

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 47, Número 4, 2019

DIA DO OBSTETRA

Histórias
envolventes
e os desafios
da profissão

ATIVIDADE FÍSICA

O exemplo que
vem do médico

Saúde das adolescentes

Orientações e
recomendações
para o atendimento
dessas jovens
pacientes

iumi

drospirenona 3 mg
etinilestradiol 0,02 mg

Conectado com as jovens,
trazendo o que importa.

lumi
entende a
adolescente
e por isso
criou

#Tarja
Rosa



IUMI - DROSPIRENONA 3 mg - ETINILESTRADIOL 0,02 mg contendo 1 cartela ou 3 cartelas com 24 COMPRIMIDOS REVESTIDOS - USO ORAL E ADULTO. **INDICAÇÕES:** contraceptivo oral, com efeitos antimineraleocorticoide e antiandrogênico (mulheres com retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas). **CONTRAINDICAÇÕES:** presença ou história de trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Presença ou história de sintomas e/ou sinais prodrômicos de trombose. História de enxaqueca com sintomas neurológicos focais (enxaqueca com aura). Diabetes mellitus com alterações vasculares. Presença de um fator de risco grave ou múltiplos fatores de risco para trombose arterial ou venosa. Presença ou história de pancreatite associada a hipertrigliceridemia grave. Presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores da função hepática não retornarem ao normal. Insuficiência renal grave ou falência renal aguda. Presença ou história de tumores hepáticos benignos ou malignos. Diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteroides sexuais. Sangramento vaginal não diagnosticado. Suspeita ou diagnóstico de gravidez. Tabagismo em pacientes com idade superior a 35 anos. Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do medicamento. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** fumo; diabetes; excesso de peso; hipertensão; cardiopatias; distúrbios tromboembólicos; infarto do miocárdio e AVC; enxaqueca; epilepsia; hiperparatireoidismo; distúrbios metabólicos como hipercolesterolemia; histórico ou suspeita de câncer de mama; distúrbios hepáticos; doença de Crohn ou colite ulcerativa; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome hemolítico-urêmica; anemia falciforme; perda de audição; porfiria, herpes gestacional e coreia de Sydenham, cloasma. Evitar a exposição excessiva ao sol ou à radiação ultravioleta. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** categoria de risco na gravidez: X. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento e nem por aquelas que estão amamentando. **INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E ALCÓOL:** fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, modafinila e oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva-de-são-jão; certos antibióticos, como as penicilinas e tetraciclina; inibidores da enzima conversora de angiotensina (ACE), antagonistas do receptor de angiotensina II, indometacina, diuréticos poupadores de potássio e antagonistas da aldosterona. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS:** intolerância às lentes de contato; náusea e dor abdominal; vômitos e diarreia; hipersensibilidade; aumento de peso corporal; diminuição de peso corporal; retenção de líquido; cefaleia; enxaqueca; estados depressivos e alterações de humor; diminuição ou aumento da libido; dor e hipersensibilidade nas mamas; hipertrofia mamária; secreção vaginal e secreção das mamas; erupção cutânea e urticária; eritema nodoso e eritema multiforme. Em mulheres com angioedema hereditário, estrogênios exógenos podem induzir ou intensificar os sintomas de angioedema. **INTERAÇÕES COM TESTES LABORATORIAIS:** pode alterar os parâmetros bioquímicos da função hepática, tireoideana, adrenal e renal; os níveis plasmáticos de proteínas transportadoras (como globulina de ligação a corticosteroides e frações lipídico-lipoproteicas); parâmetros do metabolismo de carboidratos e parâmetros da coagulação e fibrinólise. A drospirenona provoca aumento na aldosterona plasmática e na atividade da renina plasmática. **POSOLOGIA:** um comprimido por dia durante 24 dias consecutivos, sempre no mesmo horário, iniciando no primeiro dia de sangramento até o final da cartela. Cada nova cartela deve ser iniciada após um intervalo de pausa de quatro dias sem a ingestão dos comprimidos, no qual deve ocorrer sangramento por privação hormonal. A nova cartela deve ser iniciada no quinto dia, independente do sangramento ter ou não cessado. Na troca de outro contraceptivo oral combinado (COC) para lumi, iniciar o tratamento no dia seguinte após a ingestão do último comprimido ativo do COC ou no máximo, no dia seguinte ao último dia de pausa ou da tomada dos comprimidos inertes. Na troca da utilização de anel vaginal ou adesivo transdérmico, iniciar lumi no dia da retirada ou no máximo no dia previsto da próxima aplicação. Se a paciente estiver mudando de um método contraceptivo contendo somente progesterônio poderá iniciar lumi em qualquer dia no caso da minipílula; no dia da retirada do implante ou do SIU; ou no dia previsto para a próxima injeção. Nesses casos, recomendar o uso adicional de método de barreira nos 7 primeiros dias de ingestão. - Reg. M.S. 1.0033.0154/ Farm. resp.: Cíntia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÉUTICA LTDA/CNPJ: 61.230.314/0001-75/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu das Artes - SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/lumi-MB10-15/SAC: 08000-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.

Contra-indicações: trombose venosa profunda/gestação.
Interações com medicamentos: antibacterianos/antifúngicos.

iumi
drospirenona 3 mg
etinilestradiol 0,02 mg

Libbs
Porque se trata da vida

DIRETORIA

PRESIDENTE

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO

Corintio Mariani Neto (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Marcos Felipe Silva de Sá (SP)

DIRETOR DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Juvenal Barreto Borriello de Andrade (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO CENTRO-OESTE

Alex Bortotto Garcia (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Flávio Lucio Pontes Ibiapina (CE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flávia Espírito Santo (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@febrasgo.org.br

www.febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITOR-CHEFE

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**

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

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

CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



Femina ao lado da mulher. Neste abril, *Femina* parabeneza, homenageia, intensifica e materializa sua interação com aqueles que, mesmo quando insones, confortam e abraçam a mulher em todas as fases da gravidez: os médicos obstetras. Em artigo sensível, excepcionalmente bem-estruturado, a paixão que temos em estar ao lado da mulher na gestação e parto é revelada. A sua leitura traz alento e motivação, e dá força ao obstetra na sua tarefa cotidiana. De fato, no exercício de dar mãos e corações à gestante, vocês se sublimam!

A adolescente, com toda a sua complexidade, mais e mais é inserida no mundo do ginecologista. Na assistência a essa geração eletrônica, só o carinho faz sentido! Neste volume, *Femina* traz cinco textos destinados ao ensino de como melhor assistir a paciente adolescente. Os textos também motivaram nossa capa. Os artigos, elaborados por médicos que convivem com a adolescente, foram escritos mesclando técnica com paixão. Sua leitura suaviza e motiva a nossa postura nessa comunicação, nem sempre fácil, com a paciente jovem.

Na assistência obstétrica atual, o feto está mais alcançável. Os instrumentos para conhecê-lo logo nos primeiros meses de gravidez possibilitam o diagnóstico preciso de seu estado e dão segurança ao clínico na assistência pré-natal. Detalhes técnicos atuais para a identificação das trissomias são examinados por três médicos dedicados a essa tarefa, em artigo claro e objetivo. Ainda, protocolos da Comissão Especializada em Doenças Infecto-contagiosas da Febrasgo no manejo das vaginites, vaginoses e infecção do trato urinário na gestação fazem parte do conteúdo científico deste volume. Atualadíssimo, o artigo de revisão dissecou o conhecimento atual acerca da identificação e da condução do adenocarcinoma cervical.

