

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 7, 2020



Massa anexial é o primeiro tema do **Febrasgo Position Statement**

COMUNICAÇÃO EFETIVA

A importância do consentimento na medicina

RESIDÊNCIA MÉDICA

Recomendações da CNE para a prática da profissão em tempos de COVID-19

ENTREVISTA

Médicos contam como foi sentir na pele a COVID-19



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

CLUBE DE BENEFÍCIOS FEBRASGO

São mais de 150 parceiros com até 60% de desconto

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

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

Acesse e aproveite: clubedebeneficios.febrasgo.org.br

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

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

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 Leite Ferraz, 75,
Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



É fácil difamar a *Femina*. Difícil é mantê-la com edições regulares e atingir todos os associados de forma indistinta. Como editores, não temos nos sentido confortáveis com as pesadas críticas recebidas pela revista recentemente em matérias apócrifas divulgadas nas redes sociais e em e-mails dirigidos aos associados. Não tem sido uma missão fácil resgatar a *Femina* depois de ela haver passado por um período de muitas incertezas sobre o seu futuro, tendo em vista a paucidade e a irregularidade de suas edições, para reconduzi-la à condição de revista mais lida pelos ginecologistas e obstetras brasileiros. As últimas gestões da Febrasgo têm procurado resgatar a *Femina*, que se encontrava em enormes dificuldades nas suas edições anteriores. Para se ter uma ideia, a diretoria da Febrasgo, empossada em janeiro de 2016, verificou que a *Femina* de fevereiro do ano anterior havia sido o último número editado. Às pressas, conseguiu-se editar os fascículos restantes de 2015, cujos artigos se encontravam em “fase estacionada” na sede da Febrasgo no Rio de Janeiro. Portanto, as suas edições não eram regulares e a única certeza sobre elas era a imprevisibilidade das datas de suas publicações.

Nossa linha editorial foi retomada no sentido de tornar a *Femina*, novamente, a revista lida por todos os associados, com conteúdo científico de temas de atualização aliado a notícias e reportagens sobre o dia a dia da Febrasgo, suas federadas e seus sócios. Para tal, os novos editores assumiram com o espírito que havia nortea-do a *Femina* desde sua criação: fazer da revista “deleite” do associado da Febrasgo, como queria seu fundador, o saudoso Jean Claude Nahoun. Provavelmente não é da contemporaneidade de boa parte dos atuais associados, mas a *Femina* “original” publicava regularmente artigos diversificados, acadêmicos e não acadêmicos. Um deles era uma crônica divertidíssima, assinada pelo já bem conhecido “Dr. Condón”, que nada tinha de científica, mas era esperada ansiosamente por todos os seus leitores. Essa mescla de artigos de atualização com temas do cotidiano da vida em

sociedade não é, portanto, novidade na *Femina*. Pelo contrário, remete-a às suas origens, que foi a grande motivação para a retomada das edições impressas. Recorde-se que a *Femina* ficou por um bom período, anterior a 2016, restrita às suas edições eletrônicas.

Ademais, a *Femina* não tem descuidado do seu papel como fonte de material de educação continuada e tem sido uma referência para os temas de defesa profissional de nossos associados. Publica com regularidade temas de atualização e os protocolos estabelecidos pelas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo, que são um material riquíssimo em orientações de rotinas para o exercício clínico da ginecologia e obstetrícia (GO). Também tem uma seção específica focada nas questões relacionadas aos programas de Residência Médica em GO, pois a formação dos novos residentes tem se constituído em uma preocupação da atual diretoria da Febrasgo.

Ao comunicar aos autores, há cerca de duas décadas, que publicaria prioritariamente artigos de revisão sistemática, a *Femina* se tornou uma concorrente de *RBGO* (esta sim, revista de caráter puramente acadêmico criada pela Febrasgo para a divulgação das pesquisas originais de GO feitas no Brasil e que tem contribuído para a valorização dos pesquisadores brasileiros). Aquela decisão, bloqueando as revisões narrativas, levou a um esvaziamento de ambas as revistas. A decisão da diretoria da Febrasgo foi de colocar cada revista no seu devido trilho e é o que tem balizado seus editores desde 2016. Duas revistas com propósitos distintos, mas ambas visando ao crescimento e à divulgação da Febrasgo.

Além de ser uma revista com informações do cotidiano da Febrasgo, a *Femina* aceita para publicação artigos originais, artigos de revisão (sistemática ou narrativa) e de atualização, opinião de especialistas (a convite dos editores), descrição de casos ou série de casos, cartas aos editores e outros comentários. Todos os manuscritos submetidos à *Femina*, de acordo com as instruções aos autores, são examinados pelo conselho editorial para avaliação do conteúdo, forma e qualidade.

A *Femina* mantém como principal característica a publicação de artigos originais que possam ter um im-

pacto direto no dia a dia de trabalho dos ginecologistas e obstetras brasileiros. Portanto, artigos clínicos/epidemiológicos de casuística nacional são de grande interesse para serem publicados. São especialmente bem-vindos artigos de *guidelines* ou *statements* e protocolos clínicos preparados pelas CNEs da Febrasgo ou outras sociedades de especialidades afins à GO.

Desde 2018, a *Femina* se tornou uma revista *open access* com edições eletrônicas e impressas que são distribuídas sem qualquer custo adicional a todos os membros associados da Febrasgo. Ela está registrada nas bases SciELO e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e pode ser, portanto, gratuitamente acessada por todos os interessados.

Mas o grande desafio tem sido: como sustentar a revista sem “sangrar” os cofres da Febrasgo duramente conseguidos com as receitas oriundas dos associados? Somente com recursos adicionais, obtidos de patrocinadores, tornou-se possível editá-la e distribuí-la gratuitamente em forma impressa a TODOS OS SEUS ASSOCIADOS diretamente no domicílio ou consultório. A questão do patrocínio pela indústria farmacêutica não pode ser utilizada como argumentação para desqualificar a *Femina*, visto que historicamente a revista sempre foi suportada com recursos advindos de patrocinadores. E mais, o seu patrocínio era tão disputado que os recursos dessa receita permitia editar, “de quebra”, a *RBGO*. Nada de novo, portanto. A diferença para os dias de hoje é que a indústria está, cada vez mais, restringindo o apoio financeiro e para obtê-lo é preciso muito trabalho e qualidade do produto que se quer patrocinar. A *Femina* tem essas qualidades.

Talvez alguns associados possam discordar do *modus faciendi* para captar os recursos para financiar a revista, mas seria muito bom também que, ao criticar, e até por interesse pela *Femina*, se apontassem caminhos alternativos para a sua sustentação. Ou será que prefeririam fechá-la, como ocorreu nas últimas décadas com outras quatro revistas de GO editadas no Brasil?

Os editores

SUMÁRIO

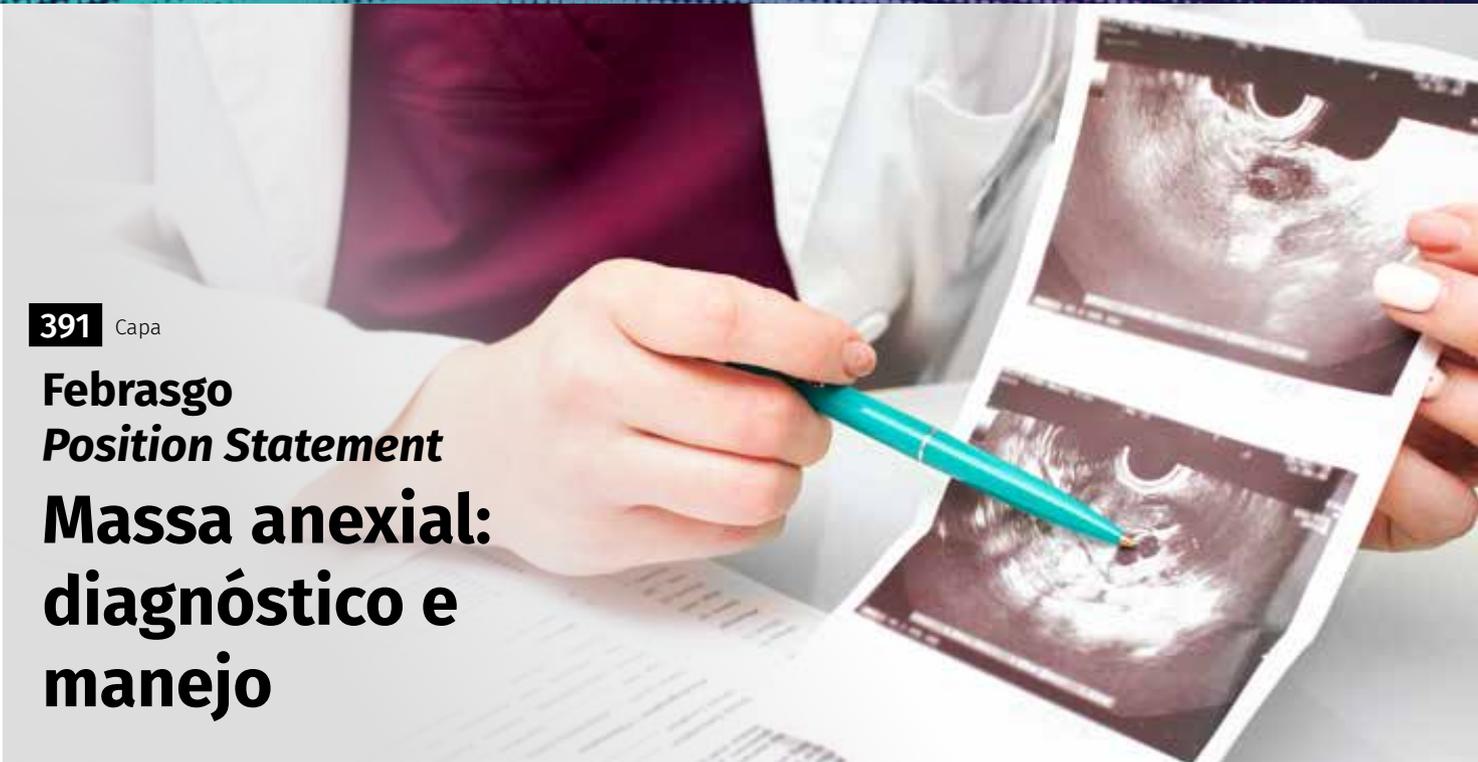
391 Capa

**Febrasgo
Position Statement
Massa anexial:
diagnóstico e
manejo**

399 Entrevista

**Eles venceram
a COVID-19**

Recuperados e de volta ao trabalho,
médicos relataram como foi
enfrentar um inimigo invisível



406

News

Unidos em defesa da saúde da mulher

Febrasgo realiza webinar para debater a redução da mortalidade materna

408

Comunicado Febrasgo

Conheça o Febrasgo *Position Statement*

409

In memoriam

Almir Antonio Urbanetz

Professor de Professores

410

Carta ao Editor

Uso excessivo de testes diagnósticos na prática clínica: os ginecologistas estão atentos às diretrizes científicas?

412

Federadas

Sogirgs – Atualização científica agora e sempre

Assogiro – Tira-dúvidas na palma da mão

414

Residência Médica

A Residência Médica em ginecologia e obstetrícia em tempos de COVID-19

419

Defesa e Valorização Profissional

A importância dos termos de consentimento

421

Caderno Científico

ARTIGO ORIGINAL

Análise da percepção de puérperas sobre a assistência ao parto em uma maternidade do Tocantins

ARTIGOS DE REVISÃO

Cirurgia ginecológica e COVID-19: qual o impacto e como devo conduzir?

Comprimento de colo uterino ao ultrassom transvaginal como preditor de risco do parto pré-termo espontâneo

Depressão pós-parto: quais os fatores de risco?

OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS

Maternidade após os 40: os riscos de postergar demasiado a maternidade

Massa anexial: diagnóstico e manejo

Número 1 – Julho de 2020

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

PONTOS-CHAVE

- Massas anexiais ocorreram em mulheres de todas as faixas etárias e sua etiologia e frequência variam de acordo com a idade.
- A maior parte das massas anexiais são benignas, assintomáticas e diagnosticadas incidentalmente, podendo ser candidatas a uma conduta expectante.
- O diagnóstico diferencial entre massas tumorais benignas e malignas é fundamental.
- Os painéis de biomarcadores não são suficientes para a avaliação inicial de uma massa anexial.
- A ultrassonografia transvaginal é a propedêutica mais eficaz para a avaliação de uma massa anexial.
- Em caso de malignidade, o câncer de ovário é neoplasia de pior prognóstico e deve ser tratado rapidamente e em centro de referência em oncologia.
- Pacientes com câncer de ovário tratadas por um ginecologista oncológico apresentam melhor prognóstico.

RECOMENDAÇÕES

- A ultrassonografia transvaginal (USTV) é a propedêutica mais eficaz para a avaliação de uma massa anexial.
- Os cistos ovarianos suspeitos devem ser avaliados pelo CA125 sérico e nova USTV.
- Tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e tomografia por emissão de pósitrons (PET) não são recomendadas na avaliação inicial de massas anexiais.
- O extravasamento do conteúdo do cisto deve ser evitado no pré e intraoperatório.
- As biópsias por congelamento para o diagnóstico intraoperatório de uma massa anexial suspeita são recomendadas quando disponíveis.
- Em casos de confirmação de malignidade na histologia, durante ou após a laparoscopia diagnóstica, deve ser realizado um relatório médico cirúrgico, se possível com inclusão das imagens, com encaminhamento para um centro de referência em oncologia para tratamento adequado.
- Considere a salpingectomia oportunística (no momento da ligadura tubária ou histerectomia) como uma cirurgia de baixo risco e eficaz para profilaxia de câncer de ovário.

CONTEXTO CLÍNICO

As massas tumorais originárias dos ovários, tubas uterinas e estruturas em torno desses órgãos são denominadas massas anexiais. Ocorrem em mulheres de todas as idades e sua etiologia e frequência variam de acordo com a idade. A massa anexial pode advir de alterações funcionais ou fisiológicas, processos inflamatórios, endometriose e de tumor benigno e maligno. O diagnóstico diferencial de uma condição não ginecológica também deve ser realizado.⁽¹⁾ A real incidência de massas anexiais na população em geral é desconhecida, já que a maioria é assintomática e não diagnosticada. Elas geralmente são detectadas no exame clínico ou por meio de métodos de imagem. Apesar de menos comum, uma massa anexial pode apresentar sintomas como dor aguda ou intermitente.⁽¹⁾

A incidência e a mortalidade por câncer ovariano permaneceram estáveis nas últimas três décadas e representam a principal causa de morte por neoplasia maligna do trato genital feminino em países desenvolvidos.⁽²⁾ A literatura não embasa o rastreamento de rotina para o câncer ovariano na população em geral e nenhuma sociedade médica recomenda essa conduta atualmente.⁽³⁾

O diagnóstico de massa anexial em mulheres com sintomas pélvicos ou incidental é frequente na prática ginecológica e frequentemente apresenta dilemas de diagnóstico e manejo.⁽¹⁾ O principal foco no manejo de massas anexiais é a exclusão de malignidade. A caracterização dos achados de malignidade por imagem – USTV ou RM – é fundamental, pois mulheres com câncer ovariano devem preferencialmente ser tratadas

em centros de referência em oncologia o mais rápido possível. As taxas de falso-negativos são incomuns e massas anexiais benignas podem ser candidatas a conduta expectante ou cirurgia conservadora em hospitais não especializados em oncologia⁽⁴⁾

COMO DIFERENCIAR DOENÇA BENIGNA DE DOENÇA MALIGNA?

Estimar o índice de risco de malignidade é essencial na avaliação de uma massa anexial. A definição baseia-se nas características da imagem, idade, história pessoal e familiar oncológica, sintomas, achados no exame clínico e níveis de marcadores tumorais.⁽²⁾ As pacientes são classificadas como alto ou baixo risco de malignidade (Quadro 1). Atenção específica deve ser dada aos fatores de risco ou de proteção para malignidade, avaliados na anamnese, como sintomatologia compatível com neoplasia maligna, história familiar de câncer de ovário, intestino ou mama.^(5,6) O exame clínico completo, incluindo avaliação do *performance status*, índice de massa corporal, linfonodos superficiais palpáveis e avaliação do linfedema nas pernas, é útil para caracterizar a paciente. O exame clínico do abdômen pode evidenciar sinais sugestivos de malignidade, como ascite, massa palpável abdominopélvica, mobilidade, combinados com suas relações anatômicas com o útero, bexiga e retossigmoide avaliados pelo exame vaginal.⁽⁵⁾ A imagem e os exames laboratoriais podem esclarecer a etiologia suspeita de uma massa pélvica. O teste de gravidez em mulheres em idade reprodutiva é obrigatório.⁽¹⁾

Quadro 1. Estratificação de risco de massas anexiais

Característica	Alto risco	Baixo risco
Idade	>50 anos	<50 anos
História familiar	Presente	Ausente
Sintomas	Persistentes e múltiplos	Ausentes
Achados do exame clínico	Massa grande, fixa e irregular, evidência de ascite ou metástase	Não sugestivos de alto risco
Marcadores tumorais	Elevados	Normais
Achados ultrassonográficos	≥10 cm, septação espessa, multilocular, ecogenicidade aumentada e/ou mista e/ou componente sólido, excrescência papilar presente	<10 cm, septação ausente ou fina (1-2 mm), unilocular, hipoecogênico, homogêneo, excrescência papilar ausente

IDADE

A idade é um fator de risco independente significativo para malignidade ovariana na população em geral, com aumento significativo na incidência após a menopausa. A frequência do câncer ovariano aumenta

consideravelmente com a idade, sendo relativamente rara antes dos 50 anos.⁽²⁾ Apesar do risco mais elevado de malignidade em mulheres na pós-menopausa que na pré-menopausa, a maioria das massas anexiais em mulheres na pós-menopausa são neoplasias benignas, como os cistoadenomas. Cistos simples e hemorrágicos em mulheres em idade reprodutiva são quase sempre fisiológicos.⁽⁷⁾ Os cistos simples em mulheres na pós-menopausa também são comuns e sem repercussões clínicas.⁽⁷⁾ Devem ser realizados testes adequados para exclusão do câncer ovariano em mulheres na pós-menopausa com sintomas inespecíficos nos 12 meses anteriores, compatíveis com a síndrome do intestino irritável, sintomas gastrointestinais inespecíficos, perda de peso inexplicada e aumento do volume abdominal. Isso é particularmente verdadeiro em mulheres com mais de 50 anos de idade ou histórico familiar significativo de câncer de ovário, intestino ou mama.⁽⁵⁾

CONTEXTO PESSOAL E FAMILIAR

Nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, raça caucasiana, infertilidade primária e endometriose são fatores que contribuem para um maior risco de câncer ovariano.⁽¹⁾ No entanto, o fator de risco pessoal mais importante para esse tipo de câncer é uma forte história pessoal ou familiar de câncer de mama ou de ovário, já que os indivíduos podem ser portadores de mutações deletérias em genes relacionados a esses dois tipos de câncer. A maioria dos cânceres ginecológicos é esporádica, mas 10%-18% dos casos de câncer ovariano têm um padrão hereditário atribuído a mutações em um dos genes BRCA.⁽⁸⁾ As mutações BRCA1 e BRCA2 oferecem um risco de 39%-46% e 11%-27%, respectivamente, de desenvolvimento do câncer ovariano ao longo da vida.⁽⁹⁾ Outros genes além do BRCA1 e BRCA2 também estão relacionados ao câncer ovariano.⁽¹⁰⁾ Até os 70 anos de idade, mulheres com síndrome de Lynch têm um risco estimado de 5%-10% para câncer ovariano.⁽¹⁾ Se o histórico pessoal ou familiar indicar alto risco de predisposição hereditária para câncer de mama e ovário, um geneticista deve ser consultado.

Sintomas e exame clínico

Pacientes com massas anexiais sintomáticas, principalmente climatéricas, têm maior risco de malignidade.⁽²⁾ O câncer ovariano apresenta sintomas inespecíficos nos 12 meses anteriores, similares aos da síndrome do intestino irritável, sintomas gástricos inespecíficos, fadiga e perda de peso inexplicada. Mais especificamente, sinais de infiltração ou compressão podem ser observados com o aumento do volume abdominal, levando a dor pélvica, alterações nos hábitos intestinais, sangramento uterino anormal e sensação de bexiga cheia. O aparecimento desses sintomas geralmente é súbito, recente e persistente.^(10,11) Embora o exame clínico tenha baixa sensibilidade para detectar massas

anexiais, ele pode fornecer alguns critérios para diferenciar lesões benignas e malignas (Quadro 2).

Quadro 2. Sintomas e achados no exame clínico sugestivos de malignidade

Sintomas	Achados do exame clínico
Dor (pélvica, abdominal ou lombar), empachamento, aumento do volume abdominal, sintomas múltiplos, sintomas persistentes	Emagrecimento, massa anexial grande, massa fixa com irregularidades, presença de nodulações na reflexão retouterina, ascite, implante na cicatriz umbilical (sinal de Sister Mary Joseph), edema de membros inferiores

IMAGEM

A USTV é a maneira mais eficaz de avaliar uma massa ovariana.^(1,6) TC, RM e PET não são recomendadas na avaliação inicial de massas anexiais. O tamanho e a composição da massa (cística, sólida ou mista), sua bilateralidade, bem como a presença ou ausência de septações, nódulos murais, excrescências papilares ou líquido livre na pelve, devem ser avaliados pela USTV. A USTV com Doppler colorido pode ser útil para avaliar as características vasculares das lesões na pelve.⁽¹⁾ Os aspectos morfológicos presentes na USTV sugestivos de malignidade são: (1) paredes e septos irregulares e espessos; (2) projeções papilares; (3) lesões sólidas; (4) ecogenicidade moderada no ultrassom.

Grandes massas ovarianas e extraovarianas devem ser avaliadas pela abordagem combinada de USTV e transabdominal.⁽⁶⁾ A avaliação morfológica do risco de câncer ovariano é melhor quando associada aos achados do Doppler colorido.⁽¹²⁾ Os exames de TC, RM e PET devem ser evitados como primeira linha da avaliação de massas anexiais^(1,6), mas essas outras modalidades de imagem podem ser úteis em lesões complexas.⁽⁶⁾ Caso a ultrassonografia seja inconclusiva para caracterizar cistos ovarianos, a RM pode ser a opção de segunda linha de exame de imagem.^(5,12) A TC é a melhor abordagem para suspeita de doença extraovariana ou para descartar essa possibilidade.⁽¹²⁾

O grupo IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*) padroniza critérios para classificação de massas anexiais de acordo com as características da superfície ovariana, presença de septos, vegetação papilar, parede do cisto e vascularização. O grupo IOTA propôs dois sistemas para estimar o risco de malignidade em massas anexiais. De acordo com “*The Simple Ultrasound Rules*”, as massas são classificadas como benignas, malignas e inconclusivas, e no modelo “ADNEX” é utilizado um ponto de corte de 10% na predição de malignidade.⁽¹³⁾ Os sistemas têm sensibilidade de 92% e 96,5% e especificidade de 96% e 71,3%, respectivamente, para massas benignas e malignas.⁽¹⁴⁾ Enfatizamos que nenhum desses instrumentos deve ser utilizado para rastreamento de

câncer ovariano, mas somente para encaminhamento para centros de referência para tratamento.⁽¹⁵⁾

MARCADORES TUMORAIS SÉRICOS

Marcadores tumorais podem ser utilizados isoladamente ou em combinação com exames de imagem e informações clínicas para o diagnóstico diferencial de massas anexiais. O marcador sérico pode ajudar na definição de risco de malignidade e de necessidade de cirurgia.⁽¹⁾

Em 80% dos carcinomas ovarianos, a glicoproteína transmembrana CA125 está elevada, principalmente em tumores avançados.⁽¹⁶⁾ Esse marcador tumoral é o mais utilizado para diferenciar massas anexiais benignas e malignas. As taxas de sensibilidade do CA125 para diferenciar condições benignas e malignas variam de 61% a 90%, as taxas de especificidade variam de 71% a 93% e os valores preditivos positivo e negativo variam de 35% a 91% e 67% a 90%, respectivamente.⁽¹⁷⁾ O CA125 está elevado em menos da metade das mulheres com carcinoma ovariano inicial e pode estar elevado em mulheres com doenças pré-menopáusicas benignas, incluindo condições fisiológicas, endometriose, gravidez e menstruação.⁽¹⁸⁾ Os níveis de CA125 não devem ser usados isoladamente para determinar a malignidade da massa anexial. Embora um valor muito alto possa auxiliar no diagnóstico, um valor médio não exclui o câncer de ovário, dada a natureza inespecífica desse teste.⁽⁵⁾

Não é necessário realizar uma avaliação de CA125 sérico em todas as mulheres na pré-menopausa com um cisto ovariano simples diagnosticado por ultrassom.⁽⁶⁾ No entanto, naqueles casos em que o CA125 for superior a 200 unidades/mL, é recomendada a avaliação conjunta com oncologia ginecológica.⁽⁶⁾

A HE4 (proteína 4 do epidídimo humano) é uma proteína envolvida na maturação espermática que aumenta em alguns tipos de neoplasias ovarianas e tem sido utilizada no diagnóstico diferencial de massas anexiais.⁽¹⁹⁾ Além das neoplasias malignas, outros fatores influenciam as concentrações séricas de HE4. Podem ocorrer variações pela idade, tabagismo e doença renal crônica, mas não devido ao ciclo menstrual, contraceptivos e endometriose, mostrando a utilidade desse marcador.^(20,21) Lactato desidrogenase (LDH), α -fetoproteína (α -FP) e hCG devem ser solicitados somente entre mulheres jovens, com menos de 40 anos e massa ovariana complexa devido à possibilidade de tumores de células germinativas.⁽⁶⁾

TESTES MULTIMODAIS

A eficácia do uso de painéis de biomarcadores combinados com a avaliação clínica e radiológica para a distinção entre massas anexiais benignas e malignas foi estudada.⁽¹⁾ Embora o uso desses painéis de biomarcadores não seja recomendado na avaliação ini-

cial de massas anexiais, eles podem ajudar a avaliar quais pacientes podem se beneficiar de encaminhamentos para atendimento especializado⁽¹⁾ Atualmente, não há evidências suficientemente fortes para recomendar um teste específico.

O algoritmo de índice de risco de malignidade (IRM) combina o valor dos níveis séricos de CA125, ultrassom e *status* da menopausa. É usado para avaliar o risco de malignidade e calculado usando a seguinte fórmula: $IRM = U \times M \times CA125$ (U = escore, M = *status* da menopausa, níveis séricos de CA125), atribuindo valor 1 quando a US apresentar apenas um achado anormal e valor 3 quando mais de um achado anormal for identificado, assim como atribui-se valor 1 para *status* pré-menopausal e valor 3 para *status* pós-menopausal. Ao fator CA125, atribui-se o valor absoluto.⁽²²⁾ Ao usar o ponto de corte 200 no IRM, a sensibilidade e a especificidade do método são de 85% e 97%, respectivamente. Pacientes com valores maiores que 200 têm risco 42 vezes maior de câncer do que pacientes com um IRM de 0,15. Uma revisão sistemática de estudos de diagnóstico concluiu que o IRM é o mais eficaz para estimar o risco de câncer ovariano entre mulheres com massas anexiais.⁽⁶⁾

O uso mais frequente do HE4 é na avaliação do risco de malignidade por meio do algoritmo ROMA (Risco de Malignidade Ovariana), um teste quantitativo que combina a concentração de CA125, HE4 e o *status* menopausal.⁽²³⁾ No cálculo desse teste, são usadas duas fórmulas de regressão logística separadamente para mulheres na peri e pós-menopausa, considerando o logaritmo das concentrações de CA125 e HE4.^(24,25) Nenhum desses testes – CA125, HE4 isoladamente, IRM e ROMA – tem especificidade para diferenciar categoricamente massas anexiais malignas e benignas. No entanto, são úteis para avaliar o risco e, juntamente com as informações clínicas e de imagem, determinar se a recomendação à paciente deve ser a conduta expectante, investigação em hospitais gerais ou encaminhamento para centros oncológicos devido ao alto risco de neoplasia maligna. O HE4 é útil na diferenciação de massas anexiais com CA125 elevado e sugestivo de endometriose, pois não sofre grandes alterações nessa última condição.⁽²⁴⁾

ABORDAGEM DE MASSA ANEXIAL

A idade da paciente é importante para definir a abordagem?

A incidência de massas anexiais na infância e adolescência é muito baixa, sendo maior no primeiro ano de vida devido a fenômenos hormonais e aumentando novamente perto da menarca. A proporção de neoplasias malignas é maior em mulheres pré-púberes do que na menacme.⁽²⁶⁾ Por esses motivos, nessa faixa etária, qualquer massa anexial com componente sólido deve ser investigada com o exame anatomopatológico. A abordagem terapêutica

deve incluir o diagnóstico diferencial de malignidade e os aspectos hormonais e reprodutivos da paciente. Sempre que possível, o procedimento deve ser minimamente invasivo, focado na preservação dos ovários. Os teratomas, tumores de células germinativas mais comuns, sintomáticos ou maiores que 2,0 cm podem e devem ser removidos sem comprometer o restante do ovário. Até tumores germinativos malignos podem permitir tratamento conservador.⁽²⁷⁾

Na menacme, massas anexiais benignas são tratadas por cistectomias, ooforectomias ou salpingo-ooforectomias em mais de um terço dos casos e, nas pacientes na perimenopausa, em cerca de 50%. Nos tumores limítrofes, ooforectomias com ou sem salpingectomia são realizadas em aproximadamente 70% dos casos nessa faixa etária.⁽²⁸⁾ No entanto, a tendência nos últimos anos tem sido a preservação dos ovários em massas ovarianas benignas. Essa abordagem parece apropriada, pois, mesmo os ovários sendo órgãos bilaterais, sua preservação deve ser um objetivo diante de doenças benignas em mulheres jovens. Em mulheres na perimenopausa, mesmo com preservação ovariana, a salpingectomia oportunista tem sido cada vez mais recomendada devido a novos conceitos relacionados à carcinogênese ovariana.⁽²⁹⁾ O carcinoma seroso de alto grau se origina no epitélio tubário.⁽³⁰⁻³³⁾

A maioria dos carcinomas ovarianos ocorre em mulheres com mais de 50 anos de idade. Dessa forma, os cistos ovarianos em mulheres na pós-menopausa devem ser inicialmente avaliados pela medição do nível sérico de CA125 e com USTV.⁽⁵⁾ Quando suspeitos para malignidade, devem ser tratados em centros de referência em oncologia devido à alta morbidade e mortalidade ocasionada pelo carcinoma ovariano. Aproximadamente 25% dos pacientes com carcinoma seroso ovariano de alto grau morrem nos primeiros 90 dias e 40% morrem antes de completar o primeiro ano do diagnóstico.⁽³⁴⁾ As pacientes tratadas em hospitais gerais que não aderem a protocolos rígidos, em comparação com os centros de referência, têm sobrevida geral em cinco anos de 11,4 meses *versus* 49,5 meses, respectivamente.⁽³⁵⁾ A centralização do tratamento das pacientes com carcinoma ovariano nos centros de referência demonstrou um aumento considerável na sobrevida geral.⁽³⁶⁾

Por que adotar conduta expectante?

