveis como HIV, sífilis, gonorréia, clamídia e HBV. Os medicamentos utilizados para

o tratamento da hepatite C aguda e crônica são teratogênicos e devem ser suspensos quando diagnosticada a gestação. Não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a TV.^(18,19)

HIV (CID B20 – B24)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) presente durante a gestação vem aumentando significativamente. A identificação precoce da infecção é de grande relevância para a adoção de medidas profiláticas que visam diminuir a taxa de TV.⁽²⁰⁾ A transmissão acontece a partir do contato com secreções (sangue, esperma, resíduo vaginal e leite materno), inoculação de material infectado (sangue, fluidos corporais), relação sexual desprotegida, transfusão de hemoderivados e TV. Recomenda-se a realização do teste para a detecção do HIV na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre e no momento do parto, podendo ainda ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência. Os testes rápidos são métodos preferenciais para o diagnóstico, pois possibilitam o início adequado de TARV e resposta virológica mais precoce. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno (até 14 dias).⁽²¹⁻²²⁾

Na abordagem inicial, o exame de CV deve ser solicitado para conhecimento da viremia materna e repetido duas a quatro semanas após a introdução da TARV e após 34 semanas para estabelecer a via de parto. O teste de genotipagem pré-tratamento está indicado em toda gestante e deverá ser solicitado antes de se iniciar a TARV. A adoção de cuidados durante o pré-natal e puerpério é fundamental para a redução da TV, podendo chegar a taxas de menos de 1% quando adotados adequadamente.^(23,24) Tais medidas são:

- Uso de TARV durante o pré-natal e puerpério;
- Uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- Tratamento imediato das infecções concomitantes;
- Via de parto: cesariana quando a CV >1.000 cópias/mL ou desconhecida, a partir de 34 semanas de gestação;
- Uso de zidovudina (AZT) periparto, quando a CV for detectável após 34 semanas;
- Uso de ARV xarope para o recém-nascido;
- Uso de fórmula láctea: a amamentação com leite materno não é recomendada;

O momento ideal para início da TARV não é bem definido, e a decisão é feita pela equipe em conjunto com a paciente. A TARV deverá incluir combinações de três ARVs.

A via de parto recomendada está descrita no Quadro 6.

A infusão do AZT deve ser iniciada no trabalho de parto ou até 3 horas antes da cesariana, devendo ser mantida até o clampeamento do cordão umbilical. A dose recomendada é: ataque – primeira hora: 2 mg/kg,

Quadro 6. Via de parto e carga viral

Carga viral após 34 semanas	Via de parto – AII	AZT periparto
< 50 cópias/mL ou indetectável	Obstétrica	Não (BII)
50 < 1.000 cópias/mL	Obstétrica	Sim (CII)
> 1.000 cópias/mL ou desconhecida	Cesariana – 38 semanas	Sim (AI)

Fonte: Adaptado de Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States – Post Partum Follow-Up of Women Living with HIV Infection. [Last Up to dated November 14, 2017]. [cited 2018 Feb 1]. Available from: aidsinfo.nih.gov/guidelines⁽²¹⁾

manutenção: 1 mg/kg diluído em 100 mL de soro glicosado a 5%.

Citomegalovírus – CMV (CID B25)

O CMV é um DNA-vírus da família dos herpes-vírus. É considerada a infecção congênita mais comum em todo o mundo, sendo o mais frequente agente causal de lesões cerebrais neonatais. Manifesta-se, clinicamente, com quadros assintomáticos ou do tipo gripal leve, e formas mais graves ocorrem apenas em mulheres imunossuprimidas. A transmissão se dá por fluidos corporais contaminados (urina, fezes, lágrima, secreções respiratórias, leite), atividade sexual e pela via vertical (transplacentária e amamentação). Após a infecção primária, a excreção viral pode perdurar por semanas a anos, tornando-se latente e podendo recorrer, seja por reativação ou por reinfeção de cepas virais diferentes. O risco de transmissão fetal na infecção primária é de 30% a 40%, sendo maior quando ocorre no terceiro trimestre (40 a 72) e, na recorrente, é de 0,5% a 2%. A taxa de infecção congênita varia de 0,2% a 2%.^(24,25) Não se recomenda a realização rotineira de testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-CMV durante o pré-natal, pois a positividade para o teste e a detecção dos anticorpos não permitem afastar o risco de infecção fetal e não definem a época de ocorrência de infecção: se primária, recorrente ou até mesmo uma infecção por uma nova cepa.⁽²⁶⁾ A investigação a partir da sorologia deve ser feita quando sintomas como os da *influenza-like* (fadiga, febre, dor de cabeça) não são atribuídos a nenhuma outra infecção ou quando há achados ultrassonográficos sugestivos de infecção pelo CMV (calcificações hepáticas ou abdominais, hepatoesplenomegalia, ascite, ventriculomegalia cerebral, calcificações intracranianas, microcefalia, hidropsia fetal e crescimento intrauterino restrito).⁽²⁷⁾

Toxoplasmose (CID B58)

A transmissão congênita do toxoplasma pode ocorrer quando a gestante adquire a primoinfecção durante a gestação. O acometimento do feto depende da virulên-

cia da cepa do parasita, da resposta do sistema imunológico materno e da idade gestacional em que a mulher se encontra. Recomenda-se a pesquisa de toxoplasmose na primeira consulta, desde que disponível no serviço de assistência pré-natal, com repetição no último trimestre para as pacientes suscetíveis. O tratamento pré-natal é oferecido a gestantes sintomáticas e assintomáticas diagnosticadas com infecção recente pelo *Toxoplasma gondii* para reduzir o risco de transmissão congênita, apesar de não haver benefícios maternos diretos do tratamento. Os medicamentos usados para o tratamento de gestantes diagnosticadas com toxoplasmose recente baseiam-se na idade gestacional, no diagnóstico e no momento em que a infecção fetal foi documentada.⁽²⁸⁾

- **< 18 semanas:** iniciar espiramicina e aguardar até que o resultado do PCR (*polymerase chain reaction*) do líquido amniótico obtido por amniocentese, após 18 semanas de gestação, esteja disponível. Nos casos positivos ou em que o exame de ultrassom fetal é sugestivo de toxoplasmose, a espiramicina é interrompida e sulfadiazina-pirimetamina + ácido fólico são iniciados e continuados até o parto. Se a PCR é negativa e o exame de ultrassom fetal não é sugestivo de toxoplasmose congênita, a espiramicina é continuada até o parto;
- **≥ 18 semanas:** iniciar tratamento com sulfadiazina-pirimetamina + ácido fólico e realizar PCR do líquido amniótico. Se o resultado for positivo, manter o tratamento até o parto; se negativo, manter o tratamento ou mudar para espiramicina.

Não há informações sobre a eficácia de outros fármacos para o tratamento da infecção por toxoplasmose na gestação, mas em casos específicos pode-se tentar o uso de sulfametoxazol-trimetoprima, azitromicina e até claritromicina.⁽²⁸⁾

Rubéola (CID B06 – P35.0)

Causada pelo vírus *Rubella*, é uma doença infectocontagiosa, transmitida de uma pessoa a outra, geralmente, pela emissão de gotículas das secreções respiratórias dos doentes. A rubéola congênita acontece quando a mulher grávida adquire rubéola e infecta o feto, porque o vírus atravessa a placenta. As sequelas vão depender da fase da gravidez em que ocorreu a infecção. Caso a TV ocorra nas primeiras 12 semanas, o risco de má-formações, principalmente auditivas e cardíacas, é alto. Se a transmissão ocorrer entre 12 e 20 semanas, podem ainda existir sequelas, porém mais leves. Após a 20ª semana, geralmente, não ocorrem sequelas. As medidas preventivas assumem grande importância para evitar a doença, sendo recomendado: realizar testagem sorológica e vacinação para as mulheres suscetíveis à infecção que desejam engravidar; evitar contato com pessoas com suspeita de rubéola durante a gestação; realizar vigilância epidemiológica. Resultado das suces-

sivas campanhas de vacinação, a proporção de gestantes suscetíveis, atualmente, é baixa.^(26,29)

RASTREAMENTO POR EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES (EPF)

Doenças infectoparasitárias (CID O98.8 – O98.9)

As mulheres grávidas, frequentemente, experimentam infecções parasitárias mais graves do que as mulheres não grávidas, apresentando sintomas que variam de anemia leve até doença grave e morte. As mudanças no sistema imunológico materno durante a gravidez são as responsáveis por essa maior suscetibilidade.⁽³⁰⁾

Embora cada infecção parasitária tenha um mecanismo fisiopatológico diferente, existem problemas comuns à maioria dessas infecções:⁽³⁰⁾

- As mulheres são frequentemente infectadas com mais de um parasita;
- A maioria das infecções parasitárias causa algum grau de anemia e desnutrição materna;
- Infecções no primeiro trimestre tendem a ter consequências fetais e placentárias mais graves;
- O grau de parasitemia é maior e a infecção parasitária é mais grave na primigesta.