Por fim, o artigo recentemente publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology* acerca do efeito do uso da testosterona sobre o endométrio de homens transgêneros é comentado pelo editor. *Femina* mostra ainda a visão da diretoria da Febrasgo acerca da importância da manutenção da educação continuada. Assim, livros, artigos científicos e protocolos atualizados são disponibilizados a todos os associados. E mais, a Febrasgo mantém como prioridade uma intensa relação com os residentes. E *Femina* participa dessa tarefa, com orgulho e paixão.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR-CHEFE

SUMÁRIO

194 Capa

Adolescentes nos consultórios

O papel do ginecologista e obstetra das adolescentes, que começam a sentir as transformações do próprio corpo e estão com a cabeça borbulhando de dúvidas



213 Homenagem

Dia do obstetra

Em abril homenageamos o médico que tem como vocação ficar ao lado da mulher



216 Entrevista

Atleta da água

Entrevista com a ginecologista obstetra Maíta Poli de Araújo



219 News

Três anos de muito trabalho

Apresentação das atividades desenvolvidas. Transparência e autorreflexão no encontro das CNEs



222 News

Líderes em saúde

Liderança e negociação: Febrasgo realiza a primeira edição do curso de desenvolvimento de lideranças

224 Residência médica

Preceptoria e capacitação

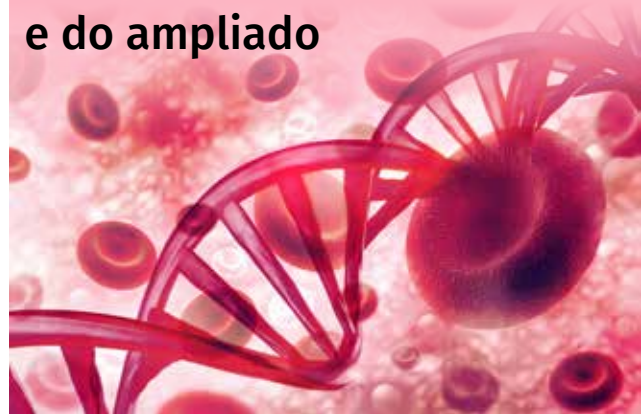
Tendências atuais

227 Defesa profissional

Ser médico ginecologista e obstetra

228 Especial Fleury

Utilidade e desempenho do NIPT convencional e do ampliado



231 Caderno científico

ARTIGO COMENTADO

Patologia uterina em transgêneros masculinos em uso de testosterona: estudo retroativo multicêntrico de séries de casos

PROTÓCOLOS

Vaginites e vaginoses

Infecção do trato urinário

ARTIGO DE REVISÃO

Adenocarcinoma cervical – Diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde

Adolescentes nos consultórios



Dados da pesquisa “Expectativa da mulher brasileira sobre sua vida sexual e reprodutiva”, divulgada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e pelo Instituto Datafolha em fevereiro, revelam que os principais motivos que levam a mulher a ir pela primeira vez ao ginecologista são a necessidade de esclarecer um problema ginecológico e confirmar ou não a suspeita da gravidez. O estudo identificou, ainda, o que as brasileiras julgam importante em um atendimento nessa área: acolhimento, atenção, aconselhamento e confiança em relação ao especialista.

Pensando nesses dados, fica evidente a importância do profissional de ginecologia e obstetrícia no acolhimento a todas as mulheres, mas em especial às adolescentes, que começam a sentir as transformações do próprio corpo e certamente estão com a cabeça borbulhando de dúvidas.

Espera-se que, cada vez mais, as jovens adentrem os consultórios médicos, espontaneamente ou acompanhadas pelos pais ou alguém de sua própria confiança, para esclarecer essas dúvidas e receber orientação sobre a vida sexual. Cabe aos ginecologistas estar preparados, com conhecimento técnico e legislativo, para receber essas novas pacientes e orientá-las de forma a prevenir situações de risco no futuro.

Por todo esse contexto é que a Febrasgo, por meio das suas Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia Infanto-Puberal, de Anticoncepção e de Sexologia, colocou à disposição dos associados uma série de textos atualizados de Orientações e Recomendações Febrasgo. O objetivo é oferecer a atualização necessária para o atendimento de jovens adolescentes, por meio das mensagens dos melhores especialistas do país sobre temas de grande interesse na atenção de nossa população jovem.

Atendendo a adolescente no consultório de ginecologia

Marta Francis Benevides Rehme¹; Zuleide Cabral^{2,3}

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
2. Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, MT, Brasil.
3. Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil.

Como citar:

Rehme MF, Cabral Z. Atendendo a adolescente no consultório de ginecologia. In: *Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes*. São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 2, p. 9-16. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 5/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto Puerperal).

Descritores

Adolescente; Contracepção; Ética

RESUMO

A presença de pacientes adolescentes tem sido uma situação cada vez mais frequente para os ginecologistas. Dentre os motivos de consulta, destacam-se a avaliação do desenvolvimento da puberdade, distúrbios do ciclo menstrual, corrimento e o desejo de contracepção. Obter a confiança da adolescente é um dos maiores desafios para o profissional que atende uma paciente adolescente, tanto pelos aspectos biopsicossociais como também pelas questões éticas e legais que estão envolvidas na consulta. Embora a consulta ginecológica da adolescente tenha diversos pontos em comum com a da mulher adulta, os aspectos relacionados à sexualidade devem ser indagados com cautela, pois, na maioria das vezes, a adolescente está acompanhada e nem sempre compartilha sua prática sexual com seus familiares. A empatia mútua poderá beneficiar a adolescente, garantindo um momento propício para a abordagem dos cuidados relacionados aos aspectos da sua saúde sexual e reprodutiva.

INTRODUÇÃO

A consulta ginecológica da adolescente, embora tenha diversos pontos em comum com a da mulher adulta, possui algumas peculiaridades que a diferencia, principalmente pelas diversas situações conflituosas vivenciadas pelos ginecologistas ao atendê-la, nas quais as normas estabelecidas se revelam insuficientes para responder com clareza algumas interrogações éticas, desafiando e, por vezes, confundindo a tomada de decisão. Somam-se ainda as dificuldades de alguns serviços de saúde e educação em assegurar os direitos sexuais e reprodutivos dessa clientela. Existem ainda os conflitos de interesse entre elas e seus pais e/ou responsáveis, além dos diferentes marcos legais que determinam a entrada para a vida adulta, interferindo no direito à autonomia, privacidade, confidencialidade e ao exercício da sexualidade.

Se pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência compreende o período de 10 aos 20 anos incompletos,⁽¹⁾ no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²⁾ a faixa etária da adolescência vai dos 12 aos 18 anos. Por outro lado, o Código Civil⁽³⁾ determina a maioridade e a imputabilidade aos 18 anos. No Código de Ética Médica (CEM)⁽⁴⁾ a confidencialidade é tanto um direito do paciente quanto uma obrigação do médico, independentemente da faixa etária (CEM, 2010, art. 74). À luz da bioética, os profissionais podem considerar eticamente mais eficaz não quebrar o sigilo, mesmo contrariando as recomendações deontológicas.

O estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, garantindo a privacidade, respeitando-se a confidencialidade, tem fundamental importância para o transcorrer de uma consulta bem-sucedida e consequente adesão ao tratamento e seguimento ginecológico adequados.⁽⁵⁻⁷⁾

A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE

Os principais motivos da consulta estão relacionados com o desenvolvimento da puberdade, distúrbios do ciclo menstrual, corrimento, vulvovaginites e contracepção.⁽⁵⁻⁷⁾ Embora essas situações clínicas sejam do conhecimento e manejo do ginecologista, quando a cliente é adolescente, é importante que o profissional, ao iniciar o atendimento, estabeleça uma abordagem empática que contribua para uma relação de confiança entre médico e paciente, permitindo que ela se sinta à vontade em discutir as questões relacionadas com o exercício da sexualidade. Caso a adolescente esteja acompanhada pela mãe ou responsável, a abordagem inicial poderá ser feita perguntando-se “de quem foi a ideia de vir até o ginecologista?”.