O câncer ovariano, embora tipicamente cístico, não surge de cistos de aparência benigna. Na pré-menopausa, após uma ultrassonografia de boa qualidade em mulheres em idade reprodutiva, não é recomendado o acompanhamento de um corpo lúteo clássico ou cisto simples <5 cm no maior diâmetro. Use 1 cm como limiar para cistos simples em mulheres na pós-menopausa.⁽⁷⁾ Mulheres com cistos ovarianos simples pequenos (menos de 50 mm de diâmetro) geralmente

não precisam de acompanhamento, pois muito provavelmente são fisiológicos e quase sempre se resolvem ao longo de três ciclos menstruais. Mulheres com cistos ovarianos simples de 50 a 70 mm de diâmetro devem fazer um acompanhamento anual por ultrassonografia e aquelas com cistos simples maiores devem ser consideradas para exames de imagem mais acurados (RM) ou intervenção cirúrgica.⁽⁶⁾ É improvável que cistos ovarianos persistentes ou que aumentam de tamanho sejam funcionais, portanto o tratamento cirúrgico pode ser necessário.⁽⁶⁾ A pílula contraceptiva oral combinada não promove a resolução dos cistos funcionais ovarianos.⁽⁶⁾

Em mulheres na pós-menopausa, cistos ovarianos assintomáticos, simples, unilaterais e uniloculares com menos de 5 cm de diâmetro apresentam baixo risco de malignidade. Na presença de níveis séricos normais de CA125, esses cistos podem ser conduzidos de forma conservadora, com uma nova avaliação em quatro a seis meses. Após um ano, essas mulheres podem ser dispensadas do acompanhamento se o cisto permanecer inalterado ou diminuir de tamanho e os níveis de CA125 forem normais, levando em consideração o desejo da mulher e sua condição física para uma cirurgia.⁽⁵⁾ Se uma mulher for sintomática, é necessária avaliação cirúrgica adicional. Mulheres com massa anexial complexa suspeita ou persistente demandam que seja estimado o risco de malignidade e avaliação cirúrgica.⁽⁵⁾

Qual é a melhor abordagem cirúrgica?

A cirurgia minimamente invasiva é uma via bem estabelecida na propedêutica e tratamento de massas anexiais benignas e tem sido progressivamente indicada em oncologia. Essa abordagem apresenta vantagens significativas se for realizada seleção cuidadosa das pacientes e cuidados para não disseminação de células neoplásicas.⁽³⁷⁾ Nas mulheres submetidas à cirurgia para tumores ovarianos benignos, a laparoscopia foi associada a menores taxas de febre, infecção do trato urinário, complicações e dor no pós-operatório, tempo de hospitalização e custo total.⁽³⁸⁾ Existem preocupações quanto ao extravasamento do líquido intracístico e disseminação das células neoplásicas. O extravasamento do conteúdo do cisto deve ser evitado sempre, já que a avaliação pré e intraoperatória não exclui a malignidade em absoluto.⁽⁶⁾ O espécime cirúrgico deve ser removido da cavidade abdominal com uso de *endobag* sem derramamento intraperitoneal através do portal umbilical, pequena incisão de Pfannenstiel ou via transvaginal.⁽⁵⁾ A ruptura pode alterar o estadiamento em caso de malignidade nos casos iniciais e pode levar à indicação de quimioterapia adjuvante por esse motivo isoladamente. A aspiração por punção transparietal ou transvaginal não é recomendada na abordagem de cistos ovarianos em mulheres na pós-menopausa, exceto para fins de controle de sintomas em mulheres com malignidade avançada e

não candidatas a cirurgia ou intervenção adicional.⁽⁵⁾ Na presença de grandes massas com componentes sólidos ou multisseptados (cistos dermoides grandes ou cistoadenomas mucinosos, por exemplo), a laparotomia pode ser apropriada.⁽⁶⁾

Razões para encaminhamento para oncologia ginecológica

Quando uma paciente com uma massa anexial complexa suspeita ou persistente requer avaliação cirúrgica, um médico especialista, como um ginecologista oncológico, deve realizar a operação para estadiamento e citorredução adequada. Abaixo estão listados os critérios (um ou mais devem ser atendidos) do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas para o encaminhamento de mulheres com massa anexial para a oncologia ginecológica:⁽¹⁾

- Pós-menopausa, elevação dos níveis de CA125, ultrassonografia com características de malignidade, ascite, massa pélvica nodular ou fixa, ou evidência de metástase abdominal ou a distância;
- Pré-menopausa, elevação dos níveis de CA125, ultrassonografia com características de malignidade, ascite, massa pélvica nodular ou fixa, ou evidência de metástase abdominal ou a distância;
- Pré ou pós-menopausa, risco aumentado na avaliação de testes formais como o teste de índice multivariado, IRM, ROMA, ou um dos sistemas de pontuação baseados em ultrassom do grupo Internacional de Análise de Tumor Ovariano.

A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) recomenda a avaliação por um ginecologista oncológico para todas as pacientes com suspeita de malignidade ovariana. Dados publicados demonstram que a avaliação primária e a ressecção ampla realizadas por um oncologista ginecológico resultam em maior sobrevivência.⁽³⁾

Qual é a importância da biópsia por congelação intraoperatória?

As biópsias por congelação para o diagnóstico intraoperatório de uma massa anexial suspeita são recomendadas quando houver disponibilidade e houver preferência da paciente.⁽¹²⁾ Essa recomendação é baseada em uma metanálise que incluiu 38 estudos de diagnósticos de biópsias de congelação em 11.181 participantes, com sensibilidade geral de 90,0% (intervalo de confiança [IC] de 95%; 87,6%-92,0%); a maioria dos estudos relatou intervalo de 71% a 100% e especificidade média de 99,5% (IC 95%; 99,2%-99,7%; intervalo 96%-100%). Se a biópsia de congelação apresentasse neoplasia benigna ou câncer invasivo, o diagnóstico final permaneceria o mesmo na média de 94% e 99%

dos casos, respectivamente. Quando o diagnóstico da biópsia de congelação era um tumor *borderline*, em média 21% dos diagnósticos finais eram câncer invasivo.⁽³⁹⁾ Em caso de dúvida e para preservação do ovário, é recomendável remover apenas a massa anexial sem ruptura ou extravasamento de conteúdo na cavidade peritoneal. Em seguida, aguardar o resultado definitivo do exame de parafina para definir a natureza da doença e realizar a cirurgia definitiva, se necessário.

O que fazer com o diagnóstico de malignidade após cirurgia não oncológica?

Os encaminhamentos a especialistas em oncologia para tratamento adicional devem ocorrer ao encontrar malignidade durante a laparoscopia ou após análise histológica.⁽⁵⁾ Os casos devem ser reavaliados com os dados disponíveis, exames pré-operatórios, descrição ou registro de imagem da cirurgia, e resultado anatomopatológico. Nos casos iniciais, deve-se discutir o estadiamento adequado ou a complementação da cirurgia. A quimioterapia pós-operatória pode ser recomendada após a análise dos resultados cirúrgicos. Todos os pacientes em estágio II-IV com suspeita de doença residual e potencialmente ressecável devem ser submetidos a cirurgia para citorredução completa. Os casos de estágio II-IV com doença residual e irresssecável devem ser avaliados para citorredução de intervalo antes do quarto ciclo de quimioterapia.⁽³⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Massas anexiais são condições que afetam mulheres de todas as idades, desde a primeira infância à senilidade. São mais comuns na menacme, quando a ocorrência de doenças benignas também é maior. Os diagnósticos de malignidade são mais frequentes nos extremos da vida, pré-adolescência e pós-menopausa. Há recomendações contra o rastreamento de rotina para câncer ovariano, incluindo o uso de USTV e marcadores tumorais. O diagnóstico diferencial entre massas anexiais benignas é feito pela história clínica, ultrassonografia, outros métodos de imagem e marcadores tumorais. Nenhum método isolado ou em combinação tem sensibilidade e especificidade suficientes para o diagnóstico de certeza de malignidade. No entanto, são úteis para diferenciar pacientes com baixa probabilidade de malignidade, que podem ser tratados em hospitais gerais, daqueles com alta probabilidade de malignidade, que devem ser tratados em centros de referência em ginecologia oncológica com equipes multidisciplinares e alto volume, dentro de protocolos definidos. A cirurgia minimamente invasiva deve ser a via de escolha em massas anexiais benignas. A remoção sistemática de ovários em doenças ovarianas benignas deu lugar para cirurgias com conservação das gônadas. Por outro lado, a remoção

oportuna das tubas uterinas em cirurgias para contracepção (ligadura tubária) ou por doença benigna uterina (histerectomia) deve ser estimulada.

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Gynecology. Practice Bulletin No. 174: evaluation and management of adnexal masses. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):e210-26. doi: 10.1097/AOG.0000000000001768
2. Lima RA, Viotti LV, Cândido EB, Silva-Filho AL. Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário. *Femina.* 2010;38(6):259-62.
3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Ovarian Cancer including fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer [Internet]. Version 1.2020. 2020 [cited 2020 Mar 11]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#ovarian
4. Woo YL, Kyrgiou M, Bryant A, Everett T, Dickinson HO. Centralisation of services for gynaecological cancers – a Cochrane systematic review. *Gynecol Oncol.* 2012;126(2):286-90. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.04.012
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management ovarian cysts in postmenopausal women. London: RCOG; 2016.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ovarian masses in premenopausal women, management of suspected. London: RCOG; 2011.
7. American College of Radiology. Don't recommend follow-up imaging for clinically inconsequential adnexal cysts [Internet]. 2012 [cited 2019 Dec 12]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-radiology-follow-up-imaging-for-adnexal-cysts/>
8. Graffeo R, Livraghi L, Pagani O, Goldhirsch A, Partridge AH, Garber JE. Time to incorporate germline multigene panel testing into breast and ovarian cancer patient care. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;160(3):393-410. doi: 10.1007/s10549-016-4003-9
9. Ring KL, Garcia C, Thomas MH, Modesitt SC. Current and future role of genetic screening in gynecologic malignancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(5):512-21. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.011
10. Ebell MH, Culp MB, Radke TJ. A systematic review of symptoms for the diagnosis of ovarian cancer. *Am J Prev Med.* 2016;50(3):384-94. doi: 10.1016/j.amepre.2015.09.023
11. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA.* 2004;291(22):2705-12. doi: 10.1001/jama.291.22.2705
12. Dodge JE, Covens AL, Lacchetti C, Elit LM, Le T, Devries-Aboud M, et al. Management of a suspicious adnexal mass: a clinical practice guideline. *Curr Oncol.* 2012;19(4):e244-57. doi: 10.3747/co.19.980
13. Timmerman D, Van Calster B, Testa A, Savelli L, Fischerova D, Froyman W, et al. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the simple rules from the International Ovarian Tumor Analysis group. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(4):424-37. doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.007
14. Sayasneh A, Ferrara L, De Cock B, Saso S, Al-Memari M, Johnson S, et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model: a multicentre external validation study. *Br J Cancer.* 2016;115(5):542-8. doi: 10.1038/bjc.2016.227
15. Abramowicz JS, Timmerman D. Ovarian mass-differentiating benign from malignant: the value of the International Ovarian Tumor Analysis ultrasound rules. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(6):652-60. doi: 10.1016/j.ajog.2017.07.019
16. Yin BW, Lloyd KO. Molecular cloning of the CA125 ovarian cancer antigen: identification as a new mucin, MUC16. *J Biol Chem.* 2001;276(29):27371-5. doi: 10.1074/jbc.M103554200
17. Sehoul J, Akdogan Z, Heinze T, Könsgen D, Stengel D, Mustea A, et al. Preoperative determination of CASA (Cancer Associated Serum Antigen) and CA-125 for the discrimination between benign and malignant pelvic tumor mass: a prospective study. *Anticancer Res.* 2003;23(2A):1115-8.

18. Jacobs I, Bast RC Jr. The CA125 tumour-associated antigen: a review of the literature. *Hum Reprod.* 1989;4(1):1-12. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a136832
19. Huhtinen K, Suvitie P, Hiissa J, Junnila J, Huvila J, Kujari H, et al. Serum HE4 concentration differentiates malignant ovarian tumours from ovarian endometriotic cysts. *Br J Cancer.* 2009;100(8):1315-9. doi: 10.1038/sj.bjc.6605011
20. Anastasi E, Granato T, Falzarano R, Storelli P, Ticino A, Frati L, et al. The use of HE4, CA125 and CA72-4 biomarkers for differential diagnosis between ovarian endometrioma and epithelial ovarian cancer. *J Ovarian Res.* 2013;6:44. doi: 10.1186/1757-2215-6-44
21. Hallamaa M, Suvitie P, Huhtinen K, Matomäki J, Poutanen M, Perheentupa A. Serum HE4 concentration is not dependent on menstrual cycle or hormonal treatment among endometriosis patients and healthy premenopausal women. *Gynecol Oncol.* 2012;125(3):667-72. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.03.011
22. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk of malignancy index incorporating CA125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97(10):922-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.1990.tb02448.x
23. Chudecka-Głaz AM. ROMA, an algorithm for ovarian cancer. *Clin Chim Acta.* 2015;440:143-51. doi: 10.1016/j.cca.2014.11.015
24. Anton C, Carvalho FM, Oliveira EI, Maciel GAR, Baracat EC, Carvalho JP. A comparison of CA125, HE4, risk ovarian malignancy algorithm (ROMA), and risk malignancy index (RMI) for the classification of ovarian masses. *Clinics (Sao Paulo).* 2012;67(5):437-41. doi: 10.6061/clinics/2012(05)06
25. Moore RG, McMeekin DS, Brown AK, DiSilvestro P, Miller MC, Allard WJ, et al. A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Gynecol Oncol.* 2009;112(1):40-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.08.031
26. Hermans AJ, Kluivers KB, Janssen LM, Siebers AG, Wijnen MHWA, Bulten J, et al. Adnexal masses in children, adolescents and women of reproductive age in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *Gynecol Oncol.* 2016;143(1):93-7. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.07.096
27. Reddihalli PV, Subbian A, Umadevi K, Rathod PS, Krishnappa S, Nanaiah SP, et al. Immature teratoma of ovary – outcome following primary and secondary surgery: study of a single institution cohort. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;192:17-21. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.06.017
28. Aslam MF, Ghayoori R, Khulpateea N. Adnexal masses: relative accuracy of sonography and frozen section in predicting final pathology. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(2):187-9. doi: 10.3109/01443610903461444
29. Kotsopoulos J, Narod SA. Prophylactic salpingectomy for the prevention of ovarian cancer: who should we target? *Int J Cancer.* 2020 Feb 9. doi: 10.1002/ijc.32916. [ahead of print].
30. Kurman R, Shih IM. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. *Am J Surg Pathol.* 2010;34(3):433-43. doi: 10.1097/PAS.0b013e3181cf3d79
31. Kurman RJ, Shih IM. Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer – shifting the paradigm. *Hum Pathol.* 2011;42(7):918-31. doi: 10.1016/j.humpath.2011.03.003
32. Diniz PM, Carvalho JP, Baracat EC, Carvalho FM. Fallopian tube origin of supposed ovarian high-grade serous carcinomas. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;66(1):73-6. doi: 10.1590/S1807-59322011000100013
33. Carvalho JP, Baracat EC, Carvalho FM. Ovarian cancer previvors: how to manage these patients? *Clinics (Sao Paulo).* 2019;74:e1343. doi: 10.6061/clinics/2019/e1343
34. Urban RR, He H, Alfonso R, Hardesty MM, Gray HJ, Goff BA. Ovarian cancer outcomes: predictors of early death. *Gynecol Oncol.* 2016;140(3):474-80. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.12.021
35. Erickson BK, Martin JY, Shah MM, Straughn JM Jr, Leath CA 3rd. Reasons for failure to deliver National Comprehensive Cancer Network (NCCN) – adherent care in the treatment of epithelial ovarian cancer at an NCCN cancer center. *Gynecol Oncol.* 2014;133(2):142-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2014.02.006
36. Dahm-Kähler P, Palmqvist C, Staf C, Holmberg E, Johannesson L. Centralized primary care of advanced ovarian cancer improves complete cytoreduction and survival – A population-based cohort study. *Gynecol Oncol.* 2016;142(2):211-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.05.025
37. Casarin J, Laganà AS, Uccella S, Cromi A, Pinelli C, Gisone B, et al. Surgical treatment of large adnexal masses: a retrospective analysis of 330 consecutive cases. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2019 Aug 2. doi: 10.1080/13645706.2019.1649700. [ahead of print].
38. Medeiros LRF, Rosa DD, Bozzetti MC, Fachel JMG, Furness S, Garry R, et al. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD004751. doi: 10.1002/14651858.CD004751.pub3
39. Ratnavelu ND, Brown AP, Mallett S, Scholten RJPM, Patel A, Founta C, et al. Intraoperative frozen section analysis for the diagnosis of early stage ovarian cancer in suspicious pelvic masses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(3):CD010360. doi: 10.1002/14651858.CD010360.pub2

Como citar:

Silva Filho AL, Moretti-Marques R, Carvalho JP. Massa anexial: diagnóstico e manejo. *Femina.* 2020;48(7):391-7.

A versão original deste artigo está publicada na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(7):438-44. A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia autoriza a publicação deste artigo, no idioma português, na Revista *Femina.*

Agnaldo Lopes da Silva Filho

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

Renato Moretti-Marques

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Jesus Paula Carvalho

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

Conflito de interesses:

nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Presidente:

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Membros:

Angélica Nogueira Rodrigues
 Caetano da Silva Cardial
 Delzio Salgado Bicalho
 Eduardo Batista Candido
 Francisco José Cândido dos Reis
 Jesus Paula Carvalho
 Marcia Luiza Appel Binda
 Renato Moretti Marques
 Ricardo dos Reis
 Sophie Françoise Mauricette Derchain
 Suzana Arenhart Pessini

CHEGOU!

ENAVO

cloridrato de ondansetrona di-hidratado

A SOLUÇÃO PARA
NÁUSEAS E VÔMITOS NA
PONTA DA LÍNGUA DAS
FUTURAS MAMÃES¹



Segurança:
CLASSE B¹



Similar **MAIS**
ACESSÍVEL
DO MERCADO²



SABOR de
CEREJA¹
& MENTA



TECNOLOGIA
ODT.
ORODISPERSIVA
EXCLUSIVA¹

COMPRIMIDOS ORODISPERSÍVEIS¹

REFERÊNCIAS: 1- Bula do produto. 2- Revista Kairos/ Maio 2020.

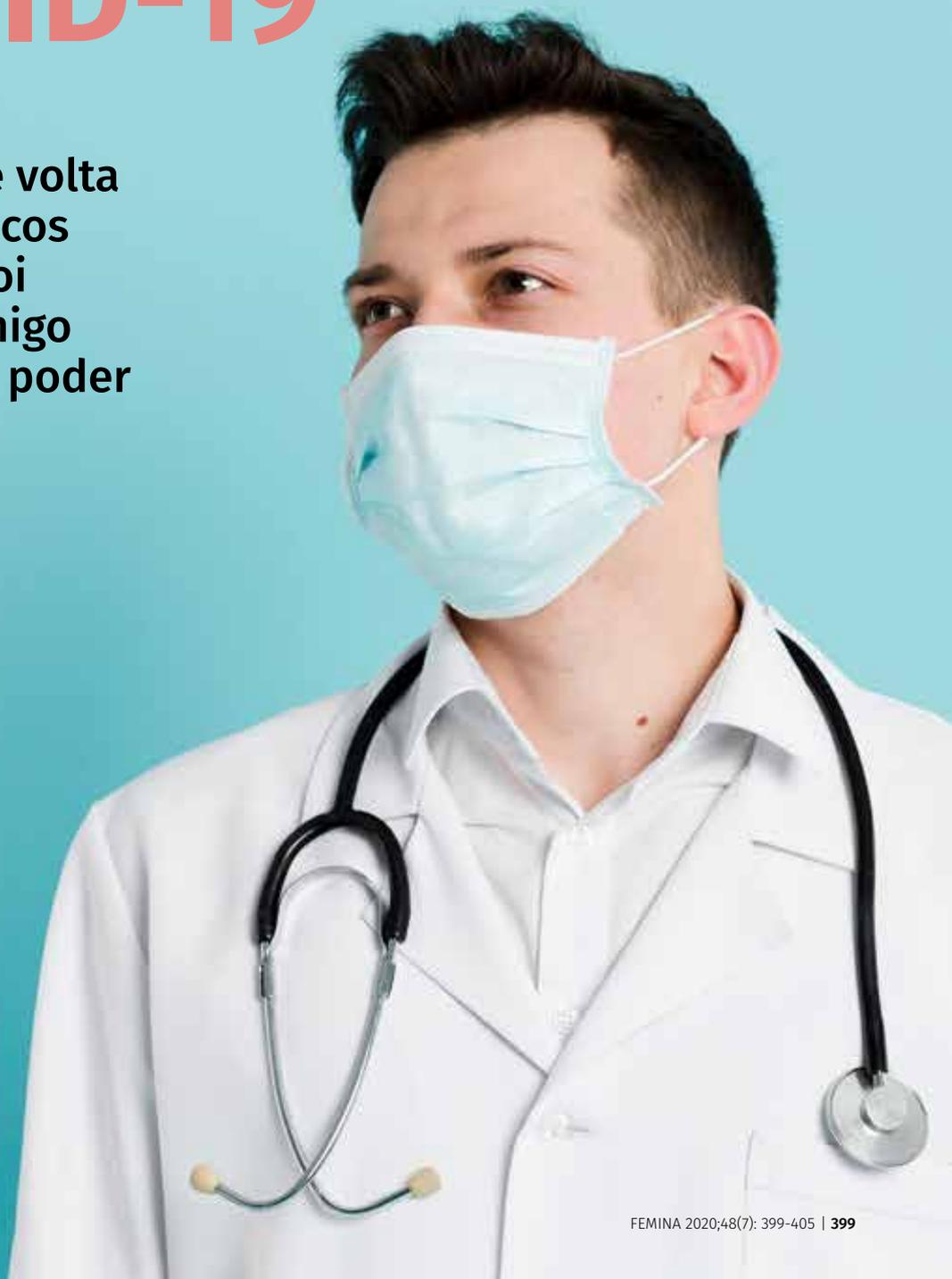
ENAVO (cloridrato de ondansetrona di-hidratado): APRESENTAÇÕES: ENAVO comprimido orodispersível de 4 mg. Embalagem contendo 10, 20, 40, 60, 100*, 240** ou 480** comprimidos. ENAVO comprimido orodispersível 8 mg. Embalagem contendo 10, 20, 40, 60, 100*, 240** ou 480** comprimidos. *embalagem fracionável **embalagem hospitalar. **USO ORAL. USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 2 ANOS. INDICAÇÕES:** ENAVO (cloridrato de ondansetrona di-hidratado) é indicado na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos em geral. **CONTRAINDICAÇÕES:** O produto não deve ser usado em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Recomenda-se a administração desse medicamento para crianças acima de 2 anos de idade. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** A ondansetrona não estimula o peristaltismo gástrico ou intestinal. Não deve ser usado em substituição a aspiração nasogástrica. O uso de ondansetrona em pacientes submetidos a cirurgia abdominal ou em pacientes com náusea e vômito induzidos por quimioterapia pode mascarar uma distensão gástrica ou íleo. Este medicamento deve ser administrado somente pela via recomendada para evitar riscos desnecessários. Gravidez - **Categoria B - Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.** **Lactação:** Recomenda-se cautela no uso de ondansetrona em lactantes. **Pediatria:** É recomendado a administração de ENAVO em crianças acima de 2 anos de idade. **Geriatría:** Não é necessário ajuste de dose em pacientes idosos, embora se observe uma redução na depuração e um aumento na meia-vida de eliminação em pacientes acima de 75 anos de idade. **Insuficiência hepática/renal:** Em pacientes com insuficiência hepática leve a moderada, a depuração está reduzida em duas vezes e a meia-vida média encontra-se aumentada em relação aos indivíduos normais. Em pacientes com insuficiência hepática grave, a depuração está reduzida em duas a três vezes e o volume de distribuição aparente está aumentado, com consequente aumento da meia-vida para 20 horas. Em pacientes com insuficiência hepática grave, não se recomenda exceder a dose diária 8 mg. Devido a pequena contribuição (5%) da depuração renal na depuração total, não se considera que a insuficiência renal influencie significativamente a depuração de ondansetrona. Portanto, não é necessário ajuste de dose nesses pacientes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A ondansetrona é metabolizada no fígado pelas enzimas do sistema citocromo P450, e, portanto, os indutores ou inibidores dessas enzimas podem alterar a sua depuração e, conseqüentemente, a meia-vida plasmática. De acordo com os dados disponíveis, não há necessidade de ajuste de dose desses medicamentos em caso de uso concomitante. **REAÇÕES ADVERSAS:** Reação muito comum (>1/10): cefaleia, constipação. Reação comum (>1/100 e < 1/10): fadiga, diarreia, exantema cutâneo. Reação rara (>1/10.000 e < 1/1.000): broncoespasmo e anafilaxia. Em pacientes com náusea e vômito submetidos a radioterapia, os efeitos relatados possivelmente relacionados com o uso da ondansetrona foram semelhantes aos dos pacientes submetidos à quimioterapia. Foram também relatados casos de laringospasmo, parada cardiorrespiratória e choque durante a administração injetável da droga. **POSOLOGIA:** ENAVO deve ser administrado por via oral. **Prevenção de náusea e vômito em geral: Uso adulto:** 16 mg de ondansetrona (2 comprimidos de 8 mg). **Uso pediátrico:** Para pacientes maiores de 11 anos, recomenda-se a dose de 4 a 8 mg de ondansetrona (1 a 2 comprimidos de 4 mg). **Para crianças de 2 a 11 anos:** recomenda-se a dose de 4 mg de ondansetrona (1 comprimido de 4 mg). **Prevenção de náusea e vômitos no pós-operatório:** Utilizar a mesma dose preconizada em todas as idades. Administrar 1 hora antes da indução da anestesia. **Quimioterapia altamente emetogênica: Uso adulto:** dose única de 24 mg de ondansetrona (3 comprimidos de 8 mg), administrado 30 minutos antes do início da quimioterapia do dia. **Quimioterapia moderadamente emetogênica: Uso adulto:** 8 mg de ondansetrona (1 comprimido de 8 mg), 2 vezes ao dia. A primeira dose deve ser administrada 30 minutos antes do início da quimioterapia emetogênica, com dose subsequente 8 horas após a primeira dose. Recomenda-se administrar 8 mg de ondansetrona (1 comprimido de 8 mg), 2 vezes ao dia (a cada 12 horas), durante 1 a 2 dias após término da quimioterapia. **Uso pediátrico:** Para pacientes com 11 anos ou mais, recomenda-se a mesma dose proposta para adultos. Para crianças com 2 a 11 anos de idade, recomenda-se a dose de 4 mg de ondansetrona (1 a 2 comprimidos de 4 mg), 3 vezes ao dia (a cada 8 horas) durante 1 a 2 dias após o término da quimioterapia. Prevenção de náusea e vômito associado a radioterapia, tanto em irradiação total do corpo, fração de alta dose única ou frações diárias no abdome. **Uso pediátrico:** Para crianças com 2 a 11 anos de idade, recomenda-se a dose de 4 mg de ondansetrona (1 comprimido de 4 mg), 3 vezes ao dia. A primeira dose deve ser administrada 1 a 2 horas antes do início da radioterapia, com doses subsequentes a cada 8 horas após a primeira dose. Recomenda-se administrar 4 mg de ondansetrona, 3 vezes ao dia (a cada 8 horas) durante 1 a 2 dias após término da radioterapia. Para pacientes com 11 anos ou mais, recomenda-se a dose de 4 mg de ondansetrona (1 comprimido de 4 mg), 3 vezes ao dia. **Para irradiação total do corpo:** 8 mg de ondansetrona (1 comprimido de 8 mg), 1 a 2 horas antes de cada fração de radioterapia aplicada em cada dia. **Para radioterapia do abdome em dose única elevada:** 8 mg de ondansetrona (1 comprimido de 8 mg), 1 a 2 horas antes da radioterapia, com doses subsequentes a cada 8 horas após a primeira dose, durante 1 a 2 dias após o término da radioterapia. **Para radioterapia do abdome em doses fracionadas diárias:** 8 mg de ondansetrona (1 comprimido de 8 mg), 1 a 2 horas antes da radioterapia, com doses subsequentes a cada 8 horas após a primeira dose, a cada dia de aplicação da radioterapia. **Pacientes com insuficiência renal:** não é necessário ajuste de dose, recomenda-se a mesma dose para a população em geral. **Pacientes com insuficiência hepática:** a depuração (clearance) da ondansetrona é significativamente reduzida e o volume aparente de distribuição é aumentado, resultando em aumento da meia-vida plasmática em pacientes com insuficiência hepática grave. Nesses pacientes, a dose total diária não deve exceder 8 mg. **Pacientes idosos:** recomenda-se a mesma dose para adultos. **MS: N° 1.0235.1313. DETENTOR: EMS S/A. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".**



Eles venceram a COVID-19

Recuperados e de volta ao trabalho, médicos relataram como foi enfrentar um inimigo invisível com alto poder de propagação

Por Letícia Martins



A apaixonados pela missão de cuidar da vida, de zelar pela saúde das pacientes e de acompanhar gerações de famílias, ginecologistas entrevistados por *Femina* nesta edição viveram momentos inimagináveis em que temeram pela própria vida e foram obrigados a se distanciar de seus entes queridos durante semanas.

Felizmente, eles se curaram da COVID-19 e estão de volta à ativa, com muito mais vontade, amor e coragem de enfrentar o coronavírus, que, em menos de cinco meses, matou 82.771 brasileiros, segundo dados do Ministério da Saúde consultados em 23 de julho de 2020 (veja quadro). O número é, sem dúvida, impressionante e certamente não expressa a dimensão da dor da perda dos familiares e amigos, que não puderam sequer fazer uma despedida.

Em contrapartida, há também muitas histórias de superação e de reencontros, abraços e respiros aliviados – ainda com máscaras. O Brasil, por exemplo, conta com pelo menos 1.532.138 pessoas recuperadas da COVID-19, e a felicidade dos que deixaram o isolamento e voltaram para perto da família também não dá para dimensionar – mas vamos tentar. Confira a seguir os relatos de seis médicos ginecologistas que passaram pela angústia de testar positivo para o novo coronavírus, além da história de uma ginecologista que acompanhou a luta do marido

para sobreviver. Alguns têm memórias de sintomas leves e quase imperceptíveis, outros têm lembranças mais dolorosas dos incômodos provocados por essa doença devastadora, mas todos têm a certeza de que venceram a maior batalha das suas vidas.

“Não há felicidade maior que voltar ao seio familiar!”

