

Feminina

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 49, Número 7, 2021

Vacina contra a COVID-19

Especialistas comentam
as recomendações do
Ministério da Saúde para
gestantes

Hepatites virais
Testagem durante
o pré-natal é
fundamental para
reduzir casos crônicos

**Residência
médica**
Os efeitos da
tomada de decisão
compartilhada

Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é uma peça chave para determinar a sequência de atendimento, através de uma representação gráfica CLICÁVEL que demonstra a direção do fluxo das atividades relacionadas ao atendimento de uma paciente.

2 IMPORTÂNCIA

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é útil para estabelecer um diagnóstico ou conduta de forma ágil, a partir dos sintomas relatados pela paciente.

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

- Falta de padrão no atendimento
- Falta de conhecimento a respeito dos papéis dos envolvidos na atividade
- Atrasos nos diagnósticos e retrabalhos

4 COMO VAI FUNCIONAR?

A partir do estado físico em que se encontra a paciente e a cada clique você será orientado a uma continuidade de ações. Você deverá clicar nos "botões" que irão te direcionar às informações sequenciais e a conduta ideal. Clique nos botões "Sim" ou "Não", e serão sugeridas ou não próximas etapas da atividade. Além disso, serão demonstrados através de imagens (📷) ou vídeos (📺) exemplos relacionados a prática clínica ou cirúrgica do assunto em questão. Clique também para visualizar na tela do seu celular ou computador.



Confira os dois primeiros em nosso portal!

www.febrasgo.org.br/febrasgo-online/fluxogramas

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

Jan Pawel Andrade Pachnicki (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: 22793-081 – 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 Obstetria) e é distribuída gratuitamente aos seus sócios. É um periódico editado pela Febrasgo, *Open Access*, indexado 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 Cordioli
Eduardo de Souza
Fernanda Campos da Silva
Fernando Maia Peixoto Filho
Gabriel Ozanan
Garibalde Mortoza Junior
Geraldo Duarte

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

Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olimpio 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



A Febrasgo inicia a segunda metade de 2021 acelerando para o Congresso Brasileiro em novembro. A diminuição lenta dos casos de COVID-19 traz alento parcial. Neste volume, *Femina* detalha e explora a vacinação contra a doença em gestantes e puérperas, já liberada no país desde o mês de março. Como tema de capa, na forma de entrevista com a jornalista Letícia, seis especialistas da Febrasgo esclarecem e opinam acerca das vacinas que não contêm vetores virais ativos em gestantes. Quadro com cinco recomendações facilita nosso entendimento, principalmente o de que gestantes adolescentes também devem ser vacinadas. Como julho é amarelo e comemora o Dia Nacional de Combate às Hepatites Virais, *Femina* entrevista quatro membros do Ministério da Saúde e/ou de Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo que se dedicam ao estudo das hepatites. A elevada taxa de transmissão da hepatite B da mãe para o feto, particularmente no último trimestre, e a relevância do tratamento durante a gestação são destaques em texto ímpar.

A CNE de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo dá destaque à Resolução CFM nº 2.294, de 15 de junho de 2021, que rege a utilização das técnicas de reprodução assistida no país. O debate continua caloroso! A resolução novamente considera apenas as variáveis número de embriões e idade da mulher para definir o número de embriões a serem transferidos. Nada fala sobre harmonização entre número e qualidade dos embriões, como se todos os embriões tivessem o mesmo potencial de implantação. É interessante que a nova resolução desnuda a identidade de doadores/receptores para parentes de até quarto grau e determina que o número total de embriões produzidos por casal fique limitado a oito. A relação médico-paciente permitindo o compartilhamento das decisões é examinada em texto elaborado por dois educadores dedicados ao ensino de Ginecologia e Obstetrícia. Eles apontam para o acerto do Conselho Federal de Medicina (CFM), que, desde 2016, recomenda o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nessa relação. Na prática médica atual, não há como ser diferente! Não há também como negar que, ao longo do tempo, tanto médicos como pacientes sofreram mudanças.

Posição da Febrasgo sobre o aconselhamento da contracepção durante a pandemia, elaborada por membros da CNE em Anticoncepção, abre o Caderno Científico deste volume. Cinco ações e oito recomendações resumem com elegância o conhecimento necessário para a boa prática clínica. Vale destacar a propensão da COVID-19 e dos contraceptivos orais combinados ao aparecimento de fenômenos tromboembólicos, particularmente a partir da quarta década de vida. Nessa seção, dois artigos originais: um compara as taxas de cesariana entre duas maternidades do Rio de Janeiro; e outro compara a função sexual entre o segundo e o terceiro trimestre da gravidez. Os dois artigos relatam dados nacionais e têm metodologia adequada. A identificação de células glandulares atípicas e a relevância dos achados nos diferentes métodos diagnósticos são examinadas em revisão narrativa redigida por grupo de Campinas. As informações são atuais e de grande importância na prática clínica. Outra revisão narrativa explorando as ações necessárias para evitar o parto prematuro tem redação objetiva e leitura fácil. O Caderno Científico traz ainda relato de rabdomiossarcoma cervical em adolescente; está bem ilustrado e é expandido por revisão da literatura específica. A sobrevida após exenteração pélvica por câncer do colo uterino é examinada em uma série de casos. A leitura é interessante mesmo para não oncologistas.

Femina está interessantíssima novamente. Tenha uma ótima leitura e contribua para nosso crescimento!

Que agosto venha dourado!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

390 Capa

Vacinação contra a **COVID-19** em gestantes



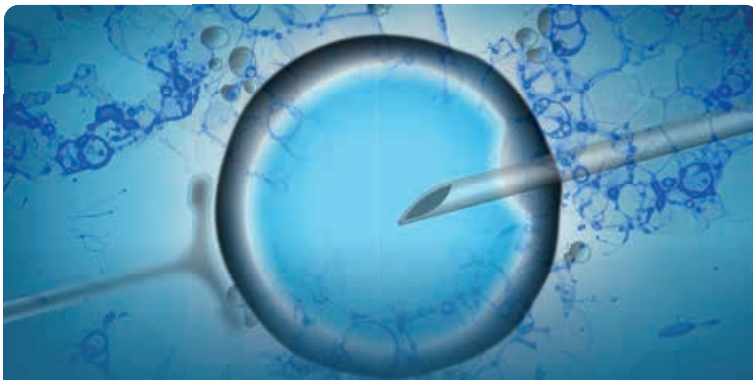
395 Entrevista

Hepatites virais É tempo de conscientização



401 Federadas

Sogope Gestão nova em Pernambuco



402 Defesa e Valorização Profissional

Publicada nova resolução sobre reprodução assistida

405 Residência Médica

A relação médico-paciente: compartilhando decisões



407 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Aconselhamento contraceptivo durante a pandemia: orientações práticas

ARTIGOS ORIGINAIS

Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro

Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres

ARTIGOS DE REVISÃO

Células glandulares atípicas – Abordagem ginecológica

Parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas: intervenções para evitar o parto pré-termo

RELATOS DE CASO

Rabdomiossarcoma embrionário de colo uterino: relato de caso em adolescente

Sobrevida após exenteração pélvica em câncer de colo de útero recidivado: uma série de cinco casos



Vacinação contra a COVID-19 em gestantes

Especialistas da Febrasgo defendem a importância e a urgência de imunizar todas as gestantes e comentam polêmicas em torno da vacina

Por Letícia Martins

O Brasil está avançando na vacinação contra a COVID-19. Até o fechamento desta edição, mais de 98 milhões de pessoas receberam a primeira dose do imunizante, segundo dados do LocalizaSUS, plataforma do Ministério da Saúde.

A vacinação é a principal forma de combater o novo coronavírus, porém muitas pessoas ainda têm dúvidas sobre a imunização, especialmente em gestantes e puérperas. Para esclarecer essa dúvida, vale fazermos uma breve retrospectiva.

No início de 2021, o Ministério da Saúde adotou a posição de não vacinar gestantes contra a COVID-19, tendo em vista que, até aquele momento, os estudos avaliando a eficácia e a segurança dos imunizantes não haviam incluído gestantes.

No entanto, em março, o Ministério da Saúde mudou de posicionamento em decorrência do aumento de número de óbitos de gestantes e puérperas pela infecção. “Sendo assim, a recomendação atual do Ministério da Saúde é que todas as gestantes brasileiras com mais de 18 anos devem ser vacinadas contra a COVID-19 e que, independentemente do risco obstétrico, recebam a dose do imunizante o mais breve possível”, esclarece o Dr. Antônio Braga Neto, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde e professor de Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF), que tem dialogado no Ministério da Saúde para promover a inclusão das gestantes adolescentes no calendário nacional de vacinação.

Segundo o Dr. Braga Neto, a necessidade e a urgência da aplicar a vacina em gestantes se devem à associação entre a infecção pela COVID-19 e a morte materna, especialmente depois da circulação de uma variante brasileira do vírus, denominada P1.

Para a médica Silvana Quintana, membro da Comissão Nacional Provisória de COVID-19 e Gestação (CNE de COVID-19), criada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a mudança de posicionamento do Ministério da Saúde em relação à vacinação de gestantes contra a COVID-19 se deve à evolução do conhecimento pelo fato de tratar-se de uma infecção relativamente nova em muitos aspectos. Nesse contexto, as mudanças são esperadas e necessárias à medida que aprendemos mais com a doença, mas devem ser sempre embasadas na ciência e na pesquisa para o correto manejo da infecção. “Certamente, as mudanças de posicionamento devem-se aos dados obtidos de pesquisas sérias e da vivência prática, como, por exemplo, o alarmante número de óbitos de gestantes e puérperas por COVID-19”, declarou a médica.

A Dra. Silvana sublinhou como fundamental o trabalho que vem sendo realizado pela Febrasgo e pelas Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, entre elas a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) – da qual ela é coordenadora científica de obstetrícia –, na atualização dos profissionais



“A recomendação atual do Ministério da Saúde é de que todas as gestantes brasileiras acima de 18 anos devem ser vacinadas contra a COVID-19 e que, independentemente do risco obstétrico, recebam a dose do imunizante o mais breve possível”, esclareceu o Dr. Antônio Braga Neto.

de ginecologia e obstetrícia, acompanhando todos os movimentos e atualizando as recomendações para os esquemas vacinais em gestantes.

Uma das iniciativas criadas com esse intuito foi a CNE Provisória de COVID-19 e Gestação, formada por 16 professores de instituições de ensino e que também compõem a câmara técnica que auxilia o Ministério da Saúde nas recomendações e atualizações sobre o cuidado   saúde da gestante e puérpera na pandemia.

A CNE de COVID-19 também participa, em conjunto com a CNE de Vacinas da Febrasgo, da elabora o de recomendações para as vacinas COVID-19 em gestantes. “O posicionamento das Sociedades, favorecendo a saúde da mulher, determina que a es das autoridades da saúde sejam determinadas e revistas com maior rapidez”, ressaltou a Dra. Rosiane Mattar, coordenadora da CNE de COVID-19 e presidente da CNE de Gestação de Alto Risco da Febrasgo.

Todo esse trabalho de mobiliza o e conscientiza o da classe médica   necessário, haja vista que gestantes e puérperas têm maior risco de evoluir para formas

graves da COVID-19, necessitando de internaa o hospitalar, cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI) e suporte ventilatório invasivo (intuba o), podendo ter evolu o para  bito.

Dados do Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr COVID-19), painel dinâmico com análises dos casos de gestantes e puérperas notificados no SIVEP-Gripe, apontam que 44 mulheres no ciclo gravídico-puerperal v o a óbito a cada semana no Brasil. “Diante desse quadro, foi necessário estabelecer estratégias para proteger essa popula o. As vacinas contra COVID-19, associadas às medidas como distanciamento social, higiene das mãos e uso de máscara, são fundamentais”, salienta a Dra. Silvana.

O principal benefício em vacinar a gestante   reduzir o risco de ela adquirir a COVID-19 e, caso ela adquira a infec o, que haja menor risco de evoluir para formas graves e  bito. Por isso, todos os entrevistados desta reportagem destacaram que os profissionais de saúde que atendem ou têm acesso a gestantes e puérperas devem recomendar as vacinas contra a COVID-19 que não cont ham vetores virais ativos (até o momento, as disponíveis no Brasil são a CoronaVac e a Pfizer). “Importante destacar que as recomendações são dinâmicas e podem ser modificadas   medida que novas evidências forem surgindo, mas até agora   essa a nossa recomenda o”, pontua a Dra. Cecília Roteli Martins, presidente da CNE de Vacinas da Febrasgo.

MAS E OS RISCOS?

Nenhuma vacina está totalmente isenta de efeitos adversos, no entanto, como afirma o médico José Geraldo Lopes Ramos, professor de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o risco de ter alguma complica o em decorrência da vacina   extremamente baixo e muito menor do que o risco da própria COVID-19. “Existem dados consistentes na literatura de que a vacina

A CNE DE COVID-19 E GESTA O DA FEBRASGO RECOMENDA QUE:



Todas as gestantes e puérperas, com e sem comorbidades, recebam a vacina contra a COVID-19;



As gestantes devem ser imunizadas com a vacina CoronaVac , desenvolvida pela Sinovac Biotech (produzida no Instituto Butantan), ou a Comirnaty , da Pfizer/BioNTech;



Gestantes que receberam a primeira dose da vacina de vetor viral da AstraZeneca devem completar o esquema vacinal com a vacina de mRNA-Pfizer (preferencialmente);



Mesmo depois de serem imunizadas contra a COVID-19 e até que a pandemia termine, gestantes e puérperas devem usar máscara, manter o isolamento social, evitar receber e fazer visitas e redobrar os cuidados com a higiene;



Além disso,   fundamental atualizar a carteira de vacina o da mulher para que ela esteja protegida contra outras doenças.



“As vacinas contra COVID-19, associadas às medidas como distanciamento social, higiene das mãos e uso de máscara, são fundamentais para a proteção de gestantes e puérperas”, salientou a Dra. Silvana Quintana.

funciona, portanto devemos acreditar nela e recomendá-la às nossas pacientes”, afirma o ginecologista.

Com o avanço das pesquisas em gestantes vacinadas contra a COVID-19, identificou-se que os eventos adversos nesse público eram semelhantes aos observados na população não grávida e considerados leves a moderados. “Além disso, esses estudos mostraram que os desfechos obstétricos e neonatais, como aborto, óbito fetal e prematuridade, não aumentaram nas gestantes que receberam as vacinas contra a COVID-19”, argumentou a Dra. Silvana.

Segundo ela, embora a maioria dos estudos tenha avaliado gestantes recebendo as vacinas de mRNA, a plataforma da CoronaVac (vírus inativos) é utilizada há muitos anos em gestantes, com adequado perfil de segurança. “Neste momento, temos certeza de que os benefícios em vacinar as gestantes são significativamente maiores que os riscos”, afirma.

Porém, em maio ocorreu um episódio lamentável que aumentou a desconfiança de parte da população acerca da segurança das vacinas, quando uma gestante de 35 anos que havia tomado a vacina da AstraZeneca/Oxford morreu depois de sofrer uma trombose. A formação de coágulo ocasionado pelo imunizante contra o coronavírus SARS-CoV-2 é considerado um efeito adverso raro e não tem relação com o fato de a mulher estar grávida. Contudo, por medida de segurança, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) recomendou ao Ministério da Saúde a suspensão da vacinação de grávidas com o imunizante da AstraZeneca, elaborado em parceria com a Fiocruz, e o orientou a dar preferência para a vacina da Pfizer/BioNTech e a CoronaVac, cujo mecanismo de ação é por vírus inativo.

Porém, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde não tinha uma orientação quanto às grávidas e puérperas que haviam tomado a primeira dose da AstraZeneca e precisariam, portanto, complementar o esquema vacinal. Essa recomendação veio no dia 22 de julho, por meio de uma nota técnica, esclarecendo que essas mulheres devem completar o esquema vacinal preferencialmente com o imunizante da Pfizer/BioNTech, pois recentes estudos publicados apontaram



“Existem dados consistentes na literatura de que a vacina funciona, portanto, devemos acreditar nela e recomendá-la às nossas pacientes”, afirmou o Dr. José Geraldo Lopes Ramos.

que a vacinação com os imunizantes da AstraZeneca e da Pfizer gerou uma “resposta imune robusta e boa segurança”.

Para a Dra. Rosiane Mattar, a recomendação do Ministério da Saúde para a intercambialidade da vacina é acertada, uma vez que, enquanto a grávida não completar o esquema vacinal com as duas doses, ela ainda não está totalmente protegida e corre risco de contrair a COVID-19 e desenvolver os sintomas graves da infecção. “Além disso, nossa comissão defende que as gestantes adolescentes também precisam receber a vacina o quanto antes, independentemente de terem complicações. Em um ano e meio de pandemia, aprendemos muito sobre a COVID-19, mas essa é uma doença nova e sempre temos medo de que a infecção, a longo prazo, possa trazer alguma intercorrência para o conceito. Por isso, recomendamos às grávidas que façam o isolamento social, que redobrem os cuidados com a higiene e que tomem a vacina, pois ela é a forma mais eficaz de realmente diminuir o número de casos de COVID-19”, afirmou a Dra. Rosiane.

A presidente da CNE de Vacinas da Febrasgo, Dra. Cecília Maria Roteli Martins, também concorda com a recomendação de completar o quadro vacinal com a segunda dose da Pfizer, caso a gestante tenha tomado a primeira dose da AstraZeneca, mas ela salienta que é necessário haver um alinhamento de posições entre as entidades com o PNI para que a sociedade receba



“Nossa comissão defende que as gestantes adolescentes também precisam receber a vacina contra a COVID-19 o quanto antes”, disse a Dra. Rosiane Mattar.



“É importante atualizar o calendário vacinal em cada fase da mulher”, destacou a Dra. Cecília Roteli Martins.

a informação de forma uniforme. “Se cada entidade, município e o governo tiver uma posição diferente em relação às vacinas, a população em geral ficará confusa e insegura em relação à vacina. A falta de alinhamento leva a um desserviço”, afirma.

“Neste momento de pandemia, precisamos ter discursos e recomendações alinhados com o Programa Nacional de Imunizações, que é modelo no mundo inteiro, tendo sido copiado em vários países”, destaca a Dra. Cecília. “Não basta que um município, por exemplo, decida que um determinado grupo de pessoas irá receber a vacina X ou Y, se não houver como distribuir esse imunizante com segurança. Por isso, nossa CNE de Vacina está buscando esse diálogo e esse alinhamento”, completa.

OS DESAFIOS DA VACINAÇÃO

Mas, se a vacina é segura, por que ainda encontra resistência na população e até entre alguns médicos em recomendá-la?

Existem vários motivos para isso e um deles, aponta o Dr. José Geraldo, é a existência de movimentos contrários à vacinação, que retomaram com força em 2020 com a circulação de *fake news* sobre a eficácia e a segurança dos imunizantes contra a COVID-19.

“Podemos respeitar a decisão de alguns indivíduos que não querem ser vacinados, no entanto, do ponto de vista populacional, não existe outra forma de subjugar essa doença que já matou muitas pessoas. No caso das gestantes, que são grupo de risco, é primordial que se vacinem. Para se ter uma ideia, a taxa de mortalidade materna no Brasil aumentou em praticamente 300%. Por semana, são 45 óbitos maternos e a maioria é por COVID-19”, argumentou o Dr. José Geraldo.

De acordo com o médico do Rio Grande do Sul, o número de internações de mulheres grávidas também disparou. Antes de 2020, ocorriam cerca de 148 internações de gestantes por semana no país. Este ano, subiu para 323. Com o avanço da vacinação, já é possível observar uma redução nos casos de internações por gestante. “A única explicação que nós temos para essa diminuição é a vacina”, concluiu.

Se a paciente está vacinada contra a COVID-19, a sensação de segurança dela também aumenta e, assim, ela

irá procurar os serviços de saúde para fazer a prevenção de outras doenças na gravidez, que não deixaram de existir, embora tenham saído do foco durante a pandemia.

Mas, voltando aos desafios da vacinação, outro obstáculo que tem dificultado a adesão à vacinação é o fato de alguns municípios exigirem um relatório médico para a gestante ser vacinada. “Colocar esse tipo de barreira para que a gestante seja imunizada é um contrassenso. O ideal seria a gestante chegar no posto de saúde ou na Unidade Básica de Saúde e ser vacinada contra a COVID-19 apresentando no máximo a carteirinha pré-natal”, argumenta o Dr. José Geraldo.

A coordenadora da CNE Provisória de COVID-19 e Gestação e presidente da CNE de Gestação de Alto Risco da Febrasgo, Dra. Rosiane Mattar, também não concorda com a exigência de um laudo médico para que gestantes tenham acesso à vacina. Segundo ela, esse requisito, além de dificultar para a mulher, ainda deixa os médicos em uma situação de insegurança. “A necessidade de um relatório ou laudo médico não existe para nenhuma outra vacina e não deveria existir neste caso, já que é recomendação do Ministério da Saúde que gestantes sejam vacinadas. O cartão pré-natal deveria bastar para comprovar a gestação”, corrobora a Dra. Rosiane.



Calendário de vacinação da gestante

Em meio à pandemia, é compreensível que as atenções estejam voltadas para a imunização contra a COVID-19, mas os ginecologistas devem orientar as gestantes a atualizarem a carteirinha de vacinação a fim de prevenir outras doenças, como hepatite B, difteria e tétano (df), difteria, tétano e coqueluche (dTpa), gripe e, em situações específicas, as vacinas hepatite A, hepatite A e B, pneumocócicas, meningocócica conjugada ACWY, meningocócica B e febre amarela.

A presidente da CNE de Vacinas, Dra. Cecília Roteli, destaca, no entanto, que “é importante atualizar o calendário vacinal em cada fase da mulher”. “Devemos lembrar as adolescentes de tomar a vacina tríplice viral de sarampo, caxumba e rubéola, que requer reforço com a segunda dose. Estamos preocupados porque a cobertura está muito baixa no país”, alerta

Segundo a médica, a cobertura vacinal contra o HPV também está baixíssima no Brasil. “Lutamos muito para ter essas vacinas disponíveis no Sistema Único de Saúde para as adolescentes e precisamos incentivá-las a tomar. As vacinas ainda são a forma segura de combatermos muitas doenças”, finalizou.

Hepatites virais

É tempo de conscientização

Falta de diagnóstico e baixa adesão às vacinas comprometem a prevenção e o tratamento adequado dessas infecções, que matam anualmente mais de **1,4 milhão de pessoas no mundo**. Risco de transmissão vertical da hepatite B pode chegar a 90%.

Por Letícia Martins

A data de 28 de julho foi instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010 como sendo o Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais com o objetivo de conscientizar a população sobre os riscos dessas infecções e incentivar a prevenção e o tratamento adequado. Em decorrência de a manifestação clínica ser liderada pela icterícia, decidiu-se chamar o mês de julho dedicado ao combate às hepatites virais de “Julho Amarelo”.

Nada mais oportuno, afinal, todos os anos, as hepatites virais causam a morte de cerca de 1,4 milhão de pessoas no mundo, seja por infecção aguda, câncer hepático ou cirrose associada às hepatites, de acordo com a própria OMS.

As hepatites virais são infecções que atingem o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. No Brasil, as hepatites mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C (veja a tabela 1). Existem ainda, com menor frequência, os vírus da hepatite D (predominante na região Norte) e da hepatite E, que é raro no país, sendo encontrado com mais frequência na África e na Ásia.

As formas de transmissão variam de acordo com o tipo de hepatite, mas elas têm algo em comum. “Na maioria das vezes, são infecções assintomáticas. Entretanto, quando presentes, elas podem se manifestar como fadiga, febre, mal-estar, náuseas, vômitos, dor epigástrica, icterícia, prurido, colúria e hipocolia

HEPATITES VIRAIS NO BRASIL

De 1999 a 2020, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde o total de 689.933 casos confirmados de hepatites virais no Brasil, a saber:

| Tipo de hepatite | Nº de casos | % |
|------------------|----------------|------------|
| A | 168.579 | 24,4 |
| B | 254.389 | 36,9 |
| C | 262.815 | 38,1 |
| D | 4.150 | 0,6 |
| Total | 689.933 | 100 |

Os três tipos de hepatite mais comuns no Brasil

HEPATITE A

Também chamada de hepatite infecciosa, é causada por um vírus que apresenta transmissão fecal-oral, exemplificada pela ingestão de água ou alimentos contaminados com o vírus. Outras formas de transmissão são os contatos pessoais próximos (em situação de rua ou entre crianças em creches) e os contatos sexuais, especialmente entre homens que fazem sexo com homens.

Esse tipo de hepatite não evolui para doença crônica e pode ser prevenida com vacina. O período de incubação varia de 15 a 50 dias e é assintomática em 70% dos adultos.

A vacina contra a hepatite A é altamente eficaz e segura, sendo a principal medida de prevenção contra a hepatite.

HEPATITE B

Essa é a mais grave das três hepatites, sendo também classificada como uma infecção sexualmente transmissível. Pode se tornar crônica e tem alto risco de evoluir para câncer no fígado. É transmitida pela transfusão de sangue, contato com agulhas contaminadas, relações sexuais sem proteção com pessoa infectada e da mãe para o filho (transmissão vertical).

Na sua forma crônica, geralmente é assintomática, porém corre o risco de evoluir para insuficiência hepática crônica, cirrose e hepatocarcinoma.

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza a vacina contra esse tipo de hepatite.

HEPATITE C

A hepatite C é transmitida via relação sexual desprotegida ou contato com sangue contaminado e pode causar cirrose e câncer de fígado e levar à morte. Aproximadamente 60% a 85% dos casos se tornam crônicos e, em média, 20% evoluem para cirrose ao longo do tempo. Trata-se de uma doença silenciosa que raramente apresenta sintomas, por isso o melhor é prevenir.

Não há vacina para a hepatite C, mas a doença tem alta taxa de cura com o uso do medicamento.



fecal”, relaciona a coordenadora-geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde e membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Doenças Infectocontagiosas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Dra. Angelica Espinosa Miranda.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, de 1999 a 2020, foram notificados no Sinan 689.933 casos confirmados de hepatites virais no país, um número considerado extremamente alto, tendo em vista que a condição pode ser evitada e tratada – além de ser curável, no caso da hepatite C.

O Dr. Geraldo Duarte, presidente da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo, chama a atenção para os riscos das infecções na saúde da população feminina: “Uma das nossas preocupações é a mulher grávida portadora da hepatite B, visto que esse vírus apresenta a taxa mais elevada de transmissão da mãe para o seu bebê”, ressalta o médico, que também é professor titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Recentemente, o Dr. Geraldo publicou, com a colaboração de outros profissionais da área da saúde, o “Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: Hepatites Virais” (Duarte G, Pezzuto P, Barros TD, Mosimann Junior G, Martínez-Espinosa FE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. *Epidemiol Serv Saude.* 2021;30(spe1):e2020834), no qual aponta que o risco da transmissão vertical nos casos de hepatite B replicante pode chegar a 90% se não houver acompanhamento e tratamento adequados. “No entanto, a contaminação pode ser evitada se a mulher tomar a vacina contra a hepatite B antes de engravidar, ou o mais rápido possível após o diagnóstico da gravidez. Além disso, com carga viral elevada, o uso de medicamento adequado e receitado por um especialista consegue reduzir a carga viral e evitar o contágio do bebê”, completa o ginecologista.

O médico especialista em diagnosticar e tratar doenças infecciosas causadas por vírus e parasitas no geral é o infectologista. No entanto, o tocoginecologista também tem papel fundamental no diagnóstico de casos de hepatites virais, uma vez que ele acompanha a mulher em cada fase da vida, a orienta, entre tantos outros assuntos, sobre quais vacinas precisam ser utilizadas e solicita exames preventivos durante o pré-natal.

Por isso, nesta edição dedicada ao Julho Amarelo, *Femina* traz esse tema pertinente para a saúde das



“Uma das nossas preocupações é a mulher grávida portadora da hepatite B, visto que esse vírus apresenta a taxa mais elevada de transmissão da mãe para o seu bebê”, declarou o Dr. Geraldo Duarte.

mulheres e conclama todos os ginecologistas a reforçarem a importância sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequado das hepatites virais.

DESAFIOS DE TRATAR AS HEPATITES VIRAIS

O tratamento das hepatites, bem como testes para diagnóstico e vacinas, no caso das hepatites A e B, é ofertado pelo SUS. No entanto, muitos pacientes com hepatite carecem de serviços de prevenção, testagem e tratamento.

Segundo a Dra. Angelica Espinosa, as infecções causadas pelos vírus das hepatites B e C frequentemente se tornam crônicas. “Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhece ser portadora do vírus. Sem diagnóstico, a infecção evolui por décadas”, expõe. O avanço da infecção compromete o fígado, sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, que podem levar ao desenvolvimento de câncer e à necessidade de transplante do órgão. Em casos mais graves, pode levar à morte, como vimos no início da reportagem.

A médica Ana Gabriela Alvares Travassos, membro da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo e professora do curso de Medicina e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual da Bahia (UNEB), ratifica: “De acordo com dados da OMS, o acesso ao diagnóstico de rastreamento da hepatite B no mundo e no Brasil é muito baixo: apenas 10% são diagnosticados. Por sua vez, 21% dos pacientes com hepatite C não sabem que têm a doença e, desses, cerca de 62% recebem o tratamento”, comenta a Dra. Ana Gabriela.

Durante a pandemia por coronavírus, a testagem para casos suspeitos de hepatite caiu 40%, segundo dados do Ministério da Saúde, ou seja, se antes isso já era um problema, com a pandemia, agravou-se ainda mais.

RISCOS PARA MÃE E FILHO

No caso da hepatite B, o problema da falta de diagnóstico e, conseqüentemente, da ausência de tratamento é que, como o apontou o Dr. Geraldo, a infecção pode ser transmitida pela mãe para o feto durante a gestação. “Se a mãe adquiriu hepatite B no primeiro ou segundo trimestre de gestação, o risco de transmissão é de 10%. Esse percentual aumenta para 60% a 70% se a gestante for infectada no terceiro trimestre da gravidez”, alerta o médico.

Segundo o vice-presidente da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo, Dr. Regis Kreitchmann, o risco de cronificação pelo vírus da hepatite B depende da idade na qual ocorre a infecção. As crianças, por exemplo, têm maior chance de desenvolver a forma crônica. Naquelas com menos de 1 ano, esse risco chega a 90%; entre 1 e 5 anos, varia entre 20% e 50%. “Por essa razão, é extremamente importante realizar a testagem de gestantes durante o pré-natal e, caso necessário, realizar a profilaxia utilizando o tenofovir nas portadoras de hepatite B com altas viremias, conforme critérios definidos no Protocolo Clínico de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde (PCDT TV 2020), para a prevenção da transmissão vertical”, afirma o médico e professor adjunto em Obstetrícia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Cerca de 20% a 30% das pessoas adultas infectadas cronicamente pelo vírus da hepatite B desenvolverão cirrose e/ou câncer de fígado.

Segundo o Dr. Geraldo Duarte, o vírus da hepatite B na gravidez geralmente é transmitido para o filho no terceiro trimestre da gravidez e no período periparto, seja por transmissão transplacentária ou por meio do contato com o sangue da mãe. Por isso, serão necessárias medidas durante o pré-natal, durante o parto e após o nascimento. Durante o pré-natal, a vacinação é permitida



“O recém-nascido deve receber a vacina contra a hepatite B antes de ter alta da maternidade”, pontuou a Dra. Ana Gabriela Alvares Travassos.

e estimulada, devendo ser evitadas condutas invasivas relativamente ao feto e à câmara amniótica. Durante o parto, cuidados como evitar episiotomia, partos instrumentalizados e clameamento rápido do cordão são importantes medidas de suporte ao combate à transmissão vertical desse vírus. No entanto, a medida de maior impacto na redução da transmissão vertical é a imunoprofilaxia neonatal. O recém-nascido deve receber uma dose da vacina contra a hepatite B e uma injeção de imunoglobulina até 48 horas após o parto (de preferência nas primeiras 12 horas) e mais três doses da vacina no segundo, quarto e sexto meses de vida. “O último nó da cadeia da transmissão vertical da hepatite B é o acesso do recém-nascido à vacina antes de receber alta da maternidade. Para completar, nem todos os municípios possuem a imunoglobulina disponível. Esse é outro ponto importante quando falamos sobre prevenção da hepatite B”, conclui a Dra. Ana Gabriela.