O exame de fezes para rastreamento é recomendado, sendo ratificado nos casos em que a grávida apresenta sintomatologia gastrointestinal (suspeita de parasitose intestinal) ou para complementar a propedêutica nos casos de anemia ferropriva.⁽³⁰⁾ O tratamento oportuno deve ser garantido, incluindo o empírico, diminuindo a incidência da infecção e melhorando os resultados maternos e perinatais (Quadro 7).

Quadro 7. Infecções por parasitas na gestação

Parasita	Sintomas	Tratamento
<i>Cyclospora</i>	Diarreia e desidratação	Sulfametoxazol e trimetoprima
<i>Cryptosporidium</i>	Diarreia e desidratação	Hidratação/nitazoxanida
<i>Enterobius vermicularis</i>	Prurido anal	Mebendazol
<i>Giardia</i>	Diarreia, dor abdominal e febre	Metronidazol
<i>Trichinella</i>	Náusea, mialgia, febre, diarreia, migração da larva nos tecidos	Mebendazol
<i>Trichomonas</i>	Corrimento vaginal e disúria	Metronidazol
<i>Diphyllobothrium latum</i>	Náusea e perda de peso	Praziquantel
<i>Taenia saginata</i>	Assintomático ou dor abdominal e perda de peso	Praziquantel

Fonte: Adaptado de Dotters-Katz S, Kuller J, Heine RP. Parasitic Infections in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(8):515-25.⁽³⁰⁾

RASTREAMENTO POR CITOLOGIA ONCÓTICA

Câncer de colo do útero (CID C53)

No Brasil, o câncer de colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a neoplasia maligna mais comum durante a gravidez.⁽³¹⁾ O objetivo do rastreio é reduzir a incidência do câncer invasivo e diminuir a mortalidade, e ele deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais, e o rastreamento deve seguir até os 64 anos de idade.⁽³²⁾ O rastreio em gestantes é semelhante ao das demais mulheres, mas o tratamento é diferente. Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta do espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando se utiliza uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial.⁽³²⁾ Caso as mulheres grávidas apresentem lesões intraepiteliais escamosas de alto grau na citologia cervical, elas devem ser avaliadas com colposcopia, mas um procedimento excisional diagnóstico não deve ser realizado de imediato. A biópsia cervical só deve ser realizada se houver uma lesão que pareça ser de alto grau ou suspeita de câncer, ou se a confirmação da doença invasiva alterar o momento ou a via de parto, caso contrário é aceitável realizar exames colposcópicos e citológicos adicionais a cada 12 semanas até o parto. Após o nascimento, novos exames podem ser feitos no prazo de seis semanas.⁽³³⁾

RASTREAMENTO POR CULTURA PARA *STREPTOCOCCUS B HAEMOLYTICUS* DO GRUPO B

Sepse neonatal (CID P35-39)

Os estreptococos b hemolíticos do grupo B (EGB) ou *Streptococcus agalactiae* são cocos Gram-positivos, anaeróbios facultativos, que fazem parte da microbiota vaginal normal da mulher e suas cepas não patogênicas podem colonizar também a nasofaringe, a pele e o trato gastrointestinal. Durante o parto, o feto pode ser contaminado ao passar pelo canal vaginal e apresentar infecção neonatal, que pode, em alguns casos, levar o recém-nascido a óbito.⁽²⁶⁾ No recém-nascido, a infecção por esse grupo pode resultar em sepse, pneumonia e, em casos mais raros, meningite. Na gestante, pode resultar em ITU, amnionite, endometrite, sepse e meningite.⁽³⁴⁾ Devido ao grande impacto e à morbimortalidade neonatal precoce (até os sete primeiros dias de vida) associada à infecção por esse grupo de bactérias, o rastreamento do EGB, por meio da cultura de material vaginal e perianal, deve ser realizado entre 35 e 37 semanas de gestação. A penicilina G, endovenosa, é a droga de escolha para a realização da profilaxia intraparto. A quimioprofilaxia é considerada satisfatória se for utilizado o esquema com penicilina, ampicilina ou cefazolina, por pelo menos 4 horas.⁽³⁴⁾ As doses dos antibióticos estão apontadas no Quadro 8.

A Figura 6 resume as principais indicações de realização de profilaxia de sepse neonatal precoce, recomendadas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC).

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. O hemograma completo serve para o rastreio da anemia e está preconizado em todas as gestações.
2. A eletroforese de Hb deve ser solicitada na primeira consulta de pré-natal, com o objetivo de identificar e aconselhar indivíduos assintomáticos cujos descendentes estão em risco de hemoglobinopatia hereditária, principalmente a anemia falciforme, que é uma situação potencialmente grave.
3. O rastreio universal do diabetes gestacional deve ser realizado com o exame de glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal,

Quadro 8. Quimioprofilaxia intraparto de infecção neonatal precoce

Medicamento	Dose recomendada
Penicilina cristalina	• 5 milhões de unidades internacionais (UI), endovenosa (EV), dose de ataque; • 2,5-3,0 milhões de UI, EV, 4/4 horas, até o parto.
Ampicilina	• 2 gramas, EV, dose de ataque; • 1 grama, EV, 4/4 horas, até o parto.
Cefazolina	• 2 gramas, EV, dose de ataque; • 1 grama, EV, 8/8 horas, até o parto.
Clindamicina	• 900 mg, EV, 8/8 horas, até o parto*.
Vancomicina	• 1 grama, EV, 12/12 horas, até o parto.

* Se houver teste de sensibilidade.

Fonte: Adaptado de Coutinho T, Coutinho CM, Zimmermann JB, Marcato RM, Coutinho, LM. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos. *Femina*. 2011;39(6):329-33.⁽³⁴⁾

1	RN de gestação prévia com história de doença invasiva por EGB
2	Bacteriúria ($> 10^4$) por EGB, em qualquer trimestre da gestação
3	Cultura para EGB positiva na gestação atual, exceto se for realizada cesariana eletiva e a gestante não estiver em trabalho de parto ou com rotura de membranas
4	Condição de colonização pelo EGB desconhecida e alguma das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> • Idade gestacional < 37 semanas • Ruptura de membranas com tempo ≥ 18 horas • Temperatura intraparto $\geq 38^\circ\text{C}$ • NAAT (teste de amplificação de ácidos nucleicos) 1 intraparto positivo para EGB*

Fonte: Adaptada de Coutinho T, Coutinho CM, Zimmermann JB, Marcato RM, Coutinho, LM. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos. *Femina*. 2011;39(6):329-33.⁽³⁴⁾

Figura 6. Indicações de quimioprofilaxia para sepse neonatal.

e o teste oral de tolerância à glicose, com 75 g de dextrose, entre 24 e 28 semanas.

4. Preconiza-se a avaliação tireoidiana na primeira consulta de pré-natal, por meio da palpação da glândula, sendo o rastreamento recomendado apenas em grupos em que o risco de doença tireoidiana é aumentado.
5. A realização de exame de urina tipo I e urocultura na primeira consulta e em torno da 30ª semana está recomendada, devendo o tratamento antimicrobiano empírico ser iniciado no momento das queixas de disúria e, em seguida, adaptado ao padrão de suscetibilidade do organismo isolado nas culturas. Ressalta-se que o tratamento da pielonefrite requer internação hospitalar para administração de antibioticoterapia venosa.
6. Para a sífilis, é recomendado o rastreio em toda a gestação, levando-se em consideração sua alta prevalência e grande morbidade neonatal, associada a um rastreamento de baixo custo e alta sensibilidade e um tratamento altamente efetivo. A penicilina benzatina, único antibiótico eficaz e seguro na gravidez, é o padrão-ouro para o tratamento.
7. Toda gestante deve realizar a pesquisa de antígeno de superfície HBsAg no primeiro trimestre ou assim que descobrir a gestação.
8. A identificação precoce da infecção pelo HIV é de grande relevância para a adoção de medidas profiláticas que visam diminuir a taxa de TV, devendo ser realizada sorologia na primeira consulta de pré-natal.
9. Não se recomenda a realização rotineira de testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-CMV durante o pré-natal.
10. A pesquisa de toxoplasmose deve ser realizada na primeira consulta e ser repetida periodicamente para as pacientes suscetíveis. O tratamento pré-natal é oferecido a gestantes sintomáticas e assintomáticas para reduzir o risco de toxoplasmose congênita, apesar de não haver benefícios maternos diretos do tratamento.
11. As medidas preventivas assumem grande importância para evitar a rubéola, sendo recomendado: realizar testagem sorológica e vacinação para as mulheres suscetíveis à infecção que desejam engravidar; evitar contato com pessoas com suspeita da doença durante a gestação; além de realizar vigilância epidemiológica.
12. O exame de fezes é recomendado para rastreamento de doenças infectoparasitárias, principalmente nos casos em que a grávida

apresenta sintomatologia gastrointestinal (suspeita de parasitose intestinal) ou para complementar a propedêutica nos casos de anemia ferropriva. O tratamento, incluindo o empírico, diminui a incidência da infecção e melhora os resultados maternos e perinatais.