Na maioria das vezes, quando o responsável está presente, é ele que costuma iniciar a exposição do motivo da consulta. Deve-se ouvir e, com empatia, informar aos responsáveis dos benefícios de uma entrevista privada com a adolescente. Os direitos e limites desse envolvimento à autonomia da adolescente devem ficar claros

para a família e para a jovem, desde o primeiro contato. Em primeira análise, o profissional poderá estabelecer um pacto de confiança com a sua cliente, reafirmando o seu direito ao sigilo, no entanto deverá ficar claro a ela que em algumas situações esse pacto poderá ser violado.

A adolescente deve ser incentivada a envolver seus responsáveis no acompanhamento e resolução dos seus problemas, sendo os limites da confidencialidade esclarecidos também para a família. A qualidade do vínculo estabelecido entre o médico e sua cliente será determinante para que sejam abordadas as questões pessoais da paciente. Nas situações em que a quebra do sigilo é justificada e não havendo anuência da adolescente, após o profissional a ter encorajado a envolver a família e oferecer apoio na comunicação, ela será esclarecida dos motivos para tal atitude, antes do repasse da informação aos seus pais e/ou responsáveis.⁽⁸⁾

As principais situações de conflito observadas na consulta de adolescentes são:

- Adolescente que vem à consulta desacompanhada e pede contracepção;
- Adolescente que é atendida sozinha e menciona alguma informação que pode justificar a quebra de sigilo da consulta, como atividade sexual de risco ou menor de 14 anos, gravidez e intuito de abortar, presença de uma infecção de transmissão sexual ou HIV positivo, usuária de drogas, depressão e ideia suicida ou mesmo diante da necessidade de procedimentos de maior complexidade, no qual a adolescente não está de acordo;
- A adolescente é trazida à consulta para exame de comprovação de virgindade imposta pela mãe ou responsável;
- Casos de suspeita de abuso, estupro, violência física, psicológica ou moral.

Nas situações em que a adolescente é trazida à revelia, o momento pode ser oportuno para mudar a percepção negativa da adolescente, perguntando-lhe se ela tem dúvidas e/ou expectativas em relação à consulta ginecológica. Com tato, podemos quebrar o gelo, falando sobre temas não médicos e a importância do ginecologista na etapa atual e nas etapas futuras da sua vida como mulher. Um dos principais temores das adolescentes é o exame ginecológico, sendo importante assegurar-lhe que nada será feito sem a sua permissão e cada etapa será previamente explicada.

ANAMNESE

A anamnese não difere de uma paciente adulta, no entanto alguns tópicos são relevantes, como a situação vacinal da adolescente. Esse momento é oportuno para saber se existem vacinas desatualizadas e orientá-la para as necessidades atuais e futuras, bem como perguntar sobre alergia a medicamentos, como aos anti-inflamatórios, uma vez que, na maioria das vezes, é a primeira

linha para o tratamento da dismenorrea primária; uso de medicamentos que interferem no uso de contraceptivos hormonais; uso de tabaco, drogas e álcool. Quanto a esses últimos, a abordagem pode ser adiada para quando a adolescente estiver sozinha.^(5,7)

Os antecedentes sobre o ciclo menstrual precisam ser detalhados. Na ausência do estabelecimento da menarca, é importante avaliar se já houve o surgimento dos caracteres sexuais, sendo depois confirmados no exame físico segundo o estadiamento de Tanner.⁽⁹⁾ A idade da menarca, o padrão menstrual quanto ao intervalo, o volume e a duração do fluxo, e a data da última menstruação devem ser registrados. As adolescentes devem ser orientadas a anotarem seus períodos menstruais e, para isso, pode ser oferecido um calendário menstrual ou sugerido um aplicativo de controle do ciclo, disponíveis para *smartphones*. São frequentes as dúvidas e receios sobre a alteração menstrual após a menarca e o comprometimento da fertilidade futura. O esclarecimento sobre ser a situação frequente e na maioria das vezes fisiológica tranquiliza a mãe e a adolescente.

A abordagem sobre início de vida sexual, orientação sexual e número de parceiros pode não resultar em respostas satisfatórias, uma vez que a paciente pode estar mantendo sua prática sexual ou orientação sexual em segredo. Muitas vezes a adolescente pode demonstrar constrangimento e ser evasiva ao ser surpreendida com a pergunta sobre sua vida sexual ou, ao contrário, pode na oportunidade revelar a sua situação. Em algumas situações, esse fato pode gerar tensão tanto para a paciente quanto para seu responsável, interrompendo a anamnese por discussões familiares. A menos que a adolescente fale espontaneamente que o motivo da consulta é sobre o desejo de usar contracepção, porque ela está tendo ou iniciará a vida sexual, o ginecologista deve abordar com tato esse tópico, evitando, desse modo, criar uma situação de conflito entre mãe e filha. Ao contrário, é prudente que o ginecologista aguarde um momento a sós para abordar com mais detalhes se ela já iniciou atividade sexual, e esse momento pode ser criado na hora do exame ginecológico, com a paciente sozinha.

Embora seja enfatizado que as adolescentes necessitam de privacidade, nem sempre essa situação é respeitada, e com frequência as mães não acatam essa conduta. Como pedir à adolescente que está acompanhada para que ela fique sozinha na sala de exame? A clássica pergunta: “Você prefere que sua mãe saia?” nem sempre vai surtir o efeito desejado. Devemos lembrar que o fato de a paciente ser menor de idade caracteriza para a mãe o dever de acompanhar todo o exame. Uma maneira adequada é perguntar: “Você faz questão da presença da sua mãe no momento do exame?”. Com essa abordagem, estamos dando a chance para a adolescente dizer que se sente segura para dirigir-se ao exame sozinha e dispensar o “apoio” da mãe zelosa, sem criar conflitos.

O profissional, ao ter a oportunidade de privacidade com a adolescente, principalmente quando o ginecolo-

gista foi escolhido pela sua mãe, deve informar sobre a confidencialidade da consulta e as situações nas quais o sigilo será interrompido. A adolescente, ao sentir-se mais confiante, será mais fiel no relato do seu comportamento sexual e mais receptiva sobre os cuidados referentes à sua saúde sexual e reprodutiva. Sabemos que, na maioria das vezes, os jovens iniciam a atividade sexual sem se preocupar com a contracepção segura e utilizando de maneira indiscriminada a contracepção de emergência.

EXAME GINECOLÓGICO DA ADOLESCENTE

O exame físico deve iniciar pesando a adolescente, identificando a sua estatura e o índice de massa corporal (IMC), e aferindo a pressão arterial, a temperatura e o pulso arterial.⁽⁵⁾ Esse momento é oportuno para orientações sobre hábitos alimentares e prática de atividade física. A postura da jovem pode evidenciar constrangimento, vergonha e até medo.⁽¹⁰⁾ Adolescentes insatisfeitas com suas mamas podem inclinar o tronco para frente objetivando escondê-las. As que se sentem diferentes por algo nos órgãos genitais externos podem manter a roupa íntima. É importante que o profissional fique atento a todas essas situações e adote uma postura menos formal, mais acolhedora e compreensiva.⁽¹⁰⁾

Na sequência, segue-se o exame das mamas, devendo cada etapa ser explicada para a adolescente, principalmente para aquelas que se consultam pela primeira vez, deixando o exame ginecológico para o final. Caso a paciente não queira realizar o exame ginecológico e a situação não seja uma urgência e/ou emergência, o exame poderá ser protelado para outro momento. É importante, no entanto, indagar sobre o porquê da relutância para ser examinada e esclarecer sobre a importância do exame. Independentemente da queixa principal ou do motivo da consulta, deve-se identificar o estágio do desenvolvimento puberal para as mamas e pelos, utilizando-se dos critérios de Tanner.⁽⁹⁾