O Dr. Regis salienta a importância da vacinação contra a hepatite B nos recém-nascidos. “A vacinação contra a hepatite B no Brasil começou a ser feita a partir da década de 1990 e, em recém-nascidos, no início dos anos 2000. Por isso, hoje, já vemos desaparecer a epidemia de hepatite B no público jovem. Isso é o resultado de plano brasileiro de vacinação”, disse.

No pré-natal, o rastreamento das hepatites virais deve ser feito logo na primeira consulta e repetido com 28 semanas, pois a gestante pode se infectar nesse período. “O teste rápido é uma estratégia importantíssima para o diagnóstico e bastante simples. Com apenas uma amostra de sangue do dedo da paciente é possível fazer o diagnóstico de hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis. Em caso de resultado positivo para essas infecções, devemos encaminhá-la para a atendimento de referência”, explica o médico.

Se o resultado for não reagente para hepatite B e a gestante não possuir registro de ter sido previamente vacinada, a recomendação é encaminhá-la para a

“É extremamente importante realizar a testagem de gestantes durante o pré-natal e, caso necessário, fazer a profilaxia para a prevenção da transmissão vertical”, destacou o Dr. Regis Kreitchmann.





vacinação. “O esquema vacinal completo para hepatite B em adultos envolve três doses. Por isso, é necessário fazer o exame anti-HBs naquelas com maior risco para adquirir hepatite B ou que possuam outras doenças crônicas, até no máximo seis meses após a última dose de vacina para verificar se a paciente desenvolveu imunidade contra o vírus da hepatite B”, prossegue o médico.

“Outro cuidado importante, recomendado no PCDT TV 2020, é testar o parceiro no pré-natal para HIV, sífilis, hepatite B e C”, completa o Dr. Régis.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

Atualmente, existem testes rápidos para a detecção da infecção pelos vírus B ou C, que estão disponíveis no SUS para toda a população. “Todas as pessoas precisam ser testadas pelo menos uma vez na vida para esses tipos de hepatite. Populações mais vulneráveis precisam ser testadas periodicamente. Além disso, ainda que a hepatite B não tenha cura, a vacina contra essa infecção é ofertada de maneira universal e gratuita no SUS”, aponta a Dra. Angelica Espinosa. “Já a hepatite C não dispõe de uma vacina que confira proteção. Contudo, há medicamentos, disponíveis no SUS, que permitem a cura da infecção”, completa a Dra. Angelica, acrescentando que: “O rastreamento universal para hepatite C em gestantes durante o pré-natal foi incorporado ao SUS em 2020 e é uma estratégia a ser estimulada e consolidada para o controle da infecção.”

A Dra. Ana Gabriela ressalta que os tocoginecologistas devem solicitar o exame de diagnóstico de hepatites virais, principalmente para os vírus B e C, independentemente da existência de sintomas e em qualquer momento e período da vida da mulher, desde a adolescência até o climatério. “Nós, ginecologistas, não tratamos

hepatites, mas é nosso papel diagnosticar e encaminhar a paciente para um profissional de referência. Como somos o médico que acompanha a mulher em todas as fases da vida, temos nas mãos uma grande oportunidade de diagnosticar precocemente essas infecções”, destaca.

Para a Dra. Angelica, existe espaço para otimismo em relação ao controle das hepatites virais. “A proposta da OMS de eliminação das hepatites B e C até 2030 é uma meta alcançável, desde que possamos manter os serviços de testes para diagnóstico, prevenção, vacinação e tratamento das hepatites. A integração dos serviços na atenção primária à saúde é importante neste processo, pois permite a abordagem de uma atenção integral de saúde do indivíduo”, disse.

Ainda segundo ela, o acesso ao pré-natal de qualidade é um dos principais instrumentos no controle das hepatites. Por isso, a Dra. Angelica destaca o papel importante da Febrasgo em estimular os ginecologistas e obstetras sobre a importância do manejo dessas infecções durante consulta de rotina ginecológica e durante o pré-natal. “O acesso da Febrasgo aos ginecologistas brasileiros, a confiabilidade da instituição e o poder de alcance de suas recomendações podem conscientizar os médicos e suas pacientes sobre a importância da hepatite em nosso meio.” O momento é, portanto, de conscientização.



“O acesso ao pré-natal de qualidade é um dos principais instrumentos no controle das hepatites”, ressaltou a Dra. Angelica Espinosa Miranda.





Eficácia no tratamento sintomático e empírico
de parasitoses e gastroenterites virais²⁻⁷

Maior espectro de ação da classe
com expressiva taxa de cura⁸

Líder em prescrição no mercado antiparasitário
Antiparasitário mais prescrito desde 2016⁹



SBPS
tecnologia exclusiva¹⁰



Sem
açúcar⁴



Posologia
simples^{4*}

*1 comprimido, 2x ao dia, por 3 dias

CONTRAINDICAÇÕES: NÃO DEVE SER ADMINISTRADO EM SITUAÇÕES COMO: DOENÇAS HEPÁTICAS OU DOENÇA RENAL. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: NÃO EXISTEM INTERAÇÕES COM O CITOCROMO P450, NÃO HAVENDO, PORTANTO, CONTRAINDICAÇÃO DE USO CONCOMITANTE COM OUTROS MEDICAMENTOS.

Annita® (nitazoxanida). Apresentações: pó para suspensão oral - embalagem contendo frasco com 45 ml ou 100 ml, após reconstituição. Comprimido revestido - embalagem contendo 6 comprimidos. Indicações: Gastroenterites virais causadas por Rotavírus e Norovírus, nas helmintíases por nematódeos, cestódeos e trematódeos, como: Enterobius vermiculares, Ascaris lumbricoides, Strongyloides stercoralis, Ancilostomíase, Necator americanus, Trichuris trichiura, Taenia sp, Hymenolepis nana. Amebíases intestinais agudas ou disenteria amebiana causada pelo complexo Entamoeba histolytica/dispar. Para tratamento da diarreia causada por Giardia lamblia ou Giardia intestinalis, no tratamento da diarreia causada por Cryptosporidium parvum (Criptosporidíase), e também está indicado no tratamento da blastocistose, causadas por Blastocystis hominis, Balantidium coli e Isospora belli. **Contra-indicações:** Não deve ser administrado em situações como: doenças hepáticas ou doença renal e hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertências e precauções:** Instruir o paciente quanto às medidas de higiene recomendadas para combater as parasitoses, como: lavar bem as frutas e verduras; lavar bem os utensílios domésticos; manter os alimentos e depósitos de água cobertos; manter as mãos sempre limpas e as unhas cortadas, evitar levá-las a boca e lavá-las antes das refeições e após ir ao banheiro; utilizar água tratada, filtrada ou fervida e não beber água em recipientes impróprios. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Interações medicamentosas:** não existem interações com o citocromo P450, não havendo, portanto, contra-indicação de uso concomitante com outros medicamentos. A ingestão da nitazoxanida com alimento aumenta a área sob a curva (AUC) de concentração plasmática em relação ao tempo e também a Cmax. **Reações adversas:** as reações adversas comuns (> 1/100 e < 1/10): dor abdominal do tipo cólica, diarreia, náusea, vômito e dor de cabeça. Annita® pode produzir alteração da cor dos fluidos fisiológicos (por ex., urina e esperma) para amarelo esverdeado, sem qualquer significado clínico. Isto se deve à coloração de alguns dos componentes da fórmula. **Posologia:** suspensão oral - Crianças acima de 12 meses em gastroenterites virais causadas por Rotavírus e Norovírus, helmintíases, amebíase, giardiase, isosporíase, balantídiase, blastocistose, criptosporidíase em pacientes sem imunodepressão, a posologia indicada é de 0,375 ml (7,5 mg) por kg, 2 vezes por dia (a cada 12 horas), por 14 dias, se a contagem de CD4 for superior a 50 céls/mm³. Caso a contagem de CD4 seja inferior a 50 céls/mm³, deve-se manter a medicação por, no mínimo, 8 semanas ou até a resolução dos sintomas e negativação dos oocistos. Comprimidos revestidos - Adultos e crianças acima de 12 anos de idade: gastroenterites virais causadas por Rotavírus e Norovírus, helmintíases, amebíase, giardiase, isosporíase, balantídiase, blastocistose e criptosporidíase em pacientes sem imunodepressão - 1 comprimido (500 mg), 2 vezes por dia (a cada 12 horas), por 3 dias consecutivos. Na criptosporidíase em pacientes imunodeprimidos, 500 a 1000 mg, 2 vezes por dia (a cada 12 horas), por 14 dias, se a contagem de CD4 for superior a 50 céls/mm³. Caso a contagem de CD4 seja inferior a 50 céls/mm³, deve-se manter a medicação por, no mínimo, 8 semanas ou até a resolução dos sintomas e negativação dos oocistos. **MS: 1.0390.0173. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 0800 025 0110. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqmggrupo.com.br. Referências Bibliográficas: 1. Anvisa Lista 'A' de medicamento referência. Link disponível: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33836/4412457/Lista+A+Incluidos+06+11+2020+%281%29.pdf/d6ca4081-7141-489e-b264-589533468b83> acessado em 09/11/2020. 2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Helminth control in school age children: a guide for managers of control programmes. 2nd ed. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241548267/en/> Acesso em 20 de março 2020. 3. Guia Prático para o Controle das Geo-helmintíases. Ministério da Saúde -Secretaria de Vigilância em Saúde -Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis 2018. 4. Bula do produto Annita®. 5. Rossignol, J. F. (2014). Nitazoxanide: a -rst-in-class broad-spectrum antiviral agent. Antiviral research, 110, 94-103. 6. Faria, CP et al, Geopastial distribution of intestinal parasitic infections in Rio de Janeiro (Brazil) and its association with social determinants. PLoS Negl Trop Dis. 2017 Mar 8;11(3) e0005445. 7. Fregonesi, B. M., SAMPAIO, C. D. F., Ragazzi, M. F., TONANI, K. D. A., & Segura-Muñoz, S. I. (2012). Cryptosporidium e Giardia: desafios em águas de abastecimento público. O Mundo da Saúde, 36(4), 602-609. 8. Cimerman S. Tratamento das parasitoses intestinais: o que sabemos e o que precisamos fazer. RBM, Ver. Bras. Med. - Vol. 71 - No 4 - Abril/2014. 9. Dados IQVIA CUP - Close-Up Marketing Database version Dez/2020. 10. Composições farmacêuticas de Tizoxanida e Nitazoxanida - Dividido do Pedido de Patente No P198 08 722-3 06/05/1998.**

Gestão nova em Pernambuco



Sonia Regina Ribeiro de Figueiredo Leite

Recém-empossada, a diretoria da Sogope pretende aproximar os associados e trabalhar para engrandecer a especialidade no Estado

Por Letícia Martins

Desde janeiro de 2021, a Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope) está sendo presidida por uma carioca com alma recifense. Formada em 1977, a médica Sonia Regina Ribeiro de Figueiredo Leite fez residência em ginecologia e obstetrícia em Recife, onde se casou com um nordestino.

À frente da federada, da qual já fez parte de várias diretorias, ela falou sobre os desafios e perspectivas da nova gestão, que era para ter se iniciado em 2020, mas, devido à pandemia, foi adiada para este ano. “A diretoria da Sogope tem realizado várias reuniões de trabalho. Nosso primeiro objetivo é fortalecer a comunicação entre a Sogope e os associados, que foi prejudicada com a pandemia”, disse a Dra. Sonia.

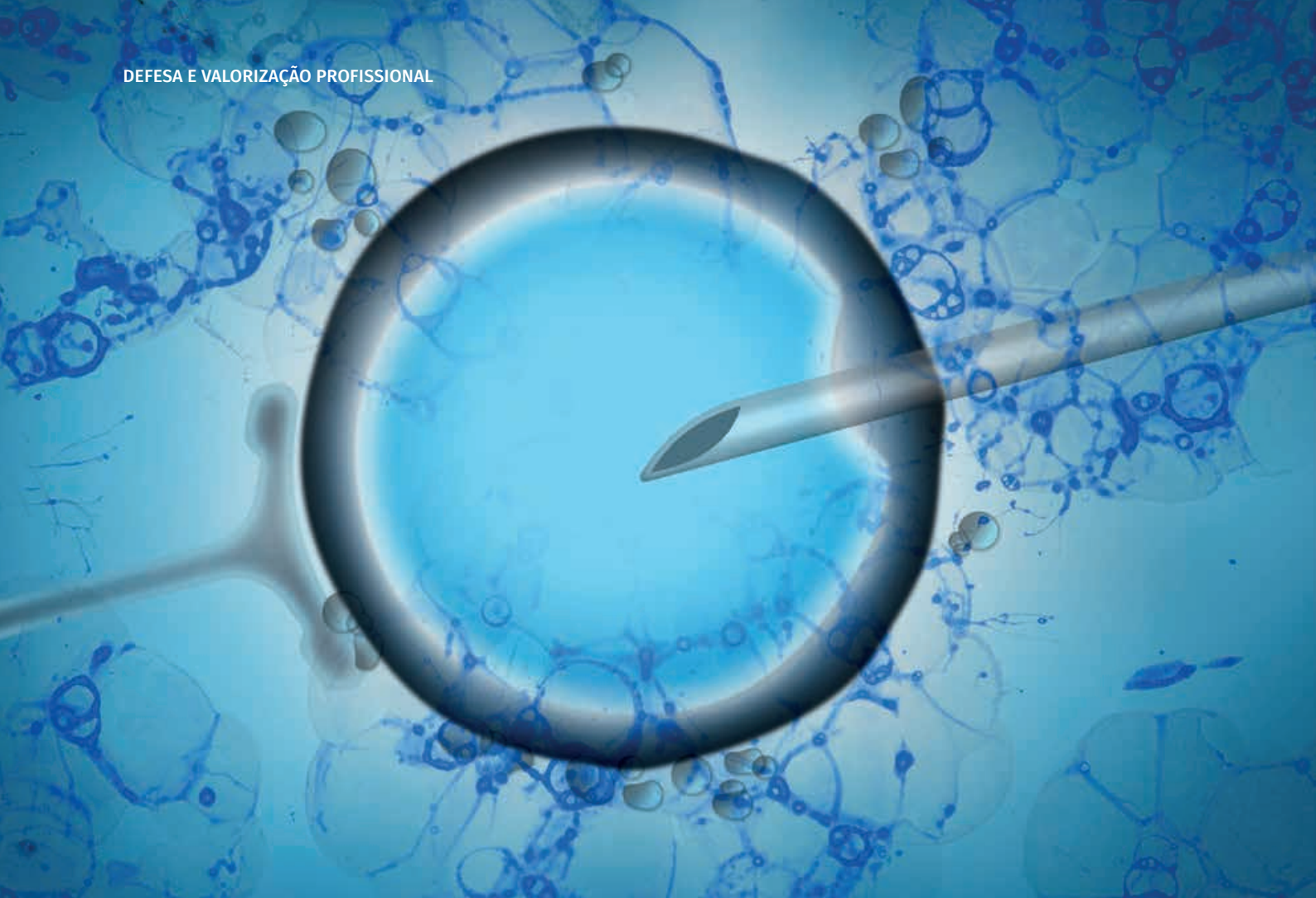
Para isso, a Sogope está preparando uma agenda de cursos para ajudar os ginecologistas na prática diária. “Além disso, estamos programando várias iniciativas com laboratórios parceiros e do próprio Governo do Estado a fim de trazer assuntos interessantes para o nosso associado”, afirmou a presidente da Sogope.

Recentemente, a federada participou e apoiou o curso de capacitação em cirurgia de alta frequência para o tratamento das lesões de alto grau do colo uterino, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. “Vários tutores auxiliaram os ginecologistas que participaram do curso na prática. Essa ação foi muito importante para capacitar nossos profissionais na prevenção do câncer de colo de útero”, prosseguiu a Dra. Sonia.

Além disso, a Sogope realizou dois cursos: um sobre o uso do DIU de levonorgestrel por pacientes com sangramentos uterinos anormais e outro sobre infecções do trato urinário, este voltado para gestantes.

PARCERIAS HOJE E NO FUTURO

Outra iniciativa exitosa realizada pela Sogope foi a noite científica, que contou com aulas **on-line** sobre endometriose e miomatose, ministradas por ginecologistas pernambucanos para professores de vários estados. “A Sogope sempre foi muito parceira da Prefeitura de Recife e da Secretaria Estadual de Saúde. Oferecemos treinamentos para profissionais da rede pública, nos vários setores, tanto em obstetrícia quanto em ginecologia”, declarou a Dra. Sonia. Para os próximos anos de gestão, o foco é trabalhar para engrandecer a especialidade no estado. “Para isso, contamos com o apoio e sugestões de todos os colegas”, finalizou a presidente da Sogope.



Publicada nova resolução sobre reprodução assistida

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

2 Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização da Febrasgo.

Em 15 de junho de 2021, foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução CFM nº 2.2294/2021, que adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida (RA), tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.168, de 2017.⁽¹⁾ O objetivo do presente artigo da Comissão de Defesa e Valorização Profissional é trazer o informativo sobre a nova norma aos associados, sem adentrar no mérito ou discussão técnica sobre as eventuais novidades ou implicações práticas da nova resolução.

Para fins da Resolução nº 2.2294/2021, as técnicas de RA têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação, e podem ser utilizadas para doação de oócitos e na preservação de gametas, embriões e tecidos germinativos por razões médicas e não médicas, na anteriormente denominada preservação social.⁽¹⁾

Não houve mudanças na idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA (50 anos), sendo aceitas exceções a esse limite com base em critérios técnicos e científicos fundamentados pelo médico responsável quanto à ausência de comorbidades da mulher e após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando a autonomia da paciente e do médico.^(1,2) Também foram mantidas as recomendações da obrigatoriedade do consentimento livre e esclarecido e da vedação do uso das técnicas de RA com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.⁽²⁾ Além disso, a nova resolução mantém a proibição de fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana e proibida a redução embrionária.⁽³⁾

As determinações da quantidade de embriões que podem ser transferidos foram modificadas,^(2,3) conforme o quadro abaixo:

| COMO ERA (Resolução nº 2.168/2017) | | COMO FICOU (Resolução nº 2.294/2021) | |
|---------------------------------------|----------------|---|----------------|
| Mulheres até 35 anos | Até 2 embriões | Mulheres até 37 anos | Até 2 embriões |
| 36-39 anos | Até 3 embriões | >37 anos | Até 3 embriões |
| ≥40 anos | Até 4 embriões | | |

Ainda na recomendação atual está previsto que, em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético, podem ser utilizados até dois embriões, independentemente da idade, e que, nas situações de doação de oócitos, se considera a idade da doadora no momento de sua coleta.⁽¹⁾

Quanto aos pacientes, todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites da resolução podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme a legislação vigente.^(1,3) É permitido expressamente o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.⁽¹⁾

Não houve mudanças nas recomendações referentes a clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA, sendo os requisitos mínimos: um diretor técnico, médico registrado no Conselho Regional Medicina (CRM), com registro de especialista em área de interface com RA; registro permanente das gestações e seus desfechos (dos abortamentos, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos), provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões; registro permanente dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças; e disponibilidade desses registros para fiscalização pelos CRMs.⁽³⁾

Em relação à doação de gametas ou embriões, permanecem as premissas de que não pode haver caráter lucrativo ou comercial e a proibição de que médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços participem como doadores nos programas de RA.^(1,3)

A definição de idade limite para a doação de gametas foi modificada,^(1,3) conforme o quadro abaixo:

| | COMO ERA (Resolução nº 2.168/2017) | COMO FICOU (Resolução nº 2.294/2021) |
|--------|---------------------------------------|---|
| Mulher | 35 anos | 37 anos |
| Homem | 50 anos | 45 anos |

A recomendação anterior era de que doadores não deviam conhecer a identidade de receptores e vice-versa, e a nova resolução acrescentou uma exceção a esse tópico, permitindo que se conheça a identidade na doação de gametas para parentesco de até quarto grau de um dos receptores (primeiro grau – pais/filhos; segundo grau – avós/irmãos; terceiro grau – tios/sobrinhos; quarto grau – primos), desde que não incorra em consanguinidade.^(1,2)

A seção de criopreservação de gametas ou embriões trouxe alterações no número total de embriões gerados em laboratório, para o qual não havia fixação, e no texto atual há previsão de que esse número não poderá exceder a oito.^(1,3) Os pacientes deverão ser comunicados para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, de acordo com as determinações da resolução, e os excedentes viáveis deverão ser criopreservados. Como não há previsão de embriões viáveis ou quanto à



sua qualidade, a decisão deverá ser tomada posteriormente a essa etapa.⁽²⁾

Para o descarte de embriões criopreservados com três anos ou mais ou abandonados, a nova resolução prevê a necessidade de autorização judicial.^(1,2)

Em relação à gestação de substituição, a nova regulamentação manteve a necessidade do parentesco consanguíneo até o quarto grau entre os envolvidos, acrescentando a exigência de que a cedente do útero tenha pelo menos um filho biológico vivo.^(1,2) Persiste a possibilidade de análise pelos respectivos conselhos regionais de situações, por exemplo, em que não haja possível cedente na família com tal grau de parentesco.

⁽²⁾ As demais recomendações sobre a gestação de substituição foram mantidas, como a determinação de que não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente.⁽³⁾ Os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário da paciente: 1) termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação; 2) relatório médico atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos; 3) termo de compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberão embrião em seu útero, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; 4) compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, públicos ou privados, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério; 5) compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez; 6)

aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.^(1,3)

Como na resolução anterior, permanece a permissão de RA *post mortem* desde que haja autorização específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.^(1,3)

A Febrasgo permanecerá atenta e informando aos associados as principais novidades e publicações que possam impactar a prática da especialidade.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.168, publicada no DOU de 10 de novembro de 2017, Seção 1, pág. 73. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 Jun 15 [cited 2021 Jun 20];Seç. 1: 60. Available from: https://conteudo.ebc.com.br/agencia/2021/docs/CFM_normas_eticas_RA_Ag%C3%AAncia_Brasil.pdf
2. Ferraz AC. Conselho Federal de Medicina (CFM): novas normas éticas sobre reprodução humana. O que mudou? Migalhas [Internet]. 2021 Jun 23 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <https://www.migalhas.com.br/depeso/347474/cfm-novas-normas-eticas-sobre-reproducao-humana>
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos –, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.121, publicada no DOU de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 Nov 10 [cited 2021 Jun 20];Seç. 1: 73. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19405123/do1-2017-11-10-resolucao-n-2-168-de-21-de-setembro-de-2017-19405026



A relação médico-paciente: compartilhando decisões

Decisões sobre realização de exames e procedimentos, uso de medicamentos, mudanças de comportamentos ou encaminhamentos a outros especialistas são componentes importantes e frequentes nos atendimentos médicos. De forma didática, podemos classificar o processo de tomada de decisões na prática médica em três padrões: 1) conduzida pelo médico, que define as condutas sem a participação ativa do paciente (decisão paternalista); 2) conduzida pelo paciente, em que o médico informa todas as opções baseando-se em evidências científicas, mas não faz recomendações, e o paciente faz as suas escolhas (decisão com autonomia máxima do paciente); 3) decisão compartilhada, em que profissional e paciente atuam ativamente na tomada de decisão, baseando-se em evidências científicas, princípios éticos e na preferência do paciente.⁽¹⁾

Nas últimas décadas, o processo de tomada de decisão na prática médica vem mudando seu foco de um padrão paternalista para a tomada de decisão compartilhada.⁽¹⁾ Estudos apontam que os pacientes preferem estar ativamente envolvidos na tomada de decisão e que a preferência por decisões compartilhadas aumentou nas últimas duas décadas.⁽²⁾ Shay e Lafata⁽³⁾ publicaram revisão sistemática recente apontando que a decisão compartilhada é uma ferramenta importante para promover a autonomia

e a satisfação do paciente, além de estar associada a menos conflito e judicialização diante da decisão.

Stacey *et al.*⁽⁴⁾ publicaram revisão sistemática Cochrane, na qual foram incluídos 105 estudos envolvendo 31.043 participantes, avaliando os efeitos da tomada de decisão compartilhada sobre os pacientes, em comparação com o atendimento usual. Os resultados apontaram que a decisão compartilhada aumenta o conhecimento, a percepção de risco, a participação e a congruência entre os valores e as escolhas dos pacientes. Apontaram também que o processo de decisão compartilhada está relacionado à redução de conflitos decisórios relacionados ao sentimento de desinformação e à falta de alinhamento entre a escolha e os valores pessoais. A atuação do médico no sentido de auxiliar o paciente na tomada de decisão também reduziu a proporção de participantes indecisos e aumentou a proporção daqueles que optaram por tratamentos mais conservadores. Com relação ao tempo da consulta, foi observado um aumento de 2,6 minutos (24 *versus* 21; aumento de 7,5%), não havendo impacto direto sobre os custos. Os autores apontam a necessidade de mais pesquisas acerca dos efeitos sobre a adesão à opção escolhida, a relação custo-benefício e o uso com populações de baixo nível de alfabetização.⁽⁴⁾

No Brasil, a Recomendação do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Sheyla Ribeiro Rocha¹,
Gustavo Salata Romão²

1. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

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

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

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

Como citar:
Rocha SR, Romão GS. A relação médico-paciente: compartilhando decisões. *Femina*. 2021;49(7):405-6.

nº 1, de 2016,⁽⁵⁾ que trata da obtenção de consentimento livre e esclarecido é a orientação mais completa para a tomada de decisão compartilhada na prática médica. Essa norma tem como objetivo estimular a comunicação efetiva e atribui ao médico a responsabilidade de desenvolver uma relação intersubjetiva com o paciente, estabelecendo conexões mais simétricas e igualitárias. Essa recomendação visa respeitar a autonomia do paciente, garantindo-lhe o direito de ser esclarecido sobre sua condição de saúde e possibilidades terapêuticas, bem como de participar ativamente da tomada de decisão. Visa também garantir mais segurança ao ato médico, ao reconhecer a autonomia do paciente para deliberar diante das recomendações médicas recebidas.⁽⁶⁾ Segundo o Código de Ética Médica Brasileiro, o médico está liberado de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal somente quando se tratar de risco iminente de morte.⁽⁷⁾

No entanto, para adotar essa abordagem, o profissional deve estar convicto da necessidade de apoiar a autonomia do paciente, respeitando a capacidade individual e a interdependência dos envolvidos na tomada de decisão. Considera-se que três elementos essenciais devem estar presentes para que ocorra a tomada de decisão compartilhada: 1º) tanto o médico quanto o paciente devem reconhecer que estão diante de uma situação que demanda uma decisão; 2º) ambos devem conhecer e compreender as melhores evidências disponíveis e os riscos e benefícios de cada opção, incluindo a opção de não tomar nenhuma ação; 3º) as decisões devem considerar tanto as orientações do médico quanto os valores e preferências do paciente.⁽⁸⁾

Nos atendimentos em que será necessária a tomada de decisão compartilhada, recomenda-se que o médico estruture a entrevista com base nos seguintes passos: 1) definir e explicar o problema; 2) apresentar as opções e discutir os prós e contras de cada uma (riscos, benefícios, custos); 3) incentivar o paciente a fazer perguntas e a expressar seus valores e preferências; 4) discutir sobre a capacidade e a disponibilidade do paciente em aderir às opções apresentadas (autoeficácia); 5) verificar a compreensão do paciente e esclarecer dúvidas; 6) deixar claro se a decisão deve ser tomada de imediato ou em outro momento (se possível, adie a tomada de decisão até que o paciente se sinta seguro); 7) organizar o acompanhamento.⁽⁹⁾

Elwyn *et al.*⁽¹⁰⁾ descreveram um modelo em três etapas para a tomada de decisão na prática clínica: a conversa sobre a escolha, cujo objetivo é comunicar à paciente que existem opções razoáveis e que é importante que ela participe da decisão; a conversa sobre as opções, em que o profissional apresenta os prós e contras de cada opção, incentivando a paciente a fazer perguntas; e a conversa sobre a decisão, em que o profissional apoia a paciente a escolher de acordo com suas preferências e possibilidades. Os autores frisam que não se trata de um modelo prescritivo, mas de uma orientação para que

o médico estruture o atendimento de forma a apoiar a paciente em suas escolhas, incentivando-a a expressar os seus pontos de vista e a assumir um papel ativo no processo de tomada de decisão.⁽¹⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática baseada em evidências é uma importante ferramenta na assistência médica de qualidade e deve estar alinhada à medicina centrada na pessoa, individualizando os valores e preferências de cada paciente, bem como seu contexto pessoal e social. Uma maneira de individualizar o cuidado é utilizar a tomada de decisão compartilhada, que busca a melhor alternativa para o plano de cuidados daquele paciente e sua família. O domínio das habilidades de comunicação é essencial para que o médico possa envolver o paciente nesse tipo de diálogo para, juntos, tomarem as melhores decisões sobre a saúde do paciente. Os profissionais, portanto, devem ser capazes de demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que resultem em troca efetiva de informações com as pacientes, suas famílias e os outros profissionais da equipe. Nesse sentido, espera-se que criem e sustentem uma boa relação terapêutica e ética, usem habilidades de escuta eficazes, obtenham e forneçam informações utilizando-se de habilidades verbal e não verbal adequadas, e desenvolvam habilidades escritas igualmente competentes.

REFERÊNCIAS

- Kon AA. The shared decision-making continuum. *JAMA*. 2010;304(8):903-4. doi: 10.1001/jama.2010.1208
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):9-18. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.004
- Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 2015;35(1):114-31. doi: 10.1177/0272989X14551638
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(4):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Recomendação CFM nº 1/2016 [Internet]. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, DF: CFM; 2016 [cited 2021 Jan 12]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf
- Pazinatto MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. *Rev Bioética*. 2019;27(2):234-43. doi: 10.1590/1983-80422019272305
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. 2018 Nov 1;Seq. 1:179.
- Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):276-84. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1078
- Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301-12. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.010
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.

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, Gustavo Salata Romão, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório 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 Maerawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

408 Aconselhamento contraceptivo durante a pandemia: orientações práticas

Edson Santos Ferreira Filho, Rogério Bonassi Machado

ARTIGOS ORIGINAIS

414 Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro

Roberta Nogueira Furtado Ferreira, Gabrielle Queiroz de Faria Nascimento

421 Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres

Júlia Mazzo Gonçalves da Silva, Yara Zancanaro, Juliana De Biagi

ARTIGOS DE REVISÃO

425 Células glandulares atípicas – Abordagem ginecológica

Roberto de Oliveira Galvão

433 Parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas: intervenções para evitar o parto pré-termo

Thaísa Guedes Bortoletto, Anderson Borovac-Pinheiro, Thais Valéria e Silva Maciel Monteiro, Maíra Rossman Machado, Rodolfo de Carvalho Pacagnella

RELATOS DE CASO

439 Rabdomyosarcoma embrionário de colo uterino: relato de caso em adolescente

Mayara Molossi, Reginaldo José Andrade, Carmen Mendonça Fiori, Naura Angonese Tonin

444 Sobrevida após exenteração pélvica em câncer de colo de útero recidivado: uma série de cinco casos

Lillian Maria Fernandes de Castro, Sabas Carlos Vieira

Aconselhamento contraceptivo durante a pandemia: orientações práticas

Número 7 – Julho 2021

A Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção 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 a prática clínica.