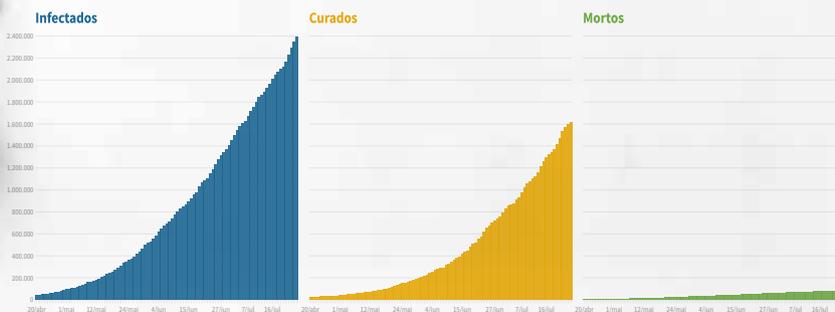
É impossível não se emocionar com essa afirmação feita por alguém que acabou de deixar o hospital depois de 12 dias internado com suporte de oxigênio por cateter nasal sem necessidade de ventilação mecânica. No início de julho, o ginecologista Sérgio Toshio Yamamoto, diretor do serviço de ginecologia do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, em São Paulo, começou a ter sintomas gripais como febre, tosse e dores musculares generalizadas. “Testei positivo por PCR após quatro dias de evolução. É angustiante. O medo e a insegurança batem em nossa porta”, desabafou.

Dois dias depois do diagnóstico, 25% do pulmão de Yamamoto estava comprometido e, decorridos outros dois dias, o quadro evoluiu para 50%. “Tive febre por 12 dias. Esta foi a questão mais difícil, pois temos conhecimento de que essa situação é de gravidade. O temor

COVID-19: evolução dos casos

Total de infectados, curados e mortos por dia segundo o Ministério da Saúde

Casos confirmados: **2.227.514** Em acompanhamento: **612.605**
 Casos recuperados: **1.532.138** Óbitos confirmados: **82.771**



Fonte: Ministério da Saúde, acessado em 23/07/2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/21/coronavirus-covid-19-casos-mortos-21-julho.htm>

da necessidade de ventilação mecânica é apavorante. Somente quando a febre cessou é que experimentei a sensação de que o jogo começava a mudar e se iniciava a minha recuperação. Daí em diante é só alegria”, comemorou Yamamoto.

Ele e a família passaram por muita tensão, que, felizmente, cedeu lugar ao alívio com a alta hospitalar. “Não há felicidade maior que voltar ao seio familiar. A superação é um momento sublime nessa doença. É quando podemos claramente sentir o quão valioso é o cuidar das pessoas, por isso, expressei meu sentimento de gratidão aos profissionais de saúde e, principalmente, a Deus por conceder o privilégio de continuar a exercer uma das funções que mais amo em minha vida, que é o exercício da medicina”, disse.

A família sofre junto – Já a esposa de Yamamoto, Cristina Helena Rama Yamamoto, e os dois filhos, de 19 e 23 anos, não apresentaram sintomas. Ela testou negativo e eles ainda estão aguardando o resultado do teste. O receio de contrair a doença e a tristeza causada pelo distanciamento só foram menores que o medo de perder o pai e o marido. “O isolamento foi muito difícil, pois tivemos que nos afastar das pessoas que amamos. Meu pai morava com a gente, mas desde o início da pandemia se mudou para a casa da minha irmã, já que eu e meu marido somos médicos e temos contato com diversas pacientes e outros profissionais de saúde. Além de ficar distante, sem poder ver e abraçar nossos familiares, ainda tivemos que lidar com a doença dentro de casa. Por mais que a gente tenha fé e confiança de que tudo vai passar, havia momentos de incerteza e de receio do que poderia acontecer, principalmente porque os sintomas pioravam. Mas, graças a Deus, ele se recuperou e nós esperamos que essa pandemia passe logo”, disse Cristina, que também é ginecologista.

Ainda sensível com as recentes experiências, Cristina deixou uma mensagem aos colegas de profissão: “Sabemos que a nossa área não pode parar e que muitos de nós, principalmente os residentes, estão saindo das suas rotinas e tendo que aprender em meio a uma pandemia. Mas precisamos seguir em frente, tomando todas as precauções e acreditando que isso vai se normalizar. Buscando sempre o saber científico e comprovado, vamos conseguir aprimorar cada vez mais nossos conhecimentos não só para enfrentar esta pandemia, mas para cuidar da saúde da mulher de um modo geral”, finalizou a ginecologista.

Culpa, perdas e superação

Em abril, Belém, no Pará, estava começando a apresentar um crescimento dos casos de COVID-19 e muito pouco se sabia sobre a doença. O uso de máscaras, por exemplo, ainda era indicado somente para quem tinha contraído o vírus. Hoje, ninguém pode sair de casa sem ela. Foi nessa época que o ginecologista obstetra Ricar-

“Não há felicidade maior que voltar ao seio familiar. A superação é um momento sublime nessa doença”, afirmou o Dr. Sérgio Toshio Yamamoto, que ficou 12 dias internado.



O casal de ginecologistas Cristina e Sérgio comemora a vida após a família enfrentar o isolamento e a internação do médico por COVID-19.

do de Almeida Quinteiros, vice-presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) pela região Norte e diretor financeiro da Sociedade Brasileira de Endometriose, testou positivo. A esposa e o filho também adoeceram no mesmo instante e ficaram isolados em casa durante 18 dias.

Como não havia muita informação sobre a doença, o médico decidiu estudar um pouco mais o assunto e começou a usar cloroquina e azitromicina. Tanto ele quanto a esposa e o filho apresentaram sintomas leves, como mialgia, um discreto cansaço físico, além de perda do paladar e do olfato, e Quinteiros teve tosse. “Foi exatamente como um resfriado forte”, comparou. Nenhum deles ficou com febre ou teve lesão pulmonar e “o processo de recuperação foi muito tranquilo”.

Porém, outro tipo de dor atormentou o médico naquele período. “O maior problema para mim foi psicológico. Eu estava com sentimento de culpa por ter, provavelmente, trazido essa doença para casa e contaminado minha mulher e meu filho. Também fiquei muito preocupado imaginando que algo muito grave pudesse acontecer a eles”, revelou Quinteiros, que ainda teve a tristeza de ver amigos e familiares perdendo a luta para esse vírus letal. “Perdi quatro amigos, um



“Eu estava com sentimento de culpa por ter, provavelmente, trazido essa doença para casa e contaminado minha mulher e meu filho. Mas superamos tudo isso”, contou o Dr. Ricardo Quinteiros.

deles era ginecologista e muito próximo a mim. Vi alguns colegas médicos sendo transferidos de ambulância por UTI aérea, porque não tinha leito em Belém... Na família, uma tia adoeceu e ficou muito ruim logo depois que eu me recuperei, enquanto um tio não resistiu a COVID-19 e foi a óbito. Ou seja, vivi um momento de estresse psíquico muito grande”, contou.

Além dessa sobrecarga psíquica, o desconhecimento sobre a doença tornava a luta pela vida ainda mais árdua. “Ao longo do tratamento, foi-se instalando uma insegurança muito grande, pois não sabíamos o que fazer, não havia protocolos claros que pudéssemos seguir. O jeito foi rezar para não ter lesões graves e ser necessário internar e fazer antibiótico”, lembrou. Felizmente, Quinteiros e a família superaram a COVID-19 e estão retomando as atividades.

Rotina profissional – Claramente, a rotina profissional foi bastante impactada pela pandemia, e Quinteiros acredita que ainda haverá muita mudança na dinâmica de assistência à saúde. Antes, ele operava uma média de 30 a 40 pacientes por mês. Agora opera quatro a cinco pacientes por mês. “Acho que vamos sentir esse impacto por um bom tempo. Noto que os médicos estão empobrecidos psíquica e financeiramente, mas precisamos ter muita tranquilidade para não deixar que os problemas financeiros tomem conta de nós. Precisamos colocar os cuidados técnicos e científicos à frente de tudo para não pôr em risco nossa própria saúde e a da nossa paciente.”

Sem sintomas, mas isolado para salvar vidas

É impossível encontrar alguém, em meio a essa pandemia, que não teve que mudar os planos pessoais ou profissionais por causa do novo coronavírus. Muitos compromissos podem ser ajustados facilmente, mas há momentos que não voltam mais.

Embora não apresentasse sintomas, o médico Guilherme Negrão de Souza, de São Paulo, realizou teste eletiva da coleta de *swab* para COVID-19, para presenciar o nascimento do afilhado no interior de Minas Gerais, porém o teste PCR deu positivo e ele teve que ficar em isolamento imediatamente. “Permaneci assintomático durante toda a quarentena, mas retornei às atividades diárias após 15 dias da coleta do exame. Os resultados dos testes em minha família foram negativos, mas com apresentação de síndrome gripal leve”, contou.

Ele perdeu um momento único, mas preservou a vida de incontáveis pessoas e certamente terá a oportunidade de vivenciar outros momentos com o afilhado.

Coordenador da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Souza destacou o trabalho essencial das equipes da área da saúde, com destaque para médicos e enfermagem, que atuam em diferentes locais durante as jornadas semanais de trabalho, intercalando serviços de complexidades variáveis e ambientes com alto risco de contágio pelo coronavírus. “Estamos internando pacientes com suspeita ou confirmação do novo coronavírus, porém os casos graves são direcionados aos



“Permaneci assintomático durante toda a quarentena, mas retornei às atividades diárias após 15 dias da coleta do exame”, contou o Dr. Guilherme Negrão.

hospitais de apoio pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde. No entanto, os residentes, médicos assistentes e equipe de enfermagem seguem fluxo específico de manutenção dessas pacientes em setores individualizados desde a triagem, internação hospitalar, assistência ao parto e puerpério”, contou.

“No aprendizado, iniciamos os processos com o ensinamento teórico-prático do uso correto dos equipamentos de proteção de segurança (EPIs), procuramos nos atualizar e repassar diariamente as experiências individuais e coletivas à equipe hospitalar, reformulando as recomendações gerais e específicas em cada fase da atenção no ciclo gravídico-puerperal. Nos deparamos com situações de urgências e emergências obstétricas, onde o treinamento das equipes é fundamental para diminuição de mortes maternas no País, listado com 77% de registros no mundo, segundo o periódico médico *International Journal of Gynecology and Obstetrics*”, apontou.

Residentes – O Dr. Negrão acredita que a pandemia antecipou a experiência prática dos residentes na assistência ao parto e ao puerpério, porém as atividades em esquemas de plantão atrapalharam os estágios eletivos nas enfermarias e ambulatórios e as atividades práticas em centros cirúrgicos.

“Além disso, os residentes permaneceram em isolamento social por qualquer sintomatologia relacionada à síndrome gripal até que o resultado do teste fosse divulgado para a Coordenação de Residência Médica ou previamente discutido pela Medicina do Trabalho e SCIH do hospital. Todos os residentes estão cumprindo o limite de carga horária semanal de trabalho, segundo as normativas da Comissão Nacional de Residência Médica, como também mantendo as atividades teóricas virtuais com os graus de complexidade inerentes a cada ano do Programa de Residência Médica”, relatou Souza.

Para ele, o maior desafio dos gestores será manter o aprendizado das equipes nessa nova realidade assistencial e a qualidade técnica e científica, de acordo com a Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo. “O retorno gradual das atividades setoriais nos hospitais é fundamental para os ajustes no processo educacional da especialidade, seguindo as boas práticas com segurança e responsabilidade”, finalizou.

Da fragilidade da vida à importância do cuidado

Doze de março se tornou duplamente inesquecível para o ginecologista obstetra Antônio Braga, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF) e presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Doença Trofoblástica Gestacional da Febrasgo.

Além de ser o aniversário dele, a data marcou o início da quarentena no Rio de Janeiro por causa do novo coronavírus. Embora pudesse ter se afastado das



“Estar do outro lado dessa relação médico-paciente é uma oportunidade para sabermos como os pacientes se sentem”, observou o Dr. Antônio Braga, que testou positivo para COVID-19.

atividades clínicas na época, Braga optou por dar sequência às atividades profissionais na universidade e continuou atendendo as pacientes com doença trofoblástica gestacional.

No entanto, a despeito de ter tomado todos os cuidados recomendados pelo Ministério da Saúde em relação ao uso de EPIs, o médico recebeu, em maio, o diagnóstico de COVID-19 e acabou contaminando toda a família. “Minha mulher e meus dois filhos desenvolveram uma forma branda da doença. Eu, porém, tive sintomas moderados e fiquei internado durante cinco dias, sendo monitorado na fase aguda inflamatória, felizmente sem precisar de oxigênio complementar”, relatou.

Era a primeira vez que o médico ficava no hospital como paciente. “Estar do outro lado dessa relação médico-paciente é também uma oportunidade para sabermos como os pacientes se sentem. Quando você contrai COVID, fica preocupado por ser uma doença nova com considerável letalidade. No entanto, recebi um atendimento excepcional, que me fez me sentir seguro”, argumentou.

Durante o tempo em que esteve internado, Braga recebeu diversas mensagens de apoio de diversas pessoas, o que o impressionou bastante, pois, segundo disse, os gestos dos amigos que se ofereceram para ajudar a cuidar dos seus filhos, que têm 5 e 7 anos de idade, caso necessário, demonstram que a rede de contato profissional vai além das questões de trabalho e formam, nesses momentos, uma grande família. “Isso dá sentido à nossa vida.”

A pandemia do novo coronavírus já se configura como o maior desafio médico do Brasil dos últimos cem anos. Em meio a ela, ficou evidente a importância dos profissionais de saúde para a segurança e o atendimento à população. Mesmo sendo, muitas vezes, pouco valorizados, esses profissionais se colocaram na frente da linha de batalha para socorrer aqueles que eventualmente tombaram ao longo dessa luta. E, infelizmente, muitos deles também não resistiram.

“Essa infecção mostrou, para mim, a fragilidade da vida e a importância do cuidado. Nós médicos, enquanto provedores de saúde, muitas das vezes não temos as respostas ou tratamentos estabelecidos para os males que se apresentam, como no caso desse novo coronavírus. Mas o que eu recebi dos profissionais que cuidaram de mim foi essencial para minha recuperação. Recebi carinho, humanidade, olho no olho, demonstrações de afeto nos momentos mais necessários, fazendo com que minha alma estivesse tranquila para ajudar na recuperação do corpo”, refletiu Antônio Braga.

Volta às atividades – Felizmente, o obstetra teve uma rápida recuperação e, após quase uma semana de internação e duas sem sintomas, voltou ao trabalho, tomando todos os cuidados de higiene e segurança. “Precisamos entender que, a partir de agora, vamos viver um novo normal, que envolve uma série de atitudes que nós não tínhamos antes. Essas atitudes vão desde a etiqueta respiratória, passando por uma maior prudência diante de grandes aglomerações até a adaptação ao uso da telemedicina”, argumentou.



“Para preservar a saúde tanto dos profissionais que vão prestar o exame do título de especialista quanto da equipe, o TEGO 2020 será realizado de forma on-line”, confirmou a Dra. Roseli Nomura.

Depois desse olhar para o passado recente e para as profundas experiências geradas pela COVID-19, o Dr. Antônio Braga deixou uma mensagem aos leitores da *Femina* sobre o futuro citando uma célebre frase: “Navegar é preciso. Com Camões e com Fernando Pessoa, gostaria de encerrar esta participação dizendo que temos que enfrentar o perigo de além mar, porque ‘tudo vale a pena se a alma não é pequena. Quem quer passar além do Bojador, tem que passar além da dor. Deus ao mar o perigo e o abismo deu, mas nele é que espelhou o céu’. Que nossos queridos leitores da *Femina* se mantenham firmes e seguros para continuar cuidando da saúde da mulher brasileira”.

“A pandemia está acelerando tendências”

Testar positivo para COVID-19 significa uma grande mudança no ambiente da casa, além daquela já causada pela pandemia, para evitar a propagação do vírus. “Desestabiliza a família”, afirmou a ginecologista Roseli Nomura, professora adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, professora-associada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e presidente da CNE de Medicina Fetal e da Comissão Nacional do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) da Febrasgo.

Roseli contraiu COVID-19 no mês de maio, depois que o pai dela testou positivo. Ele, um senhor de 82 anos, que já teve câncer de intestino e requer assistência constante, se recuperou bem e não precisou ser internado.

Já Roseli não teve a mesma sorte. Ela começou a apresentar sintomas como febre, mal-estar muito grande, cansaço e tosse pouco antes do Dia das Mães. Açou que logo iria melhorar, mas não foi o que aconteceu, e ela decidiu procurar ajuda médica. A tomografia computadorizada revelou que 20% do pulmão dela estava comprometido e ela se internou no mesmo dia, com falta de ar. “É muito difícil, porque não estamos preparados para ficar doentes. Por ser médica, achei que eu poderia me automedicar e autocuidar, mas a COVID é uma doença nova e bastante preocupante. Ainda não sabemos como manejá-la muito bem e cada paciente responde de um jeito, como foi o meu caso e o da minha família”, ponderou.

Além da apreensão relacionada à evolução da doença, Roseli preocupava-se ainda com a saúde dos dois filhos, que têm 24 e 22 anos, dos familiares e do marido, que também é ginecologista, acabou contraindo COVID-19 e foi internado com 50% do pulmão comprometido.

“Fiquei sete dias internada e ele, nove. A vida deu uma congelada nesse período, interrompemos todas as atividades profissionais até nos recuperarmos bem e tivemos que contar com a ajuda dos familiares. Pedi, por exemplo, para o meu filho mais velho, que cursa Medicina em outra cidade, para voltar para São Paulo e ficar com a irmã. Os colegas da universidade deram muito apoio. Foi um desafio muito grande que todos nós



enfrentamos”, disse Roseli, que completou: “Ser tratado em um bom hospital, um serviço de ponta, com equipe médica experiente na conduta terapêutica da COVID-19, fez toda a diferença no caso de uma doença como essa. Com certeza temos muitos óbitos em nosso país porque nem todos têm acesso a um serviço de excelência”.

Ansiedade e COVID-19 – Embora ainda não haja comprovação científica de que quem contraiu COVID-19 esteja imune à reinfeção, a Dra. Roseli comparou a sensação de ter superado a doença com tirar um peso gigante das costas. Afinal, explicou ela, a preocupação com o desfecho do quadro de saúde, o sentimento de culpa em passar para algum ente querido, a ansiedade por voltar logo à rotina e o estresse por tantas notícias tristes impactam na saúde física e emocional.

As pessoas que ainda não foram contaminadas também sofrem, e muitas até paralisam diante da insegurança e do medo. Por isso, Roseli iniciou, em colaboração com outros membros das CNEs da Febrasgo, uma pesquisa que vai avaliar a saúde mental das gestantes em pelo menos 10 cidades do país neste período de pandemia. A expectativa é que os resultados da pesquisa, que deve ser concluída até o final de agosto, possam ajudar os ginecologistas e obstetras a direcionarem melhor as decisões pós-pandemia.

TEGO on-line – Em decorrência da pandemia, todos os eventos presenciais foram adiados, a fim de evitar aglomerações e reduzir a transmissão do novo coronavírus. Entre esses eventos estão as provas do TEGO, que confere ao profissional a confirmação da sua excelência no exercício da tocoginecologia.

A prova do TEGO é muito aguardada pelos profissionais do Brasil inteiro e requer um imenso trabalho de organização da comissão da Febrasgo, presidida pela Dra. Roseli.

Feito até então no formato presencial, o exame estava previsto para os dias 25 e 26 de julho em São Paulo, mas foi suspenso e, naturalmente, todos devem estar ansiosos pela nova data. A equipe organizadora já fez algumas reuniões com a diretoria da Febrasgo a fim de

discutir como promover o exame de título de especialista sem colocar ninguém em risco.

“Para preservar a saúde tanto dos profissionais que vão prestar o exame do título de especialista quanto da equipe, decidimos que o TEGO 2020 será realizado de forma *on-line*, com sistema de segurança de uma equipe profissional para isso. Buscamos referência em modelos dos Estados Unidos, onde o formato virtual é adotado em alguns exames. Acredito que a pandemia esteja acelerando tendências. Nós já pretendíamos modernizar o exame do TEGO a fim de torná-lo mais acessível para candidatos de todo o Brasil. A pandemia só acelerou essa mudança”, ponderou Roseli. A prova do TEGO está agendada para o dia 22/11/2020.

A coordenadora do TEGO acredita no exame *on-line*, mas explica que será necessário avaliar se o formato virtual não acentuará as desigualdades entre os candidatos. “Não sabemos qual a porcentagem dos candidatos que têm acesso à internet e disponibilidade de equipamentos para realizar o teste *on-line* com as especificidades requeridas, por exemplo, e estamos cientes da dimensão do nosso país, com suas diferentes realidades. Precisamos e queremos modernizar o TEGO, mas ao mesmo tempo teremos que lidar com os novos conflitos que irão surgir”, analisou.

Outro ponto questionado pela Dra. Roseli refere-se à preparação dos candidatos, visto que a pandemia tem obrigado muitos residentes a cargas maiores de trabalho, sem falar naqueles que podem ter contraído COVID-19 e não tiveram condições de se preparar para o exame.

Aos colegas de profissão, em especial os residentes, ela deixa uma mensagem de carinho e otimismo: “Não existe a opção de fugir desta pandemia. Portanto, devemos trilhar o caminho de forma sensata e prudente, sempre buscando a segurança da nossa saúde e de quem está ao nosso redor. Tenho certeza de que cada um de nós está enfrentando as dificuldades de diferentes formas. O distanciamento torna tudo ainda mais desafiador, mas, se formos unidos e solidários uns com os outros, passaremos por essa fase, pois uma hora ela vai passar”.

Unidos em defesa da saúde da mulher



Febrasgo realiza webinar para debater a redução da mortalidade materna

Por Letícia Martins

“**A** mortalidade materna constitui uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres”. Com essa afirmação, o presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Agnaldo Lopes, começou o webinar realizado no dia 28 de maio para ressaltar a importância de duas datas: o Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.

A *live*, disponível no YouTube, teve a participação de representantes do Centro Latino-Americano de Perinatologia – Saúde da Mulher e Reprodutiva da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (CLAP/SMR-Opas/OMS) e das federações de Rondônia e São Paulo.

Segundo Lopes, a taxa anual de mortes maternas no Brasil chega a ser 10 vezes maior do que nos países desenvolvidos e, por incrível que pareça, as últimas análises mostraram um crescimento nacional dos casos. “É possível, no entanto, reverter essa triste realidade. Até 92% dessas mor-

“Até 92% dessas mortes podem ser evitadas por meio de uma atenção à saúde precoce e de qualidade”, destacou o Dr. Agnaldo Lopes, presidente da Febrasgo.

tes podem ser evitadas por meio de uma atenção à saúde precoce e de qualidade. Esse assunto tem uma importância enorme por si só, mas, diante da pandemia, devemos nos unir ainda mais”, afirmou Lopes.

A diretora do CLAP/SMR-Opas/OMS, Suzanne Serruya, apresentou dados de um estudo divulgado em março de 2020 sobre a mortalidade materna

em períodos de grandes desastres, sendo eles naturais ou pandemias. “Durante várias epidemias e desastres, como furacões e terremotos, os serviços essenciais sofrem naturalmente com sua continuidade. Esse estudo é muito importante porque mostra o que aconteceu com dois dos países mais pobres da África (Libéria e Serra Leoa) no momento do ebola”, explicou Suzanne.

“Se as crises são o novo normal, então que a gravidez planejada seja assegurada a todas as mulheres, em qualquer circunstância”, afirmou a Dra. Ida Peréa, presidente da Assogiro.

Os serviços de saúde ficaram fechados ou parcialmente fechados e a população tinha receio de sair de casa para se tratar. De acordo com ela, o uso do método contraceptivo e o planejamento familiar constituem a intervenção mais custo-efetiva para a redução da morte materna. “Não ter acesso ao método anticoncepcional

“Mesmo durante a pandemia de COVID, o acesso aos métodos de contracepção e aos serviços de abortos seguros não pode ser interrompido”, salientou a Dra. Rossana Pulcineli.

pode implicar uma gravidez não desejada e com isso acarretar a mortalidade materna”, expôs.

Como exemplo, ela explicou que, quando há uma queda de 10% do uso de métodos contracep-

tivos, pode-se chegar a mais de 15 milhões de gravidezes indesejadas. Por isso, afirmou, a OMS tem recomendado que todos os países devem incluir na resposta à COVID-19 cuidados de atenção aos serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva, que incluem o pré-natal, o trabalho de parto, o pós-natal, o acesso à contracepção, os serviços de prevenção do câncer do colo do útero, o início do tratamento de fertilidade, questões relacionadas à violência contra a mulher e a educação integral da sexualidade.

“Gostaria de discutir como podemos fazer isso neste momento de pandemia e fico feliz em dizer que esta *live*



é um exemplo das muitas maneiras de trabalhar”, disse Suzanne Serruya. Ela falou ainda sobre a importância de incentivar o trabalho em equipe, o uso da telemedicina e da comunicação orientada para melhorar e acessar o serviço e como trabalhar no autocuidado.

IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NA MORTALIDADE MATERNA

O segundo palestrante do webinar foi o presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Mortalidade Materna da Febrasgo, Marcos Nakamura, que apresentou gráficos mostrando como a inclusão das mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos anos 1990 foi um dos fatores principais para a redução da taxa de mortalidade materna no país, além do aumento do uso do método contraceptivo, do acompanhamento pré-natal e da popularização universal do parto hospitalar.

De acordo com Nakamura, estimativas apontam que a pandemia de COVID-19 pode impactar entre 8% e 38% na taxa de mortalidade materna em países de baixa e média renda. “Esse impacto não decorre somente das mortes diretas provocadas pela COVID-19, mas também pela redução de coberturas de intervenções essenciais que reduzem a mortalidade materna, como ocitocina profilática e sulfato de magnésio etc.”, disse.

“Nesse cenário de pandemia, devemos estar atentos ao manejo das gestantes com COVID-19 sem negligenciar a assistência obstétrica habitual. É necessário que os métodos contraceptivos continuem sendo disponibilizados e que não exista redução da oferta de pré-natal para que as taxas de mortalidade materna não tenham um aumento”, pontuou.

Na sequência, Rossana Pulcineli, presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), destacou algumas ações fundamentais recomendadas pela OMS e outros órgãos para reduzir os índices de mortalidade materna no país, entre elas a vontade e o compromisso político e a melhoria constante nos serviços de parto e pós-parto.

“Mesmo durante a pandemia de COVID, o acesso aos métodos de contracepção e aos serviços de abortos seguros não pode ser interrompido”, afirmou.

A presidente da Sogesp falou ainda sobre a importância dos números de casos de COVID-19, “para que os serviços possam ser reestruturados a fim de que não exista um número muito importante de aumento na taxa de morte materna, tanto da parte de gestantes e puérperas que estão morrendo pela relação com o COVID quanto pela falta de acesso aos sistemas de saúde”, concluiu Rossana.

“Durante várias epidemias e desastres, como furacões e terremotos, os serviços essenciais sofrem naturalmente com sua continuidade”, disse a Dra. Suzanne Serruya.

RECORTES SOCIAIS E REGIONAIS DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Abordando as questões de regionalidade e mortalidade materna no Brasil em tempos de COVID-19, a presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Rondônia (Assogiro), Ida Peréa, apresentou dados que evidenciam a exposição e a vulnerabilidade da mulher durante as pandemias.

Ela também apontou as diferenças numéricas com o recorte do norte do país, demonstrando que as maiores porcentagens de gravidezes indesejadas (22,9%) e de mortalidade materna (88,9%) estão concentradas nos Estados do Norte.

Ida Peréa também abordou a interrupção dos atendimentos de planejamento familiar e serviços de contracepção por remanejamento hospitalar para atendimentos de urgência e a contaminação dos profissionais de saúde como fatores que colaboram para o fechamento desses serviços, aumentando a exposição dessas mulheres à gravidez indesejada e, conseqüentemente, ao risco maior de mortalidade materna.

Apesar de a COVID-19 representar risco para as gestantes e puérperas, a presidente da Assogiro defende a necessidade de acompanhamento da mulher no pré-natal

e o oferecimento de métodos eficazes de contracepção àquelas que não querem engravidar agora.

“Se as crises são o novo normal, então que a gravidez planejada seja assegurada a todas as mu-

lheres, em qualquer circunstância, assim como o parto seguro e a oportunidade de prosperar de acordo com seu potencial”, argumentou Ida Peréa.

Para finalizar, palestrantes e público interagiram sobre a importância de mudanças social e cultural no país, que colaboram para que as taxas de mortalidade não diminuam e que as mulheres continuem vulneráveis à morte materna, antes ou durante as pandemias.

Além disso, os convidados debateram sobre a necessidade do país de disponibilizar e aumentar o acesso à saúde por mulheres que se enquadram em vulnerabilidade econômica e social.

Vale lembrar que a Febrasgo realiza semanalmente webinários com diferentes especialistas em ginecologia e obstetrícia. Você pode participar pelo Facebook ou YouTube da entidade.

“Neste cenário de pandemia, devemos estar atentos ao manejo das gestantes com COVID-19 sem negligenciar a assistência obstétrica habitual”, frisou o Dr. Marcos Nakamura.

ASSISTA À LIVE

Para assistir ao webinário sobre redução da mortalidade materna, acesse o canal de YouTube da Febrasgo.
<https://www.youtube.com/watch?v=YuLbkMqzWEE>



Conheça o Febrasgo Position Statement

Uma das maiores vantagens de fazer parte da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) é ter acesso a diversos conteúdos atualizados sobre a especialidade e ficar por dentro das discussões relevantes da área.

Nesse sentido, a entidade se orgulha de colocar à disposição dos associados o Febrasgo *Position Statement*. “A Febrasgo sempre assume o protagonismo na definição de protocolos em torno das condições de saúde que atingem a vida da mulher. Com o Febrasgo *Position Statement*, o associado terá acesso a artigos com a opinião da Febrasgo e dos seus especialistas a respeito de um determinado assunto”, explicou o presidente da Federação, Agnaldo Lopes.

Os artigos serão produzidos pelos membros das Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo e trarão informações atualizadas e baseadas nas melhores evidências disponíveis na área para ajudar os ginecologistas e obstetras a tomarem decisões assertivas em seus consultórios.

Os artigos serão publicados nas revistas *Femina* e *RBGO*. O primeiro assunto do Febrasgo *Position Statement* é sobre diagnóstico e manejo de massa anexial e você pode conferir na matéria de capa desta edição da *Femina*, que, além de Lopes, traz como autores o Dr. Renato Moretti-Marques e o Dr. Jesus Paula Carvalho.



Almir Antonio Urbanetz

Professor de Professores

Por Jan Pawel Andrade Pachnicki

Amanhã de 28 de julho de 2020 foi muito triste, pois ficamos sem o nosso “querido e estimado amigo”, palavras que ele mesmo utilizava. Aos 70 anos de idade, cumpriu sua missão aqui na Terra e já sentimos a sua falta.