13. A realização de citologia oncológica para rastreamento de câncer de colo de útero é recomendada durante a gravidez, sendo o tratamento individualizado para o período.
14. Devido ao grande impacto e à morbimortalidade neonatal precoce, o rastreamento do EGB, por meio da cultura de material vaginal e perianal, deve ser realizado entre 35 e 37 semanas de gestação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
2. Sogimig. Ginecologia e obstetrícia: manual para concursos/Tego. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
3. Yates AM. Prenatal screening and testing for hemoglobinopathy. UpToDate [Internet]. [last updated Jan 9, 2018]. [cited 2018 Feb 7]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-screening-and-testing-for-hemoglobinopathy>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
5. Almeida MC, Dorés J, Ruas L, Vicente L, Paiva S, Neves A, et al. Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. Rev Port Diabetes. 2017;12(1):24-38.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília (DF): OPAS; 2016. 32p.
7. Maciel LMZ, Magalhães PKR. Tireoide e gravidez. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008;52(7):1084-95.
8. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC, Bravo PP, et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57(4):265-91.
9. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-89.
10. Amorim MM, Melo ASR. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 2). Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(3):148-55.
11. Hooton TM, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate [Internet]. [last updated Aug 24, 2017]. [cited 2018 Feb 7]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy>.
12. Miranda MM, Souza LM, Aguiar RA, Corrêa Júnior MD, Maia MM, Borges RS, et al. Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não? Femina. 2012;40(1):13-22.
13. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. 2010;85(6):767-85.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento De Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
15. Borgia G, Carleo MA, Gaeta GB, Gentile I. Hepatitis B in pregnancy. World J Gastroenterol. 2012;18(34):4677-83.
16. Castillo E, Murphy K, van Schalkwyk J. No. 342-Hepatitis B and pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(3):181-90.
17. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Harber P, Ward JW, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep. 2018;67(RR-1):1-31.
18. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Hughes BL, Page CM, Kuller JA. Hepatitis C in pregnancy: screening, treatment, and management. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(5):B2-B12.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
20. Committee opinion no: 635: Prenatal and perinatal human immunodeficiency virus testing: expanded recommendations. Obstet Gynecol. 2015;125(6):1544-7.
21. Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States – Post Partum Follow-Up of Women Living with HIV Infection. [Last Up to dated November 14, 2017]. [cited 2018 Feb 1]. Available from: aidsinfo.nih.gov/guidelines.
22. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Pregnant Women, Infants and Children Elimination of Mother-to-Child HIV Transmission. Atlanta: CDC; 2017. [cited 2018 Feb 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/group/gender/pregnantwomen/emct.html>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. 2ª ed. revisada. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2016.
24. William DR, Suresh BB, Karen BF. Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy. Lancet Infect Dis. 2017;17(6):e177-88.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. Obstet Gynecol. 2015;125 (6):1510-25.
26. Amorim M, Maria R, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(3):148-55.
27. Vereeck S, Vereeck S, Jacquemyn Y. Screening for cytomegalovirus: An analysis of Guidelines. J Preg Child Health. 2016;3:287.
28. Gilbert R, Petersen E. Toxoplasmosis and pregnancy. UpToDate [Internet]. [cited 2018 Feb 5]. 2018. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-and-pregnancy>.
29. Silasi M, Cardenas I, Kwon JY, Racicot K, Aldo P, Mor G. Viral infections during pregnancy. Am J Reprod Immunol. 2015;73(3):199-213.
30. Dotters-Katz S, Kuller J, Heine RP. Parasitic Infections in Pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2011;66(8):515-25.
31. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica – Saúde das Mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
32. Feldman S, Goodman A, Peipert JF. Cervical cancer Screening. UpToDate [Internet]. [last updated Sep 17, 2017]. [cited 2018 Feb 8]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer>.
33. Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: Evaluation of high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL). UpToDate [Internet]. [last updated Sep 13, 2017]. [cited 2018 Feb 8]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-high-grade-squamous-intraepithelial-lesions-hsil>.
34. Coutinho T, Coutinho CM, Zimmermann JB, Marcato RM, Coutinho, LM. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos. Femina. 2011;39(6):329-33.

Descritores

Casal infértil; Problemas de fertilidade; Infertilidade

Como citar?

Lamaita RM, Amaral MC, Cota AM, Ferreira MC. Propedêutica básica da infertilidade conjugal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 46/Comissão Nacional Especializada em Reprodução Humana).

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

2. Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Reprodução Humana e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 46, acesse: <http://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Propedêutica básica da infertilidade conjugal

Rívia Mara Lamaita¹, Maria Clara Magalhães dos Santos Amaral², Ana Márcia de Miranda Cota², Márcia Cristina França Ferreira^{1,2}

INTRODUÇÃO

A infertilidade, uma condição presente em 15% a 20% dos casais, acompanha o ser humano desde sua origem.⁽¹⁾ Nas últimas décadas, tem-se observado um aumento na demanda dos serviços especializados, e diversos fatores têm contribuído para esse fenômeno.⁽²⁾ A fecundabilidade dos casais tem sido prejudicada pela tendência progressiva da mulher em retardar a maternidade e pelo envelhecimento da população.⁽²⁾ Infertilidade é considerada a ausência de concepção após um ano de tentativa sem a utilização de um método contraceptivo ou a presença de outras morbidades.⁽³⁾ Alguns autores estendem esse período para dois anos quando se trata de casais jovens, na ausência de outros fatores importantes de risco. A propedêutica pode também ser antecipada para apenas seis meses de tentativa de gravidez em mulheres acima de 35 anos.⁽³⁾ Pode-se ainda classificar como infertilidade primária quando houve gestações prévias e infertilidade secundária, quando houve gestação prévia, embora não necessariamente com um nascido vivo.⁽⁴⁾ Fecundabilidade é a probabilidade de alcançar uma gestação em um ciclo menstrual (em torno de 20%).^(4,5) Fecundidade é a capacidade de alcançar uma gestação a termo em um ciclo menstrual (em torno de 15%).^(4,5) O termo “estéril” refere-se a qualquer um dos parceiros que apresente incapacidade de conceber (azoospermia, ausência de útero e outros). Nos casos em que há possibilidade de reversão do quadro (oligoastenospermia, anovulação etc.), emprega-se o termo “subfértil”.^(4,5) Espera-se um aumento entre 5% e 10% da infertilidade nas próximas décadas. A prevalência, segundo dados mundiais, pode diferir de acordo com a região estudada.⁽⁵⁾ Entre os casais que tentam a concepção, cerca de 50% ficarão grávidos em três meses, 60% engravidarão em seis meses e aproximadamente 85% engravidarão em um ano. Entre aqueles que não engravidaram no primeiro ano, 92% conceberão no segundo ano.⁽⁵⁾

ETIOLOGIA

A mulher apresenta uma queda de aproximadamente 11% da sua fertilidade para cada ano após os 30 anos de idade.^(6,7) As causas de infertilidade podem ser divididas em femininas e masculinas. No entanto, enfatiza-se que a abordagem deve sempre levar em conta o casal. Conquanto os distúrbios da fertilidade não sejam uma doença fisicamente identificável, seu impacto psicológico pode ser intenso, algumas vezes conduzindo a uma desabilidade social.^(8,9) Estima-se que 35% das causas estejam ligadas ao fator feminino, 30%, ao fator masculino, 20%, a ambos os parceiros e 15% dos casos permanecem sem um diagnóstico etiológico, apesar de instituída toda a propedêutica.⁽¹⁰⁾ Entre os fatores femininos, podem-se listar o tubário (14%), ovulatório (6%), diminuição da reserva ovariana ou ovariano (6%), endometriose (7%) e uterino (1%), ocorrendo múltiplas causas em 13% das pacientes.⁽¹⁰⁾

ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL

Uma abordagem somente será adequada após uma anamnese detalhada e um exame físico geral e ginecológico minucioso.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Na anamnese, é preciso avaliar a idade, o tempo de infertilidade e se a infertilidade é primária ou secundária, pois esses três aspectos estão relacionados ao prognóstico do tratamento. A história menstrual (tipo de ciclo, dismenorreia, muco), a história de contracepção prévia, a história obstétrica (gestações anteriores, curetagens), a história sexual e de frequência de coito, patologias pregressas (obesidade, hirsutismo, diabetes, alterações de tireoide, patologias autoimunes), cirurgias anteriores, principalmente pélvicas, a história de internações com dor pélvica, doença inflamatória pélvica (DIP) e uso de medicamentos também devem ser questionadas.⁽¹¹⁻¹³⁾ Com o intuito de afastar o estresse psicológico imposto ao chamado “coito programado”, uma frequência média nas relações sexuais de duas vezes por semana é considerada satisfatória.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ O tabagismo e o álcool contribuem para o declínio na fertilidade do casal, assim como o uso de maconha e cocaína, que promovem distúrbios na pulsatilidade, liberação dos hormônios e queda da espermatogênese.⁽¹⁶⁾ O índice da massa corporal é um importante parâmetro que deve ser avaliado na mulher que deseja gestar. É questionado, nesse sentido, se o excesso de peso ou o sobrepeso poderiam influenciar a fertilidade. Orientações sobre a normalização do peso antes da gravidez são, assim, importantes para evitar complicações obstétricas e fetais.⁽⁹⁾ O exame pélvico deve ser realizado em todas as pacientes, com inspeção cuidadosa da genitália externa e interna, à procura de alterações inflamatórias, adquiridas ou congênitas, como vulvovaginites, sinais de virilização e hímen íntegro – revelando, assim, as disfunções dos atos sexuais –, ou de presença de sinais de DIP.⁽¹³⁾ O parceiro deve ser indagado sobre o desenvolvimento puberal e a presença de alguma disfunção sexual e se já apresentou quadro de doenças sexualmente transmissíveis e/ou infecções geniturinárias.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Deve-se questionar também se ele teve doenças que poderiam cursar com quadros de infertilidade masculina como caxumba, varicocele, torções testiculares e traumas na região genital, bem como cirurgias pregressas com hernioplastias e vasectomia.^(14,15) É importante perguntar também sobre o uso de anabolizantes ou hormônios masculinos em algum período da vida, devido à frequente associação com alterações seminais.^(14,15)

EXAMES COMPLEMENTARES

Fator tubário

A avaliação da permeabilidade das trompas é necessária, mas essa não é a única função tubária necessária para a concepção de sucesso. Atualmente, nenhum teste diagnóstico pode avaliar todos os aspectos. Os testes realizados para avaliar a patência tubária são a histerossalpingografia (HSG) e a videolaparoscopia.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Histerossalpingografia: deve ser realizada na fase folicular do ciclo menstrual (6º a 11º dia do ciclo), com contraste iodado. Os achados na HSG foram classificados como não oclusão tubária, oclusão tubária unilateral ou oclusão tubária bilateral e fluxo de contraste prejudicado, se o contraste não foi mostrado além da porção ístmica da tuba uterina.⁽¹⁸⁾ A sensibilidade desse exame é em torno de 85% a 100% na identificação da oclusão tubária.⁽²⁰⁻²³⁾ É considerado um teste confiável e não invasivo e, quando utilizado em mulheres de baixo risco para patologias nas trompas, limita o número de laparoscopias desnecessárias.^(17,24,25) O teste *Chlamydia Antibody Titer* (CAT) positivo está associado com patologia tubária, embora um teste positivo requeira uma avaliação de *follow-up*, se o teste for negativo, é improvável observar patologia tubária em laparoscopia (7%-12%).^(18,22) Recentemente, para evitar a radiação e o contraste iodado, foi desenvolvida a histerossalpingografia com HyCoSy, que permite a triagem para a oclusão tubária utilizando a ultrassonografia. É uma alternativa eficaz para a HSG, principalmente em mulheres que não podem ser submetidas à HSG convencional.^(17,23-25) Não é um método disponível em nosso meio;

Videolaparoscopia: geralmente, é indicada quando a HSG sugere alteração importante, história de cirurgia pélvica anterior, infertilidade sem causa aparente, suspeita clínica de endometriose e avaliação para reversão de salpingotripsia. Devem ser indicadas laparoscopia e cromotubagem para mulheres com comorbidades conhecidas cujas patologias tubárias e outras patologias pélvicas possam ser avaliadas simultaneamente.⁽¹⁶⁾ Os achados da videolaparoscopia são classificados como normal, oclusão unilateral tubária ou oclusão tubária bilateral, proximal ou distal, e aderências.^(18,26,27) Tendo em vista a sua natureza invasiva, a laparoscopia é normalmente reservada como o último inquérito na propeidêutica.⁽²⁸⁾ Videolaparoscopia e cromotubagem são descritas como padrão-ouro, mas conseguem apenas uma descrição externa da relação do útero, trompas e ovários.⁽²⁸⁾ Os testes para avaliar a função tubária são limitados. Uma aparência normal não necessariamente reflete uma função normal. Por sua vez, identificar uma patologia tubária grave pode facilitar a escolha por fertilização *in vitro* (FIV), quando apropriado.^(27,28)

Fator ovulatório

Quase todos os métodos de avaliação da ovulação são indiretos, envolvendo dosagem de hormônios hipofisários e ovarianos e/ou crescimento folicular por ultrassom. Uma mulher com menstruação regular, provavelmente, está ovulando. Os testes apresentam a capacidade de quantificar a reserva existente nos ovários, porém não se relacionam com as chances de alcançar uma gravidez no mesmo ciclo ou durante os ciclos de tratamento e tampouco se com a qualidade oocitária. Esses fatos estão diretamente ligados à idade da mulher.^(12,29) Como avaliação, utilizam-se as dosagens hormonais:

Níveis séricos basais de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH): são colhidos no terceiro dia do fluxo menstrual natural, isoladamente. As relações entre LH e FSH são importantes para o diagnóstico etiológico da disfunção, predizendo o tratamento adequado para cada situação. Se tanto o FSH quanto o LH são persistentemente baixos, associados, neste caso, a baixos valores de estradiol (menor que 40 pg/mL), suspeita-se de hipogonadismo hipogonadotrófico, que pode ser relacionado a problemas hipotalâmico-hipofisários. Estando a relação aumentada, maior que 2 (com LH elevado e FSH baixo), principalmente nas pacientes portadoras de hirsutismo, obesidade central e acne, a hipótese mais provável seria de síndrome dos ovários policísticos (SOP). A SOP pode também estar presente na relação normal de LH/FSH, constituindo a anovulação normogonadotrófica e, com frequência, associa-se a um aumento da resistência periférica à insulina. Se os níveis de FSH e LH apresentam-se persistentemente elevados, associados à diminuição do estradiol sérico, constituindo o hipogonadismo hipergonadotrófico em mulheres abaixo de 40 anos, suspeita-se de falência prematura ovariana e, menos comumente, da síndrome do ovário resistente e disgenesia gonadal. Nesse caso, é necessária a avaliação do cariótipo da paciente.^(12,19,30)

Medida de progesterona no meio da fase lútea: talvez o método mais adequado para assegurar a presença de ciclos ovulatórios seja a medida seriada da progesterona no meio da fase lútea, obtendo no mínimo duas medidas em dias alternados e devendo essas medidas ser maiores que 18 nmol/L (ou maiores que 5 ng/mL). No entanto, a relação custo-benefício desse método não é favorável à prática clínica.⁽¹⁹⁾ Existem métodos mais simples e menos onerosos na tentativa de comprovação da ocorrência da ovulação;

Curva de temperatura corporal basal: baseia-se na ação termogênica central da progesterona, elevando na segunda fase do ciclo a temperatura corpórea em 0,3 °C ou mais, devendo ser sustentada por 11 a 14 dias e cair no período menstrual, constituindo, assim, um ciclo bifásico. Suas desvantagens são a possibilidade de aproximadamente 20% dos ciclos ovulatórios ocorrerem sem o registro de uma curva bifásica, as dificuldades na padronização e análise do gráfico e o momento evidenciado pela curva como sendo a ocorrência da ovulação não corresponder ao do pico de LH, essencial para que haja a postura ovular. Outra desvantagem seria o estresse emocional que esse tipo de abordagem gera no casal, podendo afetar o seu comportamento sexual.⁽¹⁶⁾ Por não ser um método confiável em prever a ovulação, não é recomendado;⁽²⁾

Análise do muco cervical: devem ser avaliadas a quantidade, a abertura do orifício externo do colo uterino, a cristalização, a filância e a celularidade, constituindo o chamado Escore Cervical de Insler. Pela difícil correlação com ciclos ovulatórios, também não é recomendado como prática clínica.^(2,4,16)

Outras maneiras que podem ser empregadas na avaliação do fator ovulatório:

Biópsia de endométrio: obtenção de fragmentos do endométrio utilizando curetas apropriadas (Novak, Pipelle) dois a três dias antes do fluxo menstrual esperado e a ultrassonografia endovaginal seriada usada para documentar o fenômeno ovulatório mediante a análise do desenvolvimento folicular até seu rompimento e da evolução endometrial, não são utilizados rotineiramente devido à baixa correlação com prognóstico gestacional nos ciclos reprodutivos.^(2,4,16) O acesso à reserva ovariana, atualmente preconizado, pode ser avaliado indiretamente por meio da dosagem de FSH, estradiol e hormônio antimülleriano (HAM) e da contagem ultrassonográfica transvaginal de folículos antrais (CFA), realizadas na fase folicular inicial (2º ao 5º dia do ciclo menstrual). São exames que podem ser de grande utilidade como preditores da resposta ovariana ao tratamento de estimulação com drogas específicas. Alguns estudos sugerem que as combinações dessas avaliações com a idade da paciente são bons fatores prognósticos para o alcance e o sucesso da gravidez, tanto em mulheres inseridas nos programas de infertilidade quanto na população em geral. No entanto, esses são dados ainda controversos na literatura, e a idade da mulher permanece como o mais forte parâmetro correlacionado com boas chances de gestação.⁽³¹⁾