PONTOS-CHAVE:

- O acesso aos serviços de planejamento reprodutivo e anticoncepção durante a pandemia de COVID-19 é de fundamental importância.
- Métodos anticoncepcionais devem ser iniciados ou mantidos para casais que não desejam engravidar durante a pandemia de COVID-19.
- Não há relação conhecida entre métodos anticoncepcionais e potenciais tratamentos contra a COVID-19.
- Não há restrições específicas, em mulheres com COVID-19, para quaisquer métodos contraceptivos, devendo-se respeitar os critérios de elegibilidade para a escolha da modalidade anticoncepcional mais adequada.
- Devem-se assegurar condições para que o ambiente de consultas não se torne um local de risco de contaminação de pacientes e profissionais de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- A continuidade do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo planejamento reprodutivo e anticoncepção, é fundamental, mesmo durante a pandemia de COVID-19.
- Pacientes que já estejam em uso de um método anticoncepcional, bem adaptadas, podem ter suas prescrições renovadas sem avaliação presencial por mais 6 a 12 meses, durante a pandemia de COVID-19, respeitados os critérios de elegibilidade.
- Mulheres em uso de métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARC, do inglês, *long-acting reversible contraception*) podem ter seu uso estendido por 1-2 anos além do aprovado em bula, após aconselhamento sobre riscos e benefícios com um profissional de saúde.
- A paciente sem anticoncepção que deseja se proteger contra gravidez durante a pandemia de COVID-19 deve receber aconselhamento reprodutivo, por telemedicina e/ou presencialmente.
- Mulheres que desejam inserir LARC devem ter atendimento presencial, respeitando a etiqueta sanitária para proteger a si mesma e outras pessoas.
- São imprescindíveis os esforços para reestruturar os serviços de saúde, visando ao rastreamento de indivíduos assintomáticos e ao correto diagnóstico de indivíduos sintomáticos, para maior segurança e uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs) por profissionais de saúde.
- Não há contraindicação ao uso de nenhum método anticoncepcional em concomitância com as terapias em estudo contra a COVID-19.
- É aceitável, mas não obrigatório, realizar mudança de método anticoncepcional pelo receio de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo pulmonar (TEP).

CONTEXTO CLÍNICO

Primeiramente descrita na China, em dezembro de 2019, como um surto de pneumonia, a COVID-19 (do inglês, *coronavirus disease 2019*) tem modificado a dinâmica da sociedade e dos cuidados de saúde. Causada pelo SARS-CoV-2 (do inglês, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*),⁽¹⁾ esta pandemia já acometeu, até 10/12/2020, 6,7 milhões de pessoas no Brasil e mais de 67 milhões de pessoas no mundo, acarretando, respectivamente, 177 mil e 1,6 milhão de mortes.⁽²⁾ Para reduzir a disseminação do vírus, as pessoas são aconselhadas a ficar em casa, evitar aglomerações e promover o distanciamento físico; tais medidas, se adequadamente instituídas, são eficazes. No entanto, também trazem dilemas para pessoas que necessitam de serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo assistência pré-natal⁽³⁾ e anticoncepção. Conhece-se o potencial de outras pandemias em reduzir expressivamente o acesso a serviços de planejamento familiar.⁽⁴⁾ Entretanto, uma vez que o aconselhamento reprodutivo é estratégia crucial para a redução de gestações não planejadas,⁽⁵⁾ é fundamental reforçar que aconselhamento reprodutivo deve ser realizado durante a pandemia de COVID-19, respeitando a etiqueta sanitária e as diretrizes disponíveis.⁽⁶⁾ A escolha reprodutiva – decidir quantos filhos quer ter, quando e se quer tê-los – é um dos direitos humanos mais fundamentais, que tem na contracepção um grande passo em direção a uma maior igualdade de gênero.⁽⁷⁾

É nítido o impacto da pandemia de COVID-19 em serviços de saúde reprodutiva e sexual,⁽⁸⁾ seja diretamente por meio do fechamento dos serviços, ou indiretamente, com redução de mão de obra, de financiamento e de equipamentos disponíveis, por causa do remanejamento para centros específicos de cuidado de pessoas acometidas por essa doença. Indubitavelmente, isso implica desafios significativos para mulheres em idade reprodutiva e profissionais de saúde. Dado o provável aumento de relações sexuais nesse período e maiores restrições ao acesso a anticoncepcionais, é esperado um incremento substancial no número de gestações não planejadas – com conseqüente repercussão na saúde pública, porque aumenta não só a morbimortalidade obstétrica e perinatal,^(7,9) como também os custos ao sistema de saúde.⁽¹⁰⁾

O Brasil já é largamente afetado por gestações não planejadas: entre 23.894 puérperas entrevistadas de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 para o estudo “Nascer no Brasil”, 25,5% queriam ter esperado mais tempo e 29,9% não queriam engravidar; apenas 44,6% de fato queriam engravidar.⁽¹¹⁾ Essa casuística é conseqüência de um conjunto de fatores, incluindo descontinuação, taxas de falha intrínsecas de cada método e uso inconsistente e incorreto dos diferentes métodos anticoncepcionais.⁽¹²⁾ Estudo transversal italiano mostrou abandono de métodos de curta duração por

metade das mulheres solteiras, ainda que mantivessem relações sexuais esporádicas, levando 15% delas a uma gestação não planejada.⁽¹³⁾ Por esse motivo, saúde sexual e reprodutiva deve ser entendida como serviço prioritário,⁽¹⁴⁾ sobretudo para adolescentes⁽¹⁵⁾ e outros grupos mais vulneráveis.

COMO DEVE SER FEITO O ACONSELHAMENTO REPRODUTIVO EM TEMPOS DE PANDEMIA?

A pergunta “posso engravidar na pandemia?” tem sido frequente em consultas de ginecologia e obstetrícia. Os dados disponíveis na literatura médica vigente ainda não são categóricos em relação a maiores riscos no ciclo gravídico-puerperal ou para o recém-nascido⁽³⁾ e a avaliação de riscos e benefícios exige ponderação em relação à idade da mulher⁽¹⁶⁾ e ao planejamento do casal.

Se um casal não deseja engravidar, a escolha de qualquer método contraceptivo moderno, respeitando os critérios de elegibilidade,^(17,18) é adequada,⁽¹⁹⁾ ponderando-se os atributos mais importantes para aquela mulher ou aquele casal, como eficácia, segurança e disponibilidade.⁽²⁰⁾ Alguns métodos (como preservativos, espermicidas, diafragma, pílulas ou pílulas anticoncepcionais de emergência) estão disponíveis sem receita, mas não em todos os ambientes. Se uma mulher está bem adaptada ao seu método atual, ela deve continuar a usá-lo. Embora possa ser difícil o acesso a todos os métodos anticoncepcionais, por causa de restrições para deslocamento, falta de oferta de insumos e aumento da demanda por profissionais e serviços de saúde, é possível iniciar um novo método anticoncepcional durante a pandemia de COVID-19. A Organização Mundial de Saúde (OMS) também recomenda que estratégias inovadoras sejam desenvolvidas para garantir que o maior número possível de pessoas possam acessar informações e métodos anticoncepcionais durante esse período, incluindo o uso de telemedicina – seja por meio de ligações convencionais ou videochamadas – e redução de restrições no número de exigências burocráticas para receber contraceptivos hormonais; por exemplo, assegurar validade de receitas médicas por um tempo mais longo.⁽²¹⁾ O aconselhamento quanto a eficácia, eventos adversos e posologia dos diferentes métodos pode ser realizado sem necessidade de contato físico ou consultas presenciais.⁽²²⁾

Suprimento de anticoncepcionais e de itens mensurais e de higiene (por exemplo, absorventes higiênicos, sabonetes, higienizadores para as mãos) é importante para a saúde das mulheres, para o empoderamento feminino e o pleno exercício de direitos em saúde sexual e reprodutiva, em especial para populações vulneráveis.⁽²³⁾ Neste período crítico, as mulheres vulneráveis estão ainda mais expostas a gestações não planejadas. Esse grupo inclui mulheres com baixa

renda e baixa escolaridade, residentes em áreas rurais ou isoladas e remotas, presidiárias, pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), câncer ou com outras doenças crônicas, bem como indígenas, adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e pessoas com deficiência física e/ou mental.⁽²⁴⁾ Em qualquer situação, mas em especial na pandemia de COVID-19, considerar o acesso a LARCs para essa população deve ser uma meta prioritária na organização de políticas de saúde pública. A inserção de um LARC após o parto e antes da alta hospitalar pode ser uma estratégia oportuna, pois reduz o número de visitas pós-parto e evita barreiras para receber aconselhamento contraceptivo.⁽²²⁾

Para mulheres já adaptadas a um método anticoncepcional, é plausível realizar uma prescrição remota adicional para os próximos 6 meses para usuárias de anticoncepção hormonal combinada (CHC) e até 12 meses para pílulas somente de progestagênio (POP). Em relação ao acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), formulações subcutâneas são interessantes para autoadministração. Para métodos LARC, incluindo dispositivos intrauterinos (DIUs) com cobre e com levonorgestrel (LNG) e implantes subdérmicos de etonogestrel (ENG), é adequado orientar a paciente sobre a possibilidade de uso prolongado, restringindo-se as consultas presenciais para remover o método se ela desejar engravidar ou apresentar efeitos colaterais importantes. Enquanto o distanciamento físico permanecer, é recomendado que grande parte do processo de consulta de anticoncepcionais continue a ser feita remotamente. Os benefícios de uso dos LARCs superaram o risco de transmissão de COVID-19.⁽²⁵⁾

Em abril de 2020, a Comissão Especializada em Anticoncepção da Febrasgo⁽²⁶⁾ emitiu suas recomendações: 1) pacientes que precisam iniciar novo método contraceptivo devem ser orientadas por atenção médica presencial ou, conforme disponibilidade, por telemedicina, para que utilizem métodos eficazes, além dos preservativos (dupla proteção); 2) esforços devem ser direcionados para a continuação do uso dos métodos já escolhidos pela mulher, por meio de triagem ativa das usuárias e fornecimento de anticoncepcionais por agentes de saúde; 3) as ações efetivas em relação à anticoncepção de emergência podem ser realizadas por agentes de saúde ou remotamente (a anticoncepção de emergência no Brasil é de venda livre); 4) uma vez que o fornecimento de LARC, bem como o agendamento de métodos de cirurgias de esterilização, tem sido postergado durante a pandemia, métodos altamente eficazes autoadministrados devem ser oferecidos nesse ínterim; 5) mulheres que usam DIUs que precisam ser trocados ao final da duração convencional devem ser orientadas de que o uso prolongado é uma opção aceitável, uma vez que estudos têm mostrado que a eficácia pode ser mantida por mais tempo do que a duração regulamentada, geralmente até 1-2 anos.⁽²⁶⁾

É POSSÍVEL O USO DE LARC POR MAIS TEMPO, ULTRAPASSANDO O PREVISTO EM BULA?

Há grande quantidade de evidências científicas que sugerem que o risco de gravidez durante o uso de um método LARC por mais de 1-2 anos além da duração habitual permanece extremamente baixo. Podemos aconselhar as usuárias de LARC sobre a eficácia do uso estendido além da duração marcada⁽²²⁾ e adiar as substituições de DIUs e implantes para um momento de maior controle da pandemia. Em uma coorte brasileira com 228 mulheres que tiveram um DIU com cobre inserido com 25 anos de idade ou mais, não se observou gravidez em 366 mulheres-anos de observação entre aquelas que optaram por usar o dispositivo por mais de 10 anos.⁽²⁷⁾ De maneira semelhante, estudo multicêntrico com 1.396 mulheres que mantiveram o DIU TCu380A por 12 anos mostrou uma probabilidade cumulativa de gravidez em 12 anos de 1,9/100 mulheres ao longo de 7.159 mulheres-anos de observação.⁽²⁸⁾ Revisão sistemática da literatura encontrou taxa combinada (11º e 12º ano) de 0,00 gravidez por 100 pessoas-ano.⁽²⁹⁾ Tais achados nos permitem afirmar que é adequado aconselhar o uso prolongado de DIU com cobre para mulheres que precisariam substituí-lo durante a pandemia de COVID-19.

Também existem dados que sugerem um possível uso do DIU-LNG (52 mg, 20 µg/dia) além de cinco anos. Revisão de prontuários com 766 mulheres brasileiras que mantiveram o mesmo DIU-LNG por mais de 60 meses não observou gestações durante o uso prolongado (mediana de 73 meses, variação de 61-184 meses).⁽³⁰⁾ Coorte prospectiva com 496 usuárias de DIU-LNG, totalizando acompanhamento de 696,9 mulheres-ano, relatou duas gestações, ou seja, taxas de falha de 0,25 (6º ano) e 0,43 (7º ano) por 100 mulheres-ano.⁽³¹⁾ Revisão sistemática da literatura encontrou uma taxa combinada de gravidez de 0,02 (6º ano) e 0,03 (7º ano) por 100 mulheres-ano.⁽²⁹⁾ Em agosto de 2020, nos Estados Unidos, o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou o uso do DIU-LNG (52 mg) por seis anos.⁽³²⁾ Ainda que no Brasil a bula ainda recomende o uso por cinco anos, acreditamos que as mulheres podem se beneficiar de aconselhamento sobre a possibilidade do uso prolongado desse DIU-LNG, para evitar exposições desnecessárias durante a pandemia de COVID-19. Vale ressaltar que essa orientação não se estende ao novo DIU-LNG (19,5 mg).

Finalmente, para implantes subdérmicos, estudo de coorte prospectivo com 291 usuárias de implante de ENG (idade média de 29,9 anos), com 444,0 mulheres-ano de acompanhamento, não documentou gravidezes durante os dois anos de uso além dos três anos previstos. Tampouco houve diferença nos níveis séricos médios de ENG entre grupos com diferentes

índices de massa corporal (IMC): os níveis de ENG estavam acima do limite contraceptivo de 90 pg/mL em todas as classes de IMC ao final de três, quatro e cinco anos.⁽³¹⁾ Outro estudo examinou a eficácia contraceptiva do implante subdérmico liberador de ENG em até cinco anos de uso. Das 390 participantes (idade média de 27,8 ± 6,1 anos) que aceitaram continuar usando o produto, nenhuma engravidou no quarto ou no quinto ano de observação. Nesta pesquisa, mais de 200 mulheres usaram o produto por pelo menos cinco anos.⁽³³⁾ Revisão sistemática reforça que há evidências suficientes para recomendar o uso com duração prolongada dos implantes subdérmicos.⁽³⁴⁾ Portanto, as mulheres podem ser aconselhadas a manter os implantes liberadores de ENG por mais alguns meses, durante este período crítico. Ao aconselhar cada mulher, os profissionais de saúde devem considerar sua individualidade. Tais recomendações são válidas também para mulheres obesas.

EXISTEM INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE OS CONTRACEPTIVOS E AS MEDICAÇÕES UTILIZADAS PARA A INFECÇÃO PELO SARS-COV-2?

Até o momento, não há terapia farmacológica específica para COVID-19; as evidências disponíveis não levantam preocupações sobre potenciais interações farmacológicas entre os métodos anticoncepcionais e possíveis novas terapias contra COVID-19.⁽⁶⁾ Recomenda-se que todos os profissionais de saúde perguntem às pacientes sobre método anticoncepcional em uso e ponderem riscos e benefícios na tomada de decisões.

QUAIS AS CORRELAÇÕES ENTRE TROMBOEMBOLISMO VENOSO, ANTICONCEPÇÃO HORMONAL E COVID-19?

Apesar de ser uma preocupação frequente de muitas mulheres e alguns profissionais, o tromboembolismo venoso (TEV) – seja TVP ou TEP – é um evento raro em mulheres em idade reprodutiva. A segurança dos métodos combinados é bem documentada, posto que a ocorrência de TEV relacionada ao uso de anticoncepcionais é bastante rara, em especial na população jovem.⁽³⁵⁾ Contudo, sabe-se que o risco de TEV aumenta quando há sobreposição de fatores predisponentes, ou seja, a combinação de fatores de risco pode levar a risco cumulativo suficiente para justificar tromboprofilaxia farmacológica para usuárias de métodos combinados, se hospitalizadas por COVID-19.⁽³⁶⁾ Se, por um lado, as diretrizes espanholas voltadas para mulheres na perimenopausa recomendam a suspensão de métodos hormonais combinados quando da interação por COVID-19,^(37,38) as recomendações francesas reforçam que não parece razoável alterar o método

anticoncepcional, uma vez que as alterações hemostáticas demoram seis a oito semanas para retornar à linha de base.⁽³⁹⁾

Reforçamos que as mulheres não devem ser encorajadas a suspender métodos anticoncepcionais, a menos que queiram engravidar. Uma vez que há discreto aumento de risco de TEV com CHC,⁽⁴⁰⁾ mas não com métodos somente de progestagênio,⁽⁴¹⁾ é aceitável aconselhar usuárias de CHC com fatores de risco para TEV a mudarem para POP, implantes, DIU de cobre ou DIU-LNG (se possível), para reduzir riscos durante uma hospitalização por COVID-19. No entanto, isso deve ser ponderado contra dois fatos: 1) a descontinuação do CHC requer pelo menos dois meses para restaurar os parâmetros de coagulação;^(6,39,42) 2) CHC oferece proteção significativa contra a gravidez, uma condição associada a um risco substancialmente maior de TEV.⁽¹⁹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que existe um risco importante de aumento de gravidez não planejada durante a pandemia de COVID-19, encorajamos mulheres, profissionais de saúde, legisladores e toda a sociedade a discutir os serviços de saúde sexual e reprodutiva enquanto serviços prioritários, enfatizando a anticoncepção e a proteção das mulheres contra a violência. Todas as mulheres devem ter acesso adequado a métodos anticoncepcionais eficazes, bem como a informações consistentes sobre o tema, incluindo LARC e anticoncepção de emergência. Mulheres que estão bem adaptadas aos métodos anticoncepcionais atuais podem mantê-los, respeitados os critérios médicos de elegibilidade. Aquelas que não estão usando anticoncepcionais ou precisam alterar o método atual devem procurar aconselhamento reprodutivo. Tecnologias digitais são úteis para aconselhar novas usuárias e esclarecer dúvidas. Diante da necessidade de consulta presencial (por exemplo, para exame físico em casos de padrão desfavorável de sangramento ou inserção de LARC), os protocolos de etiqueta sanitária devem ser respeitados, incluindo uso de máscaras, medida de temperatura, pesquisa de sintomas e minimização de contato físico. Usuárias atuais de LARC (DIU e implantes) devem ser aconselhadas sobre a possibilidade de uso estendido, reservando os encontros presenciais para a retirada por desejo de engravidar ou efeitos colaterais graves. Não são conhecidas interações limitantes entre métodos anticoncepcionais disponíveis e medicações em estudo contra a COVID-19. Embora aceitável, não é obrigatório aconselhar usuárias de CHC a migrarem para POP, implantes, DIU com cobre ou LNG; considerando o tempo até o retorno da coagulação até a linha de base, adicionar heparina é mais razoável. Garantir o uso adequado de anticoncepcionais é de extrema importância.

REFERÊNCIAS

- Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):533-4. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1
- World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <http://covid19.who.int/>
- Surita FGC, Luz AG, Hsu LPR, Carvalho FHC, Brock MF, Nakamura MU. Outpatient care for pregnant and puerperal women during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(9):588-92. doi: 10.1055/s-0040-1718473
- Bietsch K, Williamson J, Reeves M. Family planning during and after the West African ebola crisis. *Stud Fam Plann.* 2020;51(1):71-86. doi: 10.1111/sifp.12110
- Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol.* 2012;120(6):1291-7. doi: 10.1097/aog.0b013e318273eb56
- Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simões RDS, Soares-Júnior JM, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020;13(6):615-22. doi: 10.1080/17512433.2020.1782738
- Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet.* 2012;380(9837):149-56. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60609-6
- Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B, Ali M, Bonet M, Broutet N, et al. Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reprod Health.* 2020;17(1):59. doi: 10.1186/s12978-020-0900-9
- Short M, Bitzer J, Rowlands S. Testing times. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020;25(3):167-8. doi: 10.1080/13625187.2020.1754036
- Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health.* 2014;6:663-70. doi: 10.2147/IJWH.S61543
- Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Suppl 1:S85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
- Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception.* 2020;101(1):26-33. doi: 10.1016/j.contraception.2019.09.006
- Caruso S, Rapisarda AMC, Minona P. Sexual activity and contraceptive use during social distancing and self-isolation in the COVID-19 pandemic. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020;25(6):445-8. doi: 10.1080/13625187.2020.1830965
- Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, et al. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet.* 2020;395(10231):1175-7. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30801-1
- Mmeje OO, Coleman JS, Chang T. Unintended consequences of the COVID-19 pandemic on the sexual and reproductive health of youth. *J Adolesc Health.* 2020;67(3):326-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.019
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Fertil Steril.* 2014;101(3):633-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.032
- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO; 2015.
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists, Gynecology [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid19-faqs-for-ob-gyns-gynecology>
- Madden T, Secura GM, Nease RF, Politi MC, Peipert JF. The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(1):46.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.051
- World Health Organization. Contraception/Family planning and COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>
- Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger LJ. Contraception in the Era of COVID-19. *Glob Health Sci Pract.* 2020;8(2):166-8. doi: 10.9745/GHSP-D-20-00119
- United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health and rights: modern contraceptives and other medical supply needs, including for COVID-19 prevention, protection and response [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Contraceptives_and_Medical_Supplies_23_March.pdf
- Sorpreso ICE, Soares Júnior JM, Baracat EC. [Sexually vulnerable women: could reversible long-lasting contraception be the solution?]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(9):395-6. doi: 10.1590/SO100-720320150005456
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH guidance for contraceptive provision after changes to Covid-19 lockdown [Internet]. 2020 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-contraceptive-provision-changes-covid-lockdown/>
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissão Nacional de Anticoncepção. Anticoncepção durante a pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1002-anticoncepcao-durante-a-pandemia-por-covid-19>
- Bahamondes L, Faundes A, Sobreira-Lima B, Lui-Filho JF, Pecci P, Matera S. TCU 380A IUD: a reversible permanent contraceptive method in women over 35 years of age. *Contraception.* 2005;72(5):337-41. doi: 10.1016/j.contraception.2004.12.026
- United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, World Bank. Long-term reversible contraception: twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C. *Contraception.* 1997;56(6):341-52. doi: 10.1016/S0010-7824(97)00186-8
- Ti AJ, Roe AH, Whitehouse KC, Smith RA, Gaffield ME, Curtis KM. Effectiveness and safety of extending intrauterine device duration: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(1):24-35.e3. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.014
- Bahamondes L, Fernandes A, Bahamondes MV, Juliato CT, Ali M, Monteiro I. Pregnancy outcomes associated with extended use of the 52-mg 20 µg/day levonorgestrel-releasing intrauterine system beyond 60 months: a chart review of 776 women in Brazil. *Contraception.* 2018;97(3):205-9. doi: 10.1016/j.contraception.2017.10.007
- McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(6):586.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.036

32. Prescribing information for Mirena [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/021225s040lbl.pdf
33. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod.* 2016;31(11):2491-8. doi: 10.1093/humrep/dew222
34. Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;144(1):2-8. doi: 10.1002/ijgo.12696
35. Sitruk-Ware R. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertil Steril.* 2016;106(6):1289-94. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.039
36. Anderson FA Jr, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation.* 2003;107(23 Suppl 1):19-6. doi: 10.1161/01.CIR.0000078469.07362.E6
37. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Riesgo tromboembólico en la pandemia de COVID-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopausicas y postmenopausicas [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 6]. p. 1-9. Available from: <https://www.covid-19.seth.es/riesgo-tromboembolico-en-la-pandemia-de-covid-19-y-tratamiento-hormonal-en-mujeres-perimenopausicas-y-postmenopausicas/>
38. Ramírez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llana P, Mendoza N, et al. Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic: recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. *Maturitas.* 2020;137:57-62. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.04.019
39. Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale, L'Unité d'Hémostase Clinique de Cochlin. Prévention du risque thromboembolique veineux chez les femmes COVID + non hospitalisées utilisant un traitement hormonal (Contraception, Traitement hormonal de ménopause, Tamoxifène) [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/aperçu?path=HEMOSTASE%2B-%2BRISQUE%2BDE%2BMTE%252FHemostase-PreventionMVTECOVIDHormones.pdf&i=36239>
40. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(3):CD010813. doi: 10.1002/14651858.CD010813.pub2
41. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: a systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):678-700. doi: 10.1016/j.contraception.2016.04.014
42. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, et al. Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2020;66 Suppl 2:22-6. doi: 10.1590/1806-9282.66.S2.22

Como citar:

Ferreira Filho ES, Machado RB. Aconselhamento contraceptivo durante a pandemia: orientações práticas. *Femina.* 2021;49(7):408-13.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Contraceptive counseling during the pandemic: practical guidelines", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(7):586-91.

Edson Santos Ferreira Filho

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

Rogério Bonassi Machado

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiá, Jundiá, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

nenhum a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Presidente:

Rogério Bonassi Machado

Vice-presidente:

Ilza Maria Urbano Monteiro

Secretária:

Jaqueline Neves Lubianca

Membros:

Carlos Alberto Politano
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli
Edson Santos Ferreira Filho
Jarbas Magalhães
Luis Carlos Sakamoto
Maria Auxiliadora Budib
Mariane Nunes de Nadai
Milena Bastos Brito
Sheldon Rodrigo Botogoski
Tereza Maria Pereira Fontes
Valeria Barbosa Pontes
Zsuzsanna Ilona Katalin de Jarmy Di Bella

Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro

Cesarean section rate analysis: comparative study between two public maternity hospitals in the state of Rio de Janeiro

Roberta Nogueira Furtado Ferreira^{1,2}, Gabrielle Queiroz de Faria Nascimento²

Descritores

Cesárea; Brasil; Classificação de Robson; Declaração de Nascido Vivo; Saúde pública

Keywords

Cesarean section; Brazil; Robson classification; Birth certificates; Public health

Submetido:

18/02/2021

Aceito:

19/07/2021

1. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar

Autor correspondente:

Roberta Nogueira Furtado Ferreira
Av. Barão do Rio Branco, 1.003,
Centro, 25680-120, Petrópolis, RJ,
Brasil.
robertanogueirafurtado@gmail.com

Como citar?

Ferreira RN, Nascimento GQ. Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro. Femina. 2021;49(7):414-20.

RESUMO

Objetivo: Comparar a taxa de cesarianas em duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro, denominadas Maternidades A e B. **Métodos:** Foram extraídos das Declarações de Nascido Vivo (DNVs) dados sobre partos ocorridos no período de agosto a outubro de 2018, sendo realizada a classificação deles nos grupos de Robson. Foi possível identificar as características da população atendida e os grupos de maior representatividade que contribuíram para a taxa de cesarianas. **Resultados:** A idade média geral das puérperas em estudo foi de 25,7 anos. Verificou-se que ambas as maternidades apresentam taxas de cesarianas elevadas (a Maternidade A apresentou 46,4% e a Maternidade B, 34,4%), sendo a taxa geral do estudo de 40,1%. Analisando as características da população de ambas as maternidades, a maioria atendida na Maternidade A é representada por nulíparas com feto único e a termo (grupo 2 = 21,1%), e a Maternidade B é representada, em sua maioria, por múltiparas, sem cesárea prévia, com feto único e a termo (grupo 3 = 22,9%). O grupo 2 foi o que mais contribuiu para a taxa geral de cesariana em ambas as maternidades, após o grupo de pacientes com pelo menos uma cesárea prévia (grupo 5), sendo 26% na Maternidade A e 33,1% na Maternidade B. **Conclusão:** Foi possível concluir que ambas as maternidades em estudo apresentaram taxas de cesarianas menores que a nacional, porém muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambas apresentaram valores consideráveis de preenchimento inadequado das DNVs.

ABSTRACT

Objective: To compare the cesarean section rate in two public maternity hospitals in the state of Rio de Janeiro, called maternity hospitals A and B. **Methods:** Data from Certificates of Live Births (DNVs) occurred during the period from August to October 2018 were extracted and their classification was performed in Robson's groups. Through this classification it was possible to identify the characteristics of the population served and the most representative groups that contributed to the cesarean section rate. **Results:** The overall average age of the puerperal women under study was 25.7 years. Both maternities showed higher caesarean section rates (Maternity A had a rate of 46.4% and Maternity B 34.4%), with the overall study rate of

40.1%. Analyzing the characteristics of the population of both maternities, the majority attended at Maternity A is represented by nulliparous women with single and full-term fetuses (group 2 = 21.1%), and Maternity B is mostly represented by multiparous women, without previous cesarean section, with single and full-term fetus (group 3 = 22.9%). It was group 2 that most contributed to the overall cesarean section rate after the group of patients with at least one previous cesarean section (group 5), being 26% in Maternity A and 33.1% in Maternity B. **Conclusion:** It was concluded that both maternity hospitals under study had caesarean section rates lower than the national rate, but much higher than recommended by World Health Organization (WHO). In addition, both presented considerable values of inadequate filling of DNVs.

INTRODUÇÃO

O parto cesáreo era um procedimento raro no século XX e representava apenas 6% dos nascimentos nos anos 1970, no entanto a elevação da taxa de cesarianas é um fenômeno da obstetrícia mundial, sendo o Brasil um dos líderes das estatísticas.⁽¹⁻⁴⁾ Desde 1985, a comunidade médica internacional considera ideal que essa taxa se situe entre 10% e 15%, uma vez que não existem evidências que justifiquem taxas superiores.⁽⁴⁻⁷⁾ Apesar dessas recomendações, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes no Brasil e no mundo. Dessa forma, muitas autoridades governamentais e profissionais da saúde vêm adotando medidas para que essa taxa não se torne cada vez maior, inclusive utilizando o indicador de número de cesáreas como modelo de atenção ao parto.^(6,8,9)

A cesariana, assim como outras cirurgias, acarreta riscos imediatos e a longo prazo, podendo se estender por muitos anos depois de o parto ter ocorrido, comprometendo a saúde da mulher e do seu filho.⁽⁶⁾ No entanto, quando há indicação médica, podem-se reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal. A compreensão da realidade epidemiológica de maternidades de alto risco e seus resultados maternos e neonatais é uma ferramenta de extrema importância para a revisão da prática obstétrica.⁽⁴⁾

Para facilitar o monitoramento dessa taxa de cesarianas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um sistema para o preenchimento dos dados, levando em conta as características das mulheres que são atendidas nesses locais. Esse sistema, denominado Classificação de Robson, é um instrumento padrão, utilizado mundialmente para monitorar e comparar as taxas de cesarianas em um mesmo hospital e entre hospitais diferentes, sendo considerado a classificação mais adequada para as necessidades locais e internacionais, por ser simples, reprodutível e clinicamente relevante.⁽⁹⁻¹¹⁾

O maior estudo realizado no Brasil, considerado como referência, é um estudo de base hospitalar realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, intitulado "Nascer no Brasil", que utilizou a classificação de Robson para fornecer uma visão nacional do parto

e nascimento no Brasil, estabelecendo a taxa geral de cesarianas.⁽¹²⁾

Em virtude da grande relevância do tema e da escassez de estudos transversais que possam trazer um panorama das maternidades brasileiras, esse estudo se justifica por trazer uma contribuição por meio de estratégias e intervenções que possam promover mudanças objetivando alcançar a taxa de cesarianas proposta pela OMS. Por meio dos resultados expostos a seguir, poderá ser feita uma revisão da prática obstétrica nesses dois hospitais, o que poderá ser feito também em outras maternidades do Brasil, nas quais são preparados alunos de graduação e especialização, tendo em vista a grande mobilização dos serviços sociais de saúde para o resgate do nascimento como processo biológico natural, reservando as cesarianas para situações com indicações justificadas cientificamente. Portanto, o objetivo do nosso estudo é analisar comparativamente a taxa de cesarianas em duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro, denominadas Maternidades A e B, além de comparar os dados de ambas as maternidades com valores de referência nacional.

MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido em duas maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro designadas Maternidades A e B, a fim de preservar a confidencialidade dos nomes das instituições. Realizou-se um estudo de natureza descritiva do tipo transversal, no qual foram analisadas as taxas de cesarianas realizadas no período de 1º de agosto de 2018 a 31 de outubro de 2018, bem como a classificação dessas pacientes nos 10 grupos de Robson. A hipótese levantada é de que ambas as maternidades apresentam taxa de cesarianas acima dos valores recomendados pela OMS.

Os dados coletados foram alocados na planilha do programa Excel 2010 e analisados estatisticamente. Eles produziram diferentes bases para análises descritivas, qualitativas e quantitativas, cujos resultados são apresentados em tabelas e gráficos.