Aos seus próximos era clara a sua principal missão: a de esposo honrado e de pai dedicado. Casado com a médica cardiologista Lorena Adelaida Guilhermina Lara Teran Urbanetz, e pai dos também médicos Lorena Ana Mercedes Lara Urbanetz e Almir Antonio Lara Urbanetz (ela gineco-obstetra seguindo os passos do pai, ele radiologista), sempre colocou sua família à frente de todos os seus objetivos de maneira ímpar.

Com o mesmo carinho dedicado à sua principal missão, cumpriu com maestria e cavalheirismo as tarefas de sua outra grande paixão, a Ciência, com respeito especial pela Academia. Formado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 1977, o jovem médico cursou o Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, nos anos que se seguiram. Mestre (1983) e Doutor (1986) em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela Universidade de São Paulo, cedo já mostrava sua aptidão pelo Ensino de novos colegas médicos. Tranquilo, cordial e corretíssimo, logo seria reconhecido por todo o Brasil, e fora dele.

Professor Adjunto desde 1986, e Titular desde 1994, do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, formou diversas turmas médicas marcando profundamente seus alunos com sua inteligência e gentileza. Coordenou o Programa de Residência Médica desse mesmo departamento por dois períodos, em paralelo com a coordenação da Comissão de Residência Médica do Hospital de Clínicas, chamando a atenção pelo carinho e pela proximidade dedicados aos médicos pós-graduandos. Atualmente, ocupava o cargo da Chefia do Departamento de Tocoginecologia dessa sua amada instituição.

Destacamos em suas atividades a participação na vida associativa, ultimamente como Vice-presidente Região Sul da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Diretor para Assuntos Estratégicos da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA), instituições estas das quais exerceu diversos cargos diretores. Orgulhava-se muito por ter ocupado a presidência da Regional por dois mandatos, 1988-1989 e 2014-2015, onde, dentre diversas ações memoráveis, foi o grande responsável pela interiorização dos eventos e aproximação dos colegas do interior do Estado. Era também delegado da Associação Brasileira de Climatério, regional Paraná, sua principal área de atuação na Especialidade, onde também participou na formulação de consensos.

Sempre focado no compartilhamento do conhecimento, defendendo ser indispensável formar especialistas que conseguissem aliar a prática médica com a teoria dos artigos científicos, era Coordenador do Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia (PROAGO), sistema de educação médica continuada a distância, desde 2005, bem como parte do conselho editorial da revista *Femina*, desde 2010.

Possuidor de uma memória invejável, lembrava-se sempre das datas de aniversário de seus amigos, colegas e ex-alunos. E por falar em números, seguem exemplos da produção de nosso brilhante professor: 7 livros publicados, 26 capítulos de livros, 35 autorias de artigos publicados em periódicos, 40 coautorias de artigos publicados em periódicos, 91 trabalhos aprovados em anais de eventos, 61 apresentações de trabalhos em eventos, além de incontáveis aulas e organizações de eventos na especialidade. Chamava a atenção pela humildade de aluno, sempre aberto a novos conhecimentos, ao assistir aulas de colegas nos Congressos. Sua participação nos eventos, nacionais e internacionais, também foram inúmeras.

Participou também de 39 bancas examinadoras, entre Mestrado, Doutorado, Professor Titular e Livre-Docência, com válidas contribuições a todos seus avaliados. Também orientava mestrandos e doutorandos, mas tinha um carinho todo especial com a iniciação científica, guiando vários graduandos e compartilhando com eles seu amor pela Ginecologia e Obstetrícia (seguramente vários de nossos leitores seguiram a carreira devido a essa mão estendida durante a graduação...).

Com vários reconhecimentos e condecorações recebidas ao longo dos anos, orgulhava-se muito da Menção Honrosa por suas atividades da área de Ginecologia recebida no final de 2019 durante o 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, momento que marcou a todos nós lá presentes com seu discurso emocionado.

E todas essas atividades são incapazes de traduzir a genialidade de nosso querido Professor Doutor Almir Antonio Urbanetz que, mesmo durante sua árdua batalha do último ano, seguiu fazendo o que gostava e acreditava. Deixa-nos com saudades, mas com livro em fase de publicação, artigos revisados a serem publicados e com as aulas departamentais dos próximos dois meses já agendadas...

Os seus amigos da Febrasgo, SOGIPA e de todas as Escolas Médicas às quais ele contribuiu imensamente, consternados, apresentam suas condolências à sua esposa Lorena e aos seus dois filhos, "Loreninha" e "Almirzinho".

Descanse em paz, Professor Almir!

Que nós consigamos honrar seus ensinamentos durante nossa caminhada!



Professor Doutor Almir Antonio Urbanetz

Uso excessivo de testes diagnósticos na prática clínica: os ginecologistas estão atentos às diretrizes científicas?

Einstein Francisco Camargos¹, Valter Paz do Nascimento-Júnior¹

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Einstein Francisco Camargos

Departamento de Clínica Médica, Centro Médico Geriátrico, Hospital Universitário de Brasília
SGAN 605, Av. L2 Norte, Asa Norte, 70840-901, Brasília, DF, Brasil.
einstein@unb.br

A versão original deste artigo está publicada na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(7):436-7. A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia autoriza a publicação deste artigo, no idioma português, na Revista Femina.

Nas últimas décadas, o arsenal tecnológico disponível na prática clínica para os médicos ofereceu um ganho significativo na propedêutica clínica. Avançados e onerosos exames de imagem (exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e outros) e testes sanguíneos modernos (hormônios sexuais, vitaminas, testes sorológicos etc.) permitiram aos médicos diagnosticar e tratar doen-

ças precocemente, como a sífilis, disfunção tireoidiana e câncer, apenas para citar algumas. Infelizmente, observa-se que muitos desses exames são solicitados em excesso na prática clínica por várias razões que vão muito além do fácil acesso.

Há um grande número de publicações internacionais e nacionais sobre o uso inadequado e excessivo de tecnologias e testes.^(1,2) Como resultado desse uso exagerado, os exames complementares são a atividade médica de maior volume em custos, com uma estimativa de até 5 bilhões de exames realizados nos Estados Unidos a cada ano.⁽³⁾ No âmbito nacional, dados da Agência Nacional de Saúde do Brasil mostraram que, entre 2014 e 2015, um total de cerca de 1,4 bilhão de exames complementares foi realizado, chegando a um custo estimado de mais de 10 bilhões de dólares,⁽⁴⁾ e esses custos impactam não apenas o sistema privado como também o Sistema Único de Saúde (SUS). Como uma das consequências, é notória a diminuição na remuneração médica e nas referências da tabela de pagamentos do SUS nos últimos anos no Brasil.



É imperativo que todas as especialidades médicas estejam atentas à solicitação de exames clínicos complementares no cotidiano clínico, atentando-se para o uso apropriado dessas tecnologias e para a redução de custos desnecessários. Os ginecologistas são os médicos da atenção primária à mulher e frequentemente solicitam exames de sangue e de imagem, incrementando muito a capacidade diagnóstica. No entanto, observamos na rotina clínica – não existem estudos criteriosos a esse respeito dentro da especialidade – que muitos testes são solicitados de forma inadequada. Apenas como exemplo, são solicitados rotineiramente a ultrassonografia de tireoide para a investigação de nódulos (em pacientes sem sintomas que são submetidos a avaliação por outras queixas médicas) ou marcadores tumorais para o diagnóstico de câncer (em pacientes sem sintomas). Não há evidências científicas que justifiquem essas solicitações. Por exemplo, a Força Tarefa Americana (*US Preventive Services Task Force – USPSTF*) não recomenda o rastreamento para nódulos de tireoide em adultos sem sintomas, uma vez que essa investigação pode resultar na identificação de cânceres indolentes de tireoide e o tratamento desses cânceres diagnosticados em excesso pode aumentar o risco de danos aos pacientes.⁽⁵⁾ Outros exemplos de exames inapropriados são os marcadores tumorais solicitados cotidianamente, tais como o CA-125 (associado ao câncer de ovário), o CEA (associado ao câncer de cólon), o CA 19-9 (aumentado no câncer de pâncreas) e o CA 15-3 (usado para monitorar a resposta ao tratamento do câncer de mama, bem como sua recorrência).

Recentemente conduzimos um estudo (dados ainda não publicados) no qual foram avaliados 6.878 usuários de um plano de saúde privado em Brasília, Brasil, no período de 2010 a 2017. Com base nas recomendações de diretrizes internacionais como a USPSTF,⁽⁶⁻⁸⁾ o *Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)*⁽⁹⁾ e a *American Society of Clinical Oncology (ASCO)*,⁽¹⁰⁾ observou-se uma taxa de exames inapropriados (marcadores tumorais) surpreendentemente alta (85%). Nossos resultados apontaram que 9% desses testes inapropriados foram solicitados por ginecologistas, uma proporção significativamente maior que os oncologistas ($p = 0,004$). Uma frequência elevada de solicitação inapropriada também foi observada em outras especialidades, como cardiologia e clínica geral.

Lacunas no conhecimento acerca das diretrizes baseadas em evidência por parte dos médicos e preocupações com possíveis erros de diagnóstico podem ser responsáveis por solicitações inadequadas de exames, mesmo para médicos da atenção primária. Estudo americano recente realizado com médicos da atenção primária da saúde mostrou que 1/3 deles experientemente rotineiramente incertezas e desafios ao solicitar e interpretar exames laboratoriais de diagnóstico.⁽¹¹⁾ Os autores comentam que o aprimoramento da tecnologia da informação e dos sistemas de apoio à decisão clínica

(como acesso rápido às diretrizes por meio de sites ou diretrizes) pode reduzir a incerteza dos médicos e mitigar esses desafios.

Nesse contexto, recomendamos que sociedades médicas científicas, aqui incluída a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), aumentem o número de publicações sobre o uso correto de marcadores tumorais (e outros exames complementares) na prática clínica. Uma abordagem educativa combinada com uma experiência na utilização pode reduzir o número de testes laboratoriais injustificadamente solicitados.

Finalmente, é imperativo lembrar da necessidade de um exame físico preciso antes da solicitação de exames de sangue ou imagem, bem como recomendá-lo. Devemos ter cuidado com as listas de exames predefinidas que são impressas com o simples toque de um botão no computador. É importante lembrar que consequências desastrosas podem advir de um resultado falso-positivo; angústia psicossocial, ansiedade e preocupações com o câncer têm sido frequentemente observadas no consultório médico. Além disso, uma abordagem diagnóstica em “cascata” após um teste inicial falsamente positivo pode ter outras implicações.

REFERÊNCIAS

1. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156-68. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5
2. Camargos EF. O crescente uso excessivo de exames complementares em geriatria. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(3):104-6. doi: 10.5327/Z2447-21152017v11n3ED
3. Alexander CB. Message from the President: reducing healthcare costs through appropriate test utilization. *Crit Values*. 2012;5(2):6-9. doi: 10.1093/criticalvalues/5.2.6
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANDS; 2015.
5. Lin JS, Bowles EJA, Williams SB, Morrison CC. Screening for thyroid cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(18):1888-903. doi: 10.1001/jama.2017.0562
6. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, García FAR, et al. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(23):2564-75. doi: 10.1001/jama.2016.5989
7. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Screening for ovarian cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;319(6):588-94. doi: 10.1001/jama.2017.21926
8. US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for pancreatic cancer: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;322(5):438-44. doi: 10.1001/jama.2019.10232
9. Hayes P. Preventive activities. *Good Pract*. 2017;(1-2):6-8.
10. American Society of Clinical Oncology. Five things physicians and patients should question. *J Okla State Med Assoc*. 2013;106(2):66-7.
11. Hickner J, Thompson PJ, Wilkinson T, Epner P, Sheehan M, Pollock AM, et al. Primary care physicians' challenges in ordering clinical laboratory tests and interpreting results. *J Am Board Fam Med*. 2014;27(2):268-74. doi: 10.3122/jabfm.2014.02.130104

Atualização científica agora e sempre

Sogirgs realiza a 1ª Jornada Gaúcha de Ginecologia e Obstetrícia *on-line* e já se prepara para a segunda

Por Letícia Martins



Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (Sogirgs) desde dezembro de 2019, a **Dra. Ana Selma Bertelli Picoloto** começou o mandato sem imaginar que enfrentaria tantas mudanças em tão pouco tempo por causa de uma pandemia global.

Desde o fim de março de 2020, o Estado onde ela atua sofreu redução nos atendimentos médicos, impôs restrição nos atendimentos eletivos, tanto no setor público quanto no privado, e não teve êxito quando tentou retomar as atividades.

“No final de maio, houve uma tentativa de retomada dos atendimentos e procedimentos cirúrgicos eletivos, porém o aumento no número de novos casos de infecção pelo coronavírus nos fez recuar novamente, situação em que ainda estamos atualmente”, expõe a Dra. Ana Selma, que é médica contratada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Fêmina. Ela explica que a telemedicina tem possibilitado o atendimento de alguns casos.

A associação também teve que se adaptar ao novo momento e foi assertiva ao aproveitar os recursos da tecnologia aliada à internet para ficar mais próxima dos associados. “Toda a diretoria da Sogirgs vem trabalhando em conjunto para manter aquele que é o nosso compromisso primordial com o sócio, alinhado também ao da Febrasgo: a atualização científica. Isso nos orgulha muito”, conta.

Além de aulas semanais pela *web*, a associação realizou a I Jornada Gaúcha de Ginecologia e Obstetrícia

on-line, “a qual foi tão bem aceita e avaliada pelos sócios que já está agendada a segunda edição para o mês de agosto”, comemora a Dra. Ana Selma. Esse conteúdo fica disponível na área “Sogirgs TV” no site da entidade.

PARTO SEGURO

Como não poderia deixar de ser, a agenda científica está repleta de temas relacionados à especialidade e ao coronavírus, mas há uma questão em especial que vem preocupando a Sogirgs: o aumento no número de gestantes que optam por ter o bebê fora do ambiente hospitalar. “Principalmente agora, durante a pandemia, muitas mulheres têm receio de ser contaminadas pelo coronavírus dentro da maternidade”, explica Ana Selma.

Segundo ela, além do medo da COVID-19, há muita informação incorreta sobre os procedimentos médicos que envolvem o parto, como a episiotomia e o uso de fórceps. “Por isso, estamos tentando realizar ações junto ao Conselho Regional de Medicina para informação tanto da população quanto do sistema judiciário”, afirma.

PÓS-PANDEMIA

Enquanto conduz bravamente a Sogirgs em meio a esta pandemia, a Dra. Ana Selma acredita que a entidade herdará vários pontos importantes desse período, principalmente no que diz respeito ao uso das plataformas digitais, instrumento que, segundo ela, estimulou a participação de um maior número de colegas na atualização científica.

“Em 2021, esperamos retomar as nossas atividades científicas presenciais, cursos teórico-práticos, e acredito que teremos ainda um percentual significativo de ações via internet”, completa.

Tira-dúvidas na palma da mão

Assogiro investe no atendimento por WhatsApp para orientar sobre anticoncepção durante a pandemia

Por Letícia Martins



A fim de ajudar a combater o novo coronavírus e preservar a saúde das mulheres, a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Rondônia (Assogiro) apostou em uma estratégia moderna: usar uma tecnologia que está ao alcance das mãos para disseminar informações sobre como evitar uma gravidez não planejada.

“Discurso não evita filho. É preciso ter uma ação propositiva e orientar as mulheres sobre os métodos anticoncepcionais. A dúvida dela precisa ser esclarecida e o ideal é que ela não precise sair de casa para ter uma informação de qualidade”, argumentou a **Dra. Ida Peréa**, presidente da Assogiro.

Chamado de “Covid Mulher”, o serviço de atendimento pelo WhatsApp, oferecido pela Assogiro em parceria com a residência

médica, permite que as mulheres enviem suas perguntas por mensagem e recebam orientações remotamente.

“Essa assistência a distância possibilita que a mulher esclareça dúvidas sobre o método anticoncepcional que deseja usar. Com isso, ajudamos a reduzir uma gravidez não planejada, o número de mulheres nas ruas em busca de uma consulta de planejamento familiar ou de acompanhamento pré-natal e até a mortalidade materna”, observou a Dra. Ida.

Quando a imprensa ajuda a divulgar o Covid Mulher, as mensagens não param de chegar e a equipe de residentes, coordenada pela Dra. Ida, atendem pessoas de vários Estados.

A Assogiro também realiza uma vez por mês um webinar com a participação da médica Carolina Sales e de professores convidados para falar sobre métodos anticoncepcionais. O próximo será focado no público adolescente.

ADAPTAÇÃO AO NOVO

É fato que a pandemia de COVID-19 afastou fisicamente as pessoas, mas não impediu que elas se unissem para continuar fazendo o necessário. “Com ajuda do presidente da Febrasgo, Agnaldo Lopes, e do vice-presidente da região Norte, Ricardo Quinteiros, estamos mais integrados do que nunca. Fazemos encontros virtuais e discutimos assuntos importantes para todas as federadas, sem precisar percorrer milhares de quilômetros. A educação continuada também tem sido favorecida. Acredito que a saúde no Brasil precisava mesmo vencer essa barreira física”, avaliou a médica.

Ela afirmou que também teve que superar as próprias limitações tecnológicas para encarar a pandemia. “Eu estava muito focada na docência e quase não fazia mais consultório. Mas agora estou aprendendo a fazer teleconsulta, pois quero dar o bom exemplo”, disse. “Vivemos um momento muito triste e não estamos nos alegrando com a pandemia, mas precisamos reconhecer que o aprendizado está sendo grande e espero que esses avanços permaneçam.”



A Residência Médica em ginecologia e obstetrícia em tempos de COVID-19

Recomendações da Comissão Nacional de Residência Médica da Febrasgo

Gustavo Salata Romão¹, Lucas Schreiner², Claudia Lourdes Soares Laranjeiras³, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jarmy Di Bella⁴, Raquel Autran Coelho⁵, Maria da Conceição Ribeiro Simões⁶, Mario Dias Correa Júnior⁷, Milena Bastos Brito⁸, Marcelo Luis Steiner⁹, Alberto Trapani Junior¹⁰, Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos¹¹, Alberto Carlos Moreno Zaconeta¹², Francisco José Candido dos Reis¹³, Karen Cristina Abrão¹⁴, Sheldon Rodrigo Botogowski^{15,16}, Giovana da Gama Fortunato¹⁷, Lia Cruz Vaz da Costa Damasio¹⁸, Marcos Felipe Silva de Sá¹³, César Eduardo Fernandes⁹, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁷



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

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

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

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

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

6. Centro Universitário Aparício Carvalho, Porto Velho, RO, Brasil.

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

8. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

9. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

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

11. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

12. Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

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

14. Escola de Ciências da Saúde, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.

15. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

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

17. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

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

* Texto elaborado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Residência Médica e endossado pela Diretoria Científica e Presidência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Autor correspondente

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

A versão original deste artigo está publicada na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(7):411-4. A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia autoriza a publicação deste artigo, no idioma português, na Revista Femina.

Como citar?

Romão GS, Schreiner L, Laranjeiras CL, Di Bella ZI, Coelho RA, Simões MC, et al. A Residência Médica em ginecologia e obstetrícia em tempos de COVID-19: recomendações da Comissão Nacional de Residência Médica da Febrasgo. Femina. 2020;48(7):414-8.

INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) tem causado impactos sobre os programas de residência e a formação dos especialistas. À luz das respostas à pandemia, muitos programas de residência médica estão sendo levados, compulsoriamente, a realizar reorganização significativa nas práticas clínicas e nos campos de estágio para seus residentes. Essas mudanças incluem reduções nas atividades em bloco cirúrgico e ambulatorios e cancelamento de atividades como visitas nas enfermarias, sessões de simulação, entre outras.⁽¹⁾

De acordo com as recomendações do *American College of Surgeons (ACS)*,⁽¹⁾ 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 equipamentos de proteção individual (EPIs) necessários a 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, foi proposto considerar adiáveis os procedimentos ou cirurgias eletivas que poderiam ser postergados por até três meses sem comprometer a condição clínica das pacientes

O *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* também elaborou uma lista de recomendações aos coordenadores e supervisores de programas de residência,⁽²⁾ e mais recentemente a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) publicou um posicionamento orientando sobre as condições e cuidados para o reinício das cirurgias eletivas no momento em que o controle da pandemia o permitir.⁽³⁾

No Brasil, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação, divulgou no dia 8 de maio de 2020 uma Minuta de Nota Técnica com recomendações para os Programas de Residência Médica (PRMs) durante a pandemia.⁽⁴⁾ Tais recomendações partem das diretrizes estabelecidas para os Programas de Residência pela Resolução CNRM nº 2/2006 e das Matrizes de Competências de cada especialidade para redefinir os estágios e a distribuição da carga horária entre as atividades. A minuta incorpora também a

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

De acordo com esse documento, cada PRM deverá flexibilizar o seu Projeto Pedagógico para se adequar às necessidades da realidade sanitária atual. A legislação em vigor estabelece que 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 horas (destinadas aos plantões). Além disso, deve ser assegurado ao médico-residente um dia de descanso semanal. A CNRM recomenda que a carga horária teórica seja desenvolvida no limite máximo permitido (20% da carga horária total) em 12 horas semanais. As aulas presenciais devem ser suspensas e as atividades teóricas devem ser desenvolvidas em plataformas virtuais mediadas por tecnologia. São sugeridos videoaulas e aplicativos que permitam a interatividade por meio de mensagens ou comunicação oral. Nas atividades teóricas, além dos temas referentes a cada especialidade médica, deverão ser abordados temas que possibilitem a ampla capacitação dos médicos-residentes para atuação no combate à pandemia. Tais temas incluem a detecção, o manejo e o fluxo para o atendimento e o tratamento de pacientes com COVID-19, suas complicações e estratégias de proteção individual e coletiva. Treinamentos em atendimentos, técnicas seguras de parâmetros, desparâmetros e intubação orotraqueal deverão ser incluídos no escopo da carga horária teórica obrigatória dos PRMs.

Para as atividades práticas, a CNRM estabelece que o deslocamento dos médicos-residentes para atuação no combate à pandemia deverá se basear no coeficiente de incidência (número de casos novos/milhão de ha-

Quadro 1. Recomendações da CNRM para o deslocamento dos médicos-residentes para atuação no combate à pandemia

Nível	Complexidade epidemiológica	Coefficiente de incidência	Carga horária em atividades na pandemia	% da carga horária prática
1	EMERGÊNCIA	50% acima da incidência nacional	Até 24 h semanais	Até 50%
2	ATENÇÃO	Entre 50% acima e a incidência nacional	Até 20 h semanais	Até 40%
3	ALERTA	Abaixo da incidência nacional	Até 12 h semanais	Até 25%

Fonte: Adaptada de Ministério da Educação. Nota Técnica nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192.⁽⁴⁾

bitantes) e na classificação por nível de complexidade epidemiológica do município e da região de saúde onde o PRM está inserido. No quadro 1 são apresentadas as principais recomendações para a carga horária de trabalho dos residentes no combate à pandemia em função da incidência da COVID-19 e da complexidade epidemiológica local/regional.

Para as especialidades diretamente relacionadas ao atendimento a pacientes com COVID-19, pode-se destinar a totalidade da carga horária prática com atividades assistenciais de combate à pandemia.

A redistribuição das atividades práticas nos PRMs deverá ser realizada em conformidade com a experiência clínica e a capacidade funcional dos residentes e sempre sob supervisão de médicos preceptores, assegurando o máximo aproveitamento do treinamento e preservando a segurança das pacientes. A reorganização dos rodízios deve levar em consideração a disponibilidade e as oportunidades de aprendizado nos cenários de prática da instituição-sede e nas instituições conveniadas ao PRM, priorizando a atuação em setores de internação e emergência e respeitando sempre a carga horária máxima de trabalho do residente. A reposição de atividades do PRM que não tenham sido desenvolvidas durante a pandemia, após a retomada da normalidade, será objeto de análise e decisão posterior pela CNRM.

Os médicos-residentes que se enquadrem no grupo de risco, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e gestantes deverão comunicar sua condição ao supervisor responsável pelo PRM e à respectiva Comissão de Residência Médica (Coreme) da instituição hospitalar para serem realocados conforme o risco de contaminação ou serem afastados das atividades práticas por licença médica, apresentando, nesse caso, o relatório médico pertinente. Em caso de afastamento por suspeita ou confirmação da COVID-19, devem-se seguir as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelos serviços de saúde nos estados e municípios, e o residente deverá cumprir o isolamento recomendado. A Coreme deverá registrar o afastamento do residente “por licença médica” ao Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM) e noti-

ficar o gestor da bolsa para suspensão do pagamento regular. O residente afastado por motivo de saúde (licença médica) deverá seguir a tramitação no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Outras situações de afastamento que estão previstas nos parágrafos 2º, 3º e 4º do artigo 4º da Lei nº 12.514/2011 incluem a licença-paternidade de 5 dias e a licença-maternidade de 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias, em acordo com a instituição responsável pelo PRM. O tempo necessário para a conclusão do programa deverá ser prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do médico-residente.

Nas situações em que houve suspensão total dos atendimentos e procedimentos cirúrgicos de um PRM, deve-se tentar realocar parte das atividades em outros serviços. Caso isso não seja possível, a decisão relativa à continuidade do programa deverá ser tomada em comum acordo entre a Coreme e os gestores da saúde local. A mesma recomendação vale para situações em que os médicos-residentes tenham sido convocados a atuar no enfrentamento da pandemia em outros municípios.

A CNRM também prevê a possibilidade de interrupção das atividades de um PRM, seja pela inadequação dos serviços ou pela falta de segurança na atuação dos profissionais diante da pandemia. Nesses casos, deve-se seguir o seguinte fluxo:

- Registrar de forma clara os motivos da interrupção do PRM no serviço;
- Emitir nota oficial informativa da suspensão do PRM aos residentes, preceptores e gestores do serviço de saúde;
- Realocar os médicos-residentes em outros serviços públicos ou privados para que possam completar sua formação na especialidade ou transferir suas atividades para o atendimento intra-hospitalar, auxiliando na assistência aos pacientes internados ou em atividades de gestão;



- Viabilizar a antecipação do período individual de férias dos residentes.

Esgotadas todas as possibilidades para a manutenção do PRM, deve-se comunicar a situação à Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem) e à CNRM para que o ato autorizativo do PRM seja revisto com as consequências previstas na legislação em vigor.

RECOMENDAÇÕES

No Brasil, sabemos que há uma grande diferença da situação da pandemia COVID-19 entre os estados e entre as cidades. A grande extensão territorial e a diversidade social cultural e financeira fazem com que os mecanismos de adaptação de cada programa sejam aplicados em graus e momentos distintos.

Considerando que as interrupções relacionadas à COVID-19 provavelmente continuarão por muitos meses, os programas caminharão para um processo de inovação e adaptação, que deverá garantir um aprendizado contínuo dos residentes dentro dessa nova realidade.

Considerando que, no contexto da pandemia de COVID-19, preocupações com segurança, escassez de EPIs, distanciamento físico e responsabilidades econômico-financeiras adicionais representam desafios para os hospitais, a Comissão de Residência Médica da Febrasgo propõe este documento para orientar supervisores, preceptores e residentes. O seu objetivo é compartilhar experiências e sugerir recursos para os PRMs, enquanto se gerencia a pandemia e se mantém o distanciamento físico.

A partir da literatura disponível e reconhecendo as nuances de cada PRM, dividimos em tópicos os principais itens das recomendações durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

SEGURANÇA

A segurança é item primordial para o desenvolvimento das atividades pertinentes à residência médica. O gran-

de número de vidas perdidas de profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia em outros países trouxe ainda mais luzes a esse item fundamental na assistência e treinamento em saúde.⁽⁵⁾ As recomendações para segurança são:

- Disponibilizar EPIs a todos os residentes e preceptores. Havendo escassez desses equipamentos nos hospitais, recomenda-se que o coordenador ou supervisor responsável organize um fluxo de participação de todos os residentes e preceptores nos procedimentos assistenciais sem que haja risco de contaminação. Dessa forma, pode ser necessário reduzir o número de residentes por procedimento;
- Prover treinamento a todos os residentes e preceptores sobre o uso adequado dos EPIs, incluindo a colocação e a remoção deles;
- Adiar ou cancelar as cirurgias eletivas e consultas ambulatoriais não urgentes, conforme orientação dos Conselhos Regionais de Medicina e sociedades de especialidades em consonância com as recomendações locais de cada serviço. O adiamento de atendimentos e cirurgias que possam agravar o estado de saúde da paciente não deve ser recomendado;
- Ajustar o esquema de atendimentos realizados pelos residentes para minimizar a exposição e preservar a força de trabalho. Estimular atendimentos por telemedicina na forma de teleconsulta, teleorientação e telemonitoramento, conforme sugerido pela legislação brasileira. É importante nesse momento que os programas ofereçam treinamento e preceptoria aos residentes para essa modalidade de atendimento;
- Sempre que possível, buscar o aumento de consultas por telemedicina, agendando para atendimento presencial os casos selecionados que poderão levar prejuízo à saúde da mulher em caso de adiamento da consulta presencial, como oncologia, pré-natal, assistência à mulher vítima de violência sexual, infecções sexualmente transmissíveis, atendimento a mulheres que vivem com HIV e serviços de planejamento familiar;^(6,7)
- 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;
 - 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. Esse grupo pode ser direcionado para atendimento por telemedicina ou outras atividades não assistenciais. Caso isso não seja possível, pode-se recorrer ao afastamento por licença médica.

CARGA HORÁRIA E ATIVIDADES DO PROGRAMA

O treinamento em serviço que caracteriza a residência médica sofrerá transformações durante o período da pandemia. Os serviços precisarão adaptar suas atividades teóricas aos ambientes virtuais de aprendizado e os atendimentos e procedimentos eletivos ficarão temporariamente comprometidos.^(8,9)

Para as atividades teóricas, recomenda-se praticar a carga horária máxima, totalizando, assim, 12 horas semanais, transicionando, na medida do possível, da modalidade presencial para o ensino remoto mediado por tecnologias. Recomenda-se também incluir no conteúdo teórico temas relacionados a segurança individual e treinamento de fluxos de atendimento a pacientes acometidas por COVID-19.⁽⁴⁾

Para as atividades práticas, deve-se atentar para a carga horária máxima estabelecida pelas diretrizes nacionais para os PRMs, que corresponde a 48 horas semanais, já incluindo os plantões.

A carga horária em obstetrícia pode ser realizada em atividades como pré-natal, assistência ao parto e puerpério e enfermarias de patologia obstétrica. A carga horária em ginecologia pode ser realizada em atividades essenciais (oncologia ginecológica, atendimento a vítimas de violência sexual, pronto atendimento ginecológico, atendimento a infecções sexualmente transmissíveis e planejamento familiar, entre outras), conforme as possibilidades de cada programa.

As atividades realizadas pelos residentes deverão ser devidamente registradas para que possam ser computadas como carga horária cumprida nos programas.

A forma de reposição das atividades não realizadas, caso haja necessidade, será regulamentada posteriormente pela CNRM.

Diante da necessidade de realocar residentes para atuar em atividades relacionadas à pandemia, devem-se assegurar condições adequadas de segurança, trabalho e supervisão a eles.