Dosagem do HAM: é atualmente a melhor medida disponível da reserva ovariana, sendo aplicável em uma variedade de situações clínicas, tais como tratamento de infertilidade (especialmente FIV), previsão de vida útil reprodutiva, disfunção ovariana (especialmente SOP) e quimioterapia ou cirurgia de ovário. Pode ser medido em qualquer dia do ciclo menstrual;

Valores de referência:⁽³²⁾ FSH (ideal – < 8 mUI/mL, ruim – entre 10 e 15 mUI/mL, mal prognóstico – > 15 mUI/mL); estradiol (< 50 a 70 pg/mL); HAM (baixa resposta < 0,5 a 1,0 ng/mL, valores normais entre 1,0 e 2,8 ng/mL, risco de hiper-resposta ou hiperestímulo ovariano > 2,8 ng/mL; CFA (baixa resposta – abaixo de 4 folículos entre 2 e 11 mm de diâmetro médio e risco de hiper-resposta ou hiperestímulo ovariano acima de 16 folículos);

Outros testes indicativos da reserva folicular: teste de estímulo ovariano ou teste do clomifeno, em que 100 mg de citrato de clomifeno são administrados à paciente nos dias 5 a 9 do ciclo menstrual e dosagens de FSH são feitas nos dias 3 e 10 desse mesmo ciclo, e soma dos dois resultados deve ser inferior a 26 mUI/mL.^(31,32) Outra dosagem possível é da inibina basal, no dia 3 do ciclo. Não possuem aplicabilidade clínica, retardam o diagnóstico e o tratamento dos pacientes e não são rotineiramente utilizados.^(31,32)

Fator cervical

Compreende as más-formações, as lesões neoplásicas ou benignas (pólipos, miomas etc.), as infecções diversas e os fatores imunológicos. As alterações ana-

tômicas causadas por procedimentos iatrogênicos ou cirúrgicos também podem contribuir para sua causa na infertilidade.⁽³³⁾

Teste pós-coito (TPC) ou teste de Sims-Huhner: teste controverso no contexto da propeidética em infertilidade e não utilizado. Sua finalidade é analisar a receptividade do muco cervical e a habilidade em permitir a sobrevivência e a migração dos espermatozoides em seu conteúdo. É de valor questionável na incapacidade de realizar o espermograma, em que, nesse caso, poderia evidenciar a presença de espermatozoides no ejaculado.⁽³³⁾

Fator uterino

Muitas vezes, o diagnóstico de anormalidade uterina é feito por exclusão. As más-formações congênitas variam desde a agenesia de qualquer porção do trato genital inferior associada ou não a más-formações renais (síndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser), à presença de septos vaginais ou uterinos, más-formações müllerianas como o útero septado (associado mais frequentemente a perdas gestacionais precoces), o unicorno e o bicorno. Elas prejudicam a fertilidade tanto por interferirem no transporte do óvulo por obstrução do óstio tubário quanto por interferirem nos processos de implantação. Os leiomiomas uterinos são prejudiciais quando têm a capacidade de obstrução ou impedimento do processo de nidação. Os pólipos, exceto os de dimensões extremas, são questionáveis sobre sua capacidade de alterar o prognóstico da fertilidade. As sinequias resultantes de processos infecciosos ou procedimentos invasivos interferem como fator mecânico na implantação embrionária, obstruindo a passagem de gametas e, ainda, podendo levar à amenorreia.⁽³³⁾

Histerossalpingografia e ultrassonografia transvaginal ou em 3D: podem suspeitar de más-formações müllerianas e outras alterações na cavidade uterina.^(16,24,34)

Histeroscopia: não deve ser oferecida como parte da investigação inicial, porém é um método de visualização direta da cavidade uterina e da cérvix que permite confirmação de achados feitos por outros métodos. Pode também ser utilizada na terapêutica dessas lesões.⁽³⁵⁾

Videolaparoscopia e ressonância magnética: permitem a visualização da cavidade abdominal e pélvica e predizem a confirmação das más-formações uterinas e a localização de miomas uterinos. No entanto, são métodos mais invasivos ou de altíssimo custo e necessitam de avaliação criteriosa para sua indicação na propeidética de infertilidade.⁽¹⁷⁾

Fator masculino

Espermograma ou análise seminal: é a forma inicial de avaliação da causa masculina, sendo um exame essencial na investigação do casal infértil. Os parâmetros de referência, segundo a Organização Mundial de Saúde, são:^(35,36)

- Volume: $\geq 1,5$ mL;
- pH: $\geq 7,2$;
- Concentração espermática (número de espermatozoides/mL): > 15 milhões;
- Total espermatozoides no ejaculado: > 40 milhões;
- Motilidade progressiva (A + B): 32%;
- Vitalidade: 58%;
- Leucócitos: < 1 milhão/mL;
- Morfologia ou formas normais: $> 4\%$ (critério estrito de Kruger).

Se o resultado da primeira análise do sêmen é anormal, um teste de confirmação deve ser oferecido, devendo ser repetido, idealmente, em três meses após o diagnóstico de base para completar o ciclo de formação dos espermatozoides. No entanto, se tiver sido detectada uma alteração seminal importante, como azoospermia ou oligozoospermia severa, a repetição do teste deve ser realizada o mais rapidamente possível.⁽³⁷⁾

Anticorpos espermáticos: não deve ser oferecido, porque não há nenhuma evidência de tratamento eficaz para melhorar a fertilidade.^(16,37,38)

Fragmentação do DNA: vários testes têm sido desenvolvidos para medir as taxas de fragmentação do DNA, entre eles o teste de Tunel, que analisa especificamente o número de quebras no DNA. Valores iguais ou acima de 36% no Tunel indicam anormalidade. Como o teste não modifica o tratamento do casal, o uso rotineiro não está indicado.^(37,38)

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A avaliação diagnóstica de infertilidade deve incluir uma história pessoal, reprodutiva e familiar detalhada associada a um exame físico completo.
2. A infertilidade envolve causas femininas e masculinas, portanto ambas devem ser investigadas.
3. A fertilidade diminui à medida que uma mulher se aproxima dos 40 anos de idade.
4. As mulheres abaixo de 35 anos de idade devem realizar a propeidética se não tiverem alcançado uma gravidez após um ano de relações sexuais sem proteção. Mulheres com idade superior a 35 anos devem procurar a avaliação após seis meses de tentativas sem sucesso. A análise de infertilidade pode ser imediata se houver história médica significativa para oligomenorreia, amenorreia, endometriose em estágio avançado ou qualquer outra condição que possa limitar a fertilidade.
5. A avaliação diagnóstica de infertilidade deve incluir a avaliação da função ovulatória, estrutura e patência do trato reprodutivo feminino e a análise do sêmen.
6. A HSG tem sido o teste-padrão para a permeabilidade tubária. A videolaparoscopia

é útil para fazer o diagnóstico de fatores peritoniais, avaliar endometriose em estágio avançado ou confirmar patologias tubárias.