Foi realizado o levantamento de dados por meio das Declarações de Nascido Vivo (DNVs) coletadas em duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro. A Maternidade A, onde foi realizada parte do estudo, situa-se na região serrana do Rio de Janeiro, sendo atualmente referência regional em atendimento de gestantes de alto risco e unidade de terapia intensiva neonatal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dos demais municípios da microrregião.⁽¹³⁾ Já a Maternidade B se encontra localizada na Baixada Fluminense, RJ, onde também foi realizada a coleta de dados, sendo a maternidade pública de referência em atendimento de gestantes e bebês de médio e alto risco dessa região, tendo um fluxo mensal semelhante ao da Maternidade A.⁽¹⁴⁾

De modo mais específico, foram avaliados os dados referentes aos antecedentes obstétricos/paridade, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de

parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto) e idade gestacional das pacientes admitidas em ambas as maternidades, classificando-as em 10 grupos (1-10), de acordo com a Classificação de Robson, recomendada pela OMS. Em seguida foram realizadas a análise estatística dos dados, a confecção de gráficos e tabelas e a avaliação da relevância deles, permitindo, assim, avaliar não só as taxas de cesarianas, mas também as características da população atendida e a comparação dos dados das duas maternidades. Por fim, foram redigidos os resultados para publicação e divulgação do estudo.

Foram incluídas todas as pacientes que tiveram parto vaginal ou cesariano de fetos vivos em ambas as maternidades, cujas DNVs foram preenchidas adequadamente (n 1.403), e excluídas todas aquelas que não puderam ser classificadas nos 10 grupos de Robson devido ao mau preenchimento das DNVs (n 131), sendo descritas nas tabelas como NaN (não classificadas). Isso permitiu avaliar não só as taxas de cesarianas, mas também as características da população atendida, e comparar os dados das duas maternidades.

Para a análise dos dados, foram utilizadas as medidas de tendência central, medidas de dispersão e distribuição de frequência. Para verificar a associação entre o tipo e o trabalho de parto com as maternidades, foi utilizado o teste qui-quadrado. Para verificar a relação entre o tipo de parto e a Classificação de Robson, foi utilizada a regressão logística. O *software* utilizado para a análise foi o SPSS para Windows, versão 23.

RESULTADOS

No período de agosto a outubro de 2018, foram efetuadas 563 cesarianas em nossas instituições para um total de 1.403 partos realizados, sendo a taxa geral de cesarianas nesse período de 40,1%. Analisando separadamente

as maternidades, verificou-se que a Maternidade A apresentou um total de 673 partos, dos quais 312 foram cesarianas, com uma taxa de cesáreas de 46,4%. A Maternidade B apresentou um total de 730 partos, com 251 cesarianas e uma taxa de 34,4% (Tabela 1). No teste qui-quadrado, foi verificada associação entre o tipo de parto e a maternidade ($\chi^2 = 22,4$; $p = 0,001$).

Verificamos que as cesarianas realizadas nas pacientes antes de elas entrarem em trabalho de parto, ou seja, anteparto, e que não foram submetidas a indução do parto foram mais frequentes na Maternidade A do que na Maternidade B, representando 27,8% e 18,5%, respectivamente, do total de partos. Nessa mesma análise, nosso estudo evidenciou uma taxa de partos induzidos de 26,6% na Maternidade A e de 18,2% na Maternidade B, sendo isso de extrema importância em questão de saúde pública (Tabela 2). No teste qui-quadrado, foi verificada associação entre o trabalho de parto e a maternidade ($\chi^2 = 58,3$; $p = 0,001$).

As puérperas participantes dessa pesquisa apresentaram idade média geral de 25,7 anos ($\pm 6,9$), com idade mínima de 12 anos e máxima de 48 anos; 1.292 (95%) puérperas apresentaram idade inferior a 40 anos. Com relação ao número de gestações em ambas as maternidades, a maioria teve abaixo de três gestações, totalizando 1.136 puérperas (81%). Por outro lado, temos um número reduzido de puérperas acima de quatro gestações, que totalizou 118 gestantes (8,4%).

As tabelas 3, 4 e 5 mostram a Classificação de Robson geral nas Maternidades A e B, respectivamente. A análise da taxa de cesáreas por grupo mostrou que, no grupo 2 (nulíparas, cefálico, a termo, com trabalho de parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto), a taxa de cesáreas foi maior na Maternidade A (54,2%) do que na Maternidade B (48,3%), o mesmo ocorrendo no grupo 10 (gravidez pré-termo, feto único, cefálico, qualquer paridade, inclui cesariana anterior),

Tabela 1. Tipo de parto por maternidade

| Tipo de parto | | | | |
|--------------------|------------------|------------------|----------------|--------------------|
| Hospital | Cesáreo n (%) | Vaginal n (%) | NaN (%) | Total geral |
| Maternidade A | 312 (55,4) | 361 (43,1) | 0 (0,0) | 673 (48,0) |
| Maternidade B | 251 (44,6) | 477 (56,9) | 2 (100,0) | 730 (52,0) |
| Total geral | 563 (100) | 838 (100) | 2 (100) | 1.403 (100) |

Tabela 2. Trabalho de parto por maternidade

| Trabalho de parto | | | | |
|--------------------|------------|------------|-------------------|-----------|
| Hospital | Espontâneo | Induzido | Cesário anteparto | NaN |
| Maternidade A | 261 | 179 | 187 | 46 |
| Maternidade B | 432 | 133 | 135 | 30 |
| Total geral | 693 | 312 | 322 | 76 |

no qual a taxa de cesáreas foi de 50% na Maternidade A e de 37,9% na Maternidade B. O grupo que mais contribuiu para a taxa geral de cesarianas em ambas as maternidades foi o grupo 5 (multíparas, a termo, feto único, com cesárea anterior), sendo a contribuição relativa na Maternidade A de 26% e na Maternidade B de 33,1%.

Vale destacar que o terceiro grupo que mais contribuiu para a taxa relativa de cesarianas em ambas as maternidades foi o grupo de parto pré-termo (<37 semanas)

– grupo 10 –, com contribuição relativa da taxa total de cesáreas em cerca de 13,3%, sendo 9,9% da taxa relativa na Maternidade A e 17,5% na Maternidade B. Esse número é pouco maior que os dados do Brasil de 9,4% e de países onde as taxas de prematuridade são baixas, como os Países Baixos (7,1%) e a França (8,3%).

Na tabela 6 apresentamos a regressão logística. A Classificação de Robson 3 possui 2,8 vezes mais para o desfecho para o parto vaginal, assim como o grupo 5 tendeu a evoluir para parto cesáreo.

Tabela 3. Classificação de Robson geral – Maternidades A e B

| Grupo | Número de cesáreas no grupo | Número de partos no grupo | Tamanho do grupo (%) | Taxa de cesáreas do grupo (%) | Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%) | Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%) |
|--------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------|---|---|
| 1 | 31 | 186 | 13,3 | 16,7 | 2,2 | 5,5 |
| 2 | 120 | 231 | 16,5 | 51,9 | 8,6 | 21,3 |
| 3 | 18 | 274 | 19,5 | 6,6 | 1,3 | 3,2 |
| 4 | 34 | 114 | 8,1 | 29,8 | 2,4 | 6,0 |
| 5 | 164 | 222 | 15,8 | 73,9 | 11,7 | 29,1 |
| 6 | 15 | 16 | 1,1 | 93,8 | 1,1 | 2,7 |
| 7 | 28 | 33 | 2,4 | 84,8 | 2,0 | 5,0 |
| 8 | 13 | 18 | 1,3 | 72,2 | 0,9 | 2,3 |
| 9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 | 75 | 178 | 12,7 | 42,1 | 5,3 | 13,3 |
| NaN | 65 | 131 | 9,3 | 49,6 | 4,6 | 11,5 |
| Total | 563 | 1.403 | 100 | 40,1 | 40,1 | 100 |

Tabela 4. Classificação de Robson – Maternidade A

| Grupo | Número de cesáreas no grupo | Número de partos no grupo | Tamanho do grupo (%) | Taxa de cesáreas do grupo (%) | Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%) | Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%) |
|--------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------|---|---|
| 1 | 17 | 78 | 11,6 | 21,8 | 2,5 | 5,4 |
| 2 | 77 | 142 | 21,1 | 54,2 | 11,4 | 24,7 |
| 3 | 4 | 107 | 15,9 | 3,7 | 0,6 | 1,3 |
| 4 | 22 | 70 | 10,4 | 31,4 | 3,3 | 7,1 |
| 5 | 81 | 106 | 15,8 | 76,4 | 12,0 | 26,0 |
| 6 | 5 | 5 | 0,7 | 100,0 | 0,7 | 1,6 |
| 7 | 14 | 16 | 2,4 | 87,5 | 2,1 | 4,5 |
| 8 | 3 | 4 | 0,6 | 75,0 | 0,4 | 1,0 |
| 9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 | 31 | 62 | 9,2 | 50,0 | 4,6 | 9,9 |
| NaN | 58 | 83 | 12,3 | 69,9 | 8,6 | 18,6 |
| Total | 312 | 673 | 100 | 46,4 | 46,4 | 100 |

Tabela 5. Classificação de Robson – Maternidade B

| Grupo | Número de cesáreas no grupo | Número de partos no grupo | Tamanho do grupo (%) | Taxa de cesáreas do grupo (%) | Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%) | Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%) |
|--------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------|---|---|
| 1 | 14 | 108 | 14,8 | 13,0 | 1,9 | 5,6 |
| 2 | 43 | 89 | 12,2 | 48,3 | 5,9 | 17,1 |
| 3 | 14 | 167 | 22,9 | 8,4 | 1,9 | 5,6 |
| 4 | 12 | 44 | 6,0 | 27,3 | 1,6 | 4,8 |
| 5 | 83 | 116 | 15,9 | 71,6 | 11,4 | 33,1 |
| 6 | 10 | 11 | 1,5 | 90,9 | 1,4 | 4,0 |
| 7 | 14 | 17 | 2,3 | 82,4 | 1,9 | 5,6 |
| 8 | 10 | 14 | 1,9 | 71,4 | 1,4 | 4,0 |
| 9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 | 44 | 116 | 15,9 | 37,9 | 6,0 | 17,5 |
| NaN | 7 | 48 | 6,6 | 14,6 | 1,0 | 2,8 |
| Total | 251 | 730 | 100 | 34,4 | 34,4 | 100 |

Tabela 6. Regressão logística

| | Estimativa | Erro-padrão | Odds ratio | z | Wald statistic | df | p |
|------------------------------|------------|-------------|------------|---------|----------------|----|---------|
| (Intercept) | 1.609 | 0.197 | 5.000 | 8.180 | 66.916 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (2) | -1.687 | 0.237 | 0.185 | -7.127 | 50.798 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (3) | 1.045 | 0.313 | 2.844 | 3.336 | 11.132 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (4) | -0.754 | 0.284 | 0.471 | -2.655 | 7.047 | 1 | 0,008 |
| Classificação de Robson (5) | -2.649 | 0.249 | 0.071 | -10.634 | 113.080 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (6) | -4.317 | 1.051 | 0.013 | -4.107 | 16.864 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (7) | -3.332 | 0.524 | 0.036 | -6.361 | 40.461 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (8) | -2.565 | 0.562 | 0.077 | -4.565 | 20.844 | 1 | < 0,001 |
| Classificação de Robson (10) | -1.292 | 0.248 | 0.275 | -5.200 | 27.040 | 1 | < 0,001 |

Nota: Parto vaginal foi codificado como classe 1.

DISCUSSÃO

Conseguimos inferir que, não diferente dos dados de referência no Brasil, ambas as maternidades apresentaram altas taxas de cesarianas (>15%) e as mesmas características populacionais das outras 266 maternidades avaliadas no estudo “Nascer no Brasil”.^(12,15) O Brasil é um país conhecido internacionalmente por suas altas taxas de cesarianas, esse percentual supera o de partos vaginais, chegando a 54,4% em 2013.⁽¹⁶⁾ De acordo com os últimos dados publicados em 2016 pelo “Nascer no Brasil”, a taxa de cesarianas (51,9%) continua excedendo o total de partos vaginais, exigindo preocupação com essa tendência devido aos potenciais riscos desse procedimento. As maternidades em estudo apresentaram taxas de cesarianas menores que a taxa nacional, porém muito acima do recomendado pela OMS (<15%).

No Brasil, a taxa de cesáreas é maior do que a encontrada em outros países em grupos com baixas probabilidades de cesariana (nulíparas e multíparas com trabalho de parto espontâneo, e multíparas com parto induzido) – grupos 1, 3 e 4, respectivamente –, semelhante aos dados encontrados em ambas as maternidades – A e B.⁽¹²⁾ Além disso, a prática generalizada de cesarianas eletivas tanto em nulíparas quanto em multíparas foi observada em ambas as maternidades, representadas pelos grupos 2 e 4.

Devemos destacar a alta taxa de cesáreas no grupo 4 – relacionado a pacientes submetidas a cesárea aneparto. Esses dados refletem, mais uma vez, a hipótese de preferência pela cesárea eletiva em detrimento da indução do parto, principalmente em gestações de alto risco e pacientes que desejam realizar laqueadura

tubária concomitante, já evidenciada por outros estudos.^(17,18)

Analisando a característica da população atendida em ambas as maternidades, identificamos que, apesar de ambas serem do setor público, referências em gestação de alto risco e com estruturas semelhantes, as características das populações atendidas são diferentes. De forma mais detalhada, a maioria da população atendida na Maternidade A é representada por nulíparas, com feto único e a termo (grupo 2), na faixa etária de 19 a 26 anos de idade, cujos partos foram induzidos ou submetida a cesáreas anteparto. Comparativamente, a Maternidade B é representada, em sua maioria, por múltiparas, sem cesárea prévia, com feto único e a termo (grupo 3), na faixa etária de 19 a 26 anos de idade, cujo início do trabalho de parto foi espontâneo. Esses dados estão de acordo com os dados nacionais, em que os grupos 2 e 3 representaram os dois maiores grupos populacionais – 20,9% e 20%, respectivamente.⁽¹²⁾ Entretanto, ambas as maternidades corroboram os dados de que pacientes múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, apresentação cefálica e a termo (grupo 5) foram as que mais contribuíram para a taxa geral de cesarianas ($p < 0,001$).

De acordo com a OMS, em uma análise de 2015, as taxas de cesáreas e a contribuição absoluta do grupo 5 têm aumentado nos últimos anos, evidenciando um efeito cascata do uso de cesarianas, em que o aumento das taxas, especialmente em nulíparas, gera um aumento do número de mulheres com cesáreas anterior, que consequentemente são mais susceptíveis a cesáreas de repetição.^(6,19) Em contraponto, as taxas encontradas nas maternidades em estudo, embora não sejam diferentes daquelas encontradas em nível nacional, são consideravelmente maiores que as taxas encontradas na França e nos Países Baixos.^(12,15)

Relacionado às cesarianas eletivas, nossas estatísticas estão abaixo dos dados de referência no Brasil, onde o percentual de cesáreas anteparto no setor público foi de 34% e 82,4% no setor privado.⁽¹²⁾ Nessa mesma análise, nosso estudo evidenciou uma taxa de partos induzidos em ambas as maternidades acima do valor de referência no setor público nacional.⁽¹²⁾ Dessa forma, o estímulo ao uso da indução do parto para a redução das taxas de cesarianas eletivas deve ser o foco das políticas públicas.

As taxas de cesarianas encontradas acima do valor recomendado pela OMS podem trazer muitos prejuízos evitáveis para a saúde do binômio mãe-feto, principalmente se a cesárea for realizada sem indicação, incluindo o aumento da morbimortalidade materna e neonatal, especialmente se antes de 39 semanas de gestação.^(20,21) Os dados de nossas maternidades revelaram altas taxas de cesarianas no grupo de pré-termos, semelhante aos dados de referência no Brasil, o que levanta a hipótese de que essa prática pode estar levando ao aumento da prematuridade iatrogênica.^(12,22,23)

Este estudo mostrou-se importante por diversas razões. Ele foi baseado em uma pesquisa de referência nacional (estudo Nascer no Brasil) e teve representatividade de duas maternidades públicas que são referências em atendimento a gestação de alto risco no estado do Rio de Janeiro, aplicando-se a Classificação de Robson em dados primários. O preenchimento adequado das DNVs mostrou-se fundamental para que todas as informações necessárias fossem obtidas, porém uma limitação do estudo foi o erro de preenchimento ou dados faltantes, que impossibilitaram a classificação correta nos grupos de Robson de 9,3% ($n = 131$) do total de partos. Esses dados refletem a qualidade do preenchimento das DNVs, falhas que a princípio não deveriam ocorrer dentro de duas instituições de ensino e maternidades de referência, e apontam para a necessidade de ambas promoverem conscientização e capacitação dos profissionais diante da responsabilidade pelo preenchimento correto dos prontuários/DNVs.

É importante ressaltar também que outra limitação desse estudo foi o tamanho amostral pequeno, quando comparado ao estudo de referência (Nascer no Brasil), que abrangeu todo território nacional, sendo interessante ampliar o tempo de investigação para nova avaliação dos dados específicos das regiões em que o estudo se desenvolveu.

CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou que ambas as maternidades apresentaram taxas de cesarianas muito acima do recomendado pela OMS (taxa geral do estudo de 40,1%). Há diferenças significativas entre as duas; a Maternidade A apresentou maior taxa, quando comparada com a Maternidade B. O principal grupo que pode se beneficiar da implementação ou intervenções para a redução da taxa de cesáreas em ambas as maternidades é o de pacientes com cesárea prévia (grupo 5) ($p < 0,001$). Além do grupo 5, o grupo representado por nulíparas (grupo 2) pode ser favorecido por ações intervencionistas visando ao estímulo à via de parto vaginal, fundamentais para a redução na taxa geral de cesarianas ($p < 0,001$). Nossa análise sugere que evitar uma primeira cesariana e permitir o início espontâneo do trabalho de parto pode contribuir para o decréscimo da taxa de cesáreas. Protocolos para melhorar os índices de cesarianas no Brasil devem ser desenvolvidos baseados principalmente nessas diferentes demandas populacionais atendidas em cada região, e outros estudos como este devem ser realizados para auxiliar na compreensão da realidade epidemiológica das maternidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

1. Almeida D, Cardoso AS, Rodrigues RM, Cunha A. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. *Nascer Crescer*. 2014;23(3):134-9.

2. Haddad SE, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(5):252-62. doi: 10.1590/S0100-72032011000500008
3. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:105. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000389
4. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(2):65-71. doi: 10.1590/S0100-72032014000200004
5. Novo JL, Pellicciari CR, Camargo LA, Bâlsamo SB, Novo NF. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2017;19(2):67-71. doi: 10.23925/1984-4840.2017v19i2a4
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
7. World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436-7. doi: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3
8. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PL, Mathias TA. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):734-41. doi: 10.1590/S0080-623420160000600004
9. Torres JA, Domingues RM, Sandall J, Hartz Z, Gama SG, Theme Filha MM, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl:S220-31.
10. Clode N. A classificação de Robson: apenas uma forma de classificar cesarianas? *Acta Obstet Ginecol Port.* 2017;11(2):80-2.
11. Robson MS. Classification of Cesarean Sections. *Fetal Matern Rev.* 2001;12(1):23-9. doi: 10.1017/S0965539501000122
12. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. O uso da Classificação de Robson para avaliar as taxas de cesariana no Brasil: o papel da fonte de pagamento para o parto. *Reprod Health.* 2016;13 Suppl 3:128. doi: 10.1186/s12978-016-0228-7
13. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Regional Serrana. Projeto Rede de Atenção as Urgências e Emergências – RUE [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/anexos/2011-rue-da-serrana/file.html>
14. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto de Construção da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Rio de Janeiro [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/8500-projeto-rue-metropolitana/file.html>
15. Zhang J, Geerts C, Hukkelhoven C, Offerhaus P, Zwart J, de Jonge A. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. *BJOG.* 2016;123(5):754-61. doi: 10.1111/1471-0528.13520
16. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 28]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>
17. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl:S101-16. doi: 10.1590/0102-311X00105113
18. Potter EJ, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ.* 2001;323(7322):1155-8. doi: 10.1136/bmj.323.7322.1155
19. Vogel JP, Betrán AP, Vindevooghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health.* 2015;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X
20. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Suave R, Kramer MS, et al. Maternal Mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007;176(4):455-60. doi: 10.1503/cmaj.060870
21. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med.* 2009;360(2):111-20. doi: 10.1056/NEJMoa0803267
22. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Classificação de Robson [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>
23. World Health Organization (WHO). Robson classification: implementation manual. Geneva: WHO; 2017.

Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres

High-risk sex and pregnancy: a comparison of sexual function between second and third trimesters

Júlia Mazzo Gonçalves da Silva¹, Yara Zancanaro¹, Juliana De Biagi¹

Descritores

Comportamento sexual;
Disfunção sexual; Gravidez;
Sexualidade; Saúde da mulher

Keywords

Sexual behavior; Sexual
dysfunctions; Pregnancy;
Sexuality; Women's health

Submetido:

02/03/2021

Aceito:

19/07/2021

1. Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Campo Largo, PR, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar

Autor correspondente:

Júlia Mazzo Gonçalves da Silva
Rua Dom Pedro II, 3.205, Centro,
83601160, Campo Largo, PR, Brasil.
jmazzo97@gmail.com

Como citar?

Silva JM, Zancanaro Y, De Biagi J. Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres. *Femina*. 2021;49(7):421-4.

RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto da gestação sobre a função sexual feminina, comparando se houve diferença significativa entre os dois últimos trimestres gestacionais. **Métodos:** Foi realizada no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, por meio do questionário *Female Sexual Function Index* (FSF). Cento e quinze pacientes foram divididas em dois grupos (T2, correspondente ao segundo trimestre gestacional; T3, correspondente ao terceiro trimestre gestacional), apresentando taxa de disfunção sexual de 47,8%, prevalente em gestantes do grupo T3. **Resultados:** Houve diferença significativa, entre o segundo e o terceiro trimestre, nas médias do IFSF e nas variáveis excitação, orgasmo e dor, resultando em disfunção sexual prevalente em gestantes do terceiro trimestre gestacional. **Conclusão:** Não houve diferença significativa nas variáveis desejo, lubrificação e satisfação.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate the impact of pregnancy on female sexual function, comparing if there was significant difference between the last two gestational trimester. **Methods:** The research was accomplished in the Gynecology and Obstetrics of Mackenzie Evangelical University Hospital, applying the *Female Sexual Function Index* (FSF). One hundred and fifteen patients were combined in two groups (T2 corresponding the second gestational trimester; T3 corresponding the third one), with sexual dysfunction rate of 47.8%, mainly the T3 group. **Results:** The IFSF's average between the second and the third gestational trimester was significantly different, also the sexual arouse, orgasm and pain variables are higher in the second trimester resulting in sexual dysfunction mostly of pregnant women in the third gestational trimester. **Conclusion:** The desire, lubrication and satisfaction variables did not have significant difference.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo que causa alterações emocionais e físicas – hormonais, cardíacas e respiratórias – no organismo feminino para que ele se adapte às necessidades do corpo durante o ciclo gravídico-puerperal. Essas alterações podem afetar a mulher em suas relações profissionais, sociais e sexuais, por isso é fundamental ter uma visão integral da saúde da gestante, entendendo-a como um ser sexual, capaz de ter desejos e prazeres.⁽¹⁻⁴⁾

A sexualidade da gestante e da puérpera ainda é considerada um assunto polêmico na sociedade. O termo função sexual inclui vários aspectos da sexualidade, englobando emoções, sentimentos e sensações presentes, algumas vezes até mais intensos em uma gestante. Essa mulher pode compartilhar seus sentimentos de amor, paixão, sensualidade e erotismo sem, obrigatoriamente, o coito vaginal. Torna-se, então, necessário enfatizar que a função sexual feminina significa não só a fertilidade e a capacidade de gestar um filho, mas também abrange o prazer envolvido na experiência sexual, tanto na relação com seu parceiro quanto na masturbação.⁽⁴⁻⁸⁾ Em alguns casos, durante a gestação, o orgasmo decorrente de coito vaginal ou masturbação pode ser desaconselhado devido a algum risco, porém isso não significa a proibição dos encontros sexuais com outras fontes de prazer como massagens e carícias, visto que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a sexualidade não é sinônimo de coito e nem, necessariamente, se relaciona com o orgasmo.^(5,6)

MÉTODOS

O presente estudo se caracteriza por abordagem quantitativa, de caráter descritivo. Trata-se de estudo transversal analítico, realizado no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, em 150 gestantes, separadas em grupos que correspondem ao segundo e ao terceiro trimestres gestacionais. A coleta de dados foi realizada por meio do questionário *Female Sexual Function Index* (FSF), adaptado, nesse estudo, para 23 perguntas. Foram excluídos 35 questionários, por não se adequarem aos critérios de inclusão, sendo analisadas estatisticamente 115 gestantes. Dois grupos distintos foram incluídos: o primeiro grupo era composto por 44 gestantes no segundo trimestre (T2) e o segundo, por 71 gestantes no terceiro trimestre (T3). Durante a aplicação do questionário, a gestante foi levada para um ambiente privado e foi comunicada da existência do sigilo médico-paciente, visando evitar qualquer constrangimento que alguma questão mais delicada pudesse causar. Além disso, a confidencialidade quanto à identificação e aos dados cedidos foi garantida, visto que não houve identificação nominal das gestantes. Em qualquer momento da entrevista, a paciente poderia retirar seu consentimento, inclusive diante de constrangimento. Os dados foram coletados por meio do questionário e planilhados no programa Excel. As análises foram realizadas por meio do teste de Kruskal-Wallis, com auxílio do pacote estatístico Statgraphics Centurion XVI e Microsoft Excel, em razão de as variáveis representarem os escores obtidos pelos questionários. Para todos os testes, foi utilizado um nível de confiabilidade de 95%. Foram incluídas na pesquisa: mulheres gestantes que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de médio e alto risco, com idade gestacional de 14 a 40 semanas, que preencheram corretamente o questionário. Foram

excluídas do estudo pacientes que não assinaram o TCLE, não gestantes, gestantes de baixo risco ou risco habitual, com idade gestacional abaixo de 14 ou acima de 40 semanas e que não preencheram o questionário adequadamente.

RESULTADOS

Foram analisados 115 questionários. O primeiro grupo (T2), correspondente ao segundo trimestre da gestação (14ª a 26ª semana), foi composto por 44 gestantes, das quais aproximadamente 80% se encontravam acima da 16ª semana gestacional. O segundo grupo (T3), correspondente ao terceiro trimestre da gestação (27ª a 40ª semana), foi composto por 71 gestantes, das quais 50% se encontravam acima da 33ª semana gestacional. Os grupos T2 e T3 mostraram-se homogêneos quanto às idades ($p = 0,64$), com média de 29,77 (Tabela 1).

Tabela 1. Média de idade

| | T2 | T3 | Total | p-value |
|-------------|-------|-------|-------|---------|
| Quantidade | 44 | 71 | 115 | |
| Idade média | 30,02 | 29,61 | 29,77 | 0,64 |

Entre as causas do alto risco gestacional (Tabela 2), hipertensão arterial – hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou doença hipertensiva exclusiva da gestação (DHEG) – e diabetes – tanto na gestação como gestacional – foram as mais citadas; 57,4% das gestantes não souberam justificar o alto risco.

Tabela 2. Causas do alto risco gestacional

| Causas do alto risco | T2 | T3 | Total |
|---|----|----|-------|
| Problemas maternos | 18 | 29 | 47 |
| Problemas fetais | 0 | 2 | 2 |
| Apenas hipertensão arterial sistêmica (HAS) | 3 | 6 | 9 |
| Apenas <i>diabetes mellitus</i> (DM) | 2 | 2 | 4 |
| HAS + DM | 1 | 2 | 3 |
| HAS + outro problema materno | 1 | 3 | 4 |
| DM + outro problema materno | 1 | 0 | 1 |
| Não souberam responder | 26 | 40 | 66 |

A taxa de disfunção sexual global dessa pesquisa foi de 47,8% (Tabelas 3 e 4), sendo mais prevalente em gestantes do grupo T3 (56,3%). A média global do IFSF para os grupos T2 e T3 apresentou diferença significativa ($p = 0,03$).

Tabela 3. Taxa de disfunção sexual global

| | T2 | T3 | Total | p-value |
|-----------|-------|--------|--------|---------|
| IFSF | 26,72 | 23,33 | 24,66 | 0,03 |
| Disfunção | 34% | 56,30% | 47,80% | |

Tabela 4. Disfunção sexual global e desvio-padrão (DP)

| | IFSF ± DP |
|--------------|---------------------|
| T2 | 26,72 ± 5,67 |
| T3 | 23,33 ± 8,21 |
| Total | 24,63 ± 7,50 |

Foram observadas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os trimestres gestacionais, quando comparadas as médias dos respectivos IFSF ($p = 0,03$). Quanto aos domínios, foram observadas essas diferenças entre as variáveis excitação ($p = 0,03$), orgasmo ($p = 0,01$) e dor ($p = 0,03$), mas não entre as variáveis desejo ($p = 0,65$), lubrificação ($p = 0,10$) e satisfação ($p = 0,12$) (Tabela 5).

Tabela 5. Variáveis do IFSF

| | T2 | T3 | Total | p-value |
|--------------|-------|-------|-------|---------|
| IFSF | 26,72 | 23,33 | 24,66 | 0,03 |
| Desejo | 3,48 | 3,41 | 3,44 | 0,65 |
| Excitação | 4,30 | 3,59 | 3,88 | 0,03 |
| Lubrificação | 4,92 | 4,27 | 4,52 | 0,1 |
| Orgasmo | 4,40 | 3,61 | 3,91 | 0,01 |
| Satisfação | 4,81 | 4,41 | 4,56 | 0,12 |
| Dor | 4,81 | 4,04 | 4,33 | 0,03 |

DISCUSSÃO

Diversas pesquisas já analisaram a função sexual durante a gravidez, porém não foram encontrados estudos que o fizessem em gestantes de alto risco. Sendo assim, as comparações feitas nessa pesquisa foram realizadas sem estratificação quanto ao risco gestacional.

O presente trabalho teve uma média de idade de 29,77 anos entre as gestantes, apresentando similaridade em relação aos outros estudos presentes na literatura sobre o assunto. E concordou com eles, em sua maioria, ainda, quanto à taxa de disfunção sexual global; entre as gestantes de alto risco desse estudo, a taxa foi de 47,8%. Discordou, porém, da pesquisa de Silva,⁽⁹⁾ que teve uma taxa de disfunção sexual significativamente mais baixa (38,33%), que parece se justificar por uma média menor de idade entre as pacientes (23,98 anos). Confirmou-se, então, uma associação entre disfunção sexual e idade, assim como já demonstrou o estudo ECOS.^(9,10)

A taxa global dessa pesquisa demonstrou que menos da metade das gestantes de alto risco apresentam disfunção sexual, corroborando os estudos de Prado *et al.*⁽²⁾ e Silva,⁽⁹⁾ que encontraram, em gestantes sem estratificação de risco, taxas de 40,4% e 38,33%, respectivamente.

O presente estudo encontrou 24,66 como pontuação média do IFSF, o que concorda com estudos realizados em São Carlos, SP, por Franceschet *et al.*,⁽¹¹⁾ que obtiveram 21,73 como pontuação. Quando analisados os períodos gestacionais separadamente, ambos os estudos indicaram satisfação sexual no segundo trimestre gestacional;

no estudo realizado no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie as gestantes obtiveram 26,72 como pontuação média, e no estudo paulista a pontuação foi de 28,43. A correlação também ocorreu para o terceiro trimestre gestacional, e a pontuação das gestantes em Curitiba, PR, foi de 23,33 e a das gestantes em São Carlos, SP, foi de 24,9, indicando prevalência de disfunção sexual para esse período gestacional.⁽¹¹⁾

Vale ressaltar que diversos estudos demonstram consenso quanto à satisfação sexual ser maior no segundo trimestre, descrito pelos autores Franceschet *et al.*⁽¹¹⁾ e Silva,⁽⁹⁾ que relacionam esse trimestre com aumento do desejo. Uma justificativa, segundo Delbono González,⁽⁵⁾ seria o aumento dos níveis de estrogênio e progesterona produzidos pela placenta. Além disso, esses hormônios intensificam a vascularização pélvica, melhorando a lubrificação vaginal. Esses dados, porém, diferem dos do estudo de Bomfim e Melro,⁽¹⁾ que demonstrou que as gestantes desse período gestacional apresentaram uma pontuação média de 25,84, indicando disfunção sexual, apesar de a pontuação ser próxima ao ponto de corte (26,55).^(1,5,9,11)

O estudo realizado discorda da literatura em geral por apresentar diferença significativa ($p = 0,03$) entre os trimestres na variável dor. Com isso, sugere-se que a gestação de alto risco pode apresentar um nível maior de dor no terceiro trimestre, quando comparada com gestações sem estratificação de risco.