Deve-se manter um canal de comunicação entre supervisor, preceptores e residentes, usar as reuniões virtuais para discutir problemas do dia a dia relacionados ao estresse gerado pela pandemia de COVID-19 e, se possível, disponibilizar apoio psicológico aos residentes e preceptores

É importante estimular os residentes e preceptores a buscarem atualização científica em eventos *on-line* como os que são promovidos pela Febrasgo e federadas.

Deve-se orientar os residentes e preceptores em relação às normas estabelecidas pelos comitês de ética locais para a condução de pesquisas clínicas neste período.

CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 coloca o treinamento de médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia em uma situação extremamente delicada. Afora a grande preocupação com a segurança e a saúde física e mental de preceptores e residentes, os aspectos educacionais devem ser contemplados. A readequação dos programas com relação ao número mínimo de procedimentos e cenários que possibilitem a aquisição das habilidades e atitudes previstas na Matriz de Competências em ginecologia e obstetrícia deverá ser realizada por cada programa, respeitando as futuras normatizações da CNRM. É o momento em que a inovação e a capacidade de adaptação dos envolvidos sobressairão e transformarão o treinamento em ginecologia e obstetrícia em nosso país. A Comissão de Residência Médica da Febrasgo reitera o compromisso de auxiliar e orientar os preceptores e supervisores no processo de formação e avaliação do médico-residente durante a pandemia de COVID-19.

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. [ahead of print]
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). How program directors can support obstetrics and gynecology residents during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.acog.org/news/news-articles/2020/05/how-program-directors-can-support-ob-gyn-residents-during-covid-19>.
3. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). COVID-19 – Restarting Elective Surgery [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.figo.org/covid-19-restarting-elective-surgery>.
4. Ministério da Educação. Nota Técnica nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192.
5. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health*. 2020;10(1):010345. doi: 10.7189/jogh-10-010345
6. UNFPA, Avenir Health, Johns Hopkins University, Victoria University. Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf.
7. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). Emergencies: COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://iawg.net/emergencies/covid-19>.
8. Daniel SJ. Education and the COVID-19 pandemic. *Prospects*. 2020;1-6. doi: 10.1007/s11125-020-09464-3. [ahead of print]
9. Kwon YS, Tabakin AL, Patel HV, Backstrand JR, Jang TL, Kim IY, et al. Adapting urology residency training in the COVID-19 era. *Urology*. 2020 Apr 24. doi: 10.1016/j.urology.2020.04.065. [ahead of print]



A importância dos termos de consentimento

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osorio Wender²

1. Membro associado à Febrasgo.
2. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

Na sociedade como um todo e na conduta médica atual, a transparência, a informação clara e o respeito ao consentimento das partes envolvidas são pilares em ascensão e fortalecimento evidentes. Há muito a medicina deixou de ser uma prática impositiva e paternalista, e, no saudável evoluir das relações, a comunicação efetiva é essencial. O consentimento para qualquer procedimento, seja diagnóstico ou terapêutico, é obrigatório, com exceção das situações de emergência, como bem explicita o Código de Ética Médica:⁽¹⁾

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

“XXI. No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

[...]

É vedado ao médico:

Art. 22. *Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.*

[...]

Art. 24. *Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.”*

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁽²⁾ preceitua que qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a

qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

O consentimento pode ser apenas verbal e recomenda-se o registro sempre em prontuário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não é previsto como obrigatório no Código de Ética Médica (a não ser em pesquisas envolvendo seres humanos), mas é um instrumento que oficializa o consentimento. À luz do judiciário, o entendimento majoritário é de que o consentimento informado deve ser escrito. Por esse prisma, mais do que uma “obrigação a mais”, o uso adequado dos TCLEs deve ser incorporado fielmente à prática médica como uma excelente oportunidade de apresentar e discutir as possibilidades com competência, linguagem clara e empatia. Além disso, constitui elemento cada vez mais valorizado como uma boa prova a favor do médico quando se fala de segurança jurídica e prevenção, sendo sua ausência cada vez menos tolerada em processos éticos, civis ou penais que avaliem a conduta médica.⁽³⁻⁹⁾

Em recente julgado do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro,⁽³⁾ foi fixado valor de R\$ 80.000,00 de indenização por dano moral por não ter sido comprovado o consentimento da paciente para a realização de laqueadura. Considerando apenas o argumento da ementa – realização de laqueadura sem o consentimento da paciente –, o caso serve para ilustrar a importância de um bom termo de consentimento, que realmente seja LIVRE e ESCLARECIDO, e não mero papel de rotina, sem a devida conversa e oportunidade de esclarecer dúvidas para todos os envolvidos.

Não há necessidade nem obrigatoriedade de modelos padronizados e rígidos, sendo inclusive muito importante que o médico aproxime o termo de cada caso concreto, contemplando com clareza os pontos abordados no diálogo com a paciente, responsáveis e/ou familiares. A informação do TCLE deve ser simples, objetiva, aproximativa, honesta e com uma linguagem acessível, de preferência com possibilidade de inclusão de outras informações que possam surgir dessa conversa.

Atenta a toda essa importância e valor dos termos de consentimento na prática médica atual, a diretoria da Febrasgo, centralizada pela Comissão de Defesa e Valorização Profissional, elaborou diversos modelos editáveis de TCLEs para uso dos associados. Houve extrema atenção aos detalhes técnicos importantes, com revisões de

especialistas e cuidado com a presença dos itens recomendados em cada termo, além de atenção a critérios de adequação de linguagem, pontos importantes da literatura e previsão de adequação para eventuais usos contratuais ou jurídicos. Agradecemos imensamente aos colegas especialistas que se dedicaram a essa tarefa. Após cada Termo ser elaborado, ele foi revisado pela Comissão Nacional Especializada pertinente para aprovação final. Os termos encontram-se disponíveis na **Área do Associado: Febrasgo On Line** ⇒ **Consentimento Informado** e contemplam os procedimentos mais frequentes da Ginecologia e Obstetrícia. Aproveite essa funcionalidade para o associado e contribua com suas necessidades e dúvidas sobre o tema por meio do Fale Conosco ou nas redes sociais da nossa Febrasgo.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília (DF): CFM; 2019.
2. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
3. Processo nº 0186950-56.2016.8.19.0001. Dispõe sobre indenização por dano moral – outros [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 22]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/303380391/djri-ii-judicial-2a-instancia-23-06-2020-pg-334?ref=serp>
4. Boyaciyán K, organizador. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5ª ed. São Paulo: Cremesp; 2018.
5. Brandão JF. Consentimento informado na prática médica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 1999 [cited 2019 Dec 10]. Available from: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20356
6. Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 59/2018. Dispõe sobre o direito do médico assistente ao acesso ao prontuário médico de seu paciente, devendo datar e assinar novos registros. O TCLE pode ser entregue ao paciente possibilitando-lhe tempo para reflexão e decisão quanto ao procedimento proposto [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 23]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2018/59>
7. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Parecer nº 02/2020. Dispõe sobre a não obrigatoriedade do médico que realiza o pré-natal em realizar o parto e posicionamento sobre a inexistência de atribuição do Conselho de Ética na elaboração e/ou validação de termo de consentimento livre e esclarecido [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 23]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PE/2020/2>
8. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Parecer Creneb nº 10/19. Dispõe sobre o modelo mais adequado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes sob cuidados paliativos é aquele que se contemple com clareza os termos que foram abordados e acordados na discussão entre o médico e o paciente ou seu representante legal, a fim de configurar-se um consentimento esclarecido (princípio da informação adequada) [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2019/10>
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso. Parecer CRM-MT nº 18/2012. Dispõe sobre esclarecimentos quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Paciente (TCLE) e a Responsabilidade do Médico Assistente e demais profissionais médicos frente ao atendimento prestado ao paciente [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 25]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MT/2012/18>

A informação do TCLE deve ser simples, objetiva, aproximativa, honesta e com uma linguagem acessível

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

CONSELHO EDITORIAL: Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Almir Antonio Urbanetz, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibalde Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique 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 Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli 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

- 422** Análise da percepção de puérperas sobre a assistência ao parto em uma maternidade do Tocantins

Carina Scolari Gosch, Inglá Bitarães Pereira, Leonardo Sousa Mundoco

ARTIGOS DE REVISÃO

- 427** Cirurgia ginecológica e COVID-19: qual o impacto e como devo conduzir?

Julio Cesar Rosa e Silva, Paulo Ayroza Ribeiro, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Mariano Tamura Vieira Gomes, Sergio Podgaec, Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro, Carlos Augusto Pires Costa Lino, Ricardo Quinteiros, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Agnaldo Lopes da Silva Filho

- 432** Comprimento de colo uterino ao ultrassom transvaginal como preditor de risco do parto pré-termo espontâneo

Thaísa Guedes Bortoletto, Anderson Borovac-Pinheiro, Marcelo Santucci França, Rodolfo de Carvalho Pacagnella

- 439** Depressão pós-parto: quais os fatores de risco?

Alessandra Poline de Oliveira, Izabela Mara Martins Silveira, Cristina Terumy Okamoto, Somaia Reda

OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS

- 447** Maternidade após os 40: os riscos de postergar demasiado a maternidade

Anibal Eusébio Faúndes, Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Análise da percepção de puérperas sobre a assistência ao parto em uma maternidade do Tocantins

Analysis of the perception of puerperal women about maternity care assistance in a maternity of Tocantins

Carina Scolari Gosch¹, Inglá Bitarães Pereira¹, Leonardo Sousa Mundoco¹

Descritores

Trabalho de parto; Obstetrícia; Episiotomia; Fórceps obstétrico

Keywords

Labor; Obstetrics; Episiotomy; Obstetrical forceps

RESUMO

Objetivo: No decorrer dos séculos, o parto migrou do ambiente domiciliar para o hospitalar, sendo então repleto de procedimentos que, embora tenham o intuito de ajudar, nem sempre são adequados ou baseados em evidências. Por isso, o objetivo deste estudo é identificar os procedimentos realizados com parturientes durante o parto em uma maternidade do Tocantins, além de caracterizar o perfil dessas pacientes. **Método:** Foi aplicado um questionário a 70 puérperas de parto normal, maiores e menores de idade, durante quatro meses. O questionário de referência foi o utilizado do estudo Nascer no Brasil. **Resultados:** A maioria das pacientes se autodeclarou parda, tinha ao menos o ensino médio completo e era maior de 18 anos. Mais da metade delas tiveram alguma alteração no períneo, 25% sofreram manobra de Kristeller e 88% submeteram-se à litotomia. Além disso, a grande maioria avaliou o serviço da maternidade como bom/ótimo/excelente. **Conclusão:** A assistência ao parto no Tocantins ainda se divide em práticas adequadas e técnicas ultrapassadas. Trata-se de um estudo original e um dos primeiros nesse sentido realizado no estado mais novo do Brasil.

ABSTRACT

Objective: Throughout the centuries, childbirth has migrated from the home environment to the hospital, being then full of procedures that although they are intended to help, are not always adequate or based on evidence. Therefore, the objective of this study is to identify the procedures performed with parturients during childbirth in a maternity hospital in Tocantins, in addition to characterizing the profile of these patients. **Method:** A questionnaire was applied to 70 mothers of normal birth, older and younger, for four months. The reference questionnaire was used in the Nascer no Brasil study. **Results:** Most patients declared themselves to be brown, had at least completed high school, and were over 18 years old. More than half of them had some alteration in the perineum, 25% underwent a Kristeller maneuver and 88% underwent lithotomy. In addition, the vast majority rated the maternity service as good/excellent/excellent. **Conclusion:** Assistance to childbirth in Tocantins is still divided into outdated technical and appropriate practices. This is an original study and one of the first in this sense carried out in the newest state of Brazil.

Submetido:

05/02/2020

Aceito:

29/06/2020

1. Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto, Porto Nacional, TO, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Inglá Bitarães Pereira

Rua 02, Quadra 07, S/N, Jardim dos Ipês, 77500-000, Porto Nacional, TO, Brasil.

inglabp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto pode ser compreendida como todo apoio e suporte emocional, físico e técnico que a parturiente deve receber relacionado ao trabalho de parto. Atualmente, seguindo a tendência dos séculos anteriores, o trabalho de parto tem migrado majoritariamente do ambiente domiciliar para o hospitalar, assim como houve um aumento exacerbado do número de intervenções médicas nesse momento. Nota-se isso quando, dos 3 milhões de nascimentos que em média acontecem anualmente no Brasil, 98% são em ambiente hospitalar e mais da metade são de cesarianas.⁽¹⁾ Porém, mesmo aqueles que são considerados partos “normais” hoje muito se diferem dos realizados anteriormente, por serem repletos de procedimentos que objetivam facilitar a parição, como episiotomia, litotomia, manobras obstétricas agressivas, uso de fórceps e outros, mas que nem sempre são adequados ou baseados em evidências, comprometendo a essência da palavra “natural”.⁽¹⁾ Diante desse cenário, que teve início no século XX e perdura em partes até a atualidade, instalou-se uma nova visão de parto, que une a essência do nascer, como acontecia até o início do século XX, com o suporte técnico, emocional e estrutural da atualidade. Nesse sentido, surge a necessidade de conhecer a realidade dos partos normais realizados atualmente, para garantir que eles sejam feitos da maneira recomendada, sendo o mais seguros e éticos possível.

O objetivo deste trabalho é identificar os procedimentos realizados com parturientes durante o trabalho de parto em um hospital-maternidade do estado do Tocantins, assim como a percepção delas sobre a assistência ofertada durante o parto, e caracterizar o perfil sociodemográfico dessas pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, prospectivo, do tipo pesquisa de campo. Este trabalho orientou-se pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ligado ao Ministério da Saúde, que define diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os cidadãos participantes da pesquisa em sua integridade física, psíquica e moral. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o Parecer nº 3.080.168, em 2018, e no mesmo ano a realização da pesquisa dentro do hospital-maternidade foi autorizada mediante submissão do trabalho à plataforma ET-SUS (Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde). O estudo ocorreu durante os meses de março, abril, maio e junho de 2019, duas vezes por semana, em um turno. Utilizou-se como questionário de referência o aplicado no estudo Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento.⁽²⁾ Avaliaram-se diversas variáveis, entre elas: idade, raça/etnia, escolaridade, presença de acompanhante, oferecimento de alimentos e líquidos,

deambulação, posição adotada durante o parto, realização de episiotomia (perguntou-se: “Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto?”), realização da manobra de Kristeller (perguntou-se: “Na hora do parto, alguém apertou ou subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê?”), adicionou-se uma foto da manobra ao lado da questão), utilização de fórceps (adicionou-se uma foto do objeto ao lado da questão), ocorrência de violência/constrangimento durante o parto e qualidade do atendimento. Os dados obtidos foram expressos em valores absolutos e porcentagens, e posteriormente transformados em tabelas.

Participaram desta pesquisa 70 puérperas de parto normal internadas em decorrência desse procedimento que aceitaram participar por meio da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), alfabetizadas, maiores de 18 anos, ou menores de 18 anos com autorização do responsável por meio do TCLE e assinatura do TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) pelo próprio menor de idade. Foram excluídas puérperas de parto cesáreo, menores de idade sem autorização do responsável e puérperas que desistiram de participar durante a aplicação do questionário. Foi assegurado às participantes o sigilo de suas informações, garantido pela não identificação pessoal das participantes.

RESULTADOS

Neste estudo, é possível notar que houve prevalência de idade das mulheres entre 18 e 25 anos, seguida daquelas com mais de 30 anos e, posteriormente, das menores de idade. Além disso, foram submetidas à assistência ao parto predominantemente mulheres auto-declaradas pardas, acompanhadas das negras, brancas e indígenas, respectivamente. Quanto ao nível de escolaridade, mais da metade tinham ensino médio completo ou superior. Das 70 mulheres pesquisadas, apenas 3 não tiveram acompanhante, por escolha própria, enquanto 67 puderam ser acompanhadas no trabalho de parto. Desse modo, é possível estabelecer o perfil das parturientes atendidas na maternidade pesquisada, conforme a tabela 1.

Diante das diversas variáveis relacionadas diretamente à assistência ao parto, notou-se que à maioria das mulheres atendidas não foram oferecidos alimentos e/ou líquidos durante o trabalho de parto; percebeu-se também que 85% das gestantes deambularam durante o pré-parto e que, das posições adotadas para parir, a de litotomia correspondeu à grande maioria (88%). A manobra de Kristeller, proibida pelo Ministério da Saúde, foi realizada em 24% dos partos, e mais da metade das mulheres tiveram alguma alteração perineal (laceração, episiotomia, sutura) em decorrência da parturição (Tabela 2).

Por fim, em relação à percepção das puérperas sobre o atendimento da maternidade durante a internação, notou-se bastante satisfação, com apenas duas puér-

Tabela 1. Características das pacientes que participaram da pesquisa

Características das pacientes	Total n(%)
Idade	
<18 anos	13(18,57)
18-25 anos	30(42,86)
26-30 anos	9(12,86)
>30 anos	18(25,71)
Total	70(100)
Raça	
Parda	53(75,71)
Negra	12(17,14)
Branca	4(5,71)
Indígena	1(1,43)
Total	70(100)
Presença de acompanhante	
Sim	67(95,71)
Não quis	3(4,29)
Total	70(100)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	18(25,71)
Ensino fundamental completo	4(5,71)
Ensino médio incompleto	11(15,71)
Ensino médio completo	28(40)
Ensino superior	9(12,86)
Total	70(100)

peras avaliando o serviço como péssimo/ruim, embora quatro mulheres afirmem ter sofrido comentários mal-dosos (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Recentemente foram realizados muitos estudos direcionados às práticas aplicadas durante o trabalho de parto, tendo como objetivo entender quais dessas práticas são benéficas tanto à mãe quanto ao feto e quais não devem ser realizadas. Os estudos utilizados como referência nesta pesquisa foram: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS),⁽³⁾ Diretriz Nacional de Assistência ao Parto, realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec),⁽¹⁾ e o estudo *Nascer no Brasil*.⁽²⁾

Com relação ao perfil das gestantes participantes da pesquisa, a raça autodeclarada mais frequente foi a

Tabela 2. Intervenções realizadas durante o trabalho de parto

Assistência ao parto	Total n(%)
Foram oferecidos alimentos e/ou líquidos	
Sim	25(35,71)
Não	45(64,29)
Total	70(100)
Deambulação	
Sim	60(85,71)
Não quis	10(14,29)
Total	70(100)
Posição de parir	
Litotomia	62(88,57)
De cócoras	2(2,86)
Sentada/Reclinada	5(7,14)
De quatro apoios	1(1,43)
Total	70(100)
Realização da manobra de Kristeller	
Sim	17(24,29)
Não	53(75,71)
Total	70(100)
Ocorrência de laceração/episiotomia/sutura	
Laceração	21(30)
Episiotomia	11(15,71)
Suturou, mas não sabe a causa	5(7,14)
Lacerou pouco, mas não precisou suturar	4(5,71)
Não sabe informar	6(8,57)
Não ocorreu	23(32,86)
Total	70(100)
Utilização de fórceps	
Sim	3(4,29)
Não	54(77,14)
Não sei	13(18,57)
Total	70(100)

parda, seguida pela negra e branca, dados que podem estar atribuídos ao perfil racial brasileiro e que seguem o padrão encontrado pelo estudo *Nascer no Brasil*,⁽²⁾ assim como houve prevalência de gestantes entre 18 e 25 anos. Sobre a escolaridade, predominaram o ensino médio completo e o fundamental incompleto, e uma parcela (12%) possuía ensino superior completo. Esses dados são extremamente importantes, uma vez que nos mostra para qual público as orientações e esclarecimentos

Tabela 3. Percepção das pacientes sobre o atendimento na maternidade

Percepção do atendimento	Total n(%)
Ocorrência de violência	
Comentários maldosos	4(5,71)
Não	66(94,29)
Total	70(100)
Avaliação do serviço	
Péssimo	1(1,43)
Ruim	1(1,43)
Bom	16(22,85)
Ótimo	21(30)
Excelente	31(44,29)
Total	70(100)

devem ser direcionados, tanto no período pré-natal quanto intraparto e pós-natal.

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto é um direito garantido às parturientes, por meio da Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005,⁽⁴⁾ mais conhecida como Lei do Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A maternidade estudada nesta pesquisa apresentou excelente adequação à lei, com 95% das gestantes possuindo acompanhante; 5% que estavam sem acompanhante optaram por isso.

Quanto à posição de litotomia, na qual a gestante adota o decúbito dorsal e a abertura das pernas, foi introduzida pela escola obstétrica francesa que inicialmente objetivou a melhor visualização do parto. Notou-se então que, além de auxiliar as intervenções médicas, esse posicionamento facilitava o conhecimento sobre o processo de parir.⁽⁵⁾ Este estudo constatou que na maternidade estudada a grande maioria das parturientes pariu na posição de litotomia (88%), sendo essa adotada notoriamente como rotina no serviço. No estudo Nascer no Brasil,⁽²⁾ os resultados foram bastante semelhantes, com 91% das mulheres adotando a mesma posição para parir, evidenciando que essa prática é adotada como rotina não apenas no Tocantins, mas no Brasil como um todo. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal⁽¹⁾ recomenda que haja um desencorajamento das mães a ficarem em decúbito horizontal dorsal. A mulher deve ser encorajada a adotar qualquer outra posição que acreditar ser mais confortável, como de cócoras e quatro apoios.^(2,3) Isso porque há evidências de alto nível que afirmam que a litotomia no segundo período do trabalho de parto provoca efeitos adversos à mãe, como

aumento da dor, e ao feto, como aumento na incidência de anormalidade da frequência cardíaca fetal.⁽¹⁾ Há ainda evidências de que a posição vertical reduz, embora pouco, o segundo período do trabalho de parto.⁽⁶⁾

Com relação à dieta que a parturiente deve seguir durante o trabalho de parto, até poucos anos atrás, a restrição alimentar acontecia para evitar a aspiração do conteúdo gástrico durante uma cesariana de emergência, quando realizada com anestesia geral. Porém, hoje praticamente não se utiliza anestesia geral para esse procedimento, deixando a gestante pouco exposta a esse risco.⁽⁷⁾ Neste estudo, percebe-se a permanência do jejum na maioria das pacientes, pois foram oferecidos líquidos e/ou alimentos a apenas 35% das parturientes, número significativamente baixo. Nesse sentido, no estudo nacional Nascer no Brasil⁽²⁾ os resultados foram semelhantes, pois apenas 25% das pacientes se alimentaram durante o trabalho de parto. Atualmente, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2016)⁽¹⁾ estabelecem uma dieta leve e livre durante o trabalho de parto como a conduta ideal. A Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia),⁽⁷⁾ baseada em evidências científicas, afirma que o risco de aspiração do conteúdo estomacal é muito pequeno, logo, em trabalhos de parto eutócicos, a ingestão de líquidos e alimentos com baixo teor de resíduos pode ser mantida, uma vez que diminui o risco de desidratação, cetose e prolongamento do trabalho de parto.

Com relação à manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de uma força externa no fundo uterino a fim de acelerar a expulsão do feto, muitos estudos foram realizados nos últimos anos e enfatizaram que não há redução no tempo do trabalho de parto quando a manobra é realizada, não sendo possível identificar nenhum benefício para a mãe ou o feto.^(5,8) Além disso, predispõe a episiotomia, lacerações perineais e, conseqüentemente, dispareunia e dor perineal no pós-parto.⁽⁹⁾ Na maternidade estudada, a manobra foi realizada em 24% das gestantes; atualmente, de acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016),⁽¹⁾ essa manobra está proibida durante o segundo período do trabalho de parto. No inquérito nacional Nascer no Brasil,⁽²⁾ a manobra foi realizada em 37% das gestantes de risco habitual. A Febrasgo⁽⁷⁾ estabelece que, como não há evidências de benefícios e são poucas as evidências que comprovam dano, ela não deve ser realizada de rotina, e quando houver extrema necessidade de fazê-la, em casos excepcionais, deve-se solicitar a autorização da parturiente, registrar no prontuário a realização e justificá-la.

Outra intervenção muito frequente durante o parto é a episiotomia. Esse procedimento foi introduzido no século XVIII pelo obstetra irlandês Sir Fielding, almejando o desprendimento da criança em situações de partos complicados. Ademais, DeLee,⁽¹⁰⁾ em seu tratado, intitulado *The Prophylactic Forceps Operation*, escrito na segunda década do século XX, definiu que todas as primí-

paras deveriam ser submetidas à episiotomia e ao uso de fórceps. Neste estudo, 15,71% das puérperas afirmaram que foram submetidas à episiotomia durante o trabalho de parto, sendo a maioria (81%) delas primíparas. Com relação à incidência: na amostra das primíparas foi de 33,3%, enquanto nas multíparas foi de 2,3%. Sobre o uso de anestésicos, 63,6% relataram analgesia antes do procedimento. A respeito da ocorrência de rompimento/laceração do canal vaginal, esse ocorreu em 30% das puérperas pesquisadas. Sabendo da relação da episiotomia com partos instrumentalizados, 63,6% das puérperas que sofreram a episiotomia não relataram o uso de fórceps obstétrico. Contudo, tal estratégia não tem indicação sistemática, ou seja, deve ser indicada apenas em algumas situações, como no caso de partos instrumentalizados e em partos com risco de laceração perineal.⁽⁷⁾ Além disso, a indicação deve ser justificada e seguir padrões recomendados, como a realização da episiotomia médio-lateral originada na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.^(1,11)

Por fim, a percepção das puérperas sobre o atendimento da maternidade e violência física e verbal durante a internação demonstrou bastante satisfação, com apenas 3% das puérperas avaliando o serviço como péssimo/ruim, assim como nenhuma parturiente se sentindo violentada fisicamente e apenas 5% relatando comentários maldosos, o que gera questionamentos sobre a capacidade das parturientes em identificar atos de violência obstétrica, uma vez que algumas intervenções realizadas são consideradas inquestionavelmente violentas e desnecessárias.⁽³⁾

CONCLUSÃO

A assistência ao parto no Tocantins ainda se divide em práticas adequadas e técnicas ultrapassadas. Isso se deve muitas vezes à falta de orientação pré-natal e à não atualização dos profissionais quanto à realização de procedimentos de forma ideal. Por isso, pesquisas que identifiquem como está sendo ofertada essa assistência às parturientes e que estabeleça o perfil dessas mães, embora importantes, ainda são escassas no estado mais novo do país. Portanto, a partir desta pesquisa, a maternidade pesquisada poderá corrigir as condutas inadequadas e manter as apropriadas. Além disso, este tipo de estudo pode se difundir pelo Estado e, poste-

riormente, fazer com que todas as maternidades do Tocantins adotem um serviço de qualidade, garantindo a mães e filhos um parto cada vez mais seguro e digno.

AGRADECIMENTOS

À FAPAC-ITPAC – Porto Nacional, pelo apoio e incentivo à pesquisa, fundamentais para a elaboração desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília (DF): Conitec; 2016.
2. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15. doi: 10.1186/1742-4755-9-15
3. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
4. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. 2015 [cited 2019 jan 4]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
5. Silva LB, Silva MP, Soares PCM, Ferreira QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 2007;35(2):101-6.
6. Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000;92(2):273-7. doi: 10.1016/s0301-2115(99)00272-9
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Recomendações Febrasgo parte II – Cuidados Gerais na Assistência ao Parto (assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito) [Internet]. São Paulo: Febrasgo; 2018 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-cuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito>
8. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S17-47. doi: 10.1590/0102-311X00151513
9. Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S, Borelli M, et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(5):1135-9. doi: 10.1007/s00404-012-2444-x
10. DeLee JB. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol*. 1920;1(1):34-8. doi: 10.1016/S0002-9378(20)90067-4
11. Lund NS, Persson LK, Jangö H, Gommesen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;207:193-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.013

Cirurgia ginecológica e COVID-19: qual o impacto e como devo conduzir?

Julio Cesar Rosa e Silva¹, Paulo Ayroza Ribeiro², Luiz Gustavo Oliveira Brito³, Mariano Tamara Vieira Gomes^{4,5}, Sergio Podgaec¹, Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro², Carlos Augusto Pires Costa Lino⁶, Ricardo Quinteiros⁷, Walquiria Quida Salles Pereira Primo⁸, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁹

RESUMO

Estima-se que cerca de 28 milhões de cirurgias sejam postergadas ou canceladas no mundo em decorrência desta pandemia, causando atraso no diagnóstico e tratamento de mais de 2 milhões de casos oncológicos. No Brasil, tanto a ANS (Agência Nacional de Saúde) como a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) orientaram o adiamento das cirurgias eletivas e não essenciais, tendo um impacto considerável no número de procedimentos cirúrgicos, com diminuição de 33,4% neste período no Brasil. No entanto, algumas mulheres necessitam de tratamento para várias doenças ginecológicas, algumas das quais não podem ser adiadas. O objetivo deste artigo é apresentar recomendações sobre o tratamento cirúrgico durante a pandemia de COVID-19.

INTRODUÇÃO

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia parecendo uma coroa. Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias.

Desde o início de fevereiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a chamar oficialmente a doença causada pelo novo coronavírus de COVID-19. COVID significa *CO*rona *V*irus *D*isease (Doença do Coronavírus), enquanto "19" se refere a 2019, quando os primeiros casos, em Wuhan, na China, foram divulgados publicamente pelo governo chinês no final de dezembro.

A pandemia da doença (COVID-19) é uma emergência de saúde global, e governos em todo o mundo estão tentando conter a taxa de infecção usando isolamento populacional completo ou parcial para reduzir a mobilidade das pessoas e, assim, diminuir a velocidade de propagação da doença. O Brasil é, no momento, um dos países mais afetados pelo vírus e planeja-se que diferentes fases do bloqueio contenham a circulação do vírus e evitem o colapso socioeconômico completo. A extensão do isolamento populacional depende da situação da epidemia, com três fases diferentes: (1) bloqueio total no período de emergência durante o pico da epidemia; (2) um período intermediário iniciado quando a curva de contágio começar a descer; e (3) reinício progressivo de todas as atividades normais. No Brasil, estamos começando a retomada das atividades em algumas regiões, enquanto outras ainda estão aplicando o isolamento social total.

Em muitos casos, a pneumonia por COVID-19 requer hospitalização e tratamento intensivo. No momento, mais de 7 milhões de pessoas já foram diagnosticadas com a doença no mundo e cerca de 400 mil pessoas perderam a vida em sua decorrência, ou seja, uma taxa de letalidade de mais de 5%. No Brasil, mais de 700 mil pessoas foram diagnosticadas com a doença e cerca de 37 mil pessoas foram a óbito. A cirurgia é uma situação de alto risco

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

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

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

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

5. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

6. Instituto de Perinatologia da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

7. Hospital Porto Dias, Belém, PA, Brasil.

8. Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Julio Cesar Rosa e Silva
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
julioocrs@usp.br

* Este texto foi elaborado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endometriose, Endoscopia Ginecológica e Uroginecologia e Cirurgia Vaginal.