7. O TPC e a biópsia endometrial não têm valor preditivo do potencial reprodutivo e não devem ser realizados de rotina.

REFERÊNCIAS

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Optimizing natural fertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017;107(1):52-8.
- Flynn N. Assessment and treatment for people with fertility problems: NICE guideline. *Br J Gen Pract*. 2014;64(618):50-1.
- Infertility revisited: the state of the art today and tomorrow. The ESHRE Capri Workshop. European Society for Human Reproduction and Embryology. *Hum Reprod*. 1996;11(8):1779-807. Review.
- World Health Organization (WHO). Manual for standardized investigation and diagnostic of the infertile couple. 2nd ed. Cambridge: WHO; 2000.
- Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010;8:21.
- Faddy MJ, Gosden RG. A model conforming the decline in follicle numbers to the age of menopause in women. *Hum Reprod*. 1996;11(7):1484-6.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Fertil Steril*. 2014;101(3):633-4.
- Lashen H. Investigations for infertility. *Curr Obstet Gynaecol*. 2004;14(4):269-76.
- The ESHRE Capri Workshop. Infertility revisited: the state of the art today and tomorrow. *Hum Reprod*. 1996;11:1775-807.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015;103(6):e44-50.
- Mahany EB, Randolph JF Jr. Biochemical and Imaging Diagnostics in Endocrinology: predictors of Fertility. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2017;46(3):679-89.
- Meczekalski B, Czyzyk A, Kunicki M, Podfigurna-Stopa A, Plociennik L, Jakiel G, et al. Erratum to: Fertility in women of late reproductive age: the role of serum anti-Müllerian hormone (AMH) levels in its assessment. *J Endocrinol Invest*. 2016;39(11):1267.
- Schlegel PN. Evaluation of male infertility. *Minerva Ginecol*. 2009;61(4):261-83.
- Krausz C. Male infertility: pathogenesis and clinical diagnosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2011;25(2):271-85.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems. London (UK): RCOG Press; 2004.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. Nice Clinical Guideline. 2nd ed. London (UK): RCOG Press; 2013.
- Verhoeve HR, Coppus SF, van der Steeg JW, Steures P, Hompes PG, Bourdrez P, et al.; Collaborative Effort on the Clinical Evaluation in Reproductive Medicine. The capacity of hysterosalpingography and laparoscopy to predict natural conception. *Hum Reprod*. 2011;26(1):134-42.
- ESHRE Capri Workshop Group. Diagnosis and management of the infertile couple: missing information. *Hum Reprod Update*. 2004;10(4):295-307.
- International Federation of Fertility Societies. Global Standards of Infertility Care Standard 7. Assessment of tubal patency. Recommendations for Practice. [Dhiraj Gada for Standards and Practice Committee]. [Internet]. First release 11 h July 2011. Review October 2015. [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://cdn.ymaws.com/www.iffs-reproduction.org/resource/resmgr/practice_standards/tubal_assessment_updated_oct.pdf
- Reis MM, Soares SR, Cancado ML, Camargos AF. Hysterosalpingo contrast sonography (HyCoSy) with SH U 454 (Echovist) for the assessment of tubal patency. *Hum Reprod*. 1998;13(11):3049-52.
- Lim CP, Hasafa Z, Bhattacharya S, Maheshwari A. Should a hysterosalpingogram be a first-line investigation to diagnose female tubal subfertility in the modern subfertility workup? *Hum Reprod*. 2011;26(5):967-71.
- de Almeida I, Souza C, Reginatto F, Cunha Filho JS, Facin A, Freitas F, et al. [Hysterosonosalingography and hysterosalpingography in the diagnosis of tubal patency in infertility patients]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2000;46(4):342-5.
- Helpman L, Wolman I. Hysterosalpingo contrast sonography for the evaluation of the tubal factor in infertility investigation: review of literature. *Rev Gynaecol Pract*. 2003;3(4):171-6.
- Marci R, Marcucci I, Marcucci AA, Pacini N, Salacone P, Sebastianelli A, et al. Hysterosalpingocontrast sonography (HyCoSy): evaluation of the pain perception, side effects and complications. *BMC Med Imaging*. 2013;13:28.
- Tanahatoo SJ, Lambalk CB, Hompes PG. The role of laparoscopy in intrauterine insemination: a prospective randomized reallocation study. *Hum Reprod*. 2005;20(11):3225-30.
- Cheong YC, Li TC. Evidence-based management of tubal disease and infertility. *Curr Obstet Gynaecol*. 2005;15(5):306-13.
- Tanahatoo S, Lambalk C, McDonnell J, Dekker J, Mijatovic V, Hompes P. Diagnostic laparoscopy is needed after abnormal hysterosalpingography to prevent over-treatment with IVF. *Reprod Biomed Online*. 2008;16(3):410-5.
- Sunderam S, Chang J, Flowers L, Kulkarni A, Sentelle G, Jeng G, et al.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Assisted reproductive technology surveillance – United States, 2006. *MMWR Surveill Summ*. 2009;58(5):1-25.
- Shushan A, Eisenberg VH, Schenker JG. Subfertility in the era of assisted reproduction: changes and consequences. *Fertil Steril*. 1995;64(3):459-69.
- Bowen S, Norian J, Santoro N, Pal L. Simple tools for assessment of ovarian reserve (OR): individual ovarian dimensions are reliable predictors of OR. *Fertil Steril*. 2007;88(2):390-5.
- Nelson SM, Telfer EE, Anderson RA. The ageing ovary and uterus: new biological insights. *Hum Reprod Update*. 2013;19(1):67-83.
- Moghissi KS. Postcoital test: physiologic basis, technique, and interpretation. *Fertil Steril*. 1976;27(2):117-29.
- Zafarani F, Ahmadi F, Shahrzad G. Hysterosalpingography in The Assessment of Congenital Cervical Anomalies. *Int J Fertil Steril*. 2017;11(2):71-8.
- Bosteels J, Kasius J, Weyers S, Broekmans FJ, Mol BW, D'Hooghe TM. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1):CD009461.
- Cooper TG, Noonan E, von Eckardstein S, Auger J, Baker HW, Behre HM, et al. World Health Organization reference values for human semen characteristics. *Hum Reprod Update*. 2010;16(3):231-45.
- World Health Organization (WHO). WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 5th ed. Geneva: WHO; 2010.
- Gatimel N, Moreau J, Parinaud J, Léandri RD. Sperm morphology: assessment, pathophysiology, clinical relevance, and state of the art in 2017. *Andrology*. 2017;5(5):845-62.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015;103(3):e18-25.

Cardiotocografia anteparto

Cristiane Alves de Oliveira^{1,2}, Renato Augusto Moreira de Sá¹

Descritores

Cardiotocografia; Monitorização fetal; Frequência cardíaca fetal; Cuidado pré-natal; Hipoxia fetal

Como citar?

Oliveira CA, Sá RA. Cardiotocografia anteparto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 81/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

1. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
2. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 81, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

O objetivo da vigilância fetal anteparto é prevenir a morte fetal. A avaliação da frequência cardíaca fetal (FCF) tem sido utilizada há mais de quatro décadas em conjunto com a ultrassonografia (USG) e a dopplervelocimetria da artéria umbilical para avaliar o bem-estar fetal.⁽¹⁻³⁾

A cardiotocografia (CTG), também conhecida como monitorização fetal eletrônica, é um método não invasivo de monitorização dos batimentos cardíacos fetais, cujo objetivo primário é a avaliação da vitalidade do concepto (oxigenação) e consiste no registro gráfico simultâneo da FCF, dos movimentos fetais e das contrações uterinas.^(1,4) Ela é classificada em anteparto (ou basal) e intraparto. A primeira destina-se ao acompanhamento da saúde fetal na gestação, e a segunda propõe-se a monitorá-la durante o trabalho de parto.⁽¹⁾

Embora seja largamente utilizada, há fracas evidências de que a CTG anteparto possa reduzir a morbidade e a mortalidade perinatais.⁽⁵⁾ No entanto, a CTG permanece como importante ferramenta para avaliação do bem-estar fetal, sobretudo nas gestações consideradas de alto risco.^(1,2)

As vantagens do método incluem facilidade de realização, baixo custo, boa aceitação por pacientes e profissionais de saúde e alto valor preditivo negativo (VPN) – em outras palavras, quando a CTG revela um padrão considerado normal, o bem-estar fetal pode ser assegurado. O exame apresenta valores de sensibilidade e especificidade para a detecção de acidose metabólica fetal de 57% e 69%, respectivamente, e baixo valor preditivo positivo, de modo que alterações observadas no exame devem ser analisadas com cautela, muitas vezes, demandando avaliação adicional.^(1,4)

BASES FISIOLÓGICAS E FISIOPATOLÓGICAS

O coração fetal e seu sistema de condução desenvolvem-se entre a terceira e a sexta semana de vida embrionária. O sistema nervoso autônomo (SNA), com seus componentes simpático e parassimpático, regula a FCF e torna-se funcional em fase mais tardia da gestação. Na presença de hipoxia cerebral, o hipotálamo e os núcleos da base do cérebro do concepto são as primeiras estruturas a serem comprometidas, prejudicando, como consequência, a ação do SNA sobre o coração do feto e alterando o comportamento da FCF.⁽¹⁾

O pleno desenvolvimento do sistema parassimpático ocorre no terceiro trimestre da gestação. Em torno de 24 semanas, apenas 50% dos fetos saudáveis demonstram aceleração da FCF durante sua movimentação ativa, o que ocorre com 95% dos fetos a partir de 30 semanas.⁽¹⁾

TÉCNICA

Um transdutor é acoplado ao ventre materno, sobre o dorso fetal, para a captação dos batimentos cardíacos fetais. Um segundo dispositivo é posicionado próximo ao fundo uterino para registrar a atividade contrátil miométrial. Esses sinais são transmitidos a um monitor que gera registro gráfico da FCF e das contrações uterinas.⁽¹⁾