Naquelas que ainda não tiveram menarca, a avaliação do *status* puberal e o exame da genitália externa são fundamentais para observar hímen e trato de saída, identificando precocemente, nesse caso, a possibilidade de uma imperfuração himenal ou outra malformação obstrutiva. Outras situações observadas no exame genital são os septos de hímen, cuja presença pode dificultar a inserção de absorventes internos ou mesmo causar desconforto e sangramento mais intenso na primeira relação. A presença da hipertrofia dos pequenos lábios pode ser motivo de dúvidas e às vezes de desconforto para as adolescentes.⁽⁵⁻⁷⁾

Nas adolescentes sexualmente ativas, o exame ginecológico não difere do da mulher adulta e a importância da sua realização deve ser enfatizada. Nas que mantêm vida sexual em sigilo, poderão ocorrer algumas dificuldades com relação à solicitação dos exames complementares, seja por impossibilidade de arcar com o custo

ou ainda pelo sigilo do motivo da consulta. É importante saber da adolescente sobre quem vai levar o material ao laboratório; se ela irá acompanhada ou não para a realização dos exames complementares; quem irá buscar os resultados; enfim, cuidados necessários para evitar a quebra inadvertida de sigilo.⁽¹¹⁾

Todos os dados coletados na anamnese e exame físico devem ser registrados. As informações que julgarmos privativas da paciente, principalmente sobre a prática de atividade sexual, devem ser destacadas no registro para evitar uma quebra inoportuna de sigilo em conversa com o(s) responsável(eis).

Nas consultas subsequentes, recomenda-se sempre indagar às adolescentes – tanto para as que não haviam ainda se iniciado sexualmente em consultas anteriores quanto para as que mantinham o ato em segredo – se essas condições ainda se mantêm.

CONCLUSÃO

Conquistar a confiança da adolescente é um dos maiores desafios da consulta ginecológica. Estabelecer uma relação médico-paciente além do limite técnico, sustentada na confiança, criará a oportunidade para a exposição e orientações necessárias sobre os aspectos da saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva: WHO; 1986. (Technical Report Series, 731).
2. Brasil. Leis e Decretos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Brasília (DF): Presidência da República; 1990.
3. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. 2002 Jan 11.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 24 set. 2009; (183, seção 1):90-2. Retificações em: Diário Oficial da União. 2009 Out 13;(195, seç 1):173. Disponível em: <http://www.in.gov.br>.
5. Magalhães ML. Consulta ginecológica na recém-nascida – infância – adolescência. In: Magalhães ML, Reis JT. Ginecologia infanto-juvenil. Rio de Janeiro: Medbook; 2007. p. 51-66.
6. Emans SJ. Avaliação ambulatorial de crianças e adolescentes. In: Eman SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Ginecologia na infância e adolescência. São Paulo: Roca; 2008. p. 1-38.
7. Rosa e Silva AC. Semiologia ginecológica na infância e adolescência. In: Reis RM, Junqueira FRR, Rosa e Silva ACJS. Ginecologia da infância e adolescência. São Paulo: Artmed; 2012. p. 35-46.
8. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente. Rev Paul Pediatr. 1999;17(2):95-7.
9. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969;44(235):291-303.
10. Gomes VL, Fonseca AD, Oliveira DC, Silva CD, Acosta DF, Pereira FW. Representações de adolescentes acerca da consulta ginecológica. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(3):438-45.
11. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Aspectos éticos-legais do atendimento a adolescente. São Paulo: Febrasgo; 2010. (Manual de Orientação Infanto-Puberal)

Sexualidade na adolescente

Lucia Alves da Silva Lara¹

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

Como citar:

Lara LA. Sexualidade na adolescente. In: Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. Cap. 3, p. 17-35. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

Descritores

Sexualidade; Adolescente; Saúde sexual; Adolescência

RESUMO

A sexualidade é um conceito multidimensional e compreende vários aspectos incluindo o amor, as relações interpessoais, o comportamento, as relações sexuais, o afeto, entre outros. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade. A construção da sexualidade de uma pessoa inicia mesmo antes de ela nascer, com as expectativas dos pais sobre o que será a criança, e vai influenciar a construção da sexualidade desde a infância até a adolescência. Nesse processo, tem também grande relevância o período que a criança e a adolescente vive na escola, que irá influenciar a construção do comportamento social e sexual da pessoa. A contribuição positiva dos pais e do ambiente escolar é fundamental para a prevenção das relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros e iniciação sexual sem método anticoncepcional, que tem como consequência as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada/indesejada. Os programas de educação sexual nas escolas e a intervenção oportuna do Ginecologista e Obstetra (GO) são fundamentais e efetivos para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

INTRODUÇÃO

O termo “sexualidade” é utilizado como sinônimo de expressão sexual mesmo pelos profissionais de saúde, o que dificulta o desenvolvimento do espectro de cuidados requeridos por essa temática. A sexualidade é um conceito multidimensional e compreende vários aspectos, incluindo o amor, as relações interpessoais, o comportamento social, as relações sexuais, o afeto, a feminilidade, a masculinidade e questões de gênero. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a sexualidade é uma energia que motiva a busca do amor, o contato e a intimidade, e se expressa na forma de sentir e na maneira como as pessoas interagem.⁽¹⁾ Dessa forma, cada aspecto da sexualidade abrange uma área do conhecimento e demanda cuidados específicos em saúde. Sendo assim, a abordagem da sexualidade é multidisciplinar e interdisciplinar, inicia-se com a educação sexual (ES) e termina com intervenções médicas e psíquicas.

A construção da sexualidade de uma pessoa começa mesmo antes de ela nascer mediante as expectativas dos pais sobre o que será a criança, bem como a influência que eles exercem sobre a construção da sexualidade dela, ao nascer.⁽²⁾ Uma característica fundamental da sexualidade é a afetividade, que é determinante para a qualidade das relações interpessoais no ambiente profissional, na amizade, no amor e no sexo.⁽³⁻⁵⁾ Assim, a vivência saudável da sexualidade irá depender de como foram elaborados os estímulos que a menina recebeu do seu ambiente, que podem ter sido afetivos, negligentes, neutros ou violentos.⁽⁶⁾ Este texto visa discutir os aspectos da formação da sexualidade das adolescentes, com ênfase

no comportamento sexual e nos cuidados à saúde sexual dessa população.

MÉTODOS

Este texto é o resultado de uma ampla revisão da literatura, em busca de evidências sobre a construção da sexualidade na infância e na adolescência e sobre o comportamento sexual infantil, bem como sobre as práticas sexuais na adolescência. A busca foi realizada no banco de dados do PubMed, no Google – *Indexed Scientific Literature* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL) (<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>), e englobou ensaios clínicos de fases II, III e IV, estudos casos-controle, multicêntricos ou não, randomizados ou não, metanálises e revisões sistemáticas, que apresentassem como desfecho primário ou secundário dados sobre o comportamento sexual na infância e na adolescência. Consensos nacionais e internacionais e relatórios da OMS sobre comportamento sexual na infância e na adolescência, foram considerados para leitura. As bases de informações secundárias (revisões, opiniões de especialistas, editoriais, protocolos) foram consultadas para as recomendações baseadas em opiniões sem evidências disponíveis na literatura. Não houve limite inferior de data de publicação e foram incluídos estudos em humanos publicados até setembro de 2018.

ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE

A construção da sexualidade da adolescente irá balizar o seu comportamento sexual e é determinada por estímulo

los que ela recebe desde o nascimento, vindos dos pais, da família e da sociedade.^(7,8) Em geral, esses estímulos são predeterminados pelas normas sociais que visam reafirmar o sexo biológico da criança. Nesse sentido, as meninas são estimuladas para os brinquedos e brincadeiras prefixadas como femininas e, constitucionalmente, elas são mais atraídas por brinquedos e brincadeiras mais estáticas, ao passo que os meninos preferem brincadeiras com mais ação e brinquedos que se movimentam.⁽⁹⁾ Essas preferências parecem fazer parte de características geneticamente herdadas, que são moduladas pela ação dos esteroides sexuais no sistema nervoso central (SNC) no processo do neurodesenvolvimento, que definem habilidades e características psíquicas individuais que influenciam o comportamento.⁽¹⁰⁾ De fato, a testosterona tem papel importante no neurodesenvolvimento e, potencialmente, esse hormônio influencia as diferenças de comportamento entre meninos e meninas.⁽¹¹⁾

O interesse das crianças por questões sexuais começa por volta dos 3 anos de idade e coincide com o aumento gradual dos androgênios e, paralelamente, há um incremento nos comportamentos sexuais compartilhados com outras crianças.⁽¹²⁾ Já na puberdade, as mudanças hormonais ocorridas nessa fase promovem profundas modificações físicas e psíquicas que influenciam o comportamento social e sexual de meninas e meninos.⁽¹³⁾ Sob a ação dos esteroides sexuais, o aparelho genital evolui e ocorrem modificações estruturais e funcionais em áreas cerebrais (área pré-óptica e amígdala) envolvidas no comportamento sexual,^(14,15) aumentando o interesse impulsivo pelo sexo, que impele a adolescente para a interação sexual.

O impulso sexual pode ser modulado pela educação sexual que a adolescente recebe dos pais e no ambiente escolar, e por fatores socioculturais, educacionais e econômicos, que influenciam o comportamento sexual da adolescente.^(7,8) Isso implica que a expressão sexual saudável da menina dependerá do sentido que ela deu às suas experiências positivas e negativas, na interação com os outros e com o seu meio ambiente, desde a infância.⁽¹⁶⁾ Sendo assim, a qualidade do cuidado que a pessoa recebeu na infância refletirá na maneira dela se relacionar com os outros⁽¹⁷⁾ e na expressão sexual dela na adolescência e na vida adulta.⁽¹⁸⁾

A adolescência é um período de contestação e oposição aos dogmas sociais, aos costumes e aos métodos educativos tradicionais da família,⁽¹⁹⁾ que estimulam a abstinência sexual. No entanto, a adolescente vivencia as tendências do seu grupo em relação aos hábitos, ao comportamento social e sexual,⁽²⁰⁾ e tende para a iniciação sexual motivada pelas amigas e cedendo à pressão da parceria.⁽²¹⁾ Além disso, algumas condições adversas vivenciadas pela menina, como violência física e sexual na infância, uso de álcool e de substâncias ilícitas, lares conflituosos, pais negligentes ou separados,⁽²²⁾ são condições que fomentam a iniciação sexual precoce.

COMPORTAMENTO SEXUAL DA INFÂNCIA À ADOLESCÊNCIA

A frequência e o tipo de comportamento sexual da criança são difíceis de serem estimados, porque nem sempre são presenciados pelos adultos.⁽²³⁾ A masturbação é a manifestação sexual mais precoce, pode ser identificada em crianças com meses de idade⁽²⁴⁾ e ocorre ao longo da vida. Os comportamentos sexuais compartilhados com outras crianças do sexo oposto ou do mesmo sexo aumentam em torno dos 3 anos de idade,⁽¹²⁾ são conhecidos como “brincadeiras sexuais” e são considerados normais, desde que sejam diversificados em frequência e nas práticas, sendo os mais comuns a masturbação, olhar a genitália do outro e o envolvimento oportuno em brincadeiras sexuais com outras crianças, entre outros.⁽²⁵⁾

As brincadeiras sexuais aumentam gradativamente com a aproximação da puberdade,⁽²⁶⁾ fazem parte do desenvolvimento adequado da criança e contribuem para o despertar para a expressão sexual, porém, se ocorrerem sob coerção de outra criança, o que não é incomum,^(27,28) podem gerar problemas sexuais na vida adulta.

Os comportamentos sexuais de crianças podem incomodar os adultos⁽²⁹⁾ que os dimensionam na perspectiva do tabu que permeia as vivências sexuais deles. Mas apenas os comportamentos sexuais repetitivos em crianças, como a masturbação excessiva,⁽³⁰⁾ são dignos de preocupação, porque podem refletir um quadro de patologia psíquica como depressão e ansiedade,⁽³¹⁾ ou desvio de conduta da criança, conseqüente a exposição à violência doméstica, negligência dos pais e cuidadores, e abuso sexual, entre outros.⁽³²⁾ Assim, o comportamento sexual infantil patológico precisa ser investigado por profissionais competentes. O quadro 1 evidencia importantes conceitos sobre a sexualidade na infância que influenciará o comportamento sexual na adolescência.

Já na adolescência as vivências sexuais ocorrem por meio das relações homoafetivas, heteroafetivas, ambas, ou diferentes, que podem ser transitórias ou permanentes.⁽³⁸⁾ Os relacionamentos homoafetivos experimentais são comuns nessa fase e podem gerar incertezas para a adolescente em relação a sua orientação sexual.⁽³⁹⁾ Devido a isso, os conflitos internos podem surgir e aumentam o risco de ansiedade e depressão, distorção da autoimagem e rebaixamento da autoestima.^(40,41)

A escola é um local onde os adolescentes se agrupam para trocar informações sobre sexo, para compartilhar suas experiências sexuais e para agregar razões a favor da iniciação sexual.⁽⁴²⁾ O comportamento da adolescente, social, sexual e em relação aos hábitos está associado ao comportamento do grupo a que ela pertence, assim como pela influência das amigas e de seu parceiro.⁽²¹⁾

A iniciação sexual da adolescente tem ocorrido cada vez mais precocemente. A OMS considera iniciação sexual precoce a ocorrência de relações sexuais pênis-vagina com idade ≤ 15 anos.⁽⁴³⁾ Entretanto, uma

Quadro 1. Aspectos do comportamento sexual da criança

As explorações sexuais lúdicas (brincadeiras sexuais) de crianças presenciadas pelo adulto não devem ser ativamente reprimidas para não levar ao constrangimento da criança. ⁽³³⁾ Em geral, as crianças retomam as brincadeiras, casualmente.
Comportamento sexual repetitivo em criança é anormal e requer investigação, para afastar violência física, emocional e sexual, depressão, violência sexual ou hipersexualidade decorrentes de negligência de cuidados à criança e exposição a vivências sexuais dos adultos. ⁽³⁴⁾
Responder estritamente à pergunta da criança sobre questões como “como eu nasci”? Resposta sugerida: “de parto normal”. Depois de algum tempo ela irá perguntar: “como é parto normal?”. Resposta sugerida: “é o parto vaginal”.
A exposição não intencional da criança à nudez de adultos em situações rotineiras como no banho e troca de roupa não causa nenhum efeito no comportamento sexual das crianças. ⁽³⁵⁾
A exposição mesmo acidental de crianças às relações sexuais de adultos pode motivá-las a se engajarem em práticas sexuais compartilhadas com manipulação da genitália e simulação da relação sexual presenciada. ⁽³³⁾
A erotização da criança tem relação direta com o nível de erotização na família e poderá influenciar o seu comportamento nas relações interpessoais futuras. ⁽³⁶⁾
O abuso sexual é, sistematicamente, diagnosticado pela história clínica ou pela modificação do comportamento da criança, ou ainda por sintomas urogenitais recorrentes. ⁽³⁷⁾

revisão recente evidenciou o benefício de postergar a iniciação sexual para os 16 anos,⁽⁴⁴⁾ porque as meninas que iniciam relações sexuais precocemente tendem a iniciar a vida sexual sem utilizar método anticoncepcional eficaz⁽⁴⁵⁾ e usam menos o preservativo nas relações subsequentes.⁽⁴⁶⁾ Assim, aumenta a prevalência da gravidez indesejada e não planejada na adolescência e também aumentam os comportamentos de risco (múltiplos parceiros, abuso de álcool e de substâncias ilícitas), o que interfere no desenvolvimento psíquico, educacional, emocional e social da adolescente.^(47,48) Vale lembrar também que as meninas filhas de pais adolescentes têm maior predisposição para engravidarem na adolescência, replicando o comportamento sexual dos pais.^(49,50) O quadro 2 evidencia vários fatores que influenciam o comportamento sexual na adolescência.

SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A depressão na adolescência é uma condição comum, porém nem sempre diagnosticada. A incidência é maior em meninas, aumenta acentuadamente após a puberdade e, no final da adolescência, a taxa de prevalência de um ano excede 4%.⁽⁵¹⁾ A depressão na adolescência está associada ao aumento do risco para o suicídio e deve ser suspeitada sempre que há história familiar de depressão e exposição ao estresse psicossocial. Além da

Quadro 2. Fatores que favorecem a iniciação sexual precoce

BIOLÓGICO:
<ul style="list-style-type: none"> • Impulso sexual associado à elevação dos androgênios no período puberal
PSÍQUICOS, EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS:
<ul style="list-style-type: none"> • Pressão do parceiro para aumentar a intimidade e iniciar as relações sexuais • Baixa autoestima e insegurança • Violência sexual (abuso sexual) • Uso de drogas e álcool
AMBIENTAIS:
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa condição socioeconômica • Ser filha de mãe adolescente • Falta de monitoramento dos pais • Pais separados • Pais negligentes • Lares conflituosos • Conflito dos pais e com os pais • Viver com apenas um dos pais • Baixo nível escolar • Estímulo sexual precoce na mídia
DEFICIÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DO ADOLESCENTE:
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de programas de educação sexual na escola • Desconhecimento do adolescente sobre ISTs/HIV • Influência do meio; amigas que iniciaram a vida sexual

ISTs: infecções sexualmente transmissíveis; HIV: vírus da imunodeficiência humana.

suspeita clínica, o diagnóstico de depressão pode ser acessado por meio de instrumento psicométrico validado para o português brasileiro. O quadro 3 evidencia o Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 (versão da PHQ-9), que é um instrumento breve que reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos do tipo Likert: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor ≥ 10 .⁽⁵²⁾

MEDIDAS DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DA ADOLESCÊNCIA POLÍTICAS PÚBLICAS

Os agravos à saúde sexual e geral das adolescentes relacionados com a iniciação sexual precoce indicam que a prevenção é o foco central do cuidado à sexualidade da adolescente. A prevenção da iniciação sexual precoce envolve medidas que possam reduzir a motivação delas para iniciar as relações sexuais (Quadro 2). As mudanças hormonais na puberdade constituem a força natural que impele a menina para a busca por intimidade e prazer sexual, e não são controladas por proibições ou conselhos para postergar a iniciação sexual. São necessárias políticas públicas com programas de educação sexual nas escolas, que

Quadro 3. Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 (versão da PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.
 () Nenhuma dificuldade () Alguma dificuldade () Muita dificuldade () Extrema dificuldade

Fonte: Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.⁽⁵⁰⁾ de Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.⁽⁵¹⁾

já demonstraram eficácia para prevenir a iniciação sexual precoce e o comportamento sexual de risco subsequente,⁽⁵³⁾ bem como para prevenir os agravos relacionados com as práticas sexuais na adolescência.⁽⁵⁴⁾ Esses programas devem tratar sobre a importância da religiosidade e do monitoramento dos pais,⁽⁵⁵⁾ mas precisam dar ênfase na importância da educação sexual nas escolas (ESE)⁽⁵⁶⁾ oferecida pelos professores, que precisam ser capacitados para isso. As orientações sobre saúde sexual e reprodutiva pelos educadores e por profissionais de saúde⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾ constituem fatores de proteção contra a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco na adolescência.

É fundamental atentar para o fato de que a ESE é mais efetiva para prevenir a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, sexo casual e relações sexuais desprotegidas quando instituída mais cedo para alunos do 5º e 6º ano.⁽⁶⁰⁾ Esses programas precisam ser desenhados com diferentes níveis de informação, para reforçar, sequencialmente, as medidas preventivas, porque as intervenções isoladas e pontuais não são efetivas.⁽¹⁸⁾ A educação sexual oferecida pelos pais⁽⁷⁾ e o monitoramento deles⁽⁶¹⁾ contribuem para postergar a iniciação sexual, portanto os pais precisam ser inseridos nos programas de ESE.

Os programas mais efetivos para retardar a iniciação sexual pênis-vagina são os que oferecem treinamento

para autocontrole e negociação diante de situações de risco, aprimoramento da comunicação dos adolescentes por meio de grupos de discussão interativa e técnicas de encenação (*role play*). As ações nas escolas que visaram apenas à abstinência foram efetivas para reduzir em 15% o risco de iniciação sexual precoce.⁽⁶²⁾ Os programas que vincularam as ações nas escolas com serviços de saúde reprodutiva e ações comunitárias são os que mais favoreceram a redução das taxas de gravidez na adolescência.^(63,64)

PAPEL DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA (GO)

O papel do GO é crucial na prevenção da gravidez indesejada/não planejada, ISTs, depressão, arrependimentos, entre outros, relacionados com a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco da adolescente. O Ministério da Saúde reserva ao médico o direito de atender a adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis, se ela assim o desejar,⁽⁶⁵⁾ o que torna mais fácil a conversa sobre as questões sexuais. Para isso, é necessário que o GO siga um roteiro de abordagem baseado em evidências (Quadro 2) e poderá contar com a presença de uma assistente, a fim de se precaver de problemas judiciais. Vale lembrar que o exame ginecológico, quando necessário, precisa ser com o consentimento da menina e com a presença de uma assistente ou da mãe.

Com frequência, o GO é consultado sobre o comportamento sexual de crianças, sendo essa uma janela de oportunidade para oferecer medidas para a promoção da sexualidade saudável da criança, que poderá impactar positivamente na expressão da sexualidade dela na adolescência. As medidas propostas estão elencadas no quadro 4.

As orientações do GO para as adolescentes constam de esclarecimentos sobre a vivência sexual saudável e prazerosa. É importante informar que a satisfação sexual plena demanda maturidade e relações interpessoais afetivas e que, para a mulher, a satisfação sexual não está diretamente vinculada à sua capacidade de ter orgasmo. Esclarecer que o orgasmo pode ocorrer com mais facilidade com o estímulo direto no clitóris, sendo menos comum ocorrer com o estímulo indireto da relação pênis-vagina.⁽⁶⁸⁾

Aos pais, o GO deve esclarecer que a participação deles é fundamental para mediar os efeitos ambientais no comportamento geral e sexual da adolescente.⁽⁶⁹⁾ Os pais devem ser informados sobre o efeito protetor da relação harmoniosa entre eles e com a filha para reduzir os comportamentos sexuais de risco e para postergar a idade da primeira relação sexual.⁽⁷⁰⁾

O quadro 5 elenca algumas medidas educativas para a promoção da sexualidade saudável que o GO pode oferecer aos pais e cuidadores e à adolescente.