Tal pesquisa, ao comparar o segundo e o terceiro trimestres gestacionais, não obteve diferença significativa quanto às variáveis desejo, lubrificação e satisfação, destoando da pesquisa de Franceschet *et al.*,⁽¹¹⁾ que obteve diferença significativa nessas variáveis. Ambos os trabalhos apresentaram diferença significativa nas variáveis excitação e orgasmo.⁽¹¹⁾

CONCLUSÃO

Houve diferença significativa nas médias do IFSF entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação, além das variáveis excitação, orgasmo e dor, que são maiores no segundo trimestre, resultando em disfunção sexual prevalente apenas em gestantes do terceiro trimestre gestacional. Não houve diferença significativa nas variáveis desejo, lubrificação e satisfação.

REFERÊNCIAS

1. Bomfim IQ, Melro BC. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. UNOPAR Cien Ciênc Biol Saúde. 2014;16(4):277-82. doi: 10.17921/2447-8938.2014v16n4p%25p
2. Prado DS, Lima RV, Lima LM. Impact of pregnancy on female sexual function. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(5):205-9. doi: 10.1590/S0100-72032013000500003. Portuguese.
3. Araújo NM, Salim NR, Gualda DM, Silva LC. Corpo e sexualidade na gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):552-8. doi: 10.1590/S0080-62342012000300004
4. Barbosa BN, Gondim AN, Pacheco JS, Pitombeira HC, Gomes LF, Vieira LF, et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Rev Eletrônica Enferm. 2011;13(3):464-73. doi: 10.5216/ree.v13i3.10407

5. Delbono González V. Abordaje de la sexualidad en el período grávido-puerperal. *Anfamed* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 10];5(2):141-5. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200141&lng=es
6. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TG, et al. Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(9):409-13. doi: 10.1590/S0100-72032012000900004. Portuguese.
7. Chacham AS, Maia MB. Corpo e sexualidade da mulher brasileira. In: Venturi G, Recamã M, Oliveira S, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 75-86.
8. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Garcia-Zapata MT, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 2];40(4):195-202. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>
9. Silva JM. Avaliação da função urinária e sexual no período gestacional [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2016 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11694>
10. Abdo CH, Moreira Junior ED, Fittipaldi JA. Estudo do comportamento sexual no Brasil – ECOS. *Rev Bras Med* [Internet]. 2000 [cited 2021 Jan 12];57:1329-35. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19449/2/Abdo%20CHN%20Perfil%20Sexual%20da%20popula%c3%a7%c3%a3o...pdf>
11. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):383-9. doi: 10.1590/S1413-35552009005000054

Células glandulares atípicas – Abordagem ginecológica

Atypical glandular cells – Gynecological approach

Roberto de Oliveira Galvão¹

Descritores

Citologia cervical; Adenocarcinoma cervical *in situ*; Adenocarcinoma endometrial; Colposcopia cervical; Cirurgia de alta frequência; Conização a bisturi frio

Keywords

Cervical cytology; Cervical adenocarcinoma *in situ*; Endometrial adenocarcinoma; Cervical colposcopy; Loop electrosurgical excision procedure; Cold knife conization

Submetido:

18/12/2020

Aceito:

19/07/2021

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar

Autor correspondente:

Roberto de Oliveira Galvão
Avenida dos Jardins, 250/Alameda dos Amarilis, 325, 38412-639, Uberlândia, MG, Brasil.
galvao.roberto@yahoo.com.br

Como citar?

Galvão RO. Células glandulares atípicas – Abordagem ginecológica. Femina. 2021;49(7):425-32.

RESUMO

As células glandulares atípicas representam 0,2% a 2,1% dos resultados dos testes de Papanicolaou. Mesmo com essa baixa prevalência, tem um significado importante no diagnóstico do câncer cervical e endometrial, tendo em vista que tais células e subcategorias, associadas à idade da paciente, podem prenunciar um número expressivo de doença intraepitelial, doença invasiva do endocérvix, endométrio e até neoplasias anexiais. E não se pode esquecer do importante número de resultados histológicos benignos, identificados no seguimento dessas pacientes, muitas vezes assintomáticas.

ABSTRACT

Atypical glandular cells represent 0,2% to 2,1% of Pap test results even with this low prevalence has an important significance in the diagnosis of cervical and endometrial cancer, considering that such cells and subcategories associated with the patient's age can predict a significant number of intraepithelial disease, invasive disease of the endometrium, endocervix and even adnexial neoplasms; no forgetting the important number of benign histological results, identified in the follow up of these patients, often asymptomatic.

INTRODUÇÃO

As células glandulares atípicas (AGCs), pouco prevalentes nos testes de Papanicolaou, representam, aproximadamente, 0,21% de um total de exames com 2,8% de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), em que esfregaços normais correspondem a 96% dos exames realizados.^(1,2) Mesmo com essa baixa prevalência associada a uma expressiva variabilidade intra e interobservadores no diagnóstico citológico, além de relativa imprecisão conceitual, as AGCs e subcategorias prenunciam um expressivo número de situações benignas, algo em torno de 70%, contrastadas com 30% de neoplasias intraepiteliais e/ou invasivas, escamosas ou glandulares.⁽¹⁻⁶⁾ Por definição, as AGCs são células cujas alterações nucleares ultrapassam as alterações reativas ou regenerativas óbvias, mas que não apresentam as características inequívocas de adenocarcinoma *in situ* ou invasor.⁽⁴⁾ Essas células se originam do epitélio glandular do endocérvix, menos frequentemente do endométrio, das trompas, dos ovários e raramente de outros órgãos abdominopélvicos (estômago, cólon), ou mais distantes como a mama.⁽⁵⁻⁷⁾ Existe uma concomitância importante, algo em torno de 50% das vezes, entre AGCs e atípicas em células escamosas, que muitas vezes prenuncia mais um diagnóstico de doença escamosa que glandular.⁽⁶⁾

AGCS – INCIDÊNCIA

O achado citológico de AGCs num exame de Papanicolaou, a despeito da baixa prevalência, que pode ser influenciada pela deficiência de amostragem do canal endocervical e por dificuldade de identificação e interpretação dessas células, tem um significado importante, tendo em vista o número não desprezível de situações benignas e achados histológicos significativos, mesmo em pequena porcentagem, mas com expressiva relevância clínica; ou seja, além de alterações reacionais, cervicites, pólipos, metaplasias, influência de dispositivo intrauterino (DIU), encurtamento do canal pós-CAF (cirurgia de alta frequência), hiperplasia microglandular etc.,⁽⁸⁻¹⁰⁾ serão diagnosticadas neoplasias intraepiteliais, invasivas, escamosas e glandulares do ectocérvix, canal endocervical, endométrio, anexos e raramente outras patologias abdominopélvicas e/ou mais distantes. Numerosas séries da literatura apontam incidência das AGCs, que vão de 0,29% a 0,34%, num total de 4.844.412 citologias; passando por 0,20% em 614.791 a 0,6% em 589.830 citologias e, por fim, a 0,09% em 117.560 exames citológicos.^(3,5,7-9) A incidência por faixa etária – 34,1% das AGCs aos 40-49 anos; 20,8%, aos 50-59 anos; 19,9%, aos 30-39 anos; 12%, aos 60-69 anos; 8%, aos 70-79 anos; 5,1%, aos 20-29 anos⁽³⁾ – pode muitas vezes sugerir o local e o resultado anatomopatológico de lesões em pacientes AGCs positivas.

AGCS – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

As anormalidades em células glandulares na citologia são relatadas na classificação Bethesda, 2014:^(1,2,4,6,10-34)

- 1. Células glandulares atípicas (AGCs) –** Quando as atípias são identificadas em células endocervicais, endometriais ou sem outras especificações (SOE) quando não for possível essa identificação. O termo “AGUS (atípias glandulares de significado indeterminado)” foi excluído, sendo estabelecido o termo “atípias em células escamosas (AGCs)” para evitar condutas aquém das requeridas para a categoria e aumentar a sensibilidade para as neoplasias glandulares.
- 2. Células glandulares atípicas favorecendo neoplasia (AGCs-FN) –** Endocervical ou SOE. O termo “favorecendo neoplasia” deve ser acrescentado às AGCs cuja origem é endocervical ou não pode ser estabelecida (SOE), sendo inadequado para AGCs de origem endometrial.⁽³⁴⁾
- 3. Adenocarcinoma endocervical *in situ* (AIS).**
- 4. Adenocarcinoma –** Células de adenocarcinoma podem ser subcategorizadas como endocervical, endometrial, extrauterina ou SOE. As subcategorias AGCs-SOE, AGCs-FN, AGCs-AEC (células endocervicais atípicas) e AGCs-AEMC (células endometriais atípicas), sabidamente

indispensáveis, associadas à idade da paciente, podem influenciar o risco, o local e o tipo de neoplasia identificada no seguimento dessas mulheres; resta acrescentar que, além de um diagnóstico de célula glandular atípica, faz-se necessária uma subcategorização, que nem sempre é fácil (principalmente quanto ao local de origem), além de se cercar de alguma subjetividade; prova disso é a expressiva maior frequência das AGCs-SOE (Quadro 1),^(3,5,7) comparadas às demais subcategorias.^(5,11)

Quadro 1. Incidência das principais subcategorias de AGC

| |
|---|
| 1.254 casos de AGCs: ⁽³⁾ → AGC-SOE 68,7%; → AGC-FN 7,3%; AGC-AEMC 24% |
| 3.709 casos de AGCs: ⁽⁵⁾ → AGC-SOE 52%; → AGC-AEC 28%; →AGC-AEMC 6,7%; → AGC-FN 0,9%; AGC/ASC-H 7,5%; AGC/LSIL 2,2%; AGC/HSIL 2,7% |
| 80 casos de AGCs: ⁽⁷⁾ → AGC-SOE 48,8%; → AGC-AEC 22,5%; →AGC-AEMC 17,5%; →AGC-FN 5,0%; → AGC-Ex (extragenital) 3,7%; → AGC/ASC-US 2,5% |

Fontes: Toyoda S, Kawaguchi R, Kobayashi H. Clinicopathological characteristics of atypical glandular cells determined by cervical cytology in Japan: survey of gynecologic oncology data from the Obstetrical Gynecological Society of Kinki District, Japan. *Acta Cytol.* 2019;63(5):361-70.⁽³⁾ Pradhan D, Li Z, Ocque R, Patadji S, Zhao C. Clinical significance of atypical glandular cells in Pap tests: an analysis of more than 3000 cases at a large academic women's center. *Cancer Cytopathol.* 2016;124(8):589-95.⁽⁵⁾ Boyraz G, Basaran D, Salman MC, Ibrahimov A, Onder S, Akman O, et al. Histological follow-up in patients with atypical glandular cells on pap smears. *J Cytol.* 2017;34(4):203-7.⁽⁷⁾

AGC – CORRELAÇÃO CITO-HISTOLÓGICA

A correlação cito-histológica nas pacientes com AGCs e subcategorias é o resultado final, histológico, de uma propedêutica bem instituída para uma paciente específica, seguida de uma abordagem que agora será orientada por esse estudo anatomopatológico, avaliada segundo Toyoda *et al.*,⁽³⁾ Pradhan *et al.*,⁽⁵⁾ Hon⁽¹⁷⁾ e Zhao *et al.*⁽²¹⁾ A subcategoria AGCs-SOE é a mais frequente, correspondendo a 68,7% e 52%, em séries, respectivamente, com 1.254 e 3.709 casos de AGC;^(3,5) a correlação cito-histológica revelando lesões benignas se deu em 67,3% e 77% das pacientes de um total de 862 e 3.007 exames, respectivamente. Ainda nessa subcategoria (AGCs-SOE) houve correlação cito-histológica com doença intraepitelial e invasiva em proporções menores (23% a 28%), mas sabidamente relevantes.^(3,5) A subcategoria AGC-FN tem frequência de 7,3% e 0,9% em séries, respectivamente, com 1.254 e 3.709 citologias de AGCs;^(3,5) a correlação cito-histológica com lesões benignas foi de 12,1% e 11,5%, em séries com 91 e 3.007 pacientes, respectivamente; nessa mesma subcategoria (AGCs-FN) a correlação com AIS, adenocarcinoma endocervical e carcinoma endometrial foi, respectivamente, de 5,5%, 53,8% e 11%, e com doença escamosa a correlação foi de 4,4% e 12,1% (neoplasia intraepitelial [NIC] 2/3 e carcinoma invasor), respectivamente, em série com 91 pacientes.^(3,5) Em série

com 3.007 pacientes, a correlação de AGC-FN foi de 11,5%, 23%, 7,7% e 46,2%, respectivamente, com NIC 2/3, AIS, adenocarcinoma endocervical, carcinoma endometrial. A subcategoria AGCs-AEC (células endocervicais atípicas) teve frequência de 28% em série de 3.709 exames, e a correlação cito-histológica, em 3.007 exames, foi de 78%, 16,6%, 2,8%, 1,6%, 0,4%, 0,4% com lesões benignas, NIC1, NIC2/3, AIS, adenocarcinoma endocervical e carcinoma endometrial, respectivamente.⁽⁵⁾ Conclusão:⁽⁵⁾ HSIL/NIC2/3 foi o mais comum (pré-neoplásico e neoplásico) dos resultados histológicos das pacientes com AGC; neoplasia glandular foi a mais frequente em subcategorias puras, se comparadas com AGCs e anormalidades escamosas; AGCs-FN foram mais preditivas de neoplasia glandular; em mulheres com idade 30 a 49 anos, a probabilidade de NIC 2/3 foi maior que a de lesões glandulares; em mulheres acima de 50 anos ou mais velhas, o adenocarcinoma endometrial foi mais frequente; a idade pode ter importância na predição do provável local da lesão; idade e subcategorias podem prever resultados histológicos no seguimento.

AGCS – CORRELAÇÃO CLÍNICO-CITOLÓGICA

As AGCs e suas subcategorias representam um achado citológico, parte de uma estratégia clássica – teste de Papanicolaou – para diagnóstico precoce da neoplasia de colo uterino, portanto um exame complementar em um grande número de mulheres totalmente assintomáticas. Por outro lado, existem alguns grupos nos quais AGCs e subcategorias podem apresentar maior relevância, seja pela presença de sinais e sintomas, seja por alguma condição clínica específica: pacientes acima de 35 anos ou mais jovens com sangramento uterino anormal (SUA), anovulação crônica e sobrepeso; pacientes em uso prolongado de estrógenos sem oposição de progestágenos; pacientes fazendo terapia com tamoxifeno; pacientes com sangramento pós-menopausa; pacientes nulíparas. Outras considerações devem ser cogitadas quando se tratar de subcategorias de AGCs associadas a atipias em células escamosas, mesmo com a inespecificidade dos sinais e sintomas da doença escamosa intraepitelial. Por fim, deve-se considerar o expressivo número de achados histológicos benignos nas pacientes AGCs positivas, totalmente assintomáticas, e na maioria das vezes irrelevantes.

AGCS – PROPEDÊUTICA

Todas as pacientes – absolutamente todas – com AGCs e suas subcategorias serão submetidas a uma prope-
dêutica básica, sequencial, na atenção secundária à saúde, em local adequado para colposcopias, biópsias incisionais, além de procedimentos diagnósticos e terapêuticos excisionais (exérese da zona de transformação – EZT). Como exceção, pacientes com AGC endometrial (AGC-AEMC) não irão para colposcopia nessa abordagem inicial; ao contrário, serão submetidas à amostragem

endometrial não, obrigatoriamente, concomitante com colposcopia e escovação de canal, tendo em vista a necessidade de ecografia pélvica prévia e anestesia para curetagem e/ou histeroscopia, requisitos nem sempre disponíveis, ao mesmo tempo ou no mesmo local para a maioria das situações (atenção secundária à saúde ou consultório da maioria dos ginecologistas). Entretanto, a realização de amostragem de canal e colposcopia como primeira abordagem nessas pacientes com AGC-AEMC (pela maior disponibilidade de colposcópios e colposcopistas), enquanto se aguarda curetagem ou histeroscopia (pela menor disponibilidade de histeroscópios e histeroscopistas), não significa nenhum erro. Ao contrário, aumenta-se a praticidade.

1. Colposcopia – Todas pacientes AGCs positivas e nas subcategorias AGC, AGC-FN, AIS, adenocarcinoma, AGC-SOE, AGC-AEC, AGC/ASC-H, AGC/LSIL ou AGC/HSIL serão submetidas a colposcopia e concomitante escovação de canal endocervical ou curetagem endocervical (CEC), exceto, em primeira abordagem, as AGCs-AEMC.

No exame colposcópico, um clássico da propedêutica cervical, deve-se ter experiência e resolutividade, impondo-se a descrição objetiva dos achados colposcópicos: visualização da junção escamocolunar (JEC); definição da posição e extensão da zona de transformação atípica (ZTA); caracterização da superfície e bordas da lesão; análise crítica das papilas, além de avaliação vascular. Não menos importante são as considerações sobre a sensibilidade do método, que não é tão significativa nas lesões glandulares, tendo em vista que tais lesões podem se localizar em porções altas do canal, inseridas no fundo de criptas glandulares, sob o epitélio metaplásico ou lesão escamosa; todas essas situações são pouco acessíveis ao colposcópio. Além do mais, muitas dessas lesões glandulares não são usuais no dia a dia até de especialistas em colposcopia, aspecto que faz suscitar Wright:⁽¹³⁾ “Características colposcópicas do AIS e invasor existem e colposcopistas podem aprender a reconhecê-las”. Quanto aos achados colposcópicos sugestivos de lesões escamosas, que são bem normatizados, de muito fácil identificação, presentes também em pacientes com AGC, deve-se dizer que, pela maior frequência e melhor caracterização, incorporam experiência e diminuem a subjetividade do médico. Portanto, o diagnóstico colposcópico, que será sempre sugestivo, nunca patognomônico, deverá ser acrescido do local e dimensões das respectivas lesões para possível biópsia, além de posicionamento da JEC/ZTA, que são aspectos indispensáveis para geometria da ressecção, nas abordagens excisionais.^(12,13) Concluindo, é importante salientar que a colposcopia pode, no máximo, aventar um diagnóstico sugestivo de lesão glandular e/ou escamosa, intraepitelial ou invasiva, não se esquecendo de que uma adequada revisão colposcópica em lesões escamosas, que não é o objetivo deste artigo, é indispensável para uma abordagem correta dessas pacientes com AGCs (Quadro 2).^(13,15,16-18)

Quadro 2. Características colposcópicas sugestivas de lesões glandulares

| Características colposcópicas sugestivas de adenocarcinoma <i>in situ</i>: ^(13,15-18) |
|--|
| → Lesões acetobranças em relevo, irregulares, distantes da JEC, sobre o epitélio glandular. |
| → Papilas acetorreatoras individualizadas ou coalescentes na zona de transformação que lembram infecção ou metaplasia imatura. |
| → Desorganização de implantação, variabilidade de tamanho, forma e ápice das papilas. |
| → Brotamento (proliferação) epitelial formando papilas inchadas, arredondadas que lembram metaplasia escamosa imatura. |
| → Aspecto de ectopia suspeita, hipervascularizada com papilas acidófilas e irregulares. |
| → Pólipo com papilas irregulares, acetofilia intensa, vasos anormais, sinais de necrose. |
| → Grandes aberturas de criptas glandulares com muco excessivo. |
| → Orifícios glandulares deformados, alargados, entreabertos, hipersecretantes, às vezes com halo branco. |
| → Epitélio friável, grandes aberturas glandulares, lesões brancas e vermelhas que também lembram metaplasia escamosa imatura. |
| → ZTA sugestiva de lesão escamosa com alterações papilares do relevo da ZTA com orifícios glandulares deformados, alargados, desiguais, hipersecretantes. |
| → Duas ou mais lesões escamosas separadas por epitélio com aparência glandular são altamente sugestivas de lesão glandular. |
| → Quando lesões glandulares e escamosas coexistem (46%-72%), o componente escamoso é mais facilmente visualizado. |
| → Glandulas agrupadas, dilatadas, obstruídas. ⁽¹⁸⁾ |
| → Fusão de vilos acetobrança com bordas invaginadas. ⁽¹⁸⁾ |
| → Vasos atípicos em área de epitélio cilíndrico. ⁽¹⁸⁾ |
| → Atipias vasculares em fio de cabelo, cacho, fiapos, vasos radiculares. |
| → Grau de acetobranqueamento depende da intensidade de fusão de vilos e pseudoestratificação das células colunares com aumento da hiperchromasia nuclear (maior fusão → filtro mais espesso, que distancia o epitélio dos vasos do córion → maior acetobranqueamento). |
| → Fusão ou coalescência de vilos não ocorre em doença escamosa. |
| → Pontilhado, mosaico, vasos em saca-rolhas não são usuais em doença glandular. |
| Características colposcópicas sugestivas de adenocarcinoma – Segundo Ueki (1985), Ueki e Sano (1987) e Guillemotonia ^(15,16) |
| → Papilas volumosas, heterogêneas, amarelo-pálidas, hemorrágicas e branco-leitosas ao ácido acético, com grandes aberturas glandulares. |
| → ZT com epitélio espesso, opaco, laranja-pálido e alterações vasculares. |
| → Colo hipertrófico com lesão secretora de muco e grande quantidade de exsudato. |
| → Formações papilares coalescentes, deformadas, heterogêneas, vermelhas. |
| → Erosão, vegetação, brotos irregulares, sinais de necrose. |
| → Cistos de Naboth volumosos circundados por congestão vascular. |
| → Vascularização anárquica com vasos irregulares, aumentados, com interrupção abrupta penetrando no estroma. |
| → Modificações anormais nos elementos de origem cilíndrica (papilas e orifícios glandulares) são aspectos relevantes após um esfregaço anormal. |

Fontes: Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and adenocarcinoma of the uterine cervix: differentiation from other cervical lesions. *J Low Genit Tract Dis.* 1999;3(2):83-97.⁽¹³⁾ Guillemotonia A. Colposcopia e patologia glandular. In: Marchetta J, Descamps P, editors. *Colposcopia: técnica, indicações, diagnóstico.* Rio de Janeiro: Revinter; 2007.⁽¹⁵⁾ Singer A, Monaghan JM. *Colposcopia: patologia e tratamento do trato genital inferior.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.⁽¹⁶⁾ Hon LW. Glandular lesions – pitfalls in management: HKSCCP The 15th Anniversary Symposium. 2016.⁽¹⁷⁾ Fachetti-Machado G, Figueiredo-Alves RR, Moreira MAR. Performance of conventional cytology and colposcopy for the diagnosis of cervical squamous and glandular neoplasias. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(7):410-6.⁽¹⁸⁾

2. ESCOVAÇÃO DE CANAL ENDOCERVICAL – Abordagem rotineira, indispensável na totalidade dos exames ginecológicos de boa qualidade; entretanto, nas pacientes com AGCs e subcategorias, agora na assistência secundária, quando se submetem à colposcopia, uma nova escovação do canal é realizada. Trata-se de um exame de baixo custo, totalmente indolor, que permite coleta satisfatória de material, de fácil execução, bastando a introdução de todas as cerdas da escova no canal, seguida de movimentos de rotação. Com escovação de boa qualidade, a probabilidade de material inadequado para avaliação

é pequena.^(1,10,19,34) A CEC, ao contrário, requer anestesia, o material muitas vezes é escasso, fragmentado, contendo apenas epitélio glandular superficial, sem o correspondente córion e muitas vezes não permitindo diagnóstico de invasão, além de apresentar valor preditivo negativo baixo. O canal poderá oferecer alguma dificuldade para anatomia patológica se uma conização se fizer necessária num curto prazo. Além de tudo, a CEC não fornece resultados melhores que a escovação, portanto deverá continuar como a opção daqueles serviços que têm conseguido material adequado para avaliação histológica.^(10,20)

AGC – ABORDAGEM

Pacientes com diagnóstico de AGC e subcategorias (AGC-SOE, AGC-AEC, AGC-FN, AIS, adenocarcinoma), exceto endometriais, serão referenciadas para colposcopia e escovação de canal endocervical, numa primeira abordagem, na atenção secundária, onde serão conduzidas de acordo com os achados do exame colposcópico e resultados do estudo citológico do canal.

1 – Achados colposcópicos anormais → Biópsia incisional guiada por colposcopia com pinças ou alças de CAF: 1a – Anatomia patológica → doença intraepitelial → abordagem em nível secundário sob protocolo específico. 1b – Anatomia patológica → doença invasiva → abordagem em nível terciário.

2 – Ausência de achados colposcópicos anormais/JEC não visível → escovação concomitante de canal endocervical. → Serão conduzidas pela citologia de canal:

2a – Citologia de canal anormal → AGC-FN, AIS, adenocarcinoma invasor, AEC-FN, AGC-SOE persistente, lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) → ainda sem diagnóstico histológico, a despeito de propedêutica bem instituída poderão ser conduzidas, ambulatorialmente, com:

→ **Procedimento diagnóstico excisional/EZT.** Realizado por CAF, num número imenso de situações, é também terapêutico e se apresenta como opção mais prática para EZT, tendo em vista a realização “ambulatório-hora” em vez de “hospital-dia”, com curva de aprendizado curtíssima, anestesia local e custo adequado às condições nacionais ora vigentes. A abordagem CAF-EZT é perfeitamente factível na doença glandular do canal (AIS), desde que seja possível uma ressecção em monobloco, com margens interpretáveis, premissas que melhoram com a experiência do médico e com a qualidade do equipamento (gerador e alças); vale lembrar que, vez ou outra, faz-se necessária a ampliação de margens, aspecto que os patologistas nem sempre questionam. Finalizando, é importante que fique clara a adequada indicação da CAF com toda sua praticidade, nesse ambiente modesto da atenção secundária, que requer médico experiente com equipamento (bisturi e colposcópico) de boa qualidade e manutenção atualizada.^(10,12)

→ **Conização com bisturi frio (CKC – do inglês cold knife conization),** repetindo, trata-se de um clássico da cirurgia ginecológica que requer hospital-dia, anestesia de condução, com pelo menos um auxiliar. Fornece peça única de maiores dimensões, com margens mais facilmente interpretáveis. Indicação precisa e até há pouco tempo a única indicada para lesões glandulares, intraepiteliais (AIS), amparada por farta literatura e sancionada pelo tempo, a despeito de discutível maior morbidade obstétrica quando comparada com a CAF. Opção adequada para nível terciário, especificamente para situações que requerem ressecções maiores que uma EZT3. Finalizando, vale citar que parece não haver diferenças significativas que possam impactar os resultados entre as duas técnicas; acreditamos que a experiência do médico seja mais relevante.^(19,22,23)

→ **Como complementação pós-EZT/CAF ou conização,** ainda que de forma não consensual, se impõe a avaliação do coto cervical, seja por escovação para estudo citológico ou CEC; ambas as estratégias associadas ao estudo histológico das margens (na peça) formulam um diagnóstico de comprometimento, ou não, delas (margens), aspectos que permitem abrir alguma perspectiva prognóstica (se existe ou não doença residual), principalmente quando se suspeitar de doença glandular e desejo de preservação de fertilidade. A literatura mostra que margens livres e/ou citologia de coto cervical negativa não garantem ausência de lesão residual e que o valor preditivo positivo para lesão residual, em abordagem conservadora, mais utilizado é o comprometimento de margens. O estudo citológico de coto vem se apresentando como um complemento importante para doença residual; quando se associaram margens e estudo citológico de canal negativos, não havia lesão residual em nenhum dos casos de Santos *et al.*⁽¹⁹⁾ Finalizando, é importante salientar a simplicidade de uma escovação de coto, comparada com a curetagem, principalmente após ressecções expressivas, quando quadros hemorrágicos não podem ser desconsiderados.^(19,23-27)

2b – Citologia de canal anormal com AGC-SOE, AEC-SOE (células endocervicais atípicas) não favorecendo neoplasia, não endometrial, não AIS, não adenocarcinoma invasor, não persistente (duas ou mais citologias) e não HSIL → tais pacientes serão conduzidas com citologias semestrais por dois anos. O teste de DNA-HPV (coteste), aos 12 e 24 meses após, é uma abordagem atual referendada por associações nacionais e internacionais.^(1,6,35)

→ Citologia e teste de DNA-HPV negativos – repetir coteste em três anos ou citologia semestral por dois anos. → Citologia ou teste de DNA-HPV anormais em 12 ou 24 meses – colposcopia e citologia de canal. → Se colposcopia, escovação de canal e avaliação endometrial não formularem um diagnóstico, serão abordadas com CAF-EZT/CKC.^(6,35)

2c – Citologia de canal anormal com AGC-SOE, AEC-SOE, AGC-endometrial, sem histologia de doença glandular e sim NIC2+. Tais pacientes serão abordadas com protocolo para doença escamosa de alto grau.⁽¹⁾ → Colposcopia → CAF-EZT/CKC.^(1,6,35)

2d – Citologia de canal anormal com AGC endometrial – tais pacientes terão como abordagem inicial avaliação ecográfica do endométrio; aquelas com endométrio com quaisquer anormalidades relevantes serão submetidas a estudo histológico, seja por curetagem uterina ou histeroscopia. Essa abordagem (inicialmente ecográfica) se impõe em todas as mulheres (AGCs positivas) acima de 35 anos de idade e nas mais jovens, com antecedentes de SUA, sobrepeso e outros comemorativos sugestivos de anovulação crônica (situações que aumentam o risco endometrial). Na ausência de resultados histológicos endometriais significativos, tais pacientes, agora, serão referenciadas para colposcopia; se negativa, repetirão

amostragem endocervical e endometrial em seis meses; quando negativas, voltarão para rastreamento recomendado para idade.^(1,6,10)

2e – Citologia de canal anormal com AGC-SOE persistente em duas ou mais citologias sem diagnóstico histológico, a despeito de repetição de colposcopia e avaliação histológica endometrial, poderá ser abordada com CAF/EZT/conização; entretanto, alguns protocolos sugerem seguimento citocolposcópico semestral até a exclusão de doença intraepitelial ou invasiva.^(6,10)

2f – Citologia de canal anormal com AIS ou adenocarcinoma poderá ir diretamente da colposcopia, sem sinais de invasão e/ou biópsia também sem invasão para CAF/EZT/escovação de coto cervical, com anestesia local em regime ambulatorio-hora.⁽¹⁰⁾ A conização e a CEC são prerrogativas clássicas, disponíveis na atenção terciária.

2g – Citologia de canal anormal com AGC (SOE) persistente (duas ou mais citologias), AGC endocervical, AGC-FN, AIS, adenocarcinoma – pacientes com alto risco de malignidade, avaliação propedêutica completa (colposcopia, avaliação endometrial, conização), sem achados histológicos neoplásicos, deverão ser avaliadas para doença primária ou metastática de trompas uterinas, ovário, além de possíveis outros órgãos abdominopélvicos ou mais distantes. Pacientes sem massa pélvica à ecografia poderão ser avaliadas com tomografia, ressonância magnética e colonoscopia.⁽⁶⁾

AGCS – SITUAÇÕES ESPECIAIS

Grávidas poderão ser abordadas com colposcopia e escovação delicada do canal endocervical, e serão submetidas à biópsia, quando houver sinais sugestivos de doença invasiva. Havendo indicação de procedimento diagnóstico excisional, o ideal é que seja realizado a partir do 90º dia de puerpério. Mulheres menopausadas e imunossuprimidas serão abordadas da mesma forma que as demais pacientes. Pacientes jovens não devem ser amostradas antes de 25 anos; entretanto, se forem amostradas e apresentarem AGC, deverão ser conduzidas de forma conservadora, tendo em vista o número significativo (perto de 70%) de lesões benignas, assintomáticas e irrelevantes encontradas em pacientes AGC positivas, no seguimento.