Recomendações para a realização do exame

1. Colocar a gestante em decúbito lateral, posição semideitada (de semi-Fowler = 30° a 35°), em posição de Fowler (45°) ou sentada.⁽¹⁾
 2. Orientar a gestante a evitar período prévio de jejum prolongado.⁽¹⁾
 3. Duração média da avaliação: 10 minutos, embora seja exigido tempo adicional de até 30 minutos para que uma anormalidade seja atestada. No caso de dúvidas em relação à interpretação do traçado, aumentar o tempo de observação.⁽¹⁾
 4. Avaliar todos os parâmetros da CTG (FCF basal – linha de base, oscilações da FCF – variabilidade da FCF, acelerações e desacelerações da FCF).
 5. Utilizar estimulação vibroacústica no caso de acelerações ausentes.
 6. Classificar a CTG – conduzir de acordo com a categoria do exame, gravidade e estabilidade do quadro clínico materno e a idade gestacional.
- A administração de glicose à mãe e o uso de manipulação fetal não diminuem os resultados anormais na CTG anteparto, não havendo indicações para tais práticas.⁽⁶⁾
 - A estimulação vibroacústica (buzina adaptada ao ventre materno, próximo ao polo cefálico do concepto – pressão sonora: 110 a 120 dB; frequência sonora: 500 a 1.000 Hz, duração: 1 a 3 segundos, podendo ser repetida até três vezes) é utilizada para estimular a movimentação fetal, objetivando diferenciar os conceptos hígidos dos hipoxemiados.^(1,2,7-9)
 - É importante lembrar que o ciclo de sono fetal normalmente dura 20 a 40 minutos e praticamente nunca ultrapassa 90 minutos no feto normal e saudável.
 - A utilização de estimulação vibroacústica pode reduzir o tempo de exame, mas, com o aumento do tempo de observação, será observada movimentação fetal ativa mesmo sem a realização da estimulação.

Parâmetros avaliados na cardiotocografia

- FCF basal – linha de base.
- Oscilações da FCF – variabilidade da FCF.
- Acelerações da FCF.
- Desacelerações da FCF.

FCF basal

Definida como a FCF média calculada em determinado tempo. Pode ser classificada em:^(1-3,4,7,8)

- Normal – 110 a 160 batimentos por minuto (bpm);
- Taquicardia – maior que 160 bpm. No geral,

causada por variáveis maternas como hipertermia, ansiedade, tireotoxicose e uso de drogas, por infecção intrauterina, por hipoxia fetal, por doenças cardíacas do concepto, de fatores constitucionais;

- Bradicardia – menor que 110 bpm. Pode decorrer de hipoxia fetal, doenças cardíacas do concepto, ação de drogas usadas pela mãe e fatores constitucionais.

Oscilação da frequência cardíaca fetal⁽⁶⁾

- Microscilação (variabilidade de curta duração) – variação batimento a batimento da FCF. Somente pode ser avaliada na CTG computadorizada.^(1,4)
- Macroscilação (variabilidade de longa duração) (Tabela 1) – representa a variação entre a maior e a menor FCF no intervalo de 1 minuto de exame. Embora o tempo necessário para caracterizar a macroscilação seja de 1 minuto, é exigido um mínimo de 10 minutos de exame para o seu julgamento.^(1-4,7,8)

Há o padrão sinusoidal, no qual há presença de padrão ondulatório que mimetiza ondas senoidais com variabilidade de 3 a 5 bpm que persiste por 20 minutos ou mais. Esse padrão pode ser observado no feto gravemente anêmico (dosagem de hemoglobina menor que 7 g%).⁽¹⁾

Tabela 1. Classificação das macroscilações⁽⁶⁾

Amplitude da variação	Terminologia
Indetectável	Ausente
≤ 5 bpm	Mínima
6 a 25 bpm	Moderada
> 25 bpm	“Marked” (acentuada, saltatória)

Fonte: Tan KH, Sabapathy A. Fetal manipulation for facilitating tests of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD003396.⁽⁶⁾

ACELERAÇÃO DA FCF À MOVIMENTAÇÃO FETAL (AMF)

- Diz respeito a aumentos periódicos da FCF induzidos por atividade motora do concepto ou por contrações uterinas.
- Todo concepto hígido, quando se movimenta, acelera sua FCF (amplitude > 15 bpm, duração > 15 segundos).^(1-4,7,8)
- O desaparecimento da AMF é a primeira ocorrência observada na CTG quando há hipoxia fetal.⁽¹⁾
- É importante lembrar que o feto, em seu período fisiológico de sono ou sob a ação de droga sedativa administrada à mãe, não realiza movimentação ativa e, portanto, não acelera sua frequência cardíaca, mesmo estando hígido.^(1,6)

- Deve-se dar atenção para a utilização do critério de aceleração para fetos prematuros. Para fetos com menos de 32 semanas, a aceleração esperada é de 10 bpm por pelo menos 10 segundos.^(2,3,7,8)
- Qualquer aceleração que dure mais do que 10 minutos deve ser considerada como uma mudança na linha de base.^(1,7,8)
- Ausência de acelerações indica acidose em aproximadamente 50% dos casos.⁽⁹⁾

Desacelerações

- A FCF pode apresentar quedas periódicas (desacelerações) que, dependendo de suas características, podem ter ou não significado patológico.⁽¹⁾
- Qualquer desaceleração que dure mais do que 10 minutos é considerada como uma mudança na linha de base.⁽¹⁻³⁾
- Quando presente a contração uterina, as desacelerações podem ser classificadas como: precoces ou tardias.^(1,3,4,7,8)
- Desacelerações tardias (quando o nadir da desaceleração ocorre após o pico da contração uterina) são altamente sugestivas de comprometimento da oxigenação do concepto.
- Nas desacelerações precoces, o nadir e a recuperação da FCF basal são coincidentes com o início e o pico das contrações uterinas. Essas desacelerações estão normalmente associadas com a compressão da cabeça fetal durante o trabalho de parto (CTG intraparto). Em geral, são consideradas como benignas.
- As desacelerações variáveis não têm relação com a contração uterina. São comumente associadas à compressão do cordão umbilical. Elas podem ser divididas em dois grupos: complicadas e não complicadas.^(1,3,4,7,8)
- Desacelerações variáveis *não complicadas* consistem em rápida desaceleração da FCF precedida por aceleração inicial e seguida por rápido retorno à linha de base com aceleração secundária da FCF. São as desacelerações anteriormente classificadas como favoráveis.
- Desacelerações variáveis *complicadas* são as desacelerações em que a FCF atinge valores abaixo de 70 bpm com duração superior a 60 segundos, perda da variabilidade da FCF durante a desaceleração, desaceleração bifásica, aceleração prolongada secundária (incremento de mais de 20 bpm e/ou duração de mais do que 20 segundos pós-desaceleração), regresso lento à linha de base em nível inferior ao presente antes da desaceleração ou em nível de taquicardia ou bradicardia fetal. São as desacelerações classificadas anteriormente como desfavoráveis.

Classificação e interpretação

A classificação da CTG anteparto em “reativa ou não reativa”, de acordo com a presença ou não de aceleração da FCF, respectivamente, não é mais recomendada atualmente.^(3,7,10) A classificação em categorias de acordo com exame normal, atípico (ou indeterminado) e anormal, levando-se em consideração todos os parâmetros de avaliação da FCF, é atualmente preferida (Quadro 1).^(3,7,8)

Categorias da CTG anteparto:^(3,7,8,10)

- Categoria I – Normal (altamente preditiva de equilíbrio ácido-base normal);
- Categoria II – Atípica/Indeterminada (não é preditora de alteração no equilíbrio, mas não pode atestar normalidade no momento da observação);
- Categoria III – Anormal (equilíbrio ácido-base anormal).

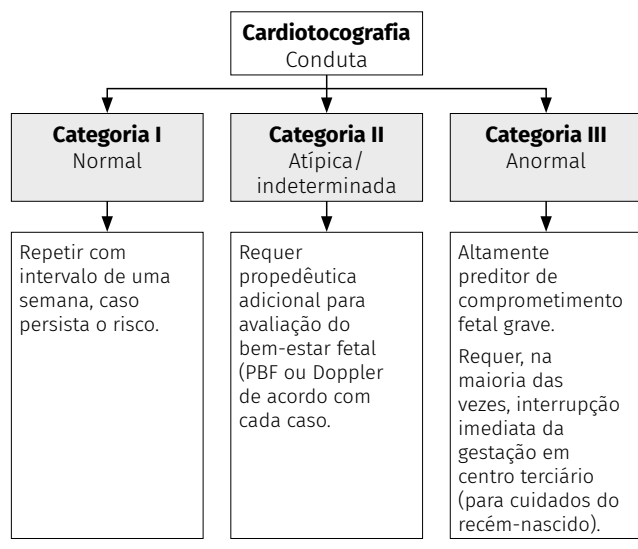
Para melhor interpretação do exame, comentários adicionais à sua classificação devem que ser feitos:

- A presença de acelerações da FCF na CTG permite concluir pelo seu bem-estar, desde que o volume do líquido amniótico também esteja normal (sensibilidade maior que 90%);⁽²⁾
- Embora os resultados anormais da CTG possam ser associados à acidemia ou hipoxemia, eles não refletem a gravidade ou a duração do distúrbio ácido-base. Além disso, é importante lembrar que outros fatores, não associados a distúrbios no equilíbrio ácido-base e hipoxemia, como prematuridade, sono fetal, medicamentos utilizados pela gestante, tabagismo materno e anormalidades do sistema nervoso central fetal, podem afetar adversamente os parâmetros biofísicos e os resultados da CTG;⁽²⁾
- O VPN da CTG para prever o óbito fetal em uma semana de um teste normal é de 99,8%;⁽²⁾
- Alguns exames com acelerações presentes mostram queda abrupta da FCF antecedendo a aceleração habitual, fenômeno sugestivo de compressão funicular transitória pela movimentação do concepto;⁽¹⁾
- Entre os fetos sem aceleração presente, somente 40% estão comprometidos, variando de 10% entre os suspeitos até bem próximo de 100% entre os fetos terminais (gravemente comprometidos). Portanto, nos casos de CTG sem acelerações, é mandatório complementar-se a investigação com outros métodos propedêuticos;^(1,3,7,8)
- O exame categoria indeterminada (atípica ou categoria II) é, por vezes, de difícil interpretação;^(1,3)
- Deve-se atentar para o fato de que, entre 24 e 28 semanas de gestação, 50% dos fetos normais apresentam exame *sem acelerações*, número que cai para 15% quando a gravidez se aproxima de 32 semanas.⁽³⁾

Quadro 1. Classificação da cardiotocografia anteparto (basal)

Parâmetro	CTG normal (antiga reativa)	CTG atípica ou indeterminada (antiga não reativa)	CTG anormal (antiga não reativa)
Linha de base	110-160 bpm	100-110 bpm > 160 bpm por < 30 min Elevação da linha de base	Bradycardia < 100 bpm Taquicardia > 160 bpm por 30 min Linha de base irregular
Variabilidade	6 a 25 bpm ≤ 5 bpm por < 40 min	≤ 5 bpm por 40 a 80 min	≤ 5 bpm por ≥ 80 min ≥ 25 bpm por > 10 min Sinusoidal
Desacelerações	Nenhuma ou ocasional/variável, < 30 seg	Desacelerações variáveis, por 30 a 60 seg	Desacelerações variáveis, > 60 seg Desaceleração tardia
Acelerações (> 32 semanas)	≥ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em < 40 min	≤ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em 40-80 min	≤ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em > 80 min
Acelerações (< 32 semanas)	≥ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em < 40 min	≤ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em 40-80 min	≤ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em > 80 min
Ação	Nova avaliação opcional: baseada no quadro clínico	Nova avaliação necessária	Conduta urgente: Avaliação completa com US e PBF. Alguns casos terminarão em interrupção da gestação.

Fonte: Traduzido e adaptado de Liston R, Sawchuck D, Young D. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56⁽³⁾ Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. Obstet Gynecol. 2008;112(3):661-6.⁽⁷⁾

**Figura 1.** Conduta obstétrica ante os resultados da cardiotocografia anteparto

RECOMENDAÇÕES DA VIGILÂNCIA FETAL ANTEPARTO (FIGURA 1)

A avaliação do bem-estar fetal anteparto pode ser feita por meio de: contagem dos movimentos fetais, CTG anteparto (basal), perfil biofísico fetal (PBF) e dopplervelocimetria da artéria umbilical.⁽²⁾

- As evidências científicas nível I são limitadas para apoiar o uso da CTG anteparto como método de assegurar o bem-estar fetal.⁽³⁾
- Há evidências contrárias à realização da CTG anteparto em gestações de baixo risco (em torno de 50% de falsos-positivos).⁽⁹⁾
- Gestantes saudáveis, sem fatores de risco para resultado perinatal adverso, devem ser informadas quanto à importância de atentarem para os movimentos fetais no terceiro trimestre, procedendo à contagem deles caso suspeitem de movimentos diminuídos em relação ao usual diário. (I-B)⁽³⁾
- Caso sejam contados menos de seis movimentos em um intervalo de 2 horas, deve-se procurar assistência médica o mais rápido possível. (III-B)⁽³⁾
- O monitoramento diário dos movimentos fetais a partir das 26 a 32 semanas deve ser feito em todas as gestações com fatores de risco para resultado perinatal adverso. (I-A)⁽³⁾
- A CTG anteparto pode ser considerada quando presentes riscos para desfecho perinatal adverso. (III-B)⁽³⁾
- Na presença de CTG normal, movimentação fetal usual (> 6 movimentos em 2 horas) e ausência

de oligodramnia, não é necessário realizar PBF ou outra avaliação adicional. (III-B)⁽³⁾

- Na presença de CTG anormal, é necessário realizar PBF ou outra avaliação adicional. (B)^(3,7,8)
- Em gestações entre 41 e 42 semanas, o bem-estar fetal deve ser avaliado, sendo inclusas pelo menos uma CTG anteparto e uma avaliação do volume de líquido amniótico. (I-A)⁽¹¹⁾
- Avaliação semanal do bem-estar fetal a partir de 36 semanas é recomendada em *diabetes mellitus* pré-gestacional e *diabetes mellitus* gestacional em uso de insulina. Também é razoável considerar avaliação fetal semanal para mulheres com *diabetes mellitus* gestacional controlado por dieta a partir de 36 semanas. Métodos aceitáveis de avaliação do bem-estar fetal nesse grupo podem incluir a CTG anteparto, avaliação do líquido amniótico, PBF ou combinação deles. (III-A)⁽¹²⁾
- A CTG anteparto não está indicada antes de 26 semanas de gestação pela imaturidade fisiológica do SNA e por inexistirem parâmetros de normalidade disponíveis para essa idade gestacional.⁽¹⁾
- Diante do resultado da CTG anteparto, devem-se levar sempre em consideração a gravidade e a estabilidade do quadro clínico materno e a idade gestacional para estabelecer a conduta obstétrica, visto que o valor preditivo positivo da CTG anteparto é baixo.⁽²⁾

REFERÊNCIAS

1. Fatorelli J, Carvalho PR. Cardiotocografia anteparto. In: Sá RAM, Oliveira CA. *Hermógenes – Obstetrícia básica*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 145: Antepartum fetal surveillance. *Obstet Gynecol*. 2014;124(1):182-92.
3. Liston R, Sawchuck D, Young D. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56.
4. Nomura RMY, Miyadahira S, Zugaib M. Avaliação da vitalidade fetal anteparto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(10):513-26.
5. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;20(1):CD001068.
6. Tan KH, Sabapathy A. Fetal manipulation for facilitating tests of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003396.
7. Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring: Update on Definitions, Interpretation, and Research Guidelines. *Obstet Gynecol*. 2008;112(3):661-6.
8. Hankins GD, Miller DA. A review of the 2008 NICHD Research Planning Workshop: Recommendations for fetal heart rate terminology and interpretation. *Clin Obstet Gynecol*. 2011;54(1):3-7.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [Cadernos de Atenção Básica, 32].
10. Clinical Effectiveness Support Unit. The use of electronic fetal monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2001.
11. SOGC Clinical Practice Guideline nº 214: Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(9):800-10.
12. SOGC Clinical Practice Guideline nº 334: Diabetes in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(7):667-79.



É PRECISO CUIDAR DE QUEM CUIDA!

A FEBRASGO tem em seu DNA o objetivo de promover, apoiar e zelar pelo aperfeiçoamento técnico, científico e pelos aspectos éticos do exercício profissional de ginecologistas e obstetras, pautados pelo total respeito à saúde e bem-estar da mulher.

Toda nossa atuação é regulada pelos princípios da Ética, Excelência, Credibilidade, Inovação, Transparência, Representatividade, Conhecimento e Respeito. Atuamos com dedicação e convicção para garantir condições adequadas à boa medicina.

Considerando o cenário atual em que estamos vivendo, e, frente as dificuldades enfrentadas por profissionais de várias especialidades, a FEBRASGO iniciou um projeto para obter doações de EPIs.

**Quer doar EPIs?
Entre em contato
com a FEBRASGO!**

[www.febrasgo.org.br
/pt/covid19/acao-social](http://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/acao-social)



Você conhece os benefícios disponíveis para os associados da Febrasgo?

Listamos 10 para você.



1. Acesso ilimitado aos descontos do clube de benefícios FEBRASGO ;
2. Acesso aos protocolos assistenciais;
3. Acesso à série Orientações e Recomendações Febrasgo;
4. Conteúdo exclusivo no APP da Febrasgo;
5. Acesso aos posicionamentos Febrasgo;
6. Acesso às videoaulas de ginecologia e obstetrícia;
7. Revistas Femina, RBGO e ELA;
8. Conteúdos Científicos produzidos pelas 30 Comissões Nacionais Especializadas;
9. Termos de consentimento pós-informado atualizados em 2020;
10. Descontos em eventos realizados pela Febrasgo e pelas Federadas.