CONCLUSÃO

A sexualidade é um conceito multidimensional que inclui as relações interpessoais, o comportamento, as relações sexuais e o afeto. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade. Os pais e o ambiente escolar são fundamentais para a construção da sexualidade da adolescente. A educação sexual nas escolas é essencial para a prevenção dos comportamentos sexuais de risco da adolescente e contribui para a redução das taxas de gravidez não planejada/indesejada nessa fase. A interven-

ção oportuna do GO é efetiva para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO; 1975. (Report of a WHO Meeting Ser. T. Rep: 5-33).
2. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006. (Sexual Health Documents Series, 30).
3. Lovallo WR, Farag NH, Sorocco KH, Acheson A, Cohoon AJ, Vincent AS. Early life adversity contributes to impaired cognition and impulsive behavior: studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(4):616-23.
4. Ellis BJ, Schlomer GL, Tilley EH, Butler EA. Impact of fathers on risky sexual behavior in daughters: a genetically and environmentally controlled sibling study. *Dev Psychopathol*. 2012;24(1):317-32.
5. Stephenson R, Simon C, Fineran C. Community factors shaping early age at first sex among adolescents in Burkina Faso, Ghana, Malawi, and Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2014;32(2):161-75.
6. van de Bongardt D, Reitz E, Sandfort T, Deković M. A meta-analysis of the relations between three types of peer norms and adolescent sexual behavior. *Pers Soc Psychol Rev*. 2015;19(3):203-34.
7. Barman-Adhikari A, Cederbaum J, Sathoff C, Toro R. Direct and indirect effects of maternal and peer influences on sexual intention among urban African American and Hispanic females. *Child Adolesc Social Work J*. 2014;31(6):559-75.
8. Morón-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):179-84.
9. Collaer ML, Hines M. Human behavioral sex differences: a role for gonadal hormones during early development?. *Psychol Bull*. 1995;118(1):55-107. Review.
10. Chen C, Decety J, Huang PC, Chen CY, Cheng Y. Testosterone administration in females modulates moral judgment and patterns of brain activation and functional connectivity. *Hum Brain Mapp*. 2016;37(10):3417-30.
11. Berenbaum SA, Bryk KL, Beltz AM. Early androgen effects on spatial and mechanical abilities: evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Behav Neurosci*. 2012;126(1):86-96.
12. Palmert MR, Hayden DL, Mansfield MJ, Crigler JF Jr, Crowley WF Jr, Chandler DW, et al. The longitudinal study of adrenal maturation during gonadal suppression: evidence that adrenarche is a gradual process. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(9):4536-42.

Quadro 4. Medidas educativas sobre sexualidade na infância

Medidas educativas	Evidência
Responder ao questionamento da criança sobre questões sexuais sem informações adicionais, aguardando que a criança manifeste sua curiosidade.	Se o tema não surge espontaneamente, utilizar situações como nascimento de um bebê na família ou de um animal para estimular o tema. ⁽⁶⁶⁾
Não utilizar codinomes para a genitália feminina e masculina.	Utilizar nomes próprios: pênis e vulva/vagina. ⁽⁶⁶⁾
Presenciar com naturalidade as atividades sexuais lúdicas, individuais ou compartilhadas da criança, sem fazer comentários repressivos.	A curiosidade sexual e explorações sexuais lúdicas seriam benéficas se não fossem ativamente reprimidas, ⁽³³⁾ o que gera culpa na criança.
Buscar ajuda profissional para atividade sexual repetitiva da criança.	Comportamento sexual repetitivo em crianças pode refletir a negligência ou violência e alterações psíquicas como depressão e ansiedade. ⁽³¹⁾
Atentar para a mudança de comportamento da criança como fobias, masturbação excessiva, medo de ir à escola, medo de ficar sozinha.	Alterações emocionais e psíquicas e hipersexualidade são comuns em crianças vítimas de abuso sexual, ⁽⁶⁷⁾ violência doméstica ou negligência.

Quadro 5. Medidas educativas sobre sexualidade da adolescente

1 Esclarecer que o sexo é fonte lícita de prazer para ser vivenciada por meio do autoerotismo ou do compartilhamento com outra pessoa. ^(44,71)	7 Intermediar a discussão entre pais e adolescente sobre temas sexuais. ⁽⁷⁷⁾ Em geral, as adolescentes preferem a mãe para obter informações sobre sexo.	13 Informar sobre o risco potencial de adição a drogas e álcool nessa fase.
2 Esclarecer sobre a anatomia da genitália, medidas higiênicas, tipos de hímen, possibilidade de dor e sangramento na primeira relação e fases da resposta sexual, desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual que podem ser alteradas por vários fatores biológicos, psíquicos e relacionais. ⁽⁷²⁾	8 Orientar os pais sobre não restringir a iniciação sexual para adolescentes com desenvolvimento psicoemocional e cognitivo adequado. Essas adolescentes têm potencial para fazer escolhas conscientes se forem devidamente informadas. ⁽⁷⁸⁾ A restrição da vivência sexual para essas adolescentes estimula a iniciação sexual precoce. ⁽⁷⁹⁾	14 Informar a adolescente sobre riscos dos relacionamentos sexuais transitórios com múltiplos parceiros, ⁽⁸⁰⁾ que estão associados ao aumento da incidência de lesões precursoras do câncer do colo uterino.
3 Informar que o orgasmo nem sempre ocorre, espontaneamente, nas relações sexuais pênis-vagina ⁽⁷³⁾ e que 20% a 36% das mulheres conseguem orgasmo na penetração, ⁽⁷⁴⁾ mas a maioria delas consegue com a masturbação. ⁽⁷⁵⁾	9 Informar aos pais que a relação assertiva e colaborativa com a adolescente favorece o adiamento da sexarca. ⁽⁷⁰⁾	15 Detalhar sobre o uso correto do preservativo e de método anticoncepcional eficaz. A iniciação precoce do anticoncepcional está associada à maior adesão ao método. ⁽⁸¹⁾
4 Informar que o autoerotismo (masturbação) é uma prática comum e natural, como fonte de prazer sexual e importante para a mulher aprender a ter orgasmo. ⁽⁷⁵⁾	10 Informar aos pais sobre a importância do monitoramento da adolescente (conhecer com quem a menina se relaciona, lugares que frequenta, discutir ISTs/AIDS) para reduzir comportamentos de risco. ⁽⁶⁶⁾	16 Estimular o uso do preservativo e prescrever um método anticoncepcional eficaz, lembrando que as pílulas sem intervalo e os métodos reversíveis de longa duração (<i>long-acting reversible contraceptives</i> – LARC) são os mais efetivos para evitar gravidez precoce e recorrência de gravidez na adolescência. ⁽⁸²⁾
5 Informar que é importante postergar a relação sexual para os 16 anos ou mais para prevenir problemas de saúde física e mental para a adolescente. ⁽⁴⁴⁾	11 Alertar a adolescente sobre a pressão de amigas e do namorado, bem como da influência da mídia para a iniciação sexual. Reforçar a importância de ela mesma decidir o melhor momento para iniciar a vida sexual. ⁽⁶⁶⁾	17 Informar sobre a segurança dos anticoncepcionais hormonais. Lembrar que o anticoncepcional combinado não afeta a estatura e o peso corporal. ⁽⁸³⁾
6 Informar sobre contágio das ISTs/HIV. O conhecimento sobre essas doenças contribui para postergar a sexarca e reduzir o sexo desprotegido. ⁽⁷⁶⁾	12 Informar aos pais e adolescentes que os relacionamentos homoafetivos podem ocorrer de maneira transitória na adolescência.	18 Orientar vacinas para HPV, hepatite B e outros.

ISTs: infecções sexualmente transmissíveis; HIV: vírus da imunodeficiência humana; HPV: papilomavírus humano.

13. Caruso S, Agnello C, Malandrino C, Lo Presti L, Cicero C, Cianci S. Do hormones influence women's sex? Sexual activity over the menstrual cycle. *J Sex Med.* 2014;11(1):211-21.

14. Herting MM, Gautam P, Spielberg JM, Kan E, Dahl RE, Sowell ER. The role of testosterone and estradiol in brain volume changes across adolescence: a longitudinal structural MRI study. *Hum Brain Mapp.* 2014;35(11):5633-45.

15. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain IM. Developmental change in regional brain structure over 7 months in early adolescence: comparison of approaches for longitudinal atlas-based parcellation. *Neuroimage.* 2011;57(1):214-24.

16. Seehuus M, Clifton J, Rellini AH. The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1595-608.

17. Diaz-Aguado MJ, Martinez R, Martinez R. Types of adolescent male dating violence against women, self-esteem, and justification of dominance and aggression. *J Interpers Violence.* 2015;30(15):2636-58.

18. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health.* 2015;56(1 Suppl):S42-50.

19. Harden KP. Genetic influences on adolescent sexual behavior: why genes matter for environmentally oriented researchers. *Psychol Bull.* 2014;140(2):434-65.

20. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet.* 2012;379(9826):1564-7.

21. Mathews C, Aarø LE, Flisher AJ, Mukoma W, Wubs AG, Schaalma H. Predictors of early first sexual intercourse among adolescents in Cape Town, South Africa. *Health Educ Res.* 2009;24(1):1-10.

22. Brown MJ, Masho SW, Perera RA, Mezuk B, Cohen SA. Sex and sexual orientation disparities in adverse childhood experiences and early age at sexual debut in the United States: results from a nationally representative sample. *Child Abuse Negl.* 2015;46:89-102.

23. Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior – a comparison. *Child Abuse Negl.* 2002;26(3):247-66.

24. Rödöö P, Hellberg D. Girls who masturbate in early infancy: diagnostics, natural course and a long-term follow-up. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):762-6.
25. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics.* 1998;101(4):E9.
26. Thigpen JW. Early sexual behavior in a sample of low-income, African American Children. *J Sex Res.* 2009;46(1):67-79.
27. Lamb S, Coakley M. "Normal" childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse Negl.* 1993;17(4):515-26.
28. Larsson I, Svedin CG. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav.* 2002;31(3):263-73.
29. Gagnon JH. Attitudes and responses of parents to pre-adolescent masturbation. *Arch Sex Behav.* 1985;14(5):451-66.
30. Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics.* 2005;116(6):1427-32.
31. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *Am J Psychiatry.* 2012;169(11):1157-64.
32. Hong JS, Tillman R, Luby JL. Disruptive behavior in preschool children: distinguishing normal misbehavior from markers of current and later childhood conduct disorder. *J Pediatr.* 2015;166(3):723-30.e1
33. Josephs L. How children learn about sex: a cross-species and cross-cultural analysis. *Arch Sex Behav.* 2015;44(4):1059-69.
34. Jaschek G, Carter-Pokras O, He X, Lee S, Canino G. Association of child maltreatment and depressive symptoms among Puerto Rican youth. *Child Abuse Negl.* 2016;58:63-71.
35. Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experiences regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Arch Sex Behav.* 1988;17(4):349-62.
36. Izdebska A, Beisert MJ, Roszyk A. The early childhood sexual experiences and collusion in adult partner relationship. *Psychiatr Pol.* 2015;49(3):625-36.
37. Krajewski W, Wojciechowska J, Krefft M, Hirnle L, Kotodziej A. Urogenital tract disorders in children suspected of being sexually abused. *Cent European J Urol.* 2016;69(1):112-7.
38. Charlton BM, Corliss HL, Spiegelman D, Williams K, Austin SB. Changes in reported sexual orientation following US States recognition of same-sex couples. *Am J Public Health.* 2016;106(12):2202-4.
39. Suchert V, Hanewinkel R, Isensee B. Screen time, weight status and the self-concept of physical attractiveness in adolescents. *J Adolesc.* 2016;48:11-7.
40. Mereish EH, Poteat VP. A relational model of sexual minority mental and physical health: the negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J Couns Psychol.* 2015;62(3):425-37.
41. Woodford MR, Kulick A, Sinco BR, Hong JS. Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBQ students: the mediating role of self-acceptance. *Am J Orthopsychiatry.* 2014;84(5):519-29.
42. Lam D, Marteleto LJ, Ranchhod V. The influence of older classmates on adolescent sexual behavior in Cape Town, South Africa. *Stud Fam Plann.* 2013;44(2):147-67.
43. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 Survey. Hbsc International Report from the 2005/2006 Survey. C. A. A. H. R. U. (Cahru). Scotland: World Health Organization; 2008.
44. Lara LA, Abdo CH. Age at initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(5):417-23.
45. Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics.* 2013;131(5):886-91.
46. Kalolo A, Kibusi SM. The influence of perceived behaviour control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reprod Health.* 2015;12(1):105.
47. Donovan P. *The Politics of Blame: Family planning, abortion, and the poor.* New York (NY): Alan Guttmacher Institute; 1995.
48. Institute AG. *Sex and America's teenagers.* New York (NY): Alan Guttmacher Institute; 1994.
49. Newcomer SF, Udry JR. Parent-child communication and adolescent sexual behavior. *Fam Plann Perspect.* 1985;17(4):169-74.
50. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet.* 2012;379(9820):1056-67.
51. de Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care.* 2009;45(3):216-27.
52. Sipsma H, Biello KB, Cole-Lewis H, Kershaw T. Like father, like son: the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *Am J Public Health.* 2010;100(3):517-24.
53. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet.* 2016;387(10036):2423-78.
54. Kalamar AM, Bayer AM, Hindin MJ. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV, among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health.* 2016;59(3 Suppl):S22-31.
55. Okigbo CC, Kabiru CW, Mumah JN, Mojola SA, Beguy D. Influence of parental factors on adolescents' transition to first sexual intercourse in Nairobi, Kenya: a longitudinal study. *Reprod Health.* 2015;12(1):73.
56. Oliveira-Campos M, Giatti L, Malta D, Barreto SM. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. *Ann Epidemiol.* 2013;23(10):629-35.
57. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health.* 2000;26(1):42-8.
58. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health.* 2010;47(6):582-90.
59. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health.* 2014;14(1):770.
60. Frost JJ, Forrest JD. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect.* 1995;27(5):188-95.
61. Sieverding JA, Adler N, Witt S, Ellen J. The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(8):724-9.
62. Jemmott JB 3rd, Jemmott LS, Fong GT. Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(2):152-9.
63. Zabin LS, Hirsch MB, Streett R, Emerson MR, Smith M, Hardy JB, et al. The Baltimore pregnancy prevention program for urban teenagers. I. How did it work? *Fam Plann Perspect.* 1988;20(4):182-7.
64. Paine-Andrews A, Harris KJ, Fisher JL, Lewis RK, Williams EL, Fawcett SB, et al. Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities. *Fam Plann Perspect.* 1999;31(4):182-9.
65. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

66. Breuner CC, Mattson G; Committee on Adolescence; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2). pii: e20161348.
67. Sowmya BT, Seshadri SP, Srinath S, Girimaji S, Sagar JV. Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India. *Asian J Psychiatr*. 2016;19:44-9.
68. Lopes G, Maia M. Conversando com o adolescente sobre sexo. Quem vai responder? Rio de Janeiro: Autêntica Editora; 2001.
69. Collier KM, Coyne SM, Rasmussen EE, Hawkins AJ, Padilla-Walker LM, Erickson SE, et al. Does parental mediation of media influence child outcomes? A meta-analysis on media time, aggression, substance use, and sexual behavior. *Dev Psychol*. 2016;52(5):798-812.
70. Upadhyay UD, Hindin MJ. The influence of parents' marital relationship and women's status on children's age at first sex in Cebu, Philippines. *Stud Fam Plann*. 2007;38(3):173-86.
71. Suleiman AB, Galvan A, Harden KP, Dahl RE. Becoming a sexual being: The 'elephant in the room' of adolescent brain development. *Dev Cogn Neurosci*. 2017;25:209-20.
72. Basson R. Human sexual response. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:11-8.
73. Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers R, Nieuwenburg A, Pruim J, Reinders AA, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci*. 2006;24(11):3305-16.
74. Harris JM, Cherkas LF, Kato BS, Heiman JR, Spector TD. Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population-based study. *J Sex Med*. 2008;5(5):1177-83.
75. Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1978;4(3):177-85.
76. Markham CM, Tortolero SR, Peskin MF, Shegog R, Thiel M, Baumler ER, et al. Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health*. 2012;50(3):279-88.
77. Hyde A, Carney M, Drennan J, Butler M, Lohan M, Howlett E. The silent treatment: parents' narratives of