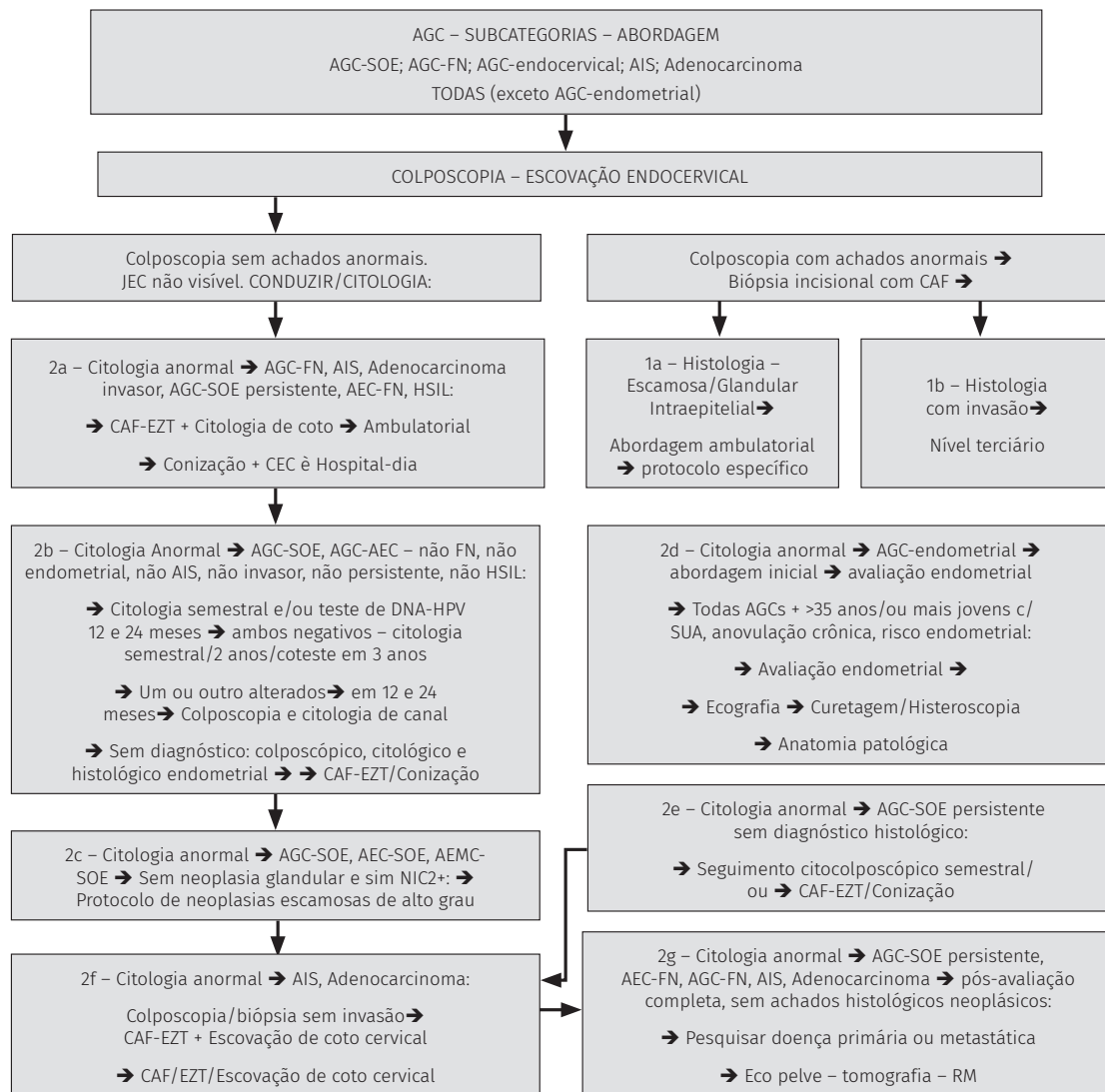
AGC – TESTES DE DNA-HPV

Os testes de DNA-HPV acrescentam considerações importantes ao diagnóstico oportuno, seguimento clínico e vigilância pós-tratamento de doenças HPV-induzidas, intraepiteliais do ectocérvix, canal endocervical, vagina e região anogenital. Quanto ao colo, especificamente, é importante realçar a maior relevância que os respectivos testes apresentam em relação à doença escamosa, quando comparada à doença glandular, aspecto que justifica a notável diferença entre o número de situações para uso desses testes nas atipias e lesões escamosas e a quase ausência de situações protocoladas à disposição

das pacientes com atipias em células glandulares (AGCs). Parece consensual que na abordagem inicial das AGCs, momento em que se realizam colposcopia e concomitante escovação de canal, não há indicação para testes de DNA-HPV, que terão significado imprescindível quando realizados no seguimento dessas pacientes. Entretanto, em trabalho com 146 mulheres referenciadas por AGC ou AIS, em que se avaliou a detecção de DNA-HPV e achados histológicos, a detecção de DNA-HPV foi significativamente associada a NIC2 ou mais grave. Tais dados sugeriram os respectivos testes na triagem de pacientes com AGC.⁽²⁹⁾ Outro trabalho com 662 mulheres com AGC, em que 309 delas foram testadas para HR-HPV, com positividade em 24,3%, permitiu a conclusão de adequabilidade para detecção de NIC2/3, AIS e adenocarcinoma invasor em mulheres abaixo de 50 anos.⁽³⁰⁾ Outro trabalho com 162.088 testes de Papanicolaou, com 0,61% de AGCs e 33,6% de positividade para HR-HPV, foi útil para prever o risco de NIC2/3 em mulheres AGC positivas, associadas com anormalidades em células escamosas, identificadas na citologia. A combinação de anormalidades escamosas na citologia, o status de HR-HPV e a idade podem estratificar a paciente para alto risco de lesões escamosas e/ou glandulares.⁽³¹⁾ Outro trabalho com 108 mulheres com AGC-SOE, e AGC-FN avaliou a relação entre teste de DNA-HPV e resultados anatomopatológicos nessas pacientes:⁽²⁸⁾ a detecção de lesões significativas, escamosas ou glandulares, em AGC-SOE/HPV negativo, foi menor; em pacientes com AGC-FN, testes de DNA-HPV não acrescentaram informação clínica significativa. A prevalência de HPV em mulheres com AGC-SOE e AGC-FN foi, respectivamente, de 18,4% e 37%; a acurácia (para detecção de NIC2+) dos testes de DNA-HPV foi maior em mulheres com AGC-SOE comparadas com aquelas com AGC-FN. Esse estudo mostrou que 79% das mulheres com AGC-SOE/HPV negativo poderiam ser abordadas conservadoramente, além de sugerir que testes de DNA-HPV positivos, no momento da colposcopia, em pacientes com AGC com colposcopia normal, poderiam identificar mulheres com risco de lesão significativa, alta no canal e não identificadas pela colposcopia, logicamente reduzindo o número de colposcopias e curetagens endocervicais, naquelas com teste de DNA-HPV negativo (com valor preditivo negativo alto), que não devem ter lesões significativas;⁽²⁸⁾ outro trabalho com 28 mulheres com AGC, abordadas com repetição da citologia, teste de DNA-HPV, colposcopia, CAF-conização, avaliação endometrial; a sensibilidade do teste DNA-HPV para prever neoplasia intraepitelial cervical foi de 100%, com valor preditivo negativo de 100%. Esses resultados sugeriram a possibilidade de tais testes serem usados na avaliação inicial e manejo da AGCs.⁽³²⁾ De uma perspectiva bem consensual, é bem evidente o uso de testes de DNA-HPV tanto nas atipias escamosas quanto nas glandulares, sabidamente em mulheres de 30 anos ou mais, situações em que são usados tanto na triagem quanto no seguimento pós-tratamento, principalmente levando em consideração o

alto valor preditivo negativo desses testes, que, quando negativos, praticamente, atestam a ausência de lesões.⁽³³⁾ Por outro lado, é importante, nessas atípias, identificar o grupo de mulheres com riscos expressivos, glandulares ou escamosos, intraepitelial ou invasivo, e oferecer a elas a abordagem mais indicada, levando em consideração os aspectos invasivos, a duração e o custo dessas ações. Finalizando, é importante salientar a importância da associação dos testes de DNA-HPV à citologia, aspecto que aumenta a sensibilidade e a praticidade da abordagem, com evidente melhora na detecção de doença residual

e recidiva.⁽³³⁾ Não se pode, a esta altura, esquecer que a maioria maciça dos ambulatorios públicos não disponibiliza os referidos testes para a prática diária dos ginecologistas, aspecto que deve ser levado em consideração para mudanças pontuais. Até lá, tendo como “porto seguro” as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (Inca), o uso experiente da colposcopia e muita parcimônia com métodos excisionais são alternativas com adequadas evidências de efetividade e facilmente implementáveis neste fantástico país de dimensões continentais, agora duramente agredido pela COVID-19 (Figura 1).^(1,6,10,12,33,35)



CEC: curetagem endocervical; EZT: excisão de zona de transformação; AGC: persistente – duas ou mais citologias; Ambulatório-hora: CAF ambulatorial; AEC: células endocervicais atípicas; AEMC: células endometriais atípicas.

Fontes: Martins CM, Robial R. Neoplasia intraepitelial glandular: diagnóstico, tratamento e seguimento. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.⁽¹⁾ Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-atypical-and-malignant-glandular-cells>⁽⁶⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.⁽¹⁰⁾ Galvão RO. Adenocarcinoma cervical: diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde. Femina. 2019;47(4):245-52.⁽¹²⁾ Santos AL, Martins CM. Biologia molecular em patologia genital inferior. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.⁽³³⁾ Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):102-31.⁽³⁵⁾

Figura 1. Abordagem de pacientes com citologia AGC e subcategorias

REFERÊNCIAS

- Martins CM, Robial R. Neoplasia intraepitelial glandular: diagnóstico, tratamento e seguimento. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 185-90.
- Crum CP, Huh WK. Cervical and vaginal cytology: Interpretation of results (Pap test report) [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 25]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-and-vaginal-cytology-interpretation-of-results-pap-test-report/>
- Toyoda S, Kawaguchi R, Kobayashi H. Clinicopathological characteristics of atypical glandular cells determined by cervical cytology in Japan: survey of gynecologic oncology data from the Obstetrical Gynecological Society of Kinki District, Japan. *Acta Cytol*. 2019;63(5):361-70. doi: 10.1159/000498977
- Moreira MA. Diagnóstico citológico das neoplasias glandulares intraepiteliais e invasivas. In: Coelho FG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JH, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. Câncer do colo do útero. São Paulo: Teccmed; 2008. p. 360-73.
- Pradhan D, Li Z, Ocque R, Patadji S, Zhao C. Clinical significance of atypical glandular cells in Pap tests: an analysis of more than 3000 cases at a large academic women's center. *Cancer Cytopathol*. 2016;124(8):589-95. doi: 10.1002/cncy.21724
- Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-atypical-and-malignant-glandular-cells>
- Boyras G, Basaran D, Salman MC, Ibrahimov A, Onder S, Akman O, et al. Histological follow-up in patients with atypical glandular cells on pap smears. *J Cytol*. 2017;34(4):203-7. doi: 10.4103/JOC.JOC_209_16
- Campaner AB, Galvão MA, Santos RE, Aoki T. Células glandulares atípicas em esfregaços cervicovaginais: significância e aspectos atuais. *J Bras Patol Med Lab*. 2007;43(1):37-43. doi: 10.1590/S1676-24442007000100008
- Schnatz PF, Guile M, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Clinical significance of atypical glandular cells on cervical cytology. *Obstet Gynecol*. 2006;107(3):701-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000202401.29145.68
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
- Zhao C, Austin RM, Pan J, Barr N, Martin SE, Raza A, et al. Clinical significance of atypical glandular cells in conventional pap smears in a large, high-risk U.S. west coast minority population. *Acta Cytol*. 2009;53(2):153-9. doi: 10.1159/000325117
- Galvão RO. Adenocarcinoma cervical: diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde. *Femina*. 2019;47(4):245-52.
- Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and adenocarcinoma of the uterine cervix: differentiation from other cervical lesions. *J Low Genit Tract Dis*. 1999;3(2):83-97. doi: 10.1046/j.1526-0976.1999.08092.x.
- Parellada CI, Pereyra EA. Adenocarcinoma cervical. In: Martins NV, Pereyra EA, editores. Conhecendo o HPV: patologia do trato genital inferior, colposcopia e CAF. São Paulo: Frontis; 2000. p. 85-98.
- Guillemotonia A. Colposcopia e patologia glandular. In: Marchetta J, Descamps P, editores. Colposcopia: técnica, indicações, diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 113-20.
- Singer A, Monaghan JM. Colposcopia: patologia e tratamento do trato genital inferior. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
- Hon LW. Glandular lesions – pitfalls in management: HKSCCP The 15th Anniversary Symposium [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 20]. Available from: <http://www.hkscpp.org.hk/Meetings/Lecture%20Notes/BGM%202016,%20lecture%203.pdf>
- Fachetti-Machado G, Figueiredo-Alves RR, Moreira MAR. Performance of conventional cytology and colposcopy for the diagnosis of cervical squamous and glandular neoplasias. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(7):410-6. doi: 10.1055/s-0038-1666995
- Santos JA, Sousa R, Coelho MC, Sá JL. Adenocarcinoma cervical in situ: fatores relacionados com a presença de lesão residual após conização. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 18];11(1):22-7. Available from: [http://www.fspog.com/fotos/](http://www.fspog.com/fotos/editor2/2017-T1/06-ee-16-00019.pdf)
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Manual de orientação em trato genital inferior e colposcopia. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Lesões glandulares do colo uterino. São Paulo: Febrasgo; 2010. p. 175-83.
- Zhao C, Florea A, Onisko A, Austin RM. Histologic follow-up results in 662 patients with Pap test findings of atypical glandular cells: results from a large academic womens hospital laboratory employing sensitive screening methods. *Gynecol Oncol*. 2009;114(3):383-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.05.019
- Jiang Y, Chen C, Li L. Comparison of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision for cervical adenocarcinoma in situ (ACIS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170587. doi: 10.1371/journal.pone.0170587
- Del Carmen MG, Schorge JO. Cervical adenocarcinoma in situ [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-adnocrinoma-in-situ>
- Ostör AG, Duncan A, Quinn M, Rome R. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: an experience with 100 cases. *Gynecol Oncol*. 2000;79(2):207-10. doi: 10.1006/gyno.2000.5957
- Costales AB, Milbourne AM, Rhodes HE, Munsell MF, Wallbillich JJ, Brown J, et al. Risk of residual disease and invasive carcinoma in women treated for adenocarcinoma in situ of the cervix. *Gynecol Oncol*. 2013;129(3):513-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.03.015
- Tierney KE, Lin PS, Amezcua C, Matsuo K, Ye W, Felix J, et al. Cervical conization of adenocarcinoma in situ: a predicting model of residual disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(4):366-e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.12.030
- Salani R, Puri I, Bristol RE. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(2):182-e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.012
- Zeferino LC, Rabelo-Santos SH, Villa LL, Sarian LO, Costa MC, Westin MC, et al. Value of HPV-DNA test in women with cytological diagnosis of atypical glandular cells (AGC). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;159(1):160-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.05.023
- Derchain SF, Rabelo-Santos SH, Sarian LO, Zeferino LC, de Oliveira Zambeli ER, de Amaral Westin MC, et al. Human papillomavirus DNA detection and histological findings in women referred for atypical glandular cells or adenocarcinoma in situ in their Pap smears. *Gynecol Oncol*. 2004;95(3):618-23. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.08.033
- Zhao C, Florea A, Austin RM. Clinical utility of adjunctive high-risk human papillomavirus DNA testing in women with Papanicolaou test findings of atypical glandular cells. *Arch Pathol Lab Med*. 2010;134(1):103-8. doi: 10.5858/2008-0755-OAR11
- Harbhajanka A, Dahoud W, Michael CW. Can we predict histological outcome of distinctive cohorts of patients with glandular cell abnormalities on ThinPrep Papanicolaou testing based on human papillomavirus status, age, and associated squamous abnormalities? *Diagn Cytopathol*. 2019;47(10):1028-36. doi: 10.1002/dc.24268
- Irwin W, Evans SR, Andersen W, Jazaeri A, Taylor P, Stoler M, et al. The utility of HPV DNA triage in the management of cytological AGC. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(2):559-65. doi: 10.1016/j.ajog.2005.03.044
- Santos AL, Martins CM. Biologia molecular em patologia genital inferior. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 143-8.
- Miranda W, Miziara F, Saieg M, Fronza H. Atualização da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo uterino áreas ano-genitais: E-Book [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Citopatologia; 2020 [cited 2021 Jan 12]. Available from: [https://colposcopia.org.br/wp-content/](https://colposcopia.org.br/wp-content/uploads/2020/08/E-BOOK-SOCIEDADE-BRASILEIRA-DE-CITOPATOLOGIA_SBC-1-1.pdf)
- Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmos D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis*. 2020;24(2):102-31. doi: 10.1097/LGT.0000000000000525

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:

15/07/2020

Aceito:

28/07/2021

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar

Autor correspondente:

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

Como citar?

Bortoletto TG, Borovac-Pinheiro A, Monteiro TV, Machado MR, Pacagnella RC. Parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas: intervenções para evitar o parto pré-termo. *Femina*. 2021;49(7):433-8

Parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas: intervenções para evitar o parto pré-termo

Spontaneous preterm birth without rupture of membranes: interventions to prevent preterm birth

Thaísa Guedes Bortoletto¹, Anderson Borovac-Pinheiro¹,
Thais Valéria e Silva Maciel Monteiro¹, Maíra Rossman Machado¹,
Rodolfo de Carvalho Pacagnella¹

RESUMO

A prematuridade é uma síndrome com múltiplos fatores de risco e cuja causa permanece desconhecida, mas, independentemente da etiologia, a parturição converge para uma via final comum de esvaecimento, dilatação e encurtamento do colo uterino. Do ponto de vista hormonal, o responsável por esse processo é a progesterona. A prevenção de quadros de prematuridade pode basear-se em tratamentos medicamentosos como a administração diária de comprimidos de progesterona; intervenções cirúrgicas para a contenção da cérvix uterina com fios inabsorvíveis mantidos até o termo, a cerclagem cervical; e o pessário cervical, dispositivo de silicone que envolve e inclina o colo uterino, evitando sua abertura. Para propor qualquer intervenção profilática ou terapêutica, a avaliação ultrassonográfica via transvaginal no segundo trimestre gestacional desempenha papel crucial. Apresentamos neste terceiro e último artigo da série sobre parto pré-termo espontâneo as intervenções terapêuticas e o rastreamento do colo uterino.

ABSTRACT

Preterm birth is a syndrome with multiple risk factors, with unknown etiology. Parturition converges to a final path with uterine cervix effacement, dilation and shortening and progesterone is the hormone responsible for this process. Preterm birth prevention relies on daily administration of progesterone pills; cerclage as a surgical intervention; or cervical pessary, a vaginal silicone device that enfolds and deflects the cervix, avoiding its opening. To propose any of these interventions it is crucial to evaluate the cervix during the second trimester by transvaginal ultrasound. Here, in the third and last article regarding preterm birth without membrane disruption, we present therapeutic interventions and ultrasound screening.

Fisiologicamente, o colo uterino tem a função de manter o útero continente desde a concepção até o momento de parturição, no termo da gestação.⁽¹⁾ No entanto, seu amadurecimento e esvaecimento precoce constituem uma entidade clínica que pode constituir um *continuum* que vai desde a insuficiência

cervical, passando pelas condições de perdas gestacionais de segundo trimestre até a prematuridade espontânea, sem rotura de membranas em fetos menores de 37 semanas.⁽¹⁾

Do ponto de vista hormonal, o processo de encurtamento e esvaecimento é determinado pela progesterona, que modula a produção de anticorpos e citocinas pró-inflamatórias. Assim, diminuições nos níveis desse hormônio podem determinar a liberação desses fatores inflamatórios, dar início ao processo de amadurecimento cervical e suprimir a inibição da contratilidade mio-metrial.⁽¹⁾

Na década de 1970, identificou-se que a progesterona seria um hormônio essencial na manutenção da gestação,⁽²⁾ mas por muito tempo os estudos foram incapazes de comprovar sua efetividade na prevenção do parto pré-termo, até o surgimento da teoria da “queda funcional de progesterona”. Alguns estudos observaram modificações típicas da parturição em mulheres, sem haver diferenças detectáveis na concentração sérica da progesterona. Foram, então, observadas alterações na concentração, distribuição e isoforma dos receptores de progesterona e modificações de suas funções por mediadores inflamatórios.⁽³⁾

A progesterona mantém a gestação por antagonizar ações pró-excitatórias do estrógeno e inibir as contrações miometriais e a degradação da matriz extracelular da cérvix.⁽³⁾ Há evidências de que a administração diária de progesterona vaginal pode ser efetiva na prevenção de prematuridade nos casos de encurtamento cervical avaliado ao ultrassom transvaginal (USTV) no segundo trimestre, independentemente da história obstétrica anterior.⁽⁴⁾ O uso clínico na forma de comprimidos de progesterona micronizada ganhou destaque em 2007, quando foi publicado um ensaio clínico associando o uso de doses vaginais diárias à redução de 44% nas taxas de parto pré-termo antes de 34 semanas em mulheres com colo menor ou igual a 15 mm.⁽⁴⁾ Um segundo ensaio clínico de grande porte, realizado em 2011, prescreveu progesterona para mulheres com cérvix entre 10 e 20 mm e confirmou o decréscimo de 45% na taxa de prematuridade antes de 33 semanas, estimando um NNT (número necessário para tratar) de 14 mulheres, o que significa que é necessário tratar 14 mulheres com progesterona para prevenir um nascimento prematuro.⁽⁵⁾

Desde então outros estudos menores foram publicados e, em 2012, Romero *et al.*⁽⁶⁾ reuniram todos os dados em uma metanálise com “Individual Participant Data” (IPD), que investigou o papel da progesterona na prevenção de partos prematuros e suas consequências em pacientes com colo curto. Os autores escolheram 25 mm como ponto de corte, considerando-o como o percentil 10 no segundo trimestre gestacional e também por ser o valor mais consensual nos diferentes estudos incluídos na revisão. Avaliaram cinco ensaios de alta qualidade metodológica e concluíram que o risco de parto pré-termo abaixo de 28, 30, 33, 34 e 35 semanas foi

significativamente reduzido com o uso de progesterona vaginal em doses de 90 a 200 mg ao dia.⁽⁶⁾

Para o desfecho primário de parto antes de 33 semanas, a progesterona diminuiu o risco em 46% em gestações únicas com antecedente de prematuridade, estabelecendo-se um NNT de 11, com intervalo de confiança (IC) de 8 a 23. Resultados perinatais adversos como desconforto respiratório, morbimortalidade neonatal, peso abaixo de 1.500 g, admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) e ventilação mecânica também foram significativamente reduzidos pelo uso da progesterona.⁽⁶⁾

Em 2016, o estudo OPPTIMUM (*dOes Progesterone Prophylaxis To prevent labour Improve oUtcoMe?*)⁽⁷⁾ foi publicado relatando 1.228 mulheres de alto risco (antecedentes de prematuridade, amniorrexe, perdas de segundo trimestre ou procedimentos no colo) randomizadas para progesterona ou placebo. Esse estudo apresentou dados demonstrando não haver diferença nos desfechos obstétricos (parto ou óbito fetal antes de 34 semanas) ou neonatais (óbito, lesão cerebral ou broncodisplasia) entre os grupos tratados com progesterona e com placebo.

Foi então realizada uma atualização da IPD metanálise⁽⁸⁾ e, mesmo considerando os resultados desfavoráveis do estudo OPPTIMUM, confirmaram-se os resultados prévios de benefício do uso da progesterona, apresentando redução de 34% nos partos pré-termo. Outros desfechos como morte neonatal e perinatal, síndrome do desconforto respiratório, morbimortalidade neonatal, baixo peso e ventilação mecânica também apresentaram redução com o tratamento com a progesterona. Além disso, aqueles estudos que avaliaram o desenvolvimento neuropsicomotor não demonstraram efeitos deletérios do uso da progesterona.

Corroborando esses resultados uma revisão sistemática de 2019 sobre o uso profilático da progesterona na prevenção da prematuridade. Essa incluiu uma revisão sistemática da Cochrane, uma IPD metanálise e cinco ensaios clínicos randomizados, totalizando 19 *trials*, entre eles o estudo OPPTIMUM. Como resultado, a análise de subgrupos (mulheres com histórico de parto prematuro, mulheres com colo uterino < 30 mm, mulheres com colo uterino < 25 mm) apresentou redução do número de nascimentos abaixo de 34 semanas de gestação, menor número de casos de sepse neonatal e redução da mortalidade infantil com o uso da progesterona em todos os subgrupos. Diante disso, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* orienta que a progesterona vaginal seja oferecida a mulheres com história de parto prematuro prévio ou com achado ultrassonográfico de colo curto.⁽⁹⁾

Para avaliar o impacto que teria a administração de progesterona a mulheres com gestações únicas e colos curtos, Conde-Agudelo e Romero⁽¹⁰⁾ compararam o uso de progesterona a outras intervenções obstétricas mais bem estabelecidas e largamente aceitas, como a pesquisa de estreptococo do grupo B e o uso de sulfato de magnésio na iminência de eclâmpsia. Os autores

mostraram que, para a colonização por estreptococo do grupo B, o número necessário de mulheres para triar seria de 250 e para tratar de 60 mulheres para prevenir um caso de sepse neonatal. Para o uso de sulfato de magnésio, o NNT seria de 91 mulheres tratadas com sulfato de magnésio para evitar um caso de eclâmpsia. Já para a progesterona, o número necessário para triar seria de 225 e seria necessário tratar 18 mulheres para prevenir um nascimento prematuro, ressaltando a progesterona como um método eficaz e custo-efetivo na prevenção de parto pré-termo. Diante dos achados atuais, recomenda-se o uso de progesterona em pacientes com antecedente de parto prematuro entre a 16ª a 20ª semana até a 36ª semana de gestação.

Além da apresentação vaginal, que é a via mais bem estudada e estabelecida pelas entidades médicas para o uso da progesterona, vem ganhando destaque nos estudos a apresentação intramuscular e oral da progesterona. O estudo multicêntrico de Meis *et al.*⁽¹¹⁾ envolvendo 463 participantes demonstrou uma redução significativa no risco de recorrência de parto prematuro com o uso de hidroxiprogesterona intramuscular na dose de 250 mg semanal. Esses resultados foram reafirmados em uma revisão sistemática de 2019 envolvendo quatro estudos que demonstrou também uma redução de 29% na recorrência de parto prematuro abaixo de 37 semanas (risco relativo [RR]: 0,71; IC de 95%: 0,53 a 0,96; p = 0,001), como também redução de 68% de morte neonatal (RR: 0,32; IC de 95%: 0,15 a 0,66; p = 0,002), sendo a via intramuscular recomendada pela *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM).⁽¹²⁾ Com relação à progesterona oral micronizada, há poucos estudos que demonstrem sua eficácia.⁽¹³⁾ Uma revisão sistemática recente de 2019, envolvendo três ensaios clínicos com diferentes doses de progesterona oral (200 mg, 400 mg e 800 mg/dia) e gestantes com passado de parto prematuro, conseguiu demonstrar redução significativa no risco da recorrência de parto prematuro, aumento da 1,71 semana de idade gestacional ao parto (IC de 95%: 1,11 a 2,30) e redução de desfechos neonatais adversos em gestações únicas, em comparação com o placebo. Entretanto, ainda são necessários mais estudos que comparem a progesterona oral com intervenções mais estabelecidas.⁽¹⁴⁾

Enquanto o tratamento medicamentoso interfere no processo bioquímico e hormonal de amadurecimento da cérvix, historicamente a terapêutica de pacientes com insuficiência cervical consiste em impedir mecanicamente a abertura do colo uterino por meio da fixação cirúrgica de fio não absorvível, mantido ao redor da cérvix até o termo: a cerclagem cervical.

De acordo com o ACOG⁽¹⁰⁾, a cerclagem deve ser indicada nas seguintes situações:

- Profilática, de acordo com o histórico gestacional: realizada entre 13 e 14 semanas em mulheres com antecedente obstétrico de uma ou mais perdas gestacionais de segundo trimestre com dilatação indolor, ou seja, na

ausência de sintomas de trabalho de parto ou descolamento de placenta;

- Emergencial: realizada no segundo trimestre a partir da identificação de dilatação do colo uterino no exame físico. Apresenta maiores riscos associados e há poucos estudos confirmando claramente seus benefícios.⁽¹⁵⁾

- Indicada por ultrassom (US): em mulheres com antecedente de parto antes de 34 semanas e gestação atual única, cuja medida de comprimento cervical é menor que 25 mm antes das 24 semanas.

É importante ressaltar que a seleção ideal de pacientes é determinante no sucesso do procedimento, pois a cerclagem ainda não se comprovou benéfica em gestações gemelares sem colo curto ou em gestações únicas apenas com colo curto ou somente com antecedente de prematuridade.⁽¹⁶⁾ Por isso, o ACOG mostra-se bastante enfático quanto à terceira recomendação, esclarecendo que a identificação incidental de colo curto na ausência de histórico de prematuridade não configura insuficiência cervical e o manejo desses casos deve ser feito apenas com progesterona.

Quanto às gestações gemelares, a cerclagem pode aumentar o risco de parto pré-termo e em situações de malformações müllerianas ou excisões cirúrgicas prévias não há evidência de benefício.⁽¹⁶⁾ Porém, uma metanálise de 2019 envolvendo 16 estudos e comparando cerclagem (597 gestações gemelares de alto risco para prematuridade) *versus* não cerclagem (526 controles) identificou na análise de subgrupo um aumento de 3,89 semanas de gestação no grupo com cerclagem, quando realizada em gestações gemelares que apresentavam colo curto < 15 mm ou dilatação > 10 mm (IC de 95%: 2,19 a 5,59; p = 0,000; I²: 0%), e uma redução significativa no número de partos prematuros, quando comparado ao grupo controle.⁽¹⁶⁾

Em 2011, uma metanálise comparando o procedimento de cerclagem indicado por US com aqueles indicados exclusivamente pela história obstétrica observou que, das 247 mulheres dos quatro estudos incluídos, que foram randomizadas apenas para acompanhamento ultrassonográfico, a maioria (58%) não desenvolveu colo curto, portanto metade das intervenções cirúrgicas poderia ser evitada se houvesse seguimento ultrassonográfico e indicação somente após diagnóstico de colo encurtado.⁽¹⁷⁾

Em 2013, outra metanálise comparou indiretamente o procedimento cirúrgico à progesterona, demonstrando NNT de 10 para cerclagem e 7 para uso de progesterona, e reduções de 34% e 53% nos partos antes de 32 semanas e de 36% e 57% em morbimortalidade neonatal. Esses dados levaram os autores a concluir que, em situações de gestação única, com antecedente de prematuridade e colo menor que 25 mm, as duas intervenções são similares e cabe ao pré-natalista discutir com a paciente os prós e contras de cada tratamento.⁽¹⁸⁾

Em 2017, a atualização de uma revisão sistemática da Cochrane,⁽¹⁹⁾ ao comparar cerclagem (1.480 casos) *versus*

não cerclagem (1.447 casos) em gestações únicas, todas consideradas de alto risco para prematuridade (histórico de prematuridade ou de cirurgia no colo uterino, colo curto diagnosticado ao USTV ou modificações da cérvix identificadas ao exame físico), demonstrou uma redução no risco de parto prematuro e uma provável redução de risco de morte perinatal no grupo de mulheres cercladas (RR: 0,82, IC de 95%: 0,65 a 1,04; 10 RCTs, 2.927 participantes).