A versão original deste artigo está publicada na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(7):415-9. A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia autoriza a publicação deste artigo, no idioma português, na Revista Femina.

para a transmissão de infecções respiratórias.⁽¹⁾ Portanto, qualquer tipo de tratamento cirúrgico eletivo deve ser avaliado e adiado, se possível.

Estima-se que cerca de 28 milhões de cirurgias sejam postergadas ou canceladas no mundo em decorrência desta pandemia, causando atraso no diagnóstico e tratamento de mais de 2 milhões de casos oncológicos. No Brasil, tanto a ANS (Agência Nacional de Saúde) como a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) orientaram o adiamento das cirurgias eletivas e não essenciais, tendo um impacto considerável no número de procedimentos cirúrgicos, com diminuição de 33,4% neste período no Brasil.

No entanto, algumas mulheres necessitam de tratamento para várias doenças ginecológicas, algumas das quais não podem ser adiadas. Tratamento conservador não cirúrgico, incluindo terapias farmacológicas e alternativas, pode ser implementado, mesmo se não houver evidência científica de alto nível que o recomende. A realização de uma cirurgia em pacientes potenciais com COVID-19 representa um desafio de alto risco e várias sociedades internacionais têm recomendado uma abordagem não cirúrgica, quando possível.

Na China, um grupo de pacientes assintomáticos, porém infectados com o SARS-CoV-2, submetidos a procedimento cirúrgico, tiveram evolução desfavorável, com 100% dos pacientes com desenvolvimento de sintomas; 44,1% necessitaram de cuidados intensivos e 20,5% evoluíram a óbito.⁽²⁾

As diretrizes sobre o tratamento cirúrgico de doenças ginecológicas neste momento são escassas e, na sua maioria, baseadas na opinião de especialistas, informações atuais disponíveis e recomendações de sociedades científicas internacionais. O objetivo deste artigo é apresentar recomendações sobre o tratamento cirúrgico durante a pandemia de COVID-19.

SARS-COV-2 E COVID-19: DOENÇA E TRANSMISSÃO

O vírus causador da COVID-19 é transmitido por gotículas de saliva e perdígotos a outras pessoas na distância de até 1 metro. A transmissão aérea também é possível, pela presença do vírus no ar por longo período de tempo.⁽³⁾ A transmissão aérea pode ser possível em circunstâncias específicas que geram aerossóis, como intubação endotraqueal, manipulação das vias aéreas e, provavelmente, cirurgia.

Em pacientes infectados, o SARS-CoV-2 está presente em diversas cavidades do corpo, e durante a cirurgia pode ser disseminado no *spray* gerado por instrumentos cirúrgicos. O aerossol gerado em uma sala de cirurgia durante o procedimento cirúrgico pode conter o vírus ou partes dele. Alguns autores sugerem que o vírus permanece viável no aerossol por pelo menos 3 horas.⁽⁴⁾

No entanto, não há evidências disponíveis relacionadas a pandemia atual ou a epidemias anteriores para concluir que os vírus respiratórios possam ser transmi-

tidos por via abdominal de pacientes para profissionais de saúde na sala de cirurgia.⁽⁵⁾

A Sociedade Europeia de Endoscopia Ginecológica (ESGE)⁽⁶⁾ e a Associação Americana de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL)⁽⁷⁾ emitiram recomendações para continuar realizando cirurgias minimamente invasivas usando medidas de cuidado específicas, como reduzir o tempo da cirurgia, o vazamento de dióxido de carbono (CO₂) através dos trocateres, a produção de aerossol ou o espalhamento de gotículas de sangue ou fluido. Para esses fins, é útil empregar um sistema de filtragem de fumaça acoplado aos trocateres e evitar a desinsuflação rápida ou perda de pneumoperitônio durante a troca de instrumentos ou extração de peças cirúrgicas.

Todos os procedimentos cirúrgicos devem ser considerados de alto risco, pois pacientes assintomáticos podem estar portando o vírus. Mesmo nas abordagens vaginais ou por laparotomia, com o uso de instrumentos eletrocirúrgicos, existe a possibilidade da formação de aerossol contendo partículas virais. Portanto, é importante implementar medidas para minimizar esses riscos, realizando dissecação e controle vascular usando técnicas não eletrocirúrgicas, sempre que possível; empregar dispositivos eletrocirúrgicos e ultrassônicos, quando necessário, de maneira a minimizar a produção de aerossol; evitar longo tempo de dessecação; usar dispositivos de sucção; e minimizar a propagação de gotículas de sangue ou fluidos.

Porém, a escolha da via cirúrgica deve levar em consideração a presença de alguma comorbidade do paciente que possa resultar em maior morbidade por procedimentos laparotômicos e hospitalização prolongada, com maior risco de infecção hospitalar.

Uma anamnese cuidadosa buscando sinais ou sintomas da doença (febre, tosse seca, fadiga, falta de ar, dores musculares, dor de garganta, diarreia, náusea ou vômito e coriza) e antecedentes de contato recente com pessoas portadoras da COVID-19 ou com sintomas gripais e exame físico detalhado parecem ser eficazes para a detecção de pacientes de risco.

A realização de testes para a detecção do SARS-CoV-2 (transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase – RT-PCR) ou testes sorológicos antes da cirurgia eletiva é essencial para proteger pacientes e profissionais da saúde.⁽⁸⁾ O tipo de triagem a ser realizado dependerá da disponibilidade do sistema de saúde e dos sinais e sintomas da paciente. No entanto, devemos sempre levar em consideração a taxa de falso-negativo dos exames e o período adequado para sua realização. Caso as pacientes não possam ser testadas previamente à cirurgia, devem ser consideradas potencialmente positivas, e todos os cuidados com a mobilização de equipamentos e proteção adequada para os profissionais de saúde devem ser empregados.

Atualmente, temos vários tipos de testes que podem ser utilizados para detectar o vírus ou se o indivíduo já teve contato com ele:

- RT-PCR: é considerado o padrão-ouro no diagnóstico da COVID-19, cuja confirmação é obtida por meio da detecção do RNA do SARS-CoV-2 na amostra analisada, preferencialmente obtida de raspado de nasofaringe (aumento de sensibilidade de 10% a 15% em relação à orofaringe) e realizada entre o terceiro e o décimo dia do início dos sintomas;
- Testes sorológicos: a sorologia, diferentemente da RT-PCR, verifica a resposta imunológica do corpo em relação ao vírus. Isso é feito a partir da detecção de anticorpos IgM e IgG em pessoas que foram expostas ao SARS-CoV-2. Nesse caso, o exame é realizado em amostra de sangue do paciente. Alguns laboratórios oferecem a dosagem de IgA, porém a sua sensibilidade é menor do que a da IgG e IgM;
- Testes rápidos: estão disponíveis dois tipos de testes rápidos – os de antígenos (que detectam proteínas do vírus na fase de atividade da infecção) e os de anticorpos (que identificam uma resposta imunológica do corpo em relação ao vírus). A vantagem desses testes seria a obtenção de resultados rápidos, no entanto os testes rápidos existentes possuem sensibilidade e especificidade muito reduzidas em comparação às outras metodologias.

Lembramos que muitos laboratórios podem tardar até 48 horas para a realização dos exames, e isso deve ser sempre levado em consideração (Quadro 1).

Quadro 1. Sensibilidade dos testes para COVID-19

Teste para SARS-CoV-2	Dias depois do início dos sintomas		
	1-7	8-14	15-39
RT-PCR	67%	54%	45%
Anticorpos totais	38%	90%	100%
IgM	29%	73%	94%
IgG	19%	54%	80%

Fonte: Adaptada de Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel Coronavirus Disease 2019. Clin Infect Dis. 2020;ciaa344.⁽⁹⁾

QUANDO UTILIZAR ESSES TESTES?

Para uma melhor compreensão de todos, dividiremos as pacientes em assintomáticas e sintomáticas para melhor estabelecer como devemos proceder diante de uma paciente que necessite de uma cirurgia eletiva, de urgência ou emergência neste período:

- **Paciente assintomática:** paciente assintomática, afebril e sem história de febre, sem sintomas respiratórios atuais ou nos últimos 14 dias. É importante ressaltar que nem sempre a paciente relatará essas queixas de forma ativa, devendo ser buscadas pelo profissional que a assiste. Essa

paciente poderia ser liberada para internação e deveria realizar o teste RT-PCR antes do procedimento cirúrgico, para garantia dela e da equipe de saúde que a assistirá. Lembramos, no entanto, que a sensibilidade desse teste na paciente ainda assintomática tem sua limitação. Caso o teste seja positivo, pode-se decidir pela necessidade de seguir adiante com a cirurgia em comum acordo com a paciente, assumindo riscos maiores de complicações sérias no pós-operatório, ou por postergar o procedimento para um momento mais seguro, caso isso seja possível. Caso o RT-PCR seja negativo, o teste sorológico pode ser feito. Caso IgM e IgG sejam negativos, provavelmente a paciente ainda não teve contato com o vírus e poderia ter seu procedimento cirúrgico realizado com os devidos cuidados necessários para uma cirurgia segura. No caso de IgM positivo, provavelmente a paciente está na fase aguda da infecção, devendo-se proceder da mesma maneira como realizado com a paciente com RT-PCR positivo. Em caso de IgM negativo e IgG positivo, a paciente já teve contato com o vírus e já estabeleceu imunidade, porém ainda não se sabe se essa imunidade é provisória ou definitiva, e ela poderia ter seu procedimento cirúrgico realizado;

- **Paciente sintomática:** paciente que apresenta algum sintoma respiratório ou febre. Ela deverá ser encaminhada para área hospitalar reservada a pacientes com suspeita de COVID-19. Nesse local, serão realizadas avaliação clínica detalhada e nova classificação do comprometimento da saúde da paciente, repetindo a aferição da temperatura e medida da oximetria de pulso e da frequência respiratória, sendo colhido RT-PCR. Caso o teste seja positivo, pode-se decidir pela necessidade de seguir adiante com a cirurgia em comum acordo com a paciente, assumindo riscos maiores de complicações sérias no pós-operatório, ou por postergar o procedimento para um momento mais seguro, caso isso seja possível. Caso o teste seja negativo, seria interessante discutir com a paciente sobre a real necessidade do procedimento, visto que ela se encontra sintomática. Caso a cirurgia não possa ser postergada, devem-se usar todos os equipamentos de proteção individual (EPIs) e condições para uma cirurgia segura.

Recomenda-se que qualquer pessoa que trabalhe na sala de cirurgia utilize EPI completo, que inclui capas para sapatos, aventais impermeáveis, máscaras cirúrgicas, proteção para a cabeça, luvas e proteção para os olhos. Também é importante limitar o número de pessoas dentro da sala de cirurgia o máximo possível e reduzir os movimentos de entrada e saída.^(10,11)

Nos pacientes confirmados com COVID-19 ou em casos altamente suspeitos, a cirurgia eletiva deve ser adiada até que o paciente se recupere completamente. Já nos casos em que a cirurgia não possa ser adiada, uma sala cirúrgica exclusiva deve ser usada.

Outro ponto a ser considerando pela equipe médica diante da realização de procedimentos cirúrgicos ginecológicos neste momento diz respeito ao ato anestésico. Sabe-se que tanto a proximidade com a paciente nesse momento, para apoio e suporte durante o bloqueio anestésico (em caso de anestesia epidural ou peridural), como a manipulação das vias aéreas superiores (anestesia geral) podem gerar e liberar no ambiente cirúrgico gotículas e aerossóis que podem conter o vírus.⁽¹²⁾

CUIDADOS NO MANEJO CIRÚRGICO

Cirurgia laparoscópica:

- Empregar dispositivos eletrocirúrgicos e ultrassônicos de maneira a minimizar a produção de fumaça, com baixa potência, e evitar disseções demoradas;
- Sempre que disponível, usar um sistema fechado de evacuação/filtragem de gases com capacidade de retenção de partículas pequenas/ultrapequenas;
- Utilizar o aspirador laparoscópico para remover os gases cirúrgicos, em sistema fechado, antes de desinsuflar a cavidade abdominal; não esvaziar o pneumoperitônio a céu aberto;
- Usar baixa pressão intra-abdominal (10-12 mmHg), se possível;
- Evitar rápida desinsuflação ou perda de pneumoperitônio, particularmente em momentos de troca de instrumentos ou extração de amostras;
- A extração de tecidos deve ser realizada com escape mínimo de CO₂ (desinsuflar com sistema fechado de evacuação/filtragem de fumaça ou sucção laparoscópica antes da realização de minilaparotomias e antes da colpotomia vaginal);
- Minimizar a pulverização ou propagação de gotículas de sangue/fluidos;
- Minimizar o vazamento de CO₂ nos trocateres (verificar as vedações nos trocateres reutilizáveis ou priorizar o uso de trocateres descartáveis).

Cirurgia por laparotomia ou vaginal:

- Realizar disseção e controle de sangramento usando técnicas não eletrocirúrgicas sempre que possível;
- Empregar dispositivos eletrocirúrgicos e ultrassônicos de maneira a minimizar a produção de fumaça, com configuração de baixa potência, e evitar longo tempo de disseção;
- Usar evacuadores de fumaça com elemento filtrante para a absorção de pequenas partículas sempre que possível;

- Utilizar um aspirador para remover a fumaça cirúrgica à medida que é produzida;
- Minimizar a pulverização ou propagação de gotículas de sangue/fluidos.

Cirurgia histeroscópica:

- O risco de transmissão do SARS-CoV-2 no momento da histeroscopia com dispositivos eletrocirúrgicos bipolares e solução salina normal como meio de infusão é desconhecido, mas teoricamente é baixo;
- As recomendações para uso de EPI seguem o que já foi exposto anteriormente;
- A cirurgia ambulatorial deveria ser preconizada sempre que possível;
- Os riscos relacionados aos procedimentos de vaporização e conização a laser também não são conhecidos, e as recomendações acima sobre minimização e aspiração da fumaça cirúrgica também se aplicam a esses procedimentos.

CONCLUSÃO

A cirurgia para pacientes ginecológicos durante a pandemia de COVID-19 deve ser avaliada caso a caso, levando-se em consideração fatores de risco e comorbidades das pacientes e os recursos locais.

Abordagens minimamente invasivas e vaginais estão associadas a menor morbidade para o paciente em muitos casos, além de menor hospitalização.

Os dados sobre o risco de exposição à fumaça cirúrgica e à transmissão do SARS-CoV-2 são limitados.

Existem estratégias para todas as abordagens cirúrgicas que podem ajudar a mitigar o risco de expor as equipes em sala cirúrgica.

Toda paciente que será submetida a cirurgia deveria ser testada para SARS-CoV-2. Caso não seja possível a sua realização previamente a cirurgia, toda paciente deveria ser considerada potencialmente contaminada e orientada sobre sinais e sintomas do SARS-CoV-2 que possam vir a aparecer no período pós-operatório.

Deveriam ser oferecidos à paciente e a toda a equipe assistencial os EPIs que tragam o máximo de segurança e redução do contágio em todos os momentos da hospitalização.

Toda a equipe de saúde deve ser testada, com coleta de RT-PCR de nasofaringe ou testes sorológicos.

REFERÊNCIAS

1. Brindle M, Gawande A. Managing COVID-19 in surgical systems. *Ann Surg*. 2020 May 21. doi: 10.1097/SLA.0000000000003923. [Epub ahead of print].
2. Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100331. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100331

3. Setti L, Passarini F, De Gennaro G, Barbieri P, Perrone MG, Borelli M, et al. Airborne transmission route of COVID-19: why 2 meters/6 feet of inter-personal distance could not be enough. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2932. doi: 10.3390/ijerph17082932
4. 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
5. Day AT, Sher DJ, Lee RC, Truelson JM, Myers LL, Sumer BD, et al. Head and neck oncology during the COVID-19 pandemic: reconsidering traditional treatment paradigms in light of new surgical and other multilevel risks. *Oral Oncol*. 2020;105:104684. doi: 10.1016/j.oraloncology.2020.104684
6. European Society for Gynaecological Endoscopy. ESGE Recommendations on Gynaecological Laparoscopic Surgery during COVID-19 Outbreak [Internet]. 2020 [cited 2020 May 04]. Available from: <https://esge.org/wp-content/uploads/2020/03/Covid19StatementESGE.pdf>.
7. American Association of Gynecologic Laparoscopists. COVID-19: joint statement on minimally invasive gynecologic surgery. [Internet]. 2020 [cited 2020 May 4]. Available from: <https://www.aagl.org/news/covid-19-joint-statement-on-minimally-invasive-gynecologic-surgery/>.
8. Steward JE, Kitley WR, Schmidt CM, Sundaram CP. Urologic surgery and COVID-19: how the pandemic is changing the way we operate. *J Endourol*. 2020;34(5):541-9. doi: 10.1089/end.2020.0342
9. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel Coronavirus Disease 2019. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa344. doi: 10.1093/cid/ciaa344. [Epub ahead of print].
10. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
11. Radonovich LJ Jr, Simberkoff MS, Bessesen MT, Brown AC, Cummings DAT, Gaydos CA, et al. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2019;322(9):824-33. doi: 10.1001/jama.2019.11645
12. Chiofalo B, Baiocco E, Mancini E, Vocaturo G, Cutillo G, Vincenzoni C, et al. Practical recommendations for gynecologic surgery during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 May 29. doi: 10.1002/ijgo.13248. [Epub ahead of print].

Comprimento de colo uterino ao ultrassom transvaginal como preditor de risco do parto pré-termo espontâneo

Ultrasound cervical length predicting risk for spontaneous preterm birth

Thaísa Guedes Bortoletto¹, Anderson Borovac-Pinheiro¹, Marcelo Santucci França², Rodolfo de Carvalho Pacagnella¹

Descritores

Medida do comprimento cervical; Incompetência do colo do útero; Maturidade cervical; Trabalho de parto prematuro; Ultrassonografia pré-natal

Keywords

Cervical length measurement; Uterine cervical incompetence; Cervical ripening; Obstetric labor, premature; Ultrasonography, prenatal

Submetido:

15/06/2020

Aceito:

23/07/2020

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

2. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rodolfo Pacagnella

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino, 13083-887, Campinas, SP, Brasil. rodolfopacagnella@gmail.com

RESUMO

O encurtamento do colo uterino é parte da via final comum da parturição seja a termo ou pré-termo. A identificação precoce do comprimento cervical encurtado ao ultrassom transvaginal no segundo trimestre gestacional pode atuar como preditor de risco de prematuridade. Desde a década de 1990, vários estudiosos dedicaram-se a estabelecer parâmetros de referência para as medidas de colo uterino entre 16 e 24 semanas e até hoje o limite mais consensualmente aceito é de 25 mm. Especialistas são favoráveis à triagem universal, mas diretrizes internacionais são controversas quanto à investigação em casos sem antecedente de parto pré-termo, além de diversos estudos apresentarem que há custo-efetividade no rastreamento universal. Neste artigo, discutimos criticamente os parâmetros apresentados por estudos históricos e balizadores de conduta, a custo-efetividade e os *guidelines* internacionais. Propomos ainda uma reflexão ao pré-natalista, sugerindo a individualização da conduta perante os dados de cada gestante específica.

ABSTRACT

Cervical shortening is the final path of parturition, regardless if it is term or preterm. Precocious identification of a shortened cervix by transvaginal ultrasound during the second gestational trimester can act as a risk predictor of prematurity. Since the 1990's decade, numerous studies established reference ranges for cervical length measurement between 16 to 24 gestational weeks and the most accepted cutoff limit is 25 mm. Experts indicate universal screening, however international guidelines are controversial, even in cases without a history of preterm birth, furthermore, many studies demonstrated cost-effectiveness about the universal screening of cervical length in middle gestation. In this article we discuss historical reference ranges, cost-effectiveness, and international guidelines. We propose critical thinking and suggest individualized management according to specific characteristics of each patient.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública mundial e acomete aproximadamente 15 milhões de partos no mundo. O colo uterino é responsável pela manutenção da gestação,⁽¹⁾ e seu amadurecimento para parturição descreve a evolução de uma cérvix totalmente fechada e alongada até um

formato completamente encurtado e esvaecido.⁽²⁾ Esse processo pode ser identificado precocemente com a medida do comprimento de colo uterino por meio de ultrassom transvaginal (USTV).⁽³⁻⁶⁾

METODOLOGIA

Esta revisão narrativa buscou dados atuais disponíveis na literatura médica sobre os achados ecográficos do colo uterino durante a gravidez e a sua correlação com a prematuridade espontânea. As bases de pesquisa utilizadas foram Medline, Embase e SciELO por meio de artigos publicados de 1990 a 2017.

RESULTADOS

Técnica ecográfica

O ultrassom (US) é uma ferramenta poderosa na triagem de risco para prematuridade por se tratar de método aceitável, reprodutível, informativo e de baixo custo quando realizado em conjunto com o morfológico de segundo trimestre⁽⁴⁾ ou até mais cedo, a partir de 16 semanas em casos de alto risco de prematuridade.⁽⁷⁻¹⁷⁾

Apesar de haver alguma discussão sobre a possibilidade de utilizar a via abdominal como forma de triagem, o US realizado pela via transvaginal é o padrão-ouro na literatura para a medida do colo uterino.⁽¹⁸⁻²²⁾ Há várias técnicas descritas de USTV, mas, em linhas gerais, a avaliação deve seguir uma sistematização básica, descrita por Kagan e Sonek:⁽²³⁾

1. A bexiga deve estar vazia, pois o conteúdo vesical pode alongar artificialmente a cérvix e obscurecer a presença de afunilamento;
2. A cérvix deve ser vista longitudinalmente, chegando a apresentar uma fina camada de conteúdo hipoeicoico, correspondente ao acúmulo de muco;
3. O canal cervical e a mucosa precisam ser identificados, principalmente, para garantir a correta visualização do orifício interno sem confundir com o istmo uterino, cuja mucosa é considerada bem mais fina;
4. A magnificação da cérvix precisa ocupar entre 50% e 75% da imagem na tela do US;
5. A pressão exercida pelo *probe* deve ser a menor possível;
6. A duração mínima do exame deve ser entre três e cinco minutos, visto que a cérvix não é uma estrutura estática e seu comprimento pode variar de acordo com contrações uterinas, posicionamento materno ou manobras como pressão em fundo uterino ou Valsalva;
7. Os *calipers* devem estar posicionados no orifício externo e interno (ou no ápice do afunilamento, se for o caso) e, em situações de colos muito curvos, pode-se corrigir a medida quebrando em segmentos ou traçando o canal.

Colo uterino – Qual o comprimento normal na gestação?

Os limites de normalidade do comprimento da cérvix uterina começaram a ser estabelecidos em 1990 com Andersen *et al.*,⁽⁷⁾ que, avaliando 113 mulheres, concluíram que o risco de prematuridade passa de 6,7% em mulheres com colos maiores que 40 mm para 25% em colos menores que 39 mm na 30ª semana de gestação. Em 1992, uma coorte de 109 mulheres, avaliadas de 9 a 37 semanas e que tiveram somente partos a termo, estabeleceu como percentil 10 o comprimento de 28,1 mm, p50 equivalente a 37 mm e p90 equivalente a 45,9 mm.⁽⁸⁾

Atualmente os limites baseiam-se fundamentalmente no estudo desenvolvido em 1996 por Iams *et al.*,⁽⁹⁾ que avaliou 2.915 mulheres entre 22 e 24 semanas e 2.531 gestantes entre 26 e 29 semanas, em que foi observada curva com distribuição normal com discreto decréscimo na média entre 24 e 28 semanas de 35,2 mm para 33,7 mm.⁽⁹⁾

Nesse estudo foram estabelecidas comparações de risco tendo como referência o comprimento de 40 mm, o equivalente ao percentil 75 da avaliação de 24 semanas, medida a partir da qual foi encontrado menor risco de parto antes de 35 semanas. É notável também que em colos abaixo de 30 mm (equivalente ao p25) o risco mais que triplica, conforme exposto na tabela 1.

Corroborando parte desses dados, em 2001 a equipe do *King's College* publicou informações sobre 6.334 mulheres examinadas entre 22 e 24 semanas cuja distribuição de colo uterino apresentou uma curva normal e percentis 50, 5 e 1, respectivamente, de 36 mm, 22 mm e 11 mm.⁽²⁴⁾

Embora o ponto de corte de referência para o colo uterino considerado pelo estudo de Iams *et al.*⁽⁹⁾ como menor risco de prematuridade tenha sido 40 mm, grandes ensaios clínicos posteriores utilizaram limites mais baixos para propor intervenção,⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ provavelmente considerando valores propostos pelo próprio Iams *et al.*⁽⁹⁾ e outros pesquisadores,^(15-17,25) conforme o quadro 1. Os dados agregados desses estudos indicam que, indepen-

Tabela 1. Risco de prematuridade segundo percentil de comprimento do colo

Percentis	Cutoff (mm)	Risco relativo para parto pré-termo (IC 95%)
p75	40	1,98 (1,2-3,27)
p50	35	2,35 (1,42-3,89)
p25	30	3,79 (2,32-6,19)
p10	26	6,19 (3,84-9,97)
p5	22	9,49 (5,95-15,15)
p1	13	13,99 (7,89-24,78)

Fonte: Adaptada de Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med.* 1996;334(9):567-72.⁽⁹⁾

Quadro 1. Desempenho da medida de tamanho do colo uterino (mm) para estimar risco de prematuridade

Performance	Ponto de corte utilizado nos diferentes estudos												
	≤15 mm			≤20 mm			≤25 mm					≤30 mm	
	Hassan et al. ⁽¹⁵⁾	Guzman et al. ⁽²⁵⁾	Owen et al. ⁽¹⁶⁾	Hassan et al. ⁽¹⁵⁾	Iams et al. ⁽⁹⁾	Owen et al. ⁽¹⁶⁾	Hassan et al. ⁽¹⁵⁾	Iams et al. ⁽⁹⁾	Guzman et al. ⁽²⁵⁾ (15-20 semanas e 21 a 24)	Owen et al. ⁽¹⁶⁾	Taipale e Hiltesmaa ⁽¹⁷⁾	Iams et al. ⁽⁹⁾	Owen et al. ⁽¹⁶⁾
Sensibilidade (%)	8,2	81	10	10,6	23	10	14,7	37,3	56 e 64	19	7	54	38
Especificidade (%)	99,7	72	100	99,4	97	99	98,8	92,2	80 e 76	98	100	76,3	87
VPP (%)	47,6	29	100	40,6	25,7	83	31,6	17,8	23 e 16	75	15	9,3	50
VPN (%)	96,7	96	/6	96,8	96,5	/6	96,9	97	95 e 97	77	NR	97,4	80

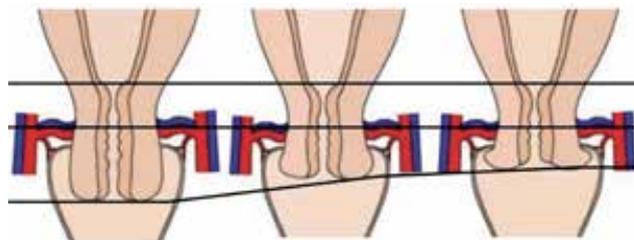
dentemente do ponto de corte utilizado, a sensibilidade da medida de colo para identificação do risco de prematuridade é baixa, o que dificulta a utilização desse tipo de exame para rastreamento. No entanto, todos esses autores sugerem que a medida do colo uterino menor ou igual a 25 mm tem a melhor acurácia para identificação do risco de prematuridade, propondo-se esse ponto como uma referência para o diagnóstico de encurtamento do colo.

Atualmente a medida da cérvix como indicador de risco de parto prematuro não é mais uma promessa e tem papel importante na identificação das mulheres com maior risco de prematuridade, no entanto esse indicador não pode ser considerado isoladamente de outras estratégias, visto que uma síndrome tão complexa como a prematuridade pode apresentar múltiplos mecanismos de ação.⁽²⁶⁾

Um dos pontos ainda a serem definidos com maior clareza para a medida do colo como preditor é a idade gestacional (IG) de realização do USTV. Há um declínio contínuo e fisiológico do comprimento cervical conforme progride a IG (Figura 1).⁽²⁷⁾

Na comparação dos dados de Iams et al.⁽⁹⁾ e Owen et al.,⁽¹⁶⁾ conforme aumenta a IG, observa-se maior sensibilidade para predição da prematuridade para um mesmo ponto de corte da medida de colo. Por outro lado, a especificidade é maior quanto mais precoce for a gravidez. Isso significa que, se a triagem for realizada por volta de 16 semanas, a chance de encontrar um colo encurtado é menor, mas, uma vez identificado, a possibilidade de que essa redução indique risco de parto pré-termo é alta. E o inverso ocorre para idades gestacionais mais avançadas em qualquer um dos pontos de corte identificados pelos estudos (20, 25 e 30 mm).

Algumas coortes que avaliaram o colo uterino de maneira seriada a partir de 16 até 28 semanas^(28,29) sugeriram que mulheres cujos colos apresentaram encurtamento progressivo tiveram maior probabilidade de



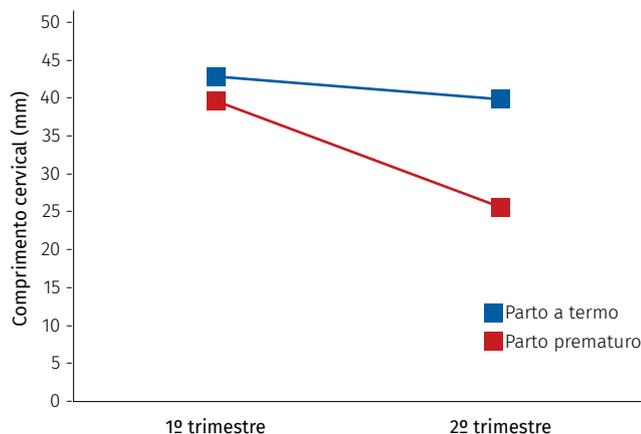
Fonte: Adaptada de Andrade KC, Bortoletto TG, Almeida CM, Daniel RA, Avo H, Pacagnella RC, et al. Reference ranges for ultrasonographic measurements of the uterine cervix in low-risk pregnant women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(9):443-52.⁽²⁷⁾

Figura 1. Tamanho do colo conforme a progressão da idade gestacional

parto pré-termo e morbidade perinatal. A progressão foi duas vezes mais comum em negras,⁽²⁹⁾ e a maior proporção de encurtamento correlacionou-se a parto em IG mais precoce.⁽²⁸⁾ Isso indica que, mesmo em um grupo de mulheres com colo uterino já encurtado, há aquelas cujo colo permanece estável e, portanto, apresentam menor risco que outras com encurtamento contínuo.

Estudo de Carvalho et al.⁽³⁰⁾ demonstra que não há diferença no comprimento do colo entre as pacientes no primeiro trimestre, independentemente do desfecho (prematuro ou não prematuro), mas há um importante decréscimo do comprimento do colo entre o primeiro e o segundo trimestre nas pacientes que apresentaram prematuridade (Figura 2).