Evidentemente, há certo questionamento quanto à liberalidade em indicar um procedimento invasivo como cerclagem, pois a própria natureza multifatorial da síndrome da prematuridade pode dificultar o estabelecimento de associações mais fortes e diretas do comprimento cervical ao parto pré-termo,⁽²⁰⁾ embora seja relativamente simples de se realizar, a cerclagem cervical é um procedimento invasivo, requer anestesia e pode ter complicações como sangramento, infecção ou ruptura das membranas, o que pode evoluir para perda da gestação. Dessa forma, uma alternativa menos invasiva seria o pessário cervical. Esse dispositivo, usualmente conhecido para controle de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos, foi testado para gestantes pela primeira vez em 1959.⁽²¹⁾

Durante a década de 1960, vários artigos relataram o uso de diversos modelos, com bons resultados, porém em estudos controversos, com pequeno tamanho amostral e pouca clareza quanto ao diagnóstico de insuficiência cervical.⁽²¹⁾ O modelo mais conhecido na atualidade foi desenvolvido por Hans Arabin na década de 1970.⁽²²⁾ Trata-se de um dispositivo de silicone flexível, em formato de anel ou domo, cujo intuito é envolver, comprimir, apoiar e inclinar a cérvix em direção ao sacro.⁽²³⁾

Ao deslocar o peso do útero, o pessário previne a pressão direta das membranas na região do orifício interno e, consequentemente, evita sua abertura, além de conter o tecido cervical remanescente e proteger o tampão mucoso. Outra hipótese é a de que esse deslocamento consiga interromper o reflexo de liberação de ocitocina promovido pelo hipotálamo e hipófise a partir da percepção de pressão na cérvix e nas paredes vaginais.⁽²³⁾

Há vários ensaios clínicos em andamento atualmente, mas, por enquanto, os resultados ainda permanecem contraditórios. Na Biblioteca Cochrane, a revisão de 2013 que trata do pessário cervical⁽²⁴⁾ incluiu apenas o estudo multicêntrico de Goya *et al.*,⁽²⁵⁾ que envolveu 385 mulheres com colos menores que 25 mm entre 18 e 22 semanas.

Esse ensaio clínico espanhol (PECEP) observou redução estatisticamente significativa no número de partos antes de 37 semanas e forneceu um *odds ratio* de 0,18 para o desfecho primário de parto antes de 34 semanas. Os grupos de tratamento e conduta expectante apresentaram-se homogêneos para os dados demográficos, histórico obstétrico e comprimento cervical no momento da randomização, e esse efeito protetor foi sugerido inclusive para gestantes nulíparas.⁽²⁵⁾

Ainda em 2013, a revisão sistemática de Liem *et al.*⁽²⁶⁾ encontrou resultados contraditórios entre os *trials* PECEP e o estudo de Hui *et al.*,⁽²⁷⁾ visto que Hui *et al.*⁽²⁷⁾ não identificou melhora nas taxas de parto prematuro antes de 34 semanas. Em 2016, porém, outro estudo⁽²⁸⁾ avaliou 935 gestações únicas entre 20 e 24 semanas, utilizando o mesmo limite de 25 mm, e demonstrou não haver diferença nos resultados perinatais (óbito perinatal, resultados neonatais adversos e internação em UTI) entre o grupo expectante versus o grupo tratado.

Em 2017, a revisão sistemática e metanálise de Saccone *et al.*⁽²⁹⁾ também não encontrou redução nas taxas de prematuridade ou de resultados perinatais adversos para o uso de pessário, quando comparado com a conduta expectante, em pacientes com risco elevado para parto pré-termo. Já ao avaliar 300 gestações únicas com colo uterino < 25 mm, porém sem passado de prematuridade, Saccone *et al.*⁽³⁰⁾ identificaram uma menor incidência de parto antes de 34 semanas no grupo usuário do pessário (11 casos) em relação ao grupo controle (23 casos – *between-group difference*, -8,0%; IC de 95%: -15,7% a -0,4%), com aumento do peso ao nascer, menor número de internamentos em UTI neonatal e menor incidência de desfechos neonatais adversos.⁽³⁰⁾

Quanto às gestações gemelares, o pessário cervical ainda não se mostrou uma intervenção eficaz na prevenção do parto prematuro espontâneo. Em 2009, estudo holandês “*Pro Twin*” identificou, entre gestações gemelares e colo uterino abaixo do percentil 25 (38 mm), taxas de resultados perinatais adversos de 12% para o grupo com pessário e de 29% para o grupo sem pessário (RR: 0,40; IC de 95%: 0,19 a 0,83). Essa diminuição associou-se a uma frequência de parto antes da 32ª semana significativamente menor (pessário: 14% x sem pessário: 29%; RR: 0,49; IC de 95%: 0,24 a 0,97).⁽³¹⁾ Em 2016, o estudo PECEP-twins, envolvendo 137 gestantes gemelares com colo abaixo de 25 mm, também identificou benefício com o uso do pessário na redução de parto prematuro (11/68 [16,2%] vs. 26/66 [39,4%]; RR: 0,41; IC de 95%: 0,22 a 0,76) e baixo peso ao nascer, em relação à conduta expectante.⁽³²⁾ Todavia, o estudo multicêntrico de Nicolaidis *et al.*⁽³³⁾ comparou pessário versus grupo controle em 1.180 gestantes gemelares sem diagnóstico de colo curto e não encontrou redução de prematuridade e nem dos desfechos neonatais adversos.

Em 2020, foi então realizada uma revisão sistemática e metanálise envolvendo 13 estudos (incluindo Goya e Nicolaidis), que não encontrou benefício na prevenção de parto prematuro nas gestações múltiplas, assim como nas gestações únicas com o uso do pessário cervical em relação à conduta expectante.⁽³⁴⁾ Apesar disso, novos estudos que não participaram dessa metanálise continuam trazendo resultados positivos quanto ao uso do pessário, por exemplo um ensaio clínico de 2019 com 300 gestantes gemelares que comparou o uso do pessário cervical versus progesterona 400 mg via vaginal e encontrou resultados similares na redução das taxas de

prematuridade abaixo de 34 semanas.⁽³⁵⁾ Diante disso, ainda se faz necessário esclarecer o papel do pessário cervical na prevenção da prematuridade e se haveria um grupo específico de mulheres que se beneficiariam desse tratamento.

De modo geral, há poucos efeitos colaterais do dispositivo⁽²⁷⁾ e os mais comuns são dor durante a colocação e/ou retirada e aumento na secreção vaginal devido à reação de corpo estranho, sem necessariamente ter qualquer associação com agentes patogênicos.⁽²²⁾ Uma grande vantagem, econômica inclusive, é que o pessário pode evitar a hospitalização, tanto para sua inserção quanto para repouso e observação da paciente. A técnica de colocação é simples e pode ser realizada em consultório, sem necessidade de anestesia e, uma vez que pode ser inserido em idades gestacionais mais avançadas, o equipamento pode encorajar a paciente a continuar com suas atividades normais em casa.⁽²³⁾ E, além disso, em circunstâncias que estão sob investigação clínica, pode até ser considerado um tratamento adjunto à progesterona ou mesmo à cerclagem, em casos em que o encurtamento cervical progride apesar do ponto cirúrgico.⁽²¹⁾ Artigos envolvendo intervenções combinadas parecem promissores, porém estudos adicionais são necessários para confirmação desses resultados iniciais.

Nesse sentido, atualmente a progesterona tem um papel claro na prevenção do parto pré-termo e deve ser indicada nos casos de mulheres assintomáticas tanto com antecedente de prematuridade quanto com colo encurtado ao USTV de segundo trimestre. A cerclagem pode ser indicada em gestações únicas também com antecedente de prematuridade somado ao USTV demonstrando colo encurtado, ou em casos de antecedente de abortos tardios/perdas de segundo trimestre. E a indicação do pessário ainda demanda publicação de novos ensaios clínicos para conclusões mais embasadas cientificamente. Diante disso, é provável que em um prazo curto já se tenha melhores evidências da indicação das populações que se beneficiam de cada um desses tratamentos e de terapêuticas combinadas para a redução da prematuridade, melhorando nosso arsenal para reduzir o fardo de um nascimento prematuro.

REFERÊNCIAS

- 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
- Romero R, Yeo L, Chaemsaitong 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
- Schmouder VM, Prescott GM, Franco A, Fan-Havard P. The rebirth of progesterone in the prevention of preterm labor. *Ann Pharmacother.* 2013;47(4):527-36. doi: 10.1345/aph.1R281
- Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH. 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
- Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fousey 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
- Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):124.e1-19. doi: 10.1016/j.ajog.2011.12.003
- 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
- Romero R, Nicolaides KH, Conde-Agudelo A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth ≤ 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48(3):308-17. doi: 10.1002/uog.15953
- National Guideline Alliance, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm labour and birth: [A] Evidence review for clinical effectiveness of prophylactic progesterone in preventing preterm labour [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552302/>
- 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.2015.09.102
- Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med.* 2003;348(24):2379-85. doi: 10.1056/NEJMoa035140
- Fernandez-Macias R, Martinez-Portilla RJ, Cerrillos L, Figueras F, Palacio M. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate versus placebo for the prevention of recurrent preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;147(2):156-64. doi: 10.1002/ijgo.12940
- Ashoush S, El-Kady O, Al-Hawwary G, Othman A. The value of oral micronized progesterone in the prevention of recurrent spontaneous preterm birth: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;96(12):1460-6. doi: 10.1111/aogs.13236
- Boelig RC, Della Corte L, Ashoush S, McKenna D, Saccone G, Rajaram S, et al. Oral progesterone for the prevention of recurrent preterm birth: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2019;1(1):50-62. doi: 10.1016/j.ajogmf.2019.03.001
- Chen Q, Chen G, Li N. Clinical effect of emergency cervical cerclage and elective cervical cerclage on pregnancy outcome in the cervical-incompetent pregnant women. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297(2):401-7. doi: 10.1007/s00404-017-4602-7
- Li C, Shen J, Hua K. Cerclage for women with twin pregnancies: a systematic review and metaanalysis. 2019;220(6):543-57.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2018.11.1105
- Berghella V, MacKeen AD. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011;118(1):148-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821fd5b0
- Conde-Agudelo A, Romero R, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone is as effective as cervical cerclage to prevent preterm birth in women with a singleton gestation, previous spontaneous preterm birth, and a short cervix: updated indirect comparison meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(1):10-25. doi: 10.1016/j.ajog.2018.03.028
- Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6):CD008991. doi: 10.1002/14651858.CD008991.pub3

20. 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
21. Timofeev J. Use of cervical pessary in the management of cervical insufficiency. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(2):311-9. doi: 10.1097/GRF.0000000000000196
22. Wetta LA, Biggio JR. Cervical pessary use and preterm birth. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(3):607-15. doi: 10.1097/GRF.0000000000000036
23. Arabin B, Alfirevic Z. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: past, present and future. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;42(4):390-9. doi: 10.1002/uog.12540
24. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD007873. doi: 10.1002/14651858.CD007873.pub3
25. 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
26. Liem SM, van de Mheen L, Bekedam DJ, van Pampus MG, Opmeer BC, Lim AC, et al. Cervical length measurement for the prediction of preterm birth in symptomatic women with a twin pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:125897. doi: 10.1155/2013/125897
27. Hui SY, Chor CM, Lau TK, Lao TT, Leung TY. Cerclage pessary for preventing preterm birth in women with a singleton pregnancy and a short cervix at 20 to 24 weeks: a randomized controlled trial. *Am J Perinatol.* 2013;30(4):283-8. doi: 10.1055/s-0032-132255
28. Nicolaidis 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
29. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, Dugoff L, Ludmir J, Pagani G, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies with short cervical length: a systematic review and meta-analysis. *J Ultrasound Med.* 2017;36(8):1535-43. doi: 10.7863/ultra.16.08054
30. Saccone G, Maruotti GM, Giudicepietro A, Martinelli P; Italian Preterm Birth Prevention (IPP) Working Group. Effect of cervical pessary on spontaneous preterm birth in women with singleton pregnancies and short cervical length: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2017;318(23):2317-24. doi: 10.1001/jama.2017.18956
31. Hegeman MA, Bekedam DJ, Bloemenkamp KW, Kwee A, Papatsonis DN, van der Post JA, et al. Pessaries in multiple pregnancy as a prevention of preterm birth: the ProTwin trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9:44. doi: 10.1186/1471-2393-9-44
32. Goya M, de la Calle M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Muñoz B, et al. Cervical pessary to prevent preterm birth in women with twin gestation and sonographic short cervix: a multicenter randomized controlled trial (PECEP-Twins). *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(2):145-52. doi: 10.1016/j.ajog.2015.11.012
33. Nicolaidis KH, Syngelaki A, Poon LC, De Paco Matallana C, Plasencia W, Molina FS, et al. Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):3.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.051
34. Xiong YQ, Tan J, Liu YM, Qi YN, He Q, Li L, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in singletons and twin pregnancies: an update systematic review and meta-analysis. *J Matern Neonatal Med.* 2020 Jan 16. doi: 10.1080/14767058.2020.1712705. [ahead of print].
35. Dang VQ, Nguyen LK, Pham TD, He YT, Vu KN, Phan MT, et al. Pessary compared with vaginal progesterone for the prevention of preterm birth in women with twin pregnancies and cervical length less than 38 mm: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2019;133(3):459-67. doi: 10.1097/AOG.00000000000003136

Rabdomiossarcoma embrionário de colo uterino: relato de caso em adolescente

Embryonic rhabdomyosarcoma of the cervix: case report in a teenager

Mayara Molossi¹, Reginaldo José Andrade², Carmen Mendonça Fiori²,
Naura Angonese Tonin³

Descritores

Rabdomiossarcoma embrionário;
Adolescente; Neoplasia;
Tecidos moles; Colo uterino

Keywords

Embryonic rhabdomyosarcoma;
Teenager; Cancer; Soft tissues; Cervix

Submetido:

01/02/2021

Aceito:

10/05/2021

1. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil.
2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.
3. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar

Autor correspondente:

Mayara Molossi
Av. das Torres, 500, Loteamento Fag,
85806-095, Cascavel, PR, Brasil.
mayara_molossi@hotmail.com

Como citar?

Molossi M, Andrade RJ, Fiori CM, Tonin NA. Rabdomiossarcoma embrionário de colo uterino: relato de caso em adolescente. Femina. 2001;49(7):439-43.

RESUMO

O rabdomiossarcoma embrionário, variante botrioide, é uma neoplasia maligna dos tecidos moles que deriva de células musculares mesenquimais embrionárias. Alguns fatores de risco genéticos são conhecidos, mas a doença geralmente se apresenta de forma esporádica. É raro manifestar-se em adolescentes, assim como é raro ser primário do colo uterino. Cursa com a presença de pólipos e até massas que se sobressaem na vagina com casos de sangramento vaginal anormal. O diagnóstico é realizado essencialmente pela história e exame anatomopatológico. Quanto maior o tempo para confirmação do diagnóstico, pior o prognóstico. Há várias modalidades de tratamento – que deve ser individualizado e envolver uma equipe multidisciplinar –, que, basicamente, incluem quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Os resultados geralmente são menos favoráveis em adolescentes, quando comparados com os de crianças com a mesma neoplasia.

ABSTRACT

Embryonic rhabdomyosarcoma, a botryoid variant, is a malignant neoplasm of soft tissues that derives from embryonic mesenchymal muscle cells. Some genetic risk factors are known, but the disease usually presents itself sporadically. It's rarely manifested in adolescents, just as it is rare to be primary in the cervix. It occurs with the presence of polyps and even masses that protrude in the vagina with cases of abnormal vaginal bleeding. The diagnosis is made essentially by history and anatomopathological examination. The longer the time to confirm the diagnosis, the worse the prognosis. There are several treatment modalities – involving a multidisciplinary team – that must be individualized and basically include chemotherapy, radiotherapy and surgery. The results are generally less favorable in adolescents, when compared with those of children with the same neoplasia.

INTRODUÇÃO

O rabdomiossarcoma é uma neoplasia maligna dos tecidos moles, originada das células mesenquimais musculares.⁽¹⁾ É responsável por 2% dos casos de câncer em adolescentes e adultos jovens de 15 a 19 anos.⁽²⁾ Pode ser dividido, de acordo com a histologia, em embrionário, alveolar e indiferenciado; a variante histológica mais comum é a embrionária.⁽¹⁾ Essa variante pode ser subdividida em clássica, botrioide e de células fusiformes.⁽³⁾ O subtipo botrioide corresponde a apenas 6% dos casos e é encontrado mais comumente na vagina; os tumores primários em colo uterino são muito raros.^(1,4) A idade média de aparecimento do rabdomiossarcoma em colo uterino é maior do que a de rabdomiossarcoma na vagina em crianças.⁽¹⁾

A maioria dos casos são de ocorrência esporádica. Os fatores de riscos conhecidos são doenças de origem genética, como a neurofibromatose do tipo I.⁽²⁾

A doença se manifesta com pólipos cervicais únicos ou múltiplos, de aparência brilhosa e com focos de hemorragia.⁽¹⁾ Pode apresentar dor se a massa pressionar estruturas próximas da região acometida e eventualmente levar a anemia e sepse.^(5,6)

O diagnóstico é sugerido pela história e confirmado por biópsia.⁽⁵⁾

A biópsia é essencial para a identificação do tipo histológico e é importante para a definição do tratamento.⁽⁷⁾ Exames de imagem – como a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética nuclear – também são essenciais à avaliação.⁽⁶⁾

O prognóstico é melhor em crianças e é muito melhor quando a doença é diagnosticada precocemente.⁽⁶⁾ O atraso no diagnóstico leva ao avanço da doença e à piora prognóstica; resultados mostram que adolescentes demoram mais para consultar um médico, o que, em grande parte, ocasiona o atraso no diagnóstico.⁽⁸⁾

O tratamento se baseia na atuação de equipes de oncologistas, ginecologistas e pediatras. O tratamento preconizado é quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia, de acordo com o paciente e o estágio da neoplasia.

Este trabalho se justifica pelo fato de apresentar um caso raro de rabdomyosarcoma embrionário em uma adolescente. Além disso, a variante botrioide – classificação histológica da neoplasia – é extremamente rara em adolescentes e no colo uterino.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 16 anos de idade, branca, estudante. Consultou-se com ginecologista, em janeiro de 2018, por causa de cólica e referindo eliminação de “pedaços de pele” pela vagina. Menarca aos 13 anos, nega sexarca. Ao exame de inspeção vaginal, realizou-se coleta de material exteriorizado pela vagina com aspecto polipoide. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de pólio endometrial.

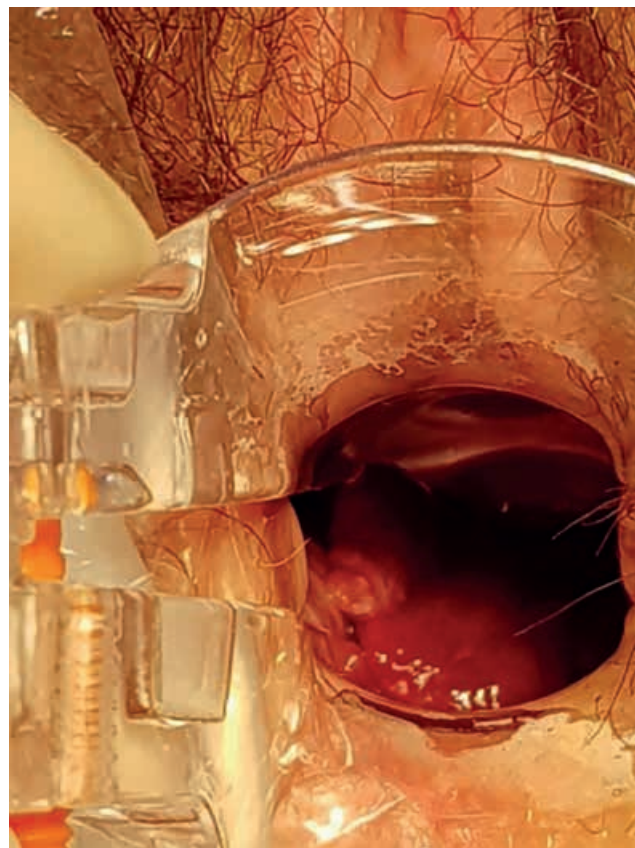
Em nova avaliação profissional, em novembro de 2018, a paciente referiu permanecer com cólica, desconforto vaginal e “saída de pele” durante o período intermenstrual. No exame físico, limitado à inspeção vaginal, não se observou alteração. Nesse momento, a paciente foi orientada a fazer autocoleta do material e foi realizada ecografia pélvica, sem alteração significativa. O material autocoletado foi encaminhado para análise anatomopatológica, com diagnóstico de angiomixoma.

Foram solicitadas vaginoscopia e histeroscopia. No exame, foi observada lesão polipoide em lábio posterior do colo do útero com extensão até o introito vaginal, em torno de 6 cm e friável (Figura 1). Com autorização dos pais, foi realizada a exérese total da lesão e o material foi enviado para avaliação anatomopatológica (Figura 2).



Fonte: Clínica Plena, Toledo, PR, 2018.

Figura 1. Imagem de vaginoscopia mostrando lesão polipoide a partir de lábio posterior do colo do útero



Fonte: Clínica Plena, Toledo, PR, 2018.

Figura 2. Avaliação especular no momento da realização da exérese da lesão polipoide

O laudo anatomopatológico confirmou diagnóstico de angiomixoma: sem atipias epiteliais, estroma mixomatoso, bem vascularizado, com áreas de adensamentos com proliferação mesenquimatosa benigna. Foram solicitados reavaliação de lâmina e estudo imuno-histoquímico.

A reavaliação patológica (janeiro de 2019) descreveu uma lesão polipoide, com exulceração superficial, caracterizada por proliferação de pequenas células em arranjo difuso, com áreas de adensamento subepitelial (zona de câmbio). O estudo imuno-histoquímico revelou a expressão de desmina, miogenina e marcador MyoD1, o que permitiu o diagnóstico de um rabdomiossarcoma embrionário, variante botrioide.

O material foi novamente reavaliado em outro serviço de anatomia patológica, que concluiu pelo mesmo diagnóstico.

A paciente foi submetida a exames complementares para estadiamento da neoplasia. A ressonância nuclear magnética de abdômen e pelve demonstrou discreto espessamento da parede lateral esquerda do terço superior da vagina, que mantinha contiguidade com o fórnice vaginal esquerdo e com o colo uterino. A tomografia de tórax não evidenciou alterações radiológicas.

A paciente foi submetida a procedimento de coleta e preservação de óvulos e encaminhada para um serviço especializado em tratamento oncológico pediátrico.

A avaliação mostrou patologia favorável (embrionária), com estágio pós-cirúrgico I (doença totalmente ressecada), em sítio favorável (colo de útero), sem envolvimento nodal (N0) e idade e tamanho com características desfavoráveis (idade acima de 10 anos e tumor maior que 5 cm). O risco foi estratificado (EpSSG) como padrão B.

A paciente iniciou tratamento em maio de 2019, com quimioterapia sistêmica, seguindo protocolo da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Sobope) de 2005. Não foi programada radioterapia.

O tratamento foi finalizado em agosto de 2020 e a paciente permanece em remissão clínica e laboratorial da doença até último *follow-up* em novembro/2020. A paciente permanecerá em acompanhamento por um período de até cinco anos após o término do tratamento.

DISCUSSÃO

O rabdomiossarcoma é o sarcoma de tecidos moles mais comum na infância.⁽¹⁾ É responsável por 3,5% dos casos de câncer em crianças de 0 a 14 anos e por 2% dos casos em adolescentes e adultos jovens de 15 a 19 anos. A incidência é de 4,5 casos por 1 milhão de crianças.⁽²⁾

Acomete geralmente a cabeça e pescoço e o trato geniturinário: cerca de 35% dos casos infantis são originados em cabeça e pescoço e 25% ocorrem no trato geniturinário.⁽¹⁾ Há casos descritos em locais menos comuns como na região intratorácica, no trato gastrointestinal, tronco e retroperitônio, nas regiões perianal e anal, e também em extremidades.⁽³⁾

O rabdomiossarcoma possui três variantes histológicas: embrionário, alveolar e indiferenciado.

O rabdomiossarcoma embrionário é a variante mais comum e corresponde a 68% do total dos rabdomiossarcomas.⁽³⁾

A incidência é de 4 casos por milhão de crianças e 1,5 caso por milhão de adolescentes. É mais comum no sexo masculino, entre 0 e 4 anos de idade.⁽²⁾

O rabdomiossarcoma embrionário é subdividido em clássico (49%), botrioide (6%) e variante de células fusiformes (3%).⁽³⁾

O subtipo botrioide é mais comum na vagina de crianças com idade média de 3 anos.⁽¹⁾ O nome botrioide se refere à aparência do tumor e se origina da palavra grega “botrys” (“cacho de uva”) (Figuras 1 e 2). A neoplasia geralmente se origina na vagina ou bexiga urinária; a origem em colo uterino é extremamente rara.⁽⁴⁾

O rabdomiossarcoma é cinco vezes menos frequente no colo uterino do que a neoplasia primária da vagina e a idade média do diagnóstico é maior (crianças e adultos jovens).⁽³⁾

A imensa maioria dos rabdomiossarcomas é de ocorrência esporádica. Algumas doenças genéticas são fatores de risco importantes ao desenvolvimento da neoplasia: síndrome de Li-Fraumeni (mutações germinativas no gene supressor tumoral TP53), blastoma pleuropulmonar (com mutações no DICER1), neurofibromatose tipo I, síndrome de Costello (com mutações no HRAS da linha germinativa), síndrome de Beckwith-Wiedemann (tumor de Wilms e hepatoblastoma) e síndrome de Noonan.⁽²⁾

A raridade do tumor primário em colo uterino é responsável pelo fato de que a literatura existente é restrita a relatos de casos.

O rabdomiossarcoma do colo uterino pode se apresentar com múltiplos pólipos que geralmente sangram.⁽⁵⁾ A característica microscópica é a presença de rabdomioblastos, com variados graus de diferenciação, envolvidos pelo estroma.⁽³⁾

O sarcoma botrioide é identificado, na maioria das vezes, como pólipos cervicais de consistência fibroelástica que se projetam da vagina, geralmente brilhantes e com focos de hemorragia, com aspecto macroscópico de “cacho de uva”.⁽³⁾

O tumor, na maioria das pacientes, não está associado aos sintomas. As alterações estão relacionadas, essencialmente, com o crescimento e o efeito de massa ou com as complicações da neoplasia.⁽⁶⁾ Nos estádios mais avançados, pode haver anemia, secreções fétidas, infecções e sepse.⁽⁵⁾ A dor não é comum e, se houver, ocorre por compressão de estruturas nervosas adjacentes. O edema de tecidos adjacentes ao tumor é comum em adolescentes.

O diagnóstico é sugerido pela anamnese completa, com exames físico, laboratoriais e de imagem. O diagnóstico definitivo é realizado segundo o exame histopatológico.^(5,7) O diagnóstico clínico é desafiador devido à história incomum, muitas vezes vaga, e à dificuldade de realização de exame ginecológico intravaginal em crianças e adolescentes sem sexarca.

O tumor primário – e sítios metastáticos possíveis – é mais bem avaliado por TC ou ressonância magnética.

Esses exames são importantes também para definir a ressecabilidade da neoplasia primária.⁽⁶⁾

Alguns estudos sugerem que a ultrassonografia é importante para a avaliação local inicial.^(9,10)

O exame anatomopatológico é fundamental para a confirmação do diagnóstico.⁽⁶⁾ A biópsia é necessária não apenas para identificar a histologia do tumor: o exame convencional (hematoxilina-eosina) frequentemente é complementado com exames imuno-histoquímicos, citogenéticos, estudos biológicos, mas também pode ser o método curativo após a exérese da lesão.⁽¹⁰⁾ A revisão de lâminas no caso descrito foi fundamental para o diagnóstico final.

O angiomixoma, entre o diagnóstico diferencial de massas na região vulvar, deve ser considerado. Com apresentação clínica semelhante e ocorrência igualmente rara, acometendo preferencialmente a região pélvica e o perineo, se apresenta como massa indolor. O diagnóstico entre as entidades é basicamente histológico, após ressecção cirúrgica.

A extensão da doença é avaliada por exames de imagem do tórax, do abdome e da pelve. A tomografia de emissão de pósitrons (PET-CT) mostrou também ser eficaz na avaliação de metástases.⁽²⁾

A biópsia para avaliação de linfonodo sentinela é recomendada se houver linfonodos regionais anormais.⁽²⁾

O estadiamento do rhabdomiossarcoma é realizado em três etapas. Na primeira etapa, é definido o estágio determinado pelo local primário, tamanho do tumor e presença ou ausência de linfonodos regionais comprometidos e/ou metástases distantes. Na segunda etapa, é definido um grupo por meio da situação da ressecção cirúrgica ou da biópsia inicial com avaliação patológica do tumor. Na etapa final, define-se um grupo de risco, pela análise de estágio, grupo e histologia.⁽²⁾

A estratificação de risco é baseada em um sistema de estadiamento pré-tratamento (TNM) e em um sistema de agrupamento clínico-cirúrgico que se baseia no tamanho e local do tumor, grau de invasão de estruturas adjacentes, presença ou ausência de envolvimento nodal e presença ou não de metástase.⁽¹¹⁾

O tratamento do rhabdomiossarcoma embrionário é multidisciplinar e envolve oncologia clínica, equipe de cirurgia e radioterapia, ginecologia e pediatria.