Para melhor averiguar a necessidade de repetição da medida ultrassonográfica, Conde-Agudelo e Romero⁽³¹⁾ realizaram em 2015 uma revisão sistemática que incluiu 14 estudos originais com um total de 3.374 gestações únicas e 1.024 gemelares. Os autores apontaram que há grande discrepância na coleta dos dados nos diferentes estudos que avaliam o colo uterino, como, por exemplo, a IG em que se inicia a triagem varia de 10 a 30 semanas e vai até 20 a 30 semanas. Soma-se a essa dificuldade



Fonte: Adaptada de Carvalho MHB, Bittar RE, Brizot ML, Maganha PPS, Borges da Fonseca ESV, Zugaib M. Cervical length at 11-14 weeks' and 22-24 weeks' gestation evaluated by transvaginal sonography, and gestational age at delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(2):135-9.⁽³⁰⁾

Figura 2. Encurtamento cervical em milímetros segundo a idade gestacional

de agrupar os dados, a notável divergência de parâmetros utilizados para quantificar a modificação do colo uterino, pois alguns se valem de percentuais de alteração, outros descrevem o encurtamento em milímetros por semana e outros ainda estabelecem pontos de corte fixos e arbitrários.

Contudo, apesar das dificuldades, os autores puderam concluir que em gestações únicas, independentemente do risco prévio, a predição de parto pré-termo a partir de encurtamento cervical progressivo é ruim e não foi significativamente superior à medida única realizada entre 18 e 24 semanas, que apresenta melhor custo-efetividade. Nesse sentido, não é recomendado o rastreamento com medidas repetidas de colo como forma de identificação do risco de prematuridade, no entanto, em situações especiais com maior risco de prematuridade, pode haver necessidade de um cuidado especial e caso a caso o acompanhamento do comprimento cervical pode ser proposto.⁽³²⁾

A recomendação clínica e a deliberação em saúde pública sobre o uso de qualquer método propedêutico passam por avaliação de custos da investigação e do tratamento, tendo em vista o ônus gerado pela própria condição. Então mais recentemente, após o (re)surgimento de terapêuticas eficazes para a prevenção de prematuridade, alguns autores dedicaram-se a calcular economicamente os reais benefícios da proposta de utilizar o US no segundo trimestre para identificação de colos curtos como estimativa de risco de prematuridade.

A avaliação de custo-efetividade realizada em 2010 por Cahill *et al.*⁽³³⁾ estimou os custos da avaliação ultrassonográfica transvaginal única durante a rotina do morfológico entre 18 e 23 semanas em gestações de feto único, considerando um *cutoff* de 15 mm para dar início ao tratamento. Os desfechos assumidos foram parto an-

tes de 34 semanas, morte neonatal e morbidade neonatal grave a longo prazo.

Foram modeladas quatro estratégias: triagem universal e progesterona vaginal para colo curto; triagem em caso de risco e progesterona vaginal para colo curto; sem triagem, mas com uso de caproato de 17-hidroxiprogesterona injetável baseado na história de prematuridade anterior; e sem triagem e sem tratamento nenhum. Os autores concluíram que a triagem cervical no segundo trimestre seria custo-efetiva em 98,9% das vezes, prevenindo mais de 95 mil partos pré-termo e mais de 13 mil casos de morbidade grave e gerando economia de 13 bilhões ao ano só nos Estados Unidos. Embora não se pudesse ter a dimensão das variações em unidades de atendimento, equipe e recursos disponíveis, os autores assumiram que a estratégia seria custo-efetiva em cenários nos quais a avaliação morfológica já é uma realidade, portanto acrescentar a medida do colo uterino seria apenas um pequeno custo adicional.

Outra avaliação de custo-efetividade foi publicada em 2015 por Werner *et al.*,⁽³⁴⁾ cujo modelo propunha duas opções: triagem universal e progesterona vaginal para todos os colos curtos ou sem triagem e sem tratamento. A proposta também tinha enfoque em gestações únicas, realizando exame transvaginal na rotina do morfológico, mas com *cutoff* de 20 mm para indicar tratamento e de 25 mm para indicar nova medida em uma semana. A estimativa de 2015 demonstrou resultados mais conservadores, especialmente devido à publicação dos dados encontrados por Orzechowski *et al.*,⁽³⁵⁾ que encontraram taxas muito mais baixas de colos curtos que os ensaios de Fonseca *et al.*⁽¹²⁾ e de Hassan *et al.*⁽¹⁰⁾ As simulações demonstraram que a triagem universal seria custo-efetiva em 59,6% dos casos, prevenindo 125 partos antes de 34 semanas e 10 mortes neonatais ou neonatos com comprometimento neurológico de longo prazo.

No entanto, cabe destacar que os custos indiretos não foram avaliados nos dois estudos e que isso pode influenciar na decisão de se estabelecer uma política de rastreamento e tratamento. Tais custos indiretos envolvem perda da produtividade, impacto psicológico de se prescrever repouso, custo de treinamento adicional de profissionais da saúde e impacto familiar de um neonato prematuro.

Outra estimativa de custo-efetividade⁽³⁶⁾ foi publicada em 2016 com o intuito de responder à pergunta de se a indicação de triagem de colo uterino em mulheres sem antecedente de prematuridade, mas com outros fatores de risco (etnia afrodescendente ou hispânica, tabagismo, parto pré-termo iatrogênico/terapêutico anterior ou procedimento excisional anterior), seria custo-efetiva.

Os autores compararam os cenários de não triagem, triagem universal e triagem baseada nos fatores de risco descritos acima e consideraram que as mulheres com antecedente de prematuridade já estariam em uso profilático de progesterona e em avaliação seriada de colo para definir se são candidatas à cerclagem. Foi consi-

derada a I de 35 semanas para determinar o parto pré-termo, a avaliação ultrassonográfica entre 18 e 23+6, o limite de encurtamento de colo foi de 20 mm e a proposta de tratamento com progesterona 200 mg até 36 semanas e 6 dias.

Os autores concluíram que a triagem universal seria mais custo-efetiva, pois identifica mais colos curtos e, conseqüentemente, trata mais mulheres e previne mais partos pré-termo. A comparação entre triagem universal e baseada em fatores de risco depende de três variáveis: o custo do USTV, a magnitude da redução de prematuridade com o uso da progesterona e a própria sensibilidade do método ultrassonográfico em detectar colos curtos.

Diante disso, a *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM), em seu *guideline* de 2012,⁽³⁾ o boletim de boas práticas do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) de 2012⁽¹⁸⁾ e o *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français* (CNGOF), em 2016,⁽¹⁹⁾ reconhecem que a triagem universal é prática a ser considerada, mas **não recomendam em gestações únicas sem antecedente de prematuridade**. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) é a única a recomendar a rastreamento universal entre 19 e 23 semanas e 6 dias.⁽³⁷⁾ No Brasil, a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) sugere rastreamento universal na condição de haver disponibilidade do US morfológico de segundo trimestre (18 a 23 semanas e 6 dias) (Figura 3).

Embora existam motivos bastante contundentes⁽²²⁾ para discordância em relação às condutas (não triagem universal) recomendadas por essas organizações, é possível compreender a linha de raciocínio por trás dos *guidelines* se considerarmos a prática clínica da extrapolação das recomendações a pacientes que não se enquadram exatamente nos quadros em que há comprovado benefício em triar ou tratar.

No momento da implantação de um programa de triagem, há pontos cruciais a serem ponderados, como a qualidade do exame ultrassonográfico e a correta aplicação das terapias a populações que sabidamente se

beneficiarão de tais estratégias.⁽²⁰⁾ Para um exame de US ser confiável, há necessidade de profissional bem treinado, cuja educação é custosa. E um resultado no limite da normalidade não deve ser utilizado para indicar mais exames ou tratamentos que causem mais custos e malefícios do que benefícios reais.⁽²¹⁾

O questionamento de custo-efetividade da triagem universal é colocado de forma mais clara quando observamos que os valores preditivos positivos encontrados nos estudos apresentados no quadro 1 são sempre baixos, exceto pelo estudo de Owen *et al.*,⁽¹⁶⁾ que avaliou pacientes em IG precoce. Esses dados demonstram que a maior parte das pacientes cujo colo se apresentou encurtado, na verdade, acaba por evoluir para uma gestação a termo e que a triagem universal pode ser mais onerosa e potencialmente estressante para obstetras e gestantes.⁽³⁹⁾

Outro questionamento é quanto à efetividade dos métodos terapêuticos entre 25 e 40 mm. Devemos lembrar que, apesar de termos a hipótese de risco aumentado de prematuridade em cérvices menores que 40 mm, os ensaios clínicos até o momento comprovaram benefícios de suas intervenções somente em colos até 25 mm ou em limites até menores.

Essa lacuna abre espaço para exageros em propedêuticas e condutas, pois, na prática, nem sempre os clínicos estarão diante de uma paciente que se enquadre completa e exatamente na situação descrita por estudos acadêmicos. Dessa forma, no dia a dia poderá haver extrapolação dos dados para populações diferentes daquelas já bem descritas em diretrizes e protocolos.

Esse tipo de atitude, a chamada *indication creep*, é a difusão de intervenções em casos em que não há benefício comprovado de determinado procedimento, gerando a ideia (muitas vezes falsa) de alguma melhoria, apenas pelo simples fato de se estar tomando uma conduta ativa.^(20,40) Enquanto ensaios clínicos para testagem de novas intervenções procuram fazê-la em populações mais gravemente enfermas, a prática clínica tende a ampliar as pesquisas diagnósticas e tratamentos para pacientes com quadros mais leves, cujos riscos

CENÁRIO ONDE O US MORFOLÓGICO É ROTINA		CENÁRIO ONDE O US MORFOLÓGICO NÃO É ROTINA	
<input type="checkbox"/>	Rastreamento UNIVERSAL	<input type="checkbox"/>	Rastreamento OPORTUNÍSTICO
<input type="checkbox"/>	Oferecer USTV com medida de colo para todas as gestantes entre 16 e 24 semanas	<input type="checkbox"/>	Oferecer USTV com medida de colo para gestantes com fatores de risco para prematuridade entre 16 e 24 semanas
<input type="checkbox"/>	Ponto de corte para tratamento: ≤25 m	<input type="checkbox"/>	Ponto de corte para tratamento: ≤25 m

Fonte: Adaptada de Pacagnella RC, Marquart KBT. Rastreamento ultrassonográfico do risco de prematuridade: triagem universal ou oportunística? São Paulo: Sogesp; 2020.⁽³⁸⁾

Figura 3. Proposta de rastreamento do risco de prematuridade a partir da medida do colo uterino

da própria condição patológica podem ser até menores do que a conduta médica.⁽³⁴⁾ Avaliando sob a óptica da saúde pública, os procedimentos mal indicados ou duvidosos geram custos e consomem recursos que poderiam ser empregados em atividades mais comprovadamente benéficas.⁽⁴⁰⁾

É importante que os pré-natalistas tenham a clareza de que, ao transpor os dados gerados pela academia para a vida prática, o comprimento de colo seja uma ferramenta a mais na interpretação do risco e que esse valor possa, de fato, ser entendido como uma variável contínua, que demonstra aumento progressivo do risco conforme diminuição de sua medida, e não como um ponto de corte fixo e dicotômico, a partir do qual se considera alto ou baixo risco de prematuridade.

Portanto, o colo uterino pode ser um bom preditor individual de risco de prematuridade, desde que interpretando seu comprimento diante dos antecedentes clínicos e obstétricos da gestante, e IG de realização do US, e avaliando criticamente os benefícios das intervenções propostas.

REFERÊNCIAS

1. Larma JD, Iams JD. Is sonographic assessment of the cervix necessary and helpful? *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(1):324-35. doi: 10.1097/GRF.0b013e3182487e9
2. Ziliani M, Azuaga A, Calderon F, Pagés G, Mendoza G. Monitoring the effacement of the uterine cervix by transperineal sonography: a new perspective. *J Ultrasound Med.* 1995;14(10):719-24. doi: 10.7863/jum.1995.14.10.719
3. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee; Berghella V. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(5):376-86. doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.010
4. Romero R, Yeo L, Chaemsaihong P, Chaiworapongsa T, Hassan SS. Progesterone to prevent spontaneous preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2014;19(1):15-26. doi: 10.1016/j.siny.2013.10.004
5. Campbell S. Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(1):1-9. doi: 10.1002/uog.9073
6. Suhag A, Berghella V. Cervical cerclage. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(3):557-67. doi: 10.1097/GRF.0000000000000044
7. Andersen HF, Nugent CE, Wauty SD, Hayashi RH. Prediction of risk for preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163(3):859-67. doi: 10.1016/0002-9378(90)91084-p
8. Smith CV, Anderson JC, Matamoros A, Rayburn WF. Transvaginal sonography of cervical width and length during pregnancy. *J Ultrasound Med.* 1992;11(9):465-7. doi: 10.7863/jum.1992.11.9.465
9. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med.* 1996;334(9):567-72. doi: 10.1056/NEJM199602293340904
10. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(1):18-31. doi: 10.1002/uog.9017
11. Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC, Picciarelli G, Tul N, Zamprakou A, et al. A randomized trial of a cervical pessary to prevent preterm singleton birth. *N Engl J Med.* 2016;374(11):1044-52. doi: 10.1056/NEJMoa1511014
12. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH; Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med.* 2007;357(5):462-9. doi: 10.1056/NEJMoa067815
13. Norman JE, Marlow N, Messow C, Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet.* 2016;387(10033):2106-16. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00350-0
14. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2012;379(9828):1800-6. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60030-0
15. Hassan SS, Romero R, Berry SM, Dang K, Blackwell SC, Treadwell MC, et al. Patients with an ultrasonographic cervical length ≤ 15 mm have nearly a 50% risk of early spontaneous preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(6):1458-67. doi: 10.1067/mob.2000.106851
16. Owen J, Yost N, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA 3rd, et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA.* 2001;286(11):1340-8. doi: 10.1001/jama.286.11.1340
17. Taipale P, Hiilesmaa V. Sonographic measurement of uterine cervix at 18-22 weeks' gestation and the risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 1998;92(6):902-7. doi: 10.1016/S0029-7844(98)00346-9
18. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2012;120(4):964-73. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182723b1b
19. Sentilhes L, Sénat MV, Ancel PY, Azria E, Benoist G, Blanc J, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:217-24. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.12.035
20. Parry S, Elovitz MA. Pros and cons of maternal cervical length screening to identify women at risk of spontaneous preterm delivery. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(3):537-46. doi: 10.1097/GRF.0000000000000051
21. Parry S, Simhan H, Elovitz M, Iams J. Universal maternal cervical length screening during the second trimester: pros and cons of a strategy to identify women at risk of spontaneous preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(2):101-6. doi: 10.1016/j.ajog.2012.04.021
22. Conde-Agudelo A, Romero R. Vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with a sonographic short cervix: clinical and public health implications. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(2):235-42. doi: 10.1016/j.ajog.2015.09.10
23. Kagan KO, Sonek J. How to measure cervical length. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;45(3):358-62. doi: 10.1002/uog.14742
24. To MS, Skentou C, Liao AW, Cacho A, Nicolaides KH. Cervical length and funneling at 23 weeks of gestation in the prediction of spontaneous early preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;18(3):200-3. doi: 10.1046/j.1469-0705.2001.00437.x
25. Guzman ER, Walters C, Ananth CV, O'Reilly-Green C, Benito CW, Palermo A, et al. A comparison of sonographic cervical parameters in predicting spontaneous preterm birth in high-risk singleton gestations. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;18(3):204-10. doi: 10.1046/j.0960-7692.2001.00526.x
26. Salihu HM, Salinas-Miranda AA, Hill L, Chandler K. Survival of pre-viable preterm infants in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Semin Perinatol.* 2013;37(6):389-400. doi: 10.1053/j.semperi.2013.06.021
27. Andrade KC, Bortoletto TG, Almeida CM, Daniel RA, Avo H, Pacagnella RC, et al. Reference ranges for ultrasonographic measurements of the uterine cervix in low-risk pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(9):443-52. doi: 10.1055/s-0037-1605556
28. Fox NS, Jean-Pierre C, Predanic M, Chasen ST. Short cervix: is a follow-up measurement useful? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29(1):44-6. doi: 10.1002/uog.3902
29. Szychowski JM, Owen J, Hankins G, Iams J, Sheffield J, Perez-Delboy A, et al. Timing of mid-trimester cervical length shortening in high-risk women. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(1):70-5. doi: 10.1002/uog.6283

30. Carvalho MHB, Bittar RE, Brizot ML, Maganha PPS, Borges da Fonseca ESV, Zugaib M. Cervical length at 11-14 weeks' and 22-24 weeks' gestation evaluated by transvaginal sonography, and gestational age at delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(2):135-9. doi: 10.1002/uog.32
31. Conde-Agudelo A, Romero R. Predictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(6):789-801. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.015
32. Jin Z, Chen L, Qiao D, Tiwari A, Jaunky CD, Sun B, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth: a meta-analysis. *J Matern Neonatal Med.* 2019;32(7):1148-54. doi: 10.1080/14767058.2017.1401998
33. Cahill AG, Odibo AO, Caughey AB, Stamilio DM, Hassan SS, Macones GA, et al. Universal cervical length screening and treatment with vaginal progesterone to prevent preterm birth: a decision and economic analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(6):548.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.12.005
34. Werner EF, Hamel MS, Orzechowski K, Berghella V, Thung SF. Cost-effectiveness of transvaginal ultrasound cervical length screening in singletons without a prior preterm birth: an update. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(4):554.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.020
35. Orzechowski KM, Boelig RC, Baxter JK, Berghella V. A universal transvaginal cervical length screening program for preterm birth prevention. *Obstet Gynecol.* 2014;124(3):520-5. doi: 10.1097/AOG.0000000000000428
36. Einerson BD, Grobman WA, Miller ES. Cost-effectiveness of risk-based screening for cervical length to prevent preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(1):100.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.192
37. FIGO Working Group on Best Practice in Maternal-Fetal Medicine; International Federation of Gynecology and Obstetrics. Best practice in maternal-fetal medicine. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(1):80-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.011
38. Pacagnella RC, Marquart KBT. Rastreamento ultrassonográfico do risco de prematuridade: triagem universal ou oportunística? São Paulo: Sogesp; 2020.
39. Rozenberg P. Universal cervical length screening for singleton pregnancies with no history of preterm delivery, or the inverse of the Pareto principle. *BJOG.* 2017;124(7):1038-45. doi: 10.1111/1471-0528.14392
40. Riggs KR, Ubel PA. The role of professional societies in limiting indication creep. *J Gen Intern Med.* 2014;30(2):249-52. doi: 10.1007/s11606-014-2980-0

Depressão pós-parto: quais os fatores de risco?

Post-partum depression: which are risk factors?

Alessandra Poline de Oliveira¹, Izabela Mara Martins Silveira¹, Cristina Terumy Okamoto¹, Somaia Reda¹

Descritores

Depressão pós-parto; Fatores de risco; Depressão pós-natal; Depressão; Pós-parto

Keywords

Postpartum depression; Risk factors; Postnatal depression; Depression; Post-partum

Submetido

05/07/2020

Aceito

24/07/2020

1. Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Alessandra Poline de Oliveira
Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5.300, Campo Comprido, 81280-330, Curitiba, PR, Brasil.
alepoline@icloud.com

RESUMO

Esta revisão sistemática visa identificar os fatores de risco psicossociais para depressão pós-parto (DPP). Foram selecionados 11 artigos por meio das bases: Embase, Medline e SciELO. Os critérios de inclusão foram: data de publicação nos últimos cinco anos, língua inglesa ou portuguesa, delineamento observacional longitudinal e ser referente a fatores de risco psicossociais para DPP. Foram encontrados 25 fatores de risco psicossociais. Entre eles, os fatores mais citados foram: falta de apoio social/familiar, gravidez não planejada, história pessoal de doença psiquiátrica, relacionamento ruim com o parceiro, idade menor que 20 anos e baixa escolaridade. A prevalência de DPP alcançou valores de 4,5% até 50,3% nos estudos avaliados. Isso demonstra a importância da detecção precoce desses fatores de risco e de mais investimentos na área de prevenção dessa doença. Para uma visão integral da doença, uma análise envolvendo uma amostra maior de artigos de bases de dados alternativas se faz necessária.

ABSTRACT

This systematic review has the purpose of identifying psychosocial risk factors on post-partum depression (PPD). Eleven articles were selected utilizing three databases: Embase, Medline and SciELO. The inclusion criteria were: publication data in the last five years, English or Portuguese, longitudinal observational design and reference to psychosocial risk factors for Postpartum Depression. Twenty-five factors were identified. Some of them were identified more than others, such as social and/or family support, unplanned pregnancy, personal history of psychiatric diseases, bad relationship with the partner, age under 20 years old, and low levels of schooling. PPD's prevalence was between 4,5% and 50,3%. These numbers confirm the importance of both early detection of risk factors as well as more investments in the prevention of this disease. For an integral view of the disease, an analysis involving a larger sample of alternative database articles is required.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença caracterizada por um conjunto de sintomas que se manifestam em comportamentos que demonstram apatia, baixa energia e vontade de realizar atividades do cotidiano, entre outros. O risco de uma mulher desenvolver depressão é cerca de duas vezes maior que um homem.⁽¹⁾ Entre os grandes fatores que justificam o risco maior de a depressão atingir mulheres em vez de homens, estão os eventos da vida feminina, como a gravidez, por exemplo.

A depressão pós-parto (DPP) é definida por um quadro depressivo presente a partir da sexta semana do período puerperal (puerpério é o período no qual a mulher se encontra logo após o parto). A maior incidência de depressão na mulher se encontra nessa fase.⁽²⁾

Durante os períodos gestacional e puerperal, as mães passam por mudanças, e essas podem, muitas vezes, vir acompanhadas de um quadro melancólico depressivo. Isso ocorre por diversos fatores, tanto psicológicos quanto sociais ou fisiológicos. Entre eles, estão as expectativas sobre a maternidade, tanto da própria gestante quanto dos familiares, o que coloca a mãe num constante estado de pressão. Na fisiologia, podemos citar a queda dos hormônios gonadotróficos e placentários, intimamente relacionados com o emocional da mulher.⁽²⁾ Fatores sociais, como o relacionamento com o pai da criança e demais familiares, qualidade de vida da mãe, renda e histórico familiar de depressão, também têm ligação com o bem-estar psicológico da mulher. O tratamento pode variar desde terapias com psicólogo e de casal até o uso de medicamentos.⁽¹⁾

A DPP é um quadro que requer estudos aprofundados para melhores formas de diagnóstico e tratamento, uma vez que atinge não somente a puérpera, mas também o bebê (prejudicando o vínculo mãe-filho) e demais familiares que possuem convívio diário com a paciente, colocando em risco a saúde de todos os envolvidos. O objetivo desta revisão sistemática de literatura é analisar e avaliar os fatores psicossociais desencadeantes da DPP.

MÉTODOS

Foi realizada revisão sistemática reunindo periódicos de três bases de dados: Embase, Medline e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). No total, foram encontrados 4.266 relatos referentes à DPP, porém, ao final da aplicação dos filtros para o direcionamento do trabalho a seu objetivo, remanesceram 11 artigos.

Para a seleção dos artigos, o termo *postpartum depression* foi pesquisado nas três fontes. Na SciELO tam-

bém foi incluído o termo *postnatal depression*, devido à identificação de um artigo pertinente ao trabalho, que, apesar da diferente nomenclatura, é referente à mesma enfermidade. Após isso, a palavra-chave *risk factor* também foi associada, eliminando-se 4.019 relatos e direcionando-se a pesquisa a seu objetivo.

Foram incluídos na revisão artigos que foram publicados nos últimos cinco anos (2014-2019), na língua inglesa ou portuguesa, de delineamento observacional longitudinal e referentes a fatores de risco psicossociais da DPP. Esses filtros, portanto, foram selecionados como critérios de inclusão para o desenvolvimento deste trabalho.

Após a aplicação dos filtros, restaram 24 artigos. A partir de sua leitura, foram identificados 13 artigos com delineamento ou fatores de risco incompatíveis com o objetivo do estudo. Restaram ao total 11 periódicos. A figura 1 foi feita com base no modelo PRISMA e esclarece o método de aplicação dos filtros nas bases de dados.⁽³⁾

Foram eleitos alguns elementos dos artigos lidos para se montar a revisão sistemática: autores, ano de publicação, tipo de estudo que foi feito, qual foi o questionário aplicado com os participantes da pesquisa, país, N do trabalho, prevalência da DPP nas pacientes entrevistadas e quais foram os fatores de riscos psicossociais que foram ditos ser desencadeantes para DPP. O quadro 1 explica, de maneira visual, quais critérios foram selecionados para serem comparados.

Os artigos selecionados para esta pesquisa foram escritos na língua inglesa, sendo um escrito na língua portuguesa.⁽⁴⁾ Em relação aos instrumentos utilizados para diagnóstico da DPP, os artigos usaram diversos questionários validados, a saber: Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS, usado em oito artigos),

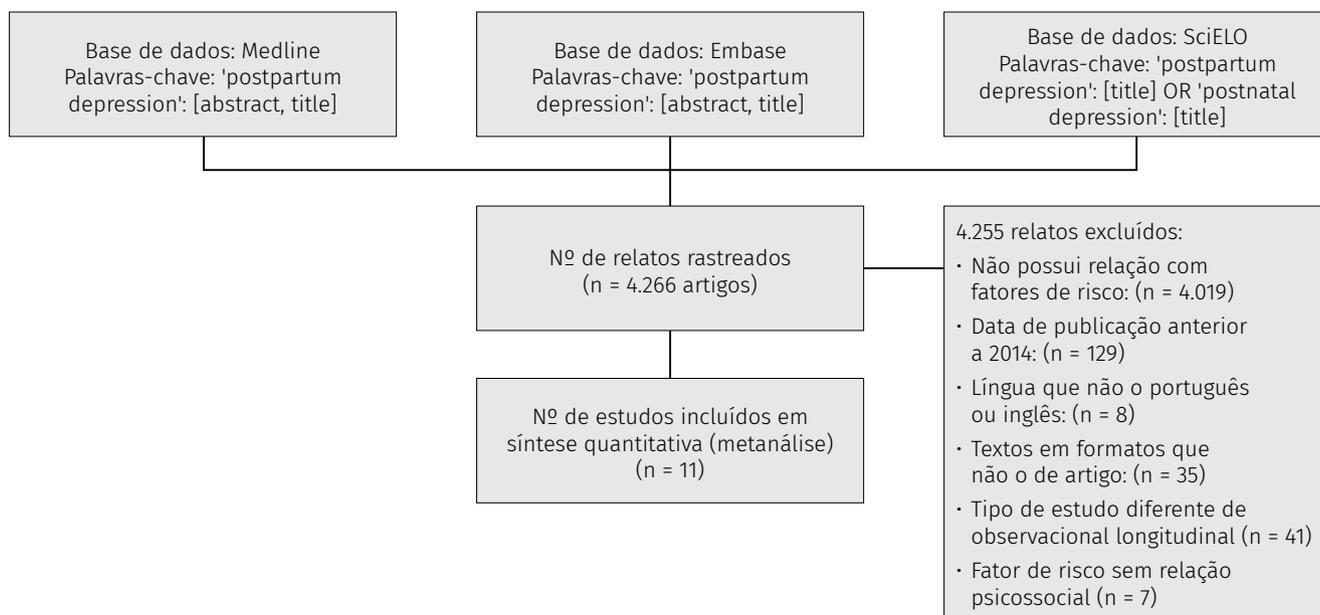


Figura 1. Esquema demonstrando quais filtros foram colocados para a escolha dos artigos selecionados

Quadro 1. Resumo dos artigos usados para revisão sistemática e os critérios escolhidos para serem comparados

Autores	Delimitação	Instrumento	Ano	País	n	Prevalência de DPP	Fatores de risco psicossociais
Morais <i>et al.</i> ⁽⁴⁾	Longitudinal prospectivo	EPDS, EAS e entrevista	2015	Brasil	462	26% (rede pública) e 9% (rede privada)	Histórico de depressão anterior; frequência de conflitos com o parceiro; baixo nível de escolaridade e baixo escore de apoio social.
Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	Caso-controle	EPDS e entrevista com psiquiatra	Novembro 2010 a outubro 2013	Singapura	479	12,90%	Ausência de analgesia peridural durante o parto; aumento da idade; histórico familiar de depressão; histórico de depressão e histórico de DPP.
Ezzeddin <i>et al.</i> ⁽⁶⁾	Caso-controle	EPDS	2014	Irã	300	11,80%	Suplementação de ferro depois da gravidez.
Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Longitudinal prospectivo	Questionário de fatores de risco e SDMI, baseado no DMS-IV	2016	México	280	Não relatado o total de pacientes com DPP	Baixo nível de escolaridade (menor que oito anos); baixa renda; ser solteira; estar desempregada; gravidez não desejada ou não planejada; abortos prévios/morte perinatal; histórico de alguma doença psiquiátrica; satisfação baixa em relação à maternidade; depressão; ansiedade e baixo apoio social.
Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾	Longitudinal prospectivo	Questionário de fatores de risco, EPDS e BDI (para gravidade da DPP)	2015	África do Sul	1.605	50,30%	Histórico pessoal de alguma doença psiquiátrica; grande evento na vida (como o próprio parto, por exemplo); relacionamento não satisfatório com o parceiro ou não serem casadas; não ter apoio familiar e/ou social; gravidez não planejada; idade entre 18 e 19 anos e primigestação.
Faisal-Cury <i>et al.</i> ⁽⁹⁾	Longitudinal prospectivo	SQR-20	2016	Brasil (SP)	868	12,4% têm DPP e 15,5% possuem depressão persistente	Gravidez não planejada.
Wu <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾	Longitudinal prospectivo	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> , EPDS e entrevista estruturada	Mai 2012 a outubro 2013	China	223	9,40%	Baixa renda anual; idade; qualidade do sono do 3º trimestre; satisfação com o casamento.
Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾	Longitudinal prospectivo	Questionário de fatores de risco e EPDS	2017	Brasil (DF)	432	18,40%	Mulheres com idade inferior a 20 anos; cor de pele que não a branca; término do ensino médio e histórico de violência doméstica.
January e Chimbari ⁽¹²⁾	Longitudinal prospectivo	Foram coletados dados socioeconômicos por meio de app e, para avaliar a DPP, foi usado o DMS-IV.	2018	Zimbábue	192	26%	Não ter comida suficiente; RN com baixo peso (<2.500 g) e histórico de violência doméstica. Outros fatores que também foram considerados com relevância alta: mãe HIV-positivo e escolaridade inferior ao ensino fundamental.

Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾	Longitudinal prospectivo	Questionário de fatores de risco e EPDS	Janeiro de 2013 a junho de 2014	Índia	1.600	7,50%	Histórico familiar de doença psiquiátrica; histórico de violência doméstica; recém-nascido do sexo feminino.
Bruno et al. ⁽¹⁴⁾	Longitudinal prospectivo	State Trait Anger Expression Inventory 2 – STAXI-2 (para triagem) e EPDS	Julho de 2014 a abril de 2015	Itália	110	4,50%	Experiência e expressão da raiva.