O tratamento multidisciplinar abrange protocolos de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia. O tratamento atual é focado em medidas conservadoras, manutenção da fertilidade e preservação da capacidade sexual.⁽⁵⁾ O objetivo é a redução do tumor primário e a erradicação da doença.⁽⁷⁾

O objetivo da cirurgia é a remoção completa do tumor primário. Lesões residuais devem ser reabordadas para obtenção de margem de segurança. Tumores inicialmente operáveis podem ser abordados com cirurgia depois do tratamento quimioterápico; a cirurgia radical pode ser necessária e envolve vaginectomia e histerectomia.^(6,12)

A quimioterapia é empregada de acordo com a estratificação de risco da paciente e é baseada na combinação de três drogas: vincristina, actinomicina D e ciclofosfamida (VAC).⁽⁶⁾ O rhabdomiossarcoma é sensível a quimioterápicos; além disso, a quimioterapia tem importante controle e erradicação de potenciais micrometástáticos da doença e é uma estratégia conservadora para o tratamento.⁽¹⁾

A radioterapia é indicada na presença de envolvimento linfonodal.⁽⁶⁾ Há indicação também em casos de recorrência da neoplasia, utilizada, nesses casos, como terapia de resgate ou quando a paciente não tolerar a quimioterapia intensiva.⁽¹³⁾ As pacientes consideradas em risco de desenvolver recorrência local (grupos IRS II, III e IV) também se beneficiam com a radioterapia.⁽⁸⁾

O acompanhamento a longo prazo é necessário, com avaliação periódica da evolução do tratamento, bem como das funções renais, cardíacas e endócrinas.⁽¹²⁾

Estudos demonstram que o prognóstico é mais favorável em crianças.^(6,8) Os números indicam as estimativas de sobrevida em cinco anos de 82% para crianças e 47% para adultos.⁽⁶⁾

Outros fatores prognósticos favoráveis são: ausência de metástase no diagnóstico, localização anatômica favorável, remoção cirúrgica completa do tumor, histologia da variante botrioide, tumor de tamanho menor ou igual a 5 cm, idade superior a 1 ano ou menor que 10 anos no diagnóstico.⁽⁶⁾

Os fatores relacionados com o pior prognóstico incluem a idade no momento do diagnóstico e a histologia do tumor. A evolução é menos favorável em pacientes com idade maior ou igual a 10 anos.⁽¹¹⁾ Em adolescentes, o tempo para o diagnóstico é mais longo, em comparação com as crianças. O atraso médico no diagnóstico para adolescentes é praticamente o dobro do tempo para o diagnóstico das crianças (8,4 semanas para adolescentes e 4,8 semanas para crianças). O diagnóstico menos favorável se explica pelo fato de que adolescentes possuem características histológicas menos favoráveis, atraso no diagnóstico e poucos ensaios clínicos com adolescentes.⁽⁸⁾

A doença normalmente é mais agressiva em adolescentes, que podem apresentar características desfavoráveis como histologia alveolar, envolvimento regional dos linfonodos e metástase no diagnóstico.⁽²⁾

Outro fator importante no prognóstico ruim é o envolvimento linfonodal regional ou a evolução com metástases a distância. Nesse caso, o tratamento é mais agressivo.⁽⁶⁾ A radioterapia normalmente é iniciada 6 a 12 semanas após o início da quimioterapia. As doses dependem da extensão da doença e do envolvimento linfonodal.⁽⁶⁾ Uma segunda abordagem cirúrgica radical também deve ser avaliada.⁽²⁾ Nessas situações, a extensão da terapia deve ser avaliada juntamente com a paciente e seus familiares.⁽³⁾

A taxa de sobrevivência de lesões vaginais é de 96%; já a sobrevida de pacientes com lesões cervicais é de 60%.⁽¹²⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A raridade dos casos torna improvável o agrupamento em uma única instituição, o que dificulta definir parâmetros epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e prognósticos. O relato de casos raros, como os de rabdomiossarcoma embrionário primário de colo uterino, é importante, porque auxilia na identificação dos componentes epidemiológicos e na definição de condutas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Xie W, Shen K, Yang J, Cao D, Yu M, Wang Y. Conservative management of primary vaginal endodermal sinus tumor and rhabdomyosarcoma. *Oncotarget*. 2017;8(38):63453-60. doi: 10.18632/oncotarget.18829
2. PDQ® Pediatric Treatment Editorial Board. PDQ Childhood Rhabdomyosarcoma Treatment: health professional version [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2020 [cited 2021 Jan 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65802/>
3. Gomes AR, Pedro BL, Rocha JS, Enes PV, Carvalho JI, Pinto AR, et al. Embryonal rhabdomyosarcoma of the uterine cervix: a rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;6(1):309-12. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20164683
4. Gruessner SM, Omwandho CO, Dreyer T, Blütters-Sawatzki R, Reiter A, Tinneberg HR, et al. Management of stage I cervical sarcoma botryoides in childhood and adolescence. *Eur J Pediatr*. 2004;163(8):452-6. doi: 10.1007/s00431-004-1469-y
5. Ocheke AN, Umar NI, Silas OA, Tanko NM, Mutihir JT. Embryonal rhabdomyosarcoma of the cervix. *Afr J Paediatr Surg*. 2011;8(1):95-7. doi: 10.4103/0189-6725.79066
6. Egas-Bejar D, Huh W. Rhabdomyosarcoma in adolescent and young adult patients: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2014;5:115-25. doi: 10.2147/ahmt.s44582
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rabdomiossarcoma – versão para Profissionais de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Inca; 2018 [cited 2021 Jan 22]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil/rabdomiossarcoma/profissional-de-saude>
8. Bisogno G, Compostella A, Ferrari A, Pastore G, Cecchetto G, Garaventa A, et al. Rhabdomyosarcoma in adolescents. *Cancer*. 2012;118(3):821-7. doi: 10.1002/cncr.26355
9. Deligeoroglou E, Tsimaris P, Creatsa M, Athanasopoulos N, Creatsas G. Application of creatsas vaginoplasty after radical surgical treatment of sarcoma botryoides. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27(4):E93-5. doi: 10.1016/j.jpjag.2013.12.004
10. World Health Organization. Union for International Cancer Control. Medicines for treatment of the following cancers – review – EML and EMLC: Rhabdomyosarcoma [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/cancer/en/
11. Malempati S, Hawkins DS. Rhabdomyosarcoma: review of the Children's Oncology Group (COG) soft-tissue Sarcoma committee experience and rationale for current COG studies. *Pediatr Blood Cancer*. 2012;59(1):5-10. doi: 10.1002/pbc.24118
12. Mousavi A, Akhavan S. Sarcoma botryoides (embryonal rhabdomyosarcoma) of the uterine cervix in sisters. *J Gynecol Oncol*. 2010;21(4):273-5. doi: 10.3802/jgo.2010.21.4.273
13. Kriseman ML, Wang WL, Sullinger J, Schmeler KM, Ramirez PT, Herzog CE, et al. Rhabdomyosarcoma of the cervix in adult women and younger patients. *Gynecol Oncol*. 2012;126(3):351-6. doi: 10.1016/j.jgyno.2012.05.008

Sobrevida após exenteração pélvica em câncer de colo de útero recidivado: uma série de cinco casos

Survival after pelvic exenteration in recurrent cervical cancer: a series of five cases

Lillian Maria Fernandes de Castro¹, Sabas Carlos Vieira²

Descritores

Série de casos; Sobrevida; Exenteração pélvica; Câncer de colo do útero; Recidiva central

Keywords

Series of cases; Survival; Pelvic exenteration; Cervical cancer; Central recurrence

Submetido:

17/12/2020

Aceito:

28/07/2021

1. Centro Universitário UniFacid, Teresina, PI, Brasil.

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar

Autor correspondente:

Lillian Maria Fernandes de Castro
Rua Veterinário Bugyja Brito, 1.354,
Horto Florestal, 64052-410, Teresina,
PI, Brasil.
lillianmfcastro@gmail.com

Como citar?

Castro LM, Vieira SC. Sobrevida após exenteração pélvica em câncer de colo de útero recidivado: uma série de cinco casos. Femina. 2021;49(7):444-8.

RESUMO

A exenteração pélvica pode curar pacientes com câncer de colo do útero com recorrência central após radioterapia e quimioterapia. A avaliação pré-operatória é essencial para excluir doença metastática e evitar cirurgias desnecessárias nesse cenário. O objetivo do presente estudo é avaliar a sobrevida de uma série de casos de pacientes submetidas à exenteração pélvica em clínica privada de Teresina. Este é o resultado parcial de um estudo observacional, retrospectivo, transversal e descritivo, realizado em uma clínica privada especializada no tratamento do câncer em Teresina, PI, Brasil, de junho de 2002 a fevereiro de 2020. Cinco pacientes foram incluídas no estudo, com idades entre 29 e 62 anos. No presente estudo, a sobrevida mediana foi de 44,8 meses. Duas pacientes estão vivas e sem doença com seguimento de 201 e 5 meses, respectivamente.

ABSTRACT

Pelvic exenteration can heal patients with cervical cancer with central recurrence after radiotherapy and / or chemotherapy. Preoperative evaluation is essential to exclude metastatic disease and to avoid unnecessary surgery in this scenario. The objective of the present study is to evaluate the survival of a series of cases of patients submitted to pelvic exenteration in a private clinic in Teresina. This is the partial result of an observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study, conducted at a private clinic specialized in cancer treatment in Teresina, Brazil, from June 2002 to February 2020. Five patients were included in the study, aged between 29 and 62 years. In the present study, the median survival was 44,8 months. Two patients are alive and without disease with a follow-up of 201 and 5 months, respectively.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero representa a quarta neoplasia maligna mais frequente em mulheres, excluindo a de pele não melanoma, tendo incidência mundial anual estimada de 528 mil casos novos; além disso, é responsável por 7,5% das mortes por câncer no sexo feminino.^(1,2) No Brasil, é o terceiro tumor mais frequente, com 16.590 novos casos previstos para 2020.⁽¹⁻⁹⁾ O principal fator predisponente ao desenvolvimento desse câncer é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV).⁽¹⁾

O manejo de câncer avançado na pelve vem evoluindo nas últimas décadas. Havia apenas a opção de retardar a progressão da doença e controlar os sintomas com quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). Porém, apenas 5% das recidivas previamente irradiadas conseguem ser atenuadas a partir da QT, sendo, portanto, uma alternativa ruim.^(3,8)

A exenteração pélvica (EP) é uma opção que pode curar a doença recidivada ou localmente avançada, principalmente as neoplasias com recidiva central, que atingem os órgãos pélvicos (vagina, útero, bexiga ou reto) sem invasão da parede pélvica lateral ou óssea após tratamento com RT e QT.^(3,4) No entanto, trata-se de um procedimento radical e nem todas as pacientes são candidatas à realização dessa cirurgia, sendo necessário que não haja metástase a distância, que possa haver a ressecção completa do tumor com margens livres e que a paciente aceite as mutilações secundárias ao procedimento.⁽⁴⁾

A tomografia computadorizada por emissão de pósitrons de corpo inteiro (PET-CT) é importante na avaliação pré-operatória para excluir doença metastática, pois apresenta sensibilidade de 100% e especificidade de 73% para investigação precisa de metástase extrapélvica. A presença de doença metastática é uma contraindicação absoluta para a EP com intenção curativa.⁽⁵⁻⁷⁾

Podem ser realizados três tipos de EP. São eles: anterior (ressecção de estruturas ginecológicas e urológicas e preservação do reto e do ânus), posterior (ressecção de estruturas gastrointestinais e ginecológicas e preservação da bexiga e da uretra) e total (ressecção de todas as estruturas pélvicas).⁽¹⁻⁹⁾ A mortalidade perioperatória caiu significativamente desde os primeiros estudos, enquanto a sobrevida em cinco anos chegou a 20% a 73%, apresentando a possibilidade de evolução de método paliativo para método curativo.⁽⁵⁾

O objetivo do presente estudo é avaliar a sobrevida em uma série de casos de pacientes submetidos à EP em uma clínica privada de Teresina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, transversal e descritivo de uma clínica privada de Teresina especializada no tratamento oncológico, no período de junho de 2002 a fevereiro de 2020, com base nos dados dos prontuários eletrônicos. Desse modo, não houve necessidade da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Todos os casos de câncer de colo do útero atendidos (136) foram selecionados e, desses, os que foram submetidos ao procedimento de EP (3,7%) fazem parte do presente estudo. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, realização prévia de histerectomia ou tratamento com QT/RT, características histopatológicas do tumor, acometimento linfonodal, invasão angiolinfática e perineural, realização de PET-CT antes da EP, complicações perioperatórias, recidivas após a cirurgia, tempo de seguimento e *status* atual

das pacientes. A fim de obter os dados do presente estudo, foram analisados outros exames de imagem das pacientes; são eles: ultrassonografia, cintilografia óssea e tomografia computadorizada. A cirurgia é indicada para pacientes com recidiva central de câncer de colo de útero e era abortada na presença de metástase para-aórtica confirmada pelo exame anatomopatológico de congelamento, PET-CT positivo e na presença de invasão da parede pélvica lateral. As pacientes se submeteram ao procedimento cirúrgico de EP anterior, posterior ou total por laparotomia e foram orientadas, após a cirurgia, a fazer seguimento ambulatorial a cada três meses nos dois primeiros anos e, a partir de então, a cada seis meses. Em cada visita, eram realizados anamnese e exame físico e ginecológico, e, se houvesse lesão suspeita de recidiva, a conduta apropriada era adotada, com a realização de biópsias e exames de imagem para avaliar a extensão da recidiva.

RESULTADOS

Nesse período, cinco pacientes (3,67%) preencheram os critérios de inclusão no estudo. A idade das pacientes na época do diagnóstico variou entre 26 e 62 anos de idade, com mediana de 41 anos. A idade de realização da EP foi entre 29 e 62 anos. Três das pacientes (60%) se submeteram a histerectomia antes da realização da EP; o maior tumor encontrado foi de 3,8 cm; prevaleceu o estadiamento tumoral IB2; o tipo e grau histológico prevalentes foram o carcinoma epidermoide (66,7%) e o grau 3 (66,7%); além disso, apenas uma paciente (33,33%) realizou tratamento adjuvante, como descrito na tabela 1.

A paciente 3 realizou histerectomia simples por motivos ginecológicos de dor pélvica e sangramento uterino anormal (SUA), sendo o diagnóstico de câncer confirmado apenas após a cirurgia. Apenas a paciente 2 retirou três linfonodos pélvicos e dois para-aórticos para verificar se houve acometimento deles. Duas pacientes (40%) realizaram tratamento com QT e/ou RT previamente à exenteração. O tempo entre o fim da RT/QT e o dia da cirurgia variou entre 2 e 28 meses, com mediana de quatro meses. Três pacientes (60%) submeteram-se à EP total e uma fez EP anterior; uma teve preservação esfinteriana sem reconstrução imediata do trânsito intestinal. O carcinoma epidermoide (80%) foi o mais frequente. O estadiamento da lesão recidivada (FIGO 2018) IVA (80%) foi o mais frequente. O grau histopatológico de diferenciação prevalente foi o grau 3 (60%), e o tamanho do tumor variou entre 2,4 e 6,9 cm, como mostrado na tabela 2.

Uma paciente realizou o exame PET-CT, que localizou três nódulos captantes no pulmão; desse modo, ela se submeteu à QT e obteve resposta completa das lesões pulmonares. No entanto, por ter apresentado péssima qualidade de vida, odor fétido decorrente da necrose tumoral da recidiva e dor não controlada com analgésicos à base de morfina, houve uma reunião multidisciplinar, na qual, após o consentimento da paciente, foi decidida

Tabela 1. Dados da histerectomia

| X | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Tipo de histerectomia | Radical | Radical | Simplex |
| Intervalo procedimento – recidiva | 120 meses | 5 meses | 7 meses |
| Tipo histológico | Carcinoma epidermoide | Carcinoma epidermoide | Adenocarcinoma endometriode |
| Grau histológico | G3 | G3 | G1 |
| Margens cirúrgicas | Livres | Comprometidas | Livres |
| Tamanho do tumor | 3,8 cm | Desconhecido | 2,7 cm |
| Estadiamento tumoral | IB2 | Desconhecido | IB2 |
| Invasão | Ausente | Ausente | Angiolinfática |
| Comprometimento de linfonodos dissecados | 0 | 0/5 | 0 |
| Tratamento adjuvante | Não realizado | Não realizado | RT + QT |

Tabela 2. Dados da exenteração pélvica

| X | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Tipo de procedimento | Total | Total | Total | Parcial | Peritotal |
| Tipo histológico | Carcinoma epidermoide | Carcinoma epidermoide | Adenocarcinoma endometriode | Carcinoma epidermoide | Carcinoma epidermoide |
| Tamanho do tumor | 2,4 cm | 3,4 cm | Desconhecido | Desconhecido | 6,9 cm |
| Estágio do tumor | IVA | IIIB | IVA | IVA | IVA |
| Grau histológico | G3 | G3 | G1 | G3 | Desconhecido |
| Comprometimento de linfonodos dissecados | 0/10 | 0 | 0 | 0/11 | 0/4 |
| Invasão | Linfática/neural | Neural | Desconhecido | Ausente | Ausente |
| Margens cirúrgicas | R0 | R0 | Desconhecido | R0 | R2 |
| Comprometimento de órgãos | Bexiga/vagina/intestino grosso | Bexiga/reto/vagina | Bexiga/vagina | Bexiga/vagina | Vagina/parede retossigmóidea |

a realização de EP paliativa. A reconstrução do trato urinário foi realizada por ureteroenterostomia cutânea bilateral (cirurgia de Bricker) e colostomia terminal em todas as pacientes, e na paciente com preservação esfinteriana a reconstrução foi deixada para um segundo tempo devido à condição clínica dela e um coto retal muito desfavorável para anastomose primária. Duas pacientes (40%) apresentaram complicações no pós-operatório, sendo uma obstrução intestinal e outra peritonite. Uma paciente realizou RT e QT no pós-operatório. Duas pacientes (40%) apresentaram recidiva sistêmica, ambas para o intestino delgado seis e oito meses após a cirurgia; três pacientes não apresentaram recidiva. O acompanhamento variou de 0 a 201 meses, com média de 44,8 meses, e uma paciente foi perdida de vista aos cinco meses de seguimento e outra foi a óbito antes do primeiro mês pós-operatório. Desse modo, três pacientes evoluíram para óbito e duas pacientes encontraram-se vivas e sem doença. As pacientes vivas atualmente

apresentam boa qualidade de vida, mantendo atividades laborais habituais.

DISCUSSÃO

No presente estudo, duas pacientes estão vivas e sem doença depois de um seguimento médio de 44,8 meses após a realização da EP por câncer do colo do útero recidivado. Três pacientes morreram: uma por choque séptico no pós-operatório (a qual realizou a EP paliativa) e duas por recidiva e progressão da doença.

Um estudo que avaliou 167 casos de EP reportou sobrevida média de 19 meses; 61,1% deles se submeteram a EP total. Os principais fatores prognósticos foram a ressecção marginal e o acometimento linfonodal. Desse modo, alguns autores sugeriram que a presença de metástase em linfonodos pélvicos e para-aórticos deve ser considerada contraindicação para a cirurgia, pois a sobrevida nesses casos foi de apenas seis meses. No entanto, 17%

das pacientes com comprometimento linfonodal pélvico que participaram do estudo em questão sobreviveram mais do que o esperado após realização de EP, por isso ela não é, isoladamente, contraindicação absoluta.⁽⁶⁾

Até recentemente, a EP era indicada apenas para pacientes com recidiva central, no entanto é possível realizar ressecção da parede pélvica lateral conforme descrito por Höckel,⁽¹⁰⁾ que analisou a realização desse procedimento em 36 pacientes com acometimento da parede pélvica e em 94,4% dos casos foi possível obter margens livres (R0).⁽¹⁰⁻¹²⁾ No presente estudo, nenhuma paciente se submeteu a esse procedimento.

A presença de metástase a distância é uma contraindicação à realização de EP, sendo importante realizar o PET-CT, que, por ser altamente sensível e específico, evita cirurgia desnecessária em cerca de 70% dos casos.^(5,7)

Apenas uma paciente de nosso estudo realizou PET-CT, a qual foi diagnosticada com metástase pulmonar, recebeu tratamento com QT e obteve resposta completa das lesões pulmonares. Ainda assim, submeteu-se à EP como tratamento paliativo, pois apresentava péssima qualidade de vida, secreção vaginal de odor pútrido e dor não responsiva à morfina. A indicação foi após decisão multidisciplinar e consentimento da paciente.

A EP paliativa é vista como um procedimento altamente mórbido com poucas evidências que apoiam melhoria na qualidade de vida. A paciente que pode se submeter a essa cirurgia precisa ainda estar clinicamente apta, com metástase distante limitada, responsiva à QT e sintomas pélvicos que são considerados tratáveis com EP e que não conseguem resposta local com opções menos invasivas. Devido à alta complexidade desse caso, a decisão deve ser tomada por uma equipe multidisciplinar especializada e ser discutida com a paciente e seus familiares, sendo, assim, uma decisão compartilhada.⁽¹³⁻¹⁵⁾ A sobrevida média nas pacientes nesse contexto é de 14 meses.⁽¹⁵⁾

Em 2018, foi publicado um estudo que incentiva a realização da EP paliativa, demonstrando resultados promissores quanto à questão de morbimortalidade e melhora de qualidade de vida.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

No presente estudo, todas as cirurgias foram realizadas por laparotomia, porém a cirurgia pode ser realizada também por via laparoscópica ou robótica.

Uma metanálise publicada em 2018 reportou 37 casos que realizaram EP por laparoscopia; os principais achados foram a menor perda de sangue, o menor tempo de internação e a recuperação mais rápida. Além disso, no intraoperatório, a magnificação pelas câmeras de alta resolução permite boa visualização das estruturas anatômicas, auxiliando na dissecação meticulosa do tumor. Para a sua realização, é importante que a paciente não apresente envolvimento da parede lateral pélvica nem tumores grandes e que o cirurgião tenha experiência com esse procedimento. No entanto, não há estudos que comprovem melhor sobrevida a longo prazo em EP realizada por laparoscopia.⁽¹⁹⁾

Outro estudo que avaliou 144 mulheres que se submeteram à EP reportou que o tamanho do tumor está

relacionado diretamente a maior risco de acometimento das margens cirúrgicas, recorrência e complicação.⁽¹¹⁾ Ademais, Bacalbasa *et al.*⁽²⁰⁾ expuseram, em uma série de 100 casos, que o *status* da ressecção marginal influencia significativamente os resultados a longo prazo e, se há margens livres (R0), é esperado um benefício significativo de sobrevida.

Em nosso estudo, o tamanho do tumor variou entre 2,4 e 6,9 cm, estando 60% com comprovação histológica de margens cirúrgicas livres (R0). A paciente que apresentou o maior tumor teve comprometimento marginal (R2) e faleceu no pós-operatório por complicações.

A reconstrução do trato urinário após EP pode ser realizada por meio da cirurgia de Bricker, se houver retirada da bexiga, e colostomia, em caso de retirada do reto. Quando não há possibilidade de reconstrução completa urinária e intestinal separadamente, deve ser feita a colostomia úmida de cano duplo, que propõe o desvio simultâneo dos dois sistemas para um único estoma, o que elimina a necessidade de manipulação do intestino delgado, diminuindo, assim, o risco de desenvolver fístula ou deiscência, e fazendo com que a cirurgia seja mais rápida, sem aumentar morbidade, além de a paciente ficar somente com um estoma.⁽¹⁵⁾

Uma metanálise que observou 257 pacientes que se submeteram à EP e fizeram reconstrução das vias urinária e fecal comparou a taxa de infecção do trato urinário (ITU) entre pacientes com um e dois estomas e não encontrou diferença significativa.⁽¹⁴⁾ Além disso, Guimarães *et al.*⁽¹⁶⁾ apresentaram a realização de uma anastomose com técnica valvar antirrefluxo como procedimento que diminui a taxa de ocorrência de pielonefrite ou deterioração do trato urinário superior.

O estudo de Guimarães *et al.*,⁽¹⁶⁾ com 56 pacientes que realizaram a colostomia úmida com desvio duplo simultâneo, avaliou e obteve concordância com todos dados aqui expostos anteriormente, comprovando que é uma opção segura e eficiente para pacientes que precisam de desvio urinário e fecal.⁽¹⁶⁾

A qualidade de vida após EP foi avaliada em 515 pacientes. Nos seis primeiros meses, a qualidade de vida foi pior, evoluindo com melhora a partir de então. Em relação ao estado mental, houve estabilização cerca de 18 meses após a cirurgia.⁽¹²⁾ No presente estudo, as duas pacientes que se encontram vivas (40%) evoluíram com boa qualidade de vida, realizando suas atividades laborais e recreativas.

Cabe ressaltar que o presente estudo tem limitações, pois foi feito com apenas cinco casos, não havendo, portanto, como fazer uma análise multivariada a fim de determinar fatores prognósticos associados à sobrevida.

CONCLUSÃO

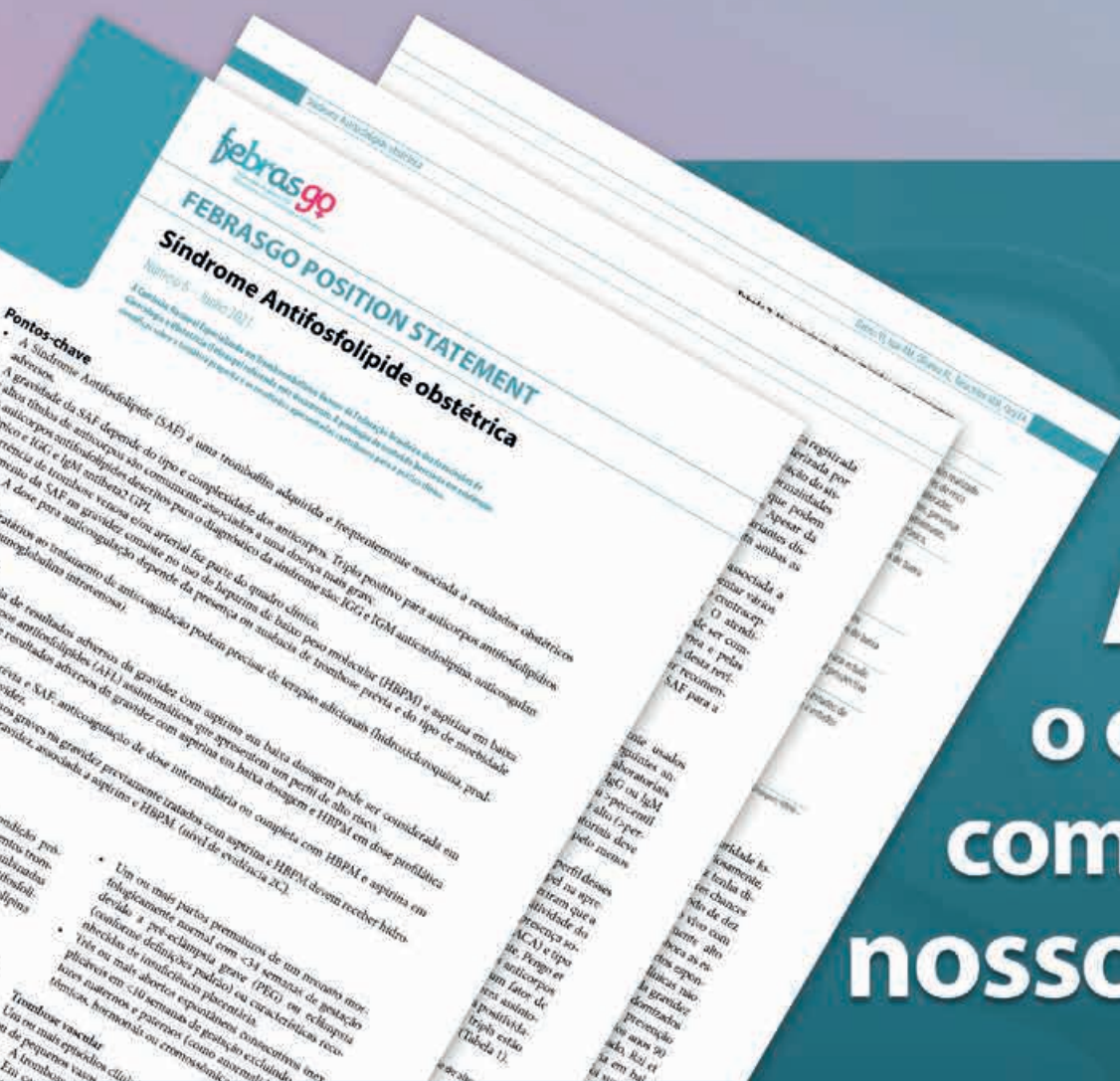
No presente estudo com seguimento médio de 93 meses, a sobrevida média foi de 44,8 meses. Duas pacientes estão vivas, com seguimento de 201 e 5 meses, respectivamente.

REFERÊNCIAS

1. Derchain SF, Costa LB, Jales RM, Resende LS. Câncer do colo do útero [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018 [cited 2020 Dec 17]. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 114/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica). Available from: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/2020-Protocolo-Cancer-de-colo-de-utero.pdf>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2014;136(5):E359-6. doi: 10.1002/ijc.29210
3. Coker DJ, Koh CE, Steffens D, Young JM, Vuong K, Alchin L, et al. The affect of personality traits and decision-making style on postoperative quality of life and distress in patients undergoing pelvic exenteration. *Colorectal Dis*. 2020;22(9):1139-46. doi: 10.1111/codi.15036
4. Vieira SC, Costa DR, Meneses AD, Silva JB, Oliveira AK, Sousa RB. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(1):22-7. doi: 10.1590/S0100-72032009000100005
5. Kaur M, Joniau S, D'Hoore A, Vergote I. Indications, techniques and outcomes for pelvic exenteration in gynecological malignancy. *Curr Opin Oncol*. 2014;26(5):514-20. doi: 10.1097/CCO.000000000000109
6. Chiantera V, Rossi M, De Iaco P, Koehler C, Marnitz S, Ferrandina G, et al. Survival after curative pelvic exenteration for primary or recurrent cervical cancer: a retrospective multicentric study of 167 patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(5):916-22. doi: 10.1097/IGC.0b013e3182a80aec
7. Burger IA, Vargas HA, Donati OF, Andikyan V, Sala E, Gonen M, et al. The value of 18F-FDG PET/CT in recurrent gynecologic malignancies prior to pelvic exenteration. *Gynecol Oncol*. 2013;129(3):586-92. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.01.017
8. Tanaka S, Nagase S, Kaiho-Sakuma M, Nagai T, Kurosawa H, Toyoshima M, et al. Clinical outcome of pelvic exenteration in patients with advanced or recurrent uterine cervical cancer. *Int J Clin Oncol*. 2013;19(1):133-8. doi: 10.1007/s10147-013-0534-9
9. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>
10. Höckel M. Laterally extended endopelvic resection. Novel surgical treatment of locally recurrent cervical carcinoma involving the pelvic side wall. *Gynecol Oncol*. 2003;91(2):369-77. doi: 10.1016/S0090-8258(03)00502-x
11. Smith B, Jones EL, Kitano M, Gleisner AL, Lyell NJ, Cheng G, et al. Influence of tumor size on outcomes following pelvic exenteration. *Gynecol Oncol*. 2017;147(2):345-50. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.08.014
12. Steffens D, Solomon MJ, Young JM, Koh C, Venchiarutti RL, Lee P, et al. Cohort study of long-term survival and quality of life following pelvic exenteration. *BJs Open*. 2018;2(5):328-35. doi: 10.1002/bjs5.75
13. PelvEx Collaborative. Palliative pelvic exenteration: a systematic review of patient-centered outcomes. *Eur J Surg Oncol*. 2019;45(10):1787-95. doi: 10.1016/j.ejso.2019.06.011
14. Gachabayov M, Lee H, Tulina I, Tsarkov P, Dong, XD, Kumar NS, et al. Double-barreled wet colostomy versus separate urinary and fecal diversion in patients undergoing total pelvic exenteration: a cohort meta-analysis. *Surg Technol Int*. 2019;35:48-52.
15. Laporte GA, Zanini LA, Zanvetto PH, Oliveira AF, Bernado E, Lissa F, et al. Guidelines of the Brazilian Society of Oncologic Surgery for pelvic exenteration in the treatment of cervical cancer. *J Surg Oncol*. 2020;121(5):718-29. doi: 10.1002/jso.25759
16. Guimarães GC, Ferreira FO, Rossi BM, Aguiar S Jr, Zequi SC, Bachega W, et al. Double-barreled wet colostomy is a safe option for simultaneous urinary and fecal diversion. Analysis of 56 procedures from a single institution. *J Surg Oncol*. 2006;93(3):206-11. doi: 10.1002/jso.20442
17. Grimes WR, Stratton M. Pelvic exenteration [Internet]. Treasure Island: StatPearls; 2020 [cited 2021 Jan 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563269/>
18. Karmanioliou I, Arkadopoulou N, Vassiliou P, Nastos C, Dellaportas D, Siatelis A, et al. Pelvic exenteration put into therapeutical and palliative perspective: it is worth to try. *Indian J Surg Oncol*. 2018;9(4):552-7. doi: 10.1007/s13193-018-0792-0
19. PelvEx Collaborative. Minimally invasive surgery techniques in pelvic exenteration: a systematic and meta-analysis review. *Surg Endosc*. 2018;32(12):4707-15. doi: 10.1007/s00464-018-6299-5
20. Bacalbasa N, Balescu I, Vilcu M, Neacsu A, Dima S, Croitoru A, et al. Pelvic exenteration for locally advanced and relapsed pelvic malignancies – an analysis of 100 cases. *In Vivo*. 2019;33(6):2205-10. doi: 10.21873/invivo.11723

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Síndrome Antifosfolípide obstétrica



**Acesse
o conteúdo
completo no
nosso portal!**

ACESSE EM: <https://www.febrasgo.org.br/pt/febrasgo-online/febrasgo-position-statement>



59º CBGO

Congresso Brasileiro de
Ginecologia e Obstetrícia

2021
EDIÇÃO ONLINE

O congresso de todos os brasileiros

febrasgo

▪ 17 a 20 de novembro ▪

Participe do **maior e melhor**
evento de **Ginecologia e**
Obstetrícia do Brasil!

EVENTO 100% ON-LINE

Inscrições abertas



Acesse:
www.cbgo2021.com.br

Ou escaneie o QRCode ao lado

Realização:

febrasgo
Federação Brasileira de
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Gerenciamento:

CCM CONGRESSES