Self-Report Questionnaire (SRQ-20, usado em um artigo), *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9, usado em um artigo), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, usado em um artigo) e *Beck Depression Inventory* (BDI, usado em um artigo) e um artigo, além do uso do EPDS, fez o diagnóstico da DPP por meio de entrevista com psiquiatra.⁽⁵⁾

Para a coleta dos dados que poderiam ser fatores de riscos de desenvolvimento de DPP, os artigos selecionados usaram diversos questionários: *State Trait Anger Expression Inventory 2* (STAXI-2, usado em um artigo), Escala de Apoio Social (EAS, usado em um artigo); *Pittsburgh Sleep Quality Index* (usado em um artigo) e também a montagem de um *checklist* com dados a serem levantados e analisados como fatores de risco (método usado em cinco artigos).

Quanto ao delineamento metodológico, os artigos, na maioria, foram estudos longitudinais prospectivos, exceto dois dos artigos, que optaram por realizar estudos do tipo caso-controle.^(5,6) Alguns dos estudos (três entre os 11 artigos) aconteceram em dois tempos: no primeiro tempo era feita a coleta dos dados pessoais da paciente, por meio dos questionários desenvolvidos já citados, enquanto no segundo tempo era realizada a aplicação do questionário escolhido para identificar a presença de DPP. Os demais estudos usaram somente um momento para aplicar os questionários para coletar os dados da paciente e de rastreio de DPP.

Quanto aos fatores de risco analisados pelos artigos selecionados, foram descritos 26 fatores psicossociais (foco desta revisão sistemática), sendo esses agrupados em três grupos: aqueles que apareceram pelo menos três vezes (seis fatores de risco), aqueles que apareceram pelo menos duas vezes (quatro fatores de risco) e aqueles que apareceram em somente um artigo cada (os 16 fatores de risco restantes). Os fatores de riscos foram comparados por meio dos valores estatísticos, e uma reflexão foi feita após análise estatística de cada fator. Aqueles fatores de risco que apareceram somente uma vez foram organizados no quadro 2.

RESULTADOS

Os fatores de risco que foram identificados em três ou mais artigos foram: falta de apoio social/familiar, gravidez não planejada, história pessoal de doença psiquiá-

trica, relacionamento ruim com o parceiro, idade menor que 20 anos e baixa escolaridade.

A falta de apoio social e/ou familiar foi analisada em três dos 11 artigos.^(4,7,8) Em um dos artigos, verificou-se associação positiva entre falta de apoio social/familiar e desenvolvimento da DPP (*odds ratio* [OR]: 4,66; intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,92-11,30) após seis semanas e (OR: 7,12; IC 95%: 3,39-15,41) após seis meses do parto, sendo $p < 0,01$.⁽⁷⁾ Os outros dois artigos mostram o apoio social/familiar como fator de proteção contra a DPP, com valores estatísticos de OR 0,973 (IC 95%: 0,952-0,993), com $p < 0,001$, e OR 0,973 (IC 95%: 0,952-0,993), com $p < 0,01$.^(4,8) Essas comparações mostram que o fator social pode desencadear DPP, independentemente de características culturais e financeiras da paciente, visto que os três artigos foram feitos em três locais diferentes do planeta.

A gravidez não planejada foi identificada como fator de risco positivo para o desenvolvimento da DPP em três estudos longitudinais prospectivos.⁽⁷⁻⁹⁾ A doença foi prevalente em 56 (11,7%) das pacientes participantes ($p < 0,05$); 42 (52,3%) mulheres ($p < 0,01$); e 55,6% das mulheres entrevistadas seis semanas após o parto ($p < 0,05$), e 59,5% das pacientes entrevistadas seis meses após o parto ($p < 0,05$).⁽⁷⁻⁹⁾ Existe uma hipótese que explica a relação entre DPP e gravidez não planejada, de que o fato do não planejamento induz a altos níveis de estresse, sem mencionar o estresse relacionado com a dúvida de ter o bebê ou abortar.⁽⁹⁾

A história pregressa de doenças psiquiátricas, em especial a depressão, também foi considerada um fator de risco para o desenvolvimento da DPP por quatro estudos, sendo três longitudinais prospectivos e um de caso-controle.^(4,5,7,8) A depressão foi identificada como fator positivo para o desenvolvimento da DPP, sendo prevalente em 53,8% ($p < 0,01$), 16,7% ($p < 0,01$), 25% das pacientes em hospitais privados e 56% das pacientes nos hospitais públicos ($p < 0,001$) e 9,68% ($p < 0,0001$).^(4,5,7,8) É interessante observar que um dos estudos avaliou que, além da depressão, antecedentes pregressos de comportamento suicida (presentes em 10% das pacientes com DPP) e de sintomas de ansiedade (presentes em 21,4% das pacientes com DPP) também são situações que podem contribuir para o desenvolvimento da DPP no período puerperal da mulher.⁽⁷⁾

Quadro 2. Fatores de riscos agrupados de acordo com a frequência que apareceram nos artigos

Fatores que apareceram três ou mais vezes		Fatores que apareceram duas vezes		Fatores que apareceram uma vez	
Fator de risco	Artigos	Fator de risco	Artigos	Fator de risco	Artigos
Hx pessoal de doença psiquiátrica	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Hx familiar de doença psiquiátrica	Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾	Experiência e expressão da raiva	Bruno <i>et al.</i> ⁽¹⁴⁾
			Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	Suplementação de ferro após a gestação	Ezzeddin <i>et al.</i> ⁽⁶⁾
	Morais <i>et al.</i> ⁽⁴⁾	Violência doméstica	January e Chimbari ⁽¹²⁾	Não ter comida suficiente.	January e Chimbari ⁽¹²⁾
			Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾	HIV-positivo	January e Chimbari ⁽¹²⁾
	Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾	Solteira	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Desemprego	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾
			Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾	Abortos prévios/ morte neonatal	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾
	Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	Renda	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Satisfação baixa em relação à maternidade	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾
			Wu <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾	Amamentação	Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾
Falta de apoio familiar e/ou social	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾			Bebê do sexo feminino	Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾
	Morais <i>et al.</i> ⁽⁴⁾			Ter ocorrido grande evento na vida.	Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾
	Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾			Violência institucional (violência física)	Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾
Relação conflituosa com o parceiro	Morais <i>et al.</i> ⁽⁴⁾			Raça não branca	Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾
	Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾			Hx prévia de DPP	Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾
	Wu <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾			Não receber anestesia epidural durante o trabalho de parto.	Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾
Gravidez não planejada	Faisal-Cury <i>et al.</i> ⁽⁹⁾			Qualidade ruim de sono	Wu <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾
	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾				
	Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾				
Idade	January e Chimbari ⁽¹²⁾				
	Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾				
	Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾				
	Wu <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾				
	Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾				
Educação	January e Chimbari ⁽¹²⁾				
	Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾				
	Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾				
	Morais <i>et al.</i> ⁽⁴⁾				

A qualidade da vida conjugal foi analisada em três artigos longitudinais prospectivos.^(4,8,10) O segundo artigo descreve a relação insatisfatória como fator de risco significativo para DPP, com $p < 0,01$.⁽⁸⁾ Entre as 159 mulheres analisadas, 65 possuíam relação insatisfatória com o parceiro (40,9%); dessas, 55% desenvolveram DPP ($n = 44$). A relação com o parceiro também foi identificada como fator de risco pelo primeiro autor.⁽⁴⁾ O tipo da relação foi caracterizada pela Escala de Apoio Social de MOS (EAS). Relação pouco conflituosa apresentou valor de $p = 0,039$ com OR = 1,969 (1,034-3,75). Já a relação muito conflituosa foi apresentada com valores de $p = 0,018$, porém com OR de 4,206 e IC de 1,28-13,81, demonstrando um possível erro de digitação. O autor cita que mulheres com relacionamento muito conflituoso possuem 4,2 vezes a chance de desenvolver DPP que a mulher em relacionamentos nada conflituosos. Essa informação é questionável, porém, devido à incongruência do OR com o IC. O último artigo identificou valores de $p = 0,033$ e OR = 2,71 (1,08-6,79) para a satisfação marital.⁽¹⁰⁾

O quesito idade foi identificado como fator de risco para DPP em três artigos.^(5,10,11) Em outros dois estudos, foi analisada a gravidez na adolescência como fator de risco, porém não foram encontrados valores estatísticos que confirmassem essa hipótese ($p = 0,56$ e $p = 0,132$).^(8,12) O segundo autor identifica uma relação positiva entre a idade materna e a DPP ($p = 0,032$).⁽¹⁰⁾ Entre as 223 mulheres, 21 desenvolveram DPP (9,4%). Dessas, 3 eram menores de 25 anos, 15 tinham entre 25 e 30 anos e 3 eram maiores de 30 anos. O primeiro artigo optou por um delineamento do tipo caso-controle.⁽⁵⁾ Esse estudo identificou o aumento da idade materna (mulheres entre 40 e 44 anos) como fator positivo para DPP – $p < 0,0001$; OR = 2,92 (1,62-4,21). O estudo do terceiro artigo citado identificou idade menor que 20 anos como fator de risco positivo para DPP. Calculou-se o valor $p = 0,00$ pelo teste de Wald com OR = 3,02 (IC 95%: 2,49-3,66).⁽¹¹⁾

Três dos 11 artigos buscaram relacionar a DPP à escolaridade das mães.^(4,7,12) Os dois primeiros estudos identificaram uma relação negativa entre a DPP e a educação, enquanto o outro colocou o menor grau de educação como fator protetor para a DPP.^(4,7,12) O autor relata que mulheres com nível educacional inferior ao primário têm menos chances de desenvolver DPP que mulheres com ensino secundário, porém na tabela de descrição estatística identifica o valor de p como sendo igual a 0,87 (OR: 0,15; IC 95%: 0,08-0,31), o que comprova a irrelevância desse fator de risco em termos estatísticos.⁽¹²⁾ O segundo autor utilizou duas ferramentas para a identificação de DPP: *Structured Clinical Interview* (SCID-I) e PHQ-9.⁽⁷⁾ Elas foram aplicadas em dois tempos: no primeiro momento com seis semanas de puerpério e no segundo momento aos seis meses de pós-parto. Ensino correspondente ou inferior ao segundo grau foi identificado como fator de risco positivo para DPP em três situações. Foram elas: PHQ-9, aplicado na sexta semana de puerpério ($p < 0,01$; OR: 3,26; IC 95%: 1,41-7,56);

PHQ-9, aplicado no sexto mês ($p < 0,01$; OR: 3,05; IC 95%: 1,41-6,60); SCID-I, aplicado no sexto mês ($p < 0,01$; OR: 5,61; IC 95%: 1,87-16,83). A escolaridade foi identificada como fator protetor para a DPP ($p < 0,001$; OR: 0,857; IC 95%: 0,784-0,935).⁽⁴⁾ De acordo com sua análise a cada ano acrescido de escolaridade, a chance de desenvolver DPP diminui em 16,67% (1/0,857).

Os fatores de risco que foram identificados em grupos de dois artigos foram: história familiar de doença psiquiátrica, violência doméstica, paciente solteira e baixa renda familiar. Dois estudos identificaram histórico familiar de doença psiquiátrica como fator de risco positivo para DPP.^(5,13) O estudo de caso-controle identificou valores de OR = 11,1 (IC 95%: 4,23-29,75) e valor de $p < 0,0001$.⁽⁵⁾ O estudo do tipo coorte chegou ao valor de risco relativo de 14,45 ($p < 0,001$).⁽¹³⁾ A violência doméstica foi analisada em dois estudos dos analisados para esta revisão sistemática, sendo ambos os estudos do tipo longitudinal prospectivo.^(12,13) A prevalência da violência doméstica em mulheres com DPP foi de $p = 0,017$ e $p < 0,0001$.^(12,13) O estado civil “solteira” foi identificado como fator de risco positivo para o desenvolvimento da DPP em dois estudos longitudinais prospectivos.^(7,8) A prevalência da DPP em mães solteiras foi de 25% das pacientes entrevistadas na sexta semana após o parto e de 39,28% das pacientes com $p < 0,05$ e de 56,3% ($p = 0,03$).^(7,8)

A influência da renda familiar também foi identificada como fator de desenvolvimento de DPP.^(7,10) Eles demonstram que tanto o seu aumento quanto a diminuição influenciam no desenvolvimento da doença. No primeiro estudo dois métodos para a detecção de DPP foram aplicados.⁽⁷⁾ Aos aplicar o SCID-I e o PHQ-9 nas pacientes com seis semanas de puerpério, não foi encontrada relação estatística significativa à baixa renda ($p > 0,05$). Porém, aos seis meses de puerpério, a aplicação do SCID-I demonstrou a baixa renda como fator de risco positivo para DPP ($p < 0,01$; OR: 4,09; IC 95%: 1,65-10,10), e também do PHQ-9 ($p < 0,05$; OR: 2,45; IC 95%: 1,21-4,95). O segundo autor também apontou a renda familiar como sendo fator de risco negativo para DPP ($p = 0,017$; OR: 0,18; IC 95%: 0,004-0,073).⁽¹⁰⁾ Os fatores psicossociais que foram considerados como de risco para o desenvolvimento da DPP e foram mencionados somente uma vez foram resumidos no quadro 3.

DISCUSSÃO

Apesar da amostra inicial de 4.266 artigos, no fim o trabalho conseguiu selecionar apenas 11 estudos para análise sistemática. Isso se deu em razão da minuciosa seleção e padronização dos artigos para uma comparação eficiente. Porém, mesmo após a aplicação dos critérios de inclusão, a diversidade entre os artigos se manteve, o que acabou sendo uma dificuldade na hora de contrapor os resultados. Foram identificados erros estatísticos em determinados trabalhos, o que também atrapalhou

Quadro 3. Dados dos fatores de risco que aparecem somente uma vez

Autor	Fator de risco	p-value	OR	Intervalo de OR	Intervalo de confiança (IC)
Ezzeddin <i>et al.</i> ⁽⁶⁾	Suplementação de ferro após a gestação	<0,001	2,705	1,628-4,496	95%
Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	Hx prévia de DPP	0,0001	9,42	3,7-24,54	95%
Suhitharan <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	Não receber anestesia epidural durante o trabalho de parto.	0,0367	1,95	1,04-3,66	95%
Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Desemprego	<0,05	1,4 (após seis semanas) e 2,14 (após seis meses)	0,68-2,15 (após seis semanas) e 1,07-4,25 (após seis meses)	95%
Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Abortos prévios/morte neonatal	<0,05	SCID/6 semanas 2,46 – SCID/6 meses 2,56 PHQ-9 PHQ-9/6 semanas 2,50 – PHQ-9/6 meses 2,36	SCID/6 semanas (1,65-3,25) – SCID/6 meses (1,69-3,51) PHQ-9/6 semanas (1,77-3,13) – PHQ-9/6 meses (1,18-4,70)	95%
Lara <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Satisfação baixa em relação à maternidade	6 semanas p < 0,05 6 meses p < 0,01	SCID/6 semanas 2,94 – SCID/6 meses 3,96 PHQ-9 PHQ-9/6 semanas 2,71 – PHQ-9/6 meses 4,33	SCID/6 semanas (1,28-6,72) – SCID/6 meses (1,74-9,01) PHQ-9/6 semanas (1,25-5,87) – PHQ-9/6 meses (2,12-8,84)	95%
Stellenberg e Abrahams ⁽⁸⁾	Ter ocorrido grande evento na vida.	0,01	Não foi informado.	Não foi informado.	-
Wu <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾	Qualidade ruim de sono	<0,01	Não foi informado.	0,61-1,10	95%
Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾	Violência institucional (violência física)	< 0,00	5,83	4,95-6,87	95%
Souza <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾	Raça não branca	0,04 wall test	1,17	1,01-1,37	95%
January e Chimbari ⁽¹²⁾	Não ter comida suficiente.	0,005	2,9	1,4-6,1	95%
January e Chimbari ⁽¹²⁾	HIV positivo	0,004	2,7	1,4-5,2	95%
Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾	Amamentação	<0,001	Não foi informado.	Não foi informado.	-
Sheela e Venkatesh ⁽¹³⁾	Bebê do sexo feminino	<0,001	Não foi informado.	Não foi informado.	-
Bruno <i>et al.</i> ⁽¹⁴⁾	Experiência e expressão da raiva	SANG p = 0,014 TANG p = 0,006 AX-I p = 0,004	Não foi informado.	Não foi informado.	-

na análise comparativa. Ainda assim, obteve-se êxito na conclusão dos objetivos desta revisão sistemática. Nos últimos cinco anos, diversos fatores foram identificados como sendo de risco para o desenvolvimento da DPP. Os mais prevalentes, por aparecerem no mínimo em três artigos diferentes entre os 11 analisados para esta revisão sistemática, foram falta de apoio social/familiar, gravidez não planejada, história pessoal de doença psiquiátrica, relacionamento ruim com o parceiro, idade menor que 20 anos e baixa escolaridade; casos de história familiar de doença psiquiátrica, violência doméstica, paciente solteira e baixa renda familiar apareceram com relação positiva para a ocorrência de DPP em pelo

menos dois artigos; foi observado que amamentação, ter um bebê do sexo feminino, ocorrência de um evento de alto impacto na vida pessoal da mulher, primigestação, não ter comida suficiente, ser HIV positivo, violência institucional, desemprego, história prévia de aborto e/ou morte neonatal, suplementação de ferro após gestação, história pregressa de DPP, ter sentimento de raiva, não receber anestesia epidural durante o trabalho de parto, ser da raça indígena, amarela ou negra, qualidade ruim do sono e baixa satisfação com a maternidade foram elementos analisados em artigos singulares.⁽¹⁵⁻²³⁾

Cabe ressaltar a importância de boas relações entre a sociedade e os familiares para a saúde mental da

puérpera não ser comprometida.^(4,5,7-12) Outra observação que deve ser feita é em relação aos fatores de risco que apareceram em artigos individuais:^(5,6-14) essas hipóteses foram levantadas e confirmadas como desencadeantes da DPP e têm valor estatístico local, ou seja, apesar da comprovação das informações no país de estudo, não se pode comprovar que elas também são válidas em outras regiões, devido às discrepâncias socioculturais e econômicas, que se divergem entre as localidades.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que as questões sociais e relações familiares (cinco dos seis fatores considerados como os mais prevalentes) parecem ser um importante gatilho para o desenvolvimento da DPP, o que pode ser explicado pelo fato de que essa comorbidade é a junção de fatores biológicos e, principalmente, emocionais, e a parte emocional possui íntima ligação com a relação da mulher com os familiares e o meio em que vive.

REFERÊNCIAS

- Porto RAF, Maranhão TLG, Félix WM. Aspectos psicossociais da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Id on Line Rev Psicol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];11(34):220-45. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/686>
- Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende: obstetrícia*. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
- Morais MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estud Psicol (Natal)*. 2015;20(1):40-9. doi: 10.5935/1678-4669.20150006
- Suhitharan T, Pham TPT, Chen H, Assam PN, Sultana R, Han NLR, et al. Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: a case-control study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1333-9. doi: 10.2147/NDT.S105918
- Ezzeddin N, Zavoshy R, Noroozi M, Sarichloo ME, Jahanihashemi H. The association between postpartum depression and pica during pregnancy. *Glob J Health Sci*. 2016;8(4):253-9. doi: 10.5539/gjhs.v8n4p120
- Lara MA, Navarrete L, Nieto L. Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depression symptoms in Mexican mothers: longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(5):825-34. doi: 10.1007/s00737-016-0623-7
- Stellenberg EL, Abrahams JM. Prevalence of and factors influencing postnatal depression in a rural community in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2015;7(1):874. doi: 10.4102/phcfm.v7i1.874
- Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychol Health Med*. 2017;22(1):65-74. doi: 10.1080/13548506.2016.1153678
- Wu M, Li X, Feng B, Wu H, Qiu C, Zhang W. Poor sleep quality of third-trimester pregnancy is a risk factor for postpartum depression. *Med Sci Monit*. 2014;20:2740-5. doi: 10.12659/MSM.891222
- Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:69. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006549
- January J, Chimbari MJ. Prevalence and factors associated with postnatal depression among women in two rural districts of Manicaland, Zimbabwe. *S Afr J Psychiatr*. 2018;24:1176. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1176
- Sheela CN, Venkatesh S. Screening for postnatal depression in a tertiary care hospital. *J Obstet Gynaecol India*. 2016;66 Suppl 1:72-6. doi: 10.1007/s13224-015-0766-x
- Bruno A, Laganà AS, Leonardi V, Greco D, Merlino M, Vitale SG, et al. Inside-out: the role of anger experience and expression in the development of postpartum mood disorders. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;33(22):3033-8. doi: 10.1080/14767058.2017.1362554
- Desai ND, Mehta RY, Ganjiwala J. Study of prevalence and risk factors of postpartum depression. *Natl J Med Res*. 2012;2(2):194-8.
- Santos RAR, Guedes AC. Fatores de risco para a depressão pós-parto: uma revisão integrativa da literatura. *J Health Sci Inst*. 2018;36(1):65-70.
- Easterbrooks MA, Kotake C, Raskin M, Bumgarner E. Patterns of depression among adolescent mothers: resilience related to father support and home visiting program. *Am J Orthopsychiatry*. 2016;86(1):61-8. doi: 10.1037/ort0000093
- Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puéperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9):e00094016. doi: 10.1590/0102-311x00094016
- Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(1):46-54. doi: 10.1177/0884217504272802
- O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):351-8. doi: 10.1590/1982-0194201800050
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3):274-80. doi: 10.1590/S0101-81082007000300006
- Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith EO. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Health*. 2006;38(6):712-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.023

Maternidade após os 40: os riscos de postergar demasiado a maternidade

Anibal Eusébio Faúndes¹, Olímpio Barbosa de Moraes Filho²

Durante quase todo o século passado, a idade do início da maternidade foi diminuindo na maior parte dos países ocidentais. Nas últimas décadas, entretanto, o aumento da participação da mulher em atividades produtivas, além de sua função tradicional de dona de casa, e a progressiva maior escolaridade da mulher foram fazendo que a idade em que a mulher tem o seu primeiro filho fosse aumentando cada vez mais.⁽¹⁾

Diferente de outros países com nível socioeconômico semelhante, a mulher brasileira tem mais anos de escolaridade que os homens. As brasileiras terminam em maior número a educação primária, secundária e superior.⁽²⁾ Esse número cada vez maior de mulheres universitárias tem objetivos diferentes que a maternidade. Elas querem ser profissionais de sucesso e participar nas atividades sociais, econômicas e políticas em suas comunidades. Não surpreende, então, que a grande maioria delas postergue sua maternidade até após sua graduação e muitas vezes sua pós-graduação, especialização ou residência, no caso das médicas.

A consequência lógica desse desejo das mulheres de não permitirem que a maternidade interfira em seus planos de vida é que elas iniciam sua vida reprodutiva mais tardiamente, o que era costumeiro até poucos anos atrás. O primeiro filho já não mais chega em torno dos 20 anos de idade da mulher, mas se posterga para perto dos 30 anos e, ainda, para a metade ou o fim da quarta década de vida (30 a 39 anos) dela. Um primeiro filho após os 35 anos significa uma maior probabilidade de ter mais filhos após os 40 anos.

Por outro lado, mudanças na alimentação, controle das doenças da infância e melhor estilo de vida não apenas têm prolongado a vida do ser humano, mas também fazem que a mulher de 40 anos de hoje ainda esteja jovem e sadia. Poderia pensar-se, portanto, que não há problemas em postergar a maternidade até além dos 40 anos. Infelizmente não é bem assim, como veremos a seguir.

Diferente do homem, a mulher já nasce com todos os folículos primordiais e células germinativas, que amadurecerão ao longo de sua vida fértil. O ovário não tem a capacidade de multiplicar essas células germinais (ovogônias) em nenhum momento após o nascimento. A partir da primeira menstruação, um número variável de folículos vai crescer e um deles vai predominar, liberando um óvulo maduro a cada ciclo menstrual. No caso do homem, ele continua multiplicando suas células germinativas e produzindo dezenas e centenas de milhões de espermatozoides a cada dia, durante a maior parte de sua vida, até que a função hormonal do testículo começa a falhar e a produção de espermatozoides cai naturalmente.

Essa diferença é importante, porque significa que as células germinativas da mulher terminam esgotando-se com o tempo e o número de folículos que crescem a cada ciclo menstrual e, portanto, o número de óvulos disponíveis vai diminuindo ano a ano. Essa redução no número de óvulos torna-se mais evidente a partir de aproximadamente 35 anos de idade. Além disso, significa que essas células estão expostas à ação do tempo e aos efeitos ambientais por muitos anos, apesar de os ovários estarem protegidos dentro da pélvis.

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

2. Disciplina de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Av. Dezessete de Agosto, 2.665, Casa Forte, 52061-540, Recife, PE, Brasil.
olimpiomoraes@yahoo.com.br

O resultado de tudo isso é que a fertilidade da mulher vai sendo cada vez menor com o passar do tempo, por isso se fala em infertilidade relacionada à idade. Estudos sobre a possibilidade de a mulher não conseguir ter filhos segundo a idade do matrimônio mostram que, enquanto mulheres que se unem entre os 20 e 24 anos têm menos de 6% de possibilidade de ficarem sem filhos, essa porcentagem sobe quase 10% entre 25 e 29 anos, 15% entre 30 e 34 anos, quase 30% entre 35 e 40 anos, e para acima de 60% entre as mulheres que se casam entre 40 e 44 anos.⁽³⁾

Essa redução na capacidade de ter filhos com o passar dos anos resulta tanto da dificuldade em engravidar como de uma maior porcentagem de abortos espontâneos. A infertilidade se associa não só ao menor número de óvulos, mas também à pior qualidade deles. Descreve-se o aumento de diversos tipos de anormalidades cromossômicas nos óvulos à medida que vai aumentando a idade. Essas anormalidades reduzem a capacidade dos óvulos de serem fecundados e, quando fecundados, a qualidade dos embriões pode ser menor, o que redundará em menor taxa de implantação e maior porcentagem de abortos.⁽⁴⁾

As eventuais alterações cromossômicas no óvulo também são responsáveis por defeitos genéticos. O mais conhecido é a trissomia 21, que se manifesta clinicamente pelo que comumente se chama mongolismo ou síndrome de Down. Já faz mais de 60 anos que se sabe que o risco de síndrome de Down aumenta com a idade da mãe e, em muito menor proporção, com a idade do pai.⁽⁵⁾

Alterações cromossômicas dos espermatozoides também podem ser observadas com o aumento da idade do homem, mas esses defeitos parecem estar mais associados a maior risco de abortamento espontâneo que a defeitos genéticos do recém-nascido.

Além da dificuldade em engravidar e da maior possibilidade de defeito genético, a idade mais avançada se associa a um maior risco de diversas complicações da gestação e do recém-nascido. Mulheres de 40 a 44 anos têm taxas mais elevadas de parto prematuro, quase duas vezes mais probabilidade de hipertensão e mais de duas vezes de diabetes gestacional. Seus recém-nascidos são mais frequentemente pequenos para a idade gestacional e têm maior risco de síndrome de angústia respiratória, de ser internados na UTI neonatal e de mortalidade perinatal.⁽⁶⁾

A boa notícia é que as técnicas de reprodução assistida têm permitido reduzir esses problemas e tornado realidade cada vez mais mulheres engravidarem com a idade acima dos 40 anos. As técnicas de fertilização *in vitro* provocam uma superovulação e, em lugar de apenas um folículo dominante, muitos folículos crescem, resultando em óvulos que podem ser fertiliza-

dos. Como as mulheres têm uma reserva de folículos primordiais cada vez menor, a resposta do ovário ao estímulo é cada vez mais fraca, e com frequência não se consegue recuperar mais que uns poucos óvulos, resultando, portanto, em poucos embriões para transferir. Atualmente se transferem não mais que dois embriões, pelo risco de gemelaridade, mas, sabendo-se que em mulheres acima de 40 anos a taxa de implantação (proporção de embriões transferidos que se implantam) é menor, a tendência é de transferir até quatro embriões.

Notícias de jornais mostrando que mulheres têm filhos com idade acima dos 60 anos escondem que nesses casos os óvulos fertilizados que deram lugar à gestação não são da própria mulher, mas de uma doadora, geralmente uma parente próxima. Porém, essa possibilidade existe e para a mulher esses filhos são tão seus como os de qualquer outra.

A outra boa notícia é que existem atualmente técnicas que permitem separar os embriões com defeitos genéticos daqueles normais antes da transferência. É óbvio que aqueles com defeito não são transferidos, considerando que têm mínimas possibilidades de se implantarem, e os que se implantam evoluem para aborto ou resultam num recém-nascido com anormalidades, às vezes incompatíveis com a vida.

Podemos concluir, portanto, que não é aconselhável postergar o início da maternidade para depois dos 35 anos e, mais ainda, para além dos 40 anos. No entanto, quando as circunstâncias da vida fazem que a primeira gravidez seja procurada tardiamente, existem hoje meios para melhorar as chances de engravidar, para prevenir a gestação de um embrião com defeito genético grave e para reduzir os riscos de eventuais complicações durante o curso da gravidez.

REFERÊNCIAS

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). SF2.3: age of mothers at childbirth and age-specific fertility [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 12]. Available from: https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_3_Age_mothers_childbirth.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas de gênero. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. (Informação Demográfica e Socioeconômica; nº 38).
3. Menken J, Trussell J, Larsen U. Age and infertility. *Science*. 1986;233(4771):1389-94. doi: 10.1126/science.3755843
4. Baird DT, Collins J, Egozcue J, Evers LH, Gianaroli L, Leridon H, et al. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update*. 2005;11(3):261-76. doi: 10.1093/humupd/dmi006
5. Thompson JA. Disentangling the roles of maternal and paternal age on birth prevalence of down syndrome and other chromosomal disorders using a Bayesian modeling approach. *BMC Med Res Methodol*. 2019;19(1):82. doi: 10.1186/s12874-019-0720-1
6. Shrim A, Levin I, Mallozzi A, Brown R, Salama K, Gamzu R, et al. Does very advanced maternal age, with or without egg donation, really increase obstetric risk in a large tertiary center? *J Perinat Med*. 2010;38(6):645-50. doi: 10.1515/jpm.2010.084

Agosto Dourado

Mês do Aleitamento Materno

Mês dedicado ao incentivo à amamentação

Agosto é o mês dedicado ao incentivo à amamentação, e ganhou este nome, pois o **leite materno é o “alimento ouro”** para o bebê, o mais completo e com tudo que ele precisa nos primeiros meses de vida.

Obstetras e Ginecologistas, incentivem suas pacientes a amamentar segundo as recomendações da OMS.

A recomendação da OMS é que o aleitamento deve ser exclusivo até os 6 meses e complementado com adição de alimentos variados até os 2 anos ou mais.





CONGRESSO HIGHLIGHTS 2020

Inovação ampliando conhecimentos

23 e 24 de outubro

Participe do mais inovador e atualizado evento online de GO do Brasil. Programação inédita e novas tendências com os maiores experts da área.

Evento
**100%
Digital**

Novas sessões

- Febrasgo Talks
- High Tech
- Grand Round
- Vídeo aulas de cirurgias: Tips and Tricks

Mais informações em breve
www.febrasgo.org.br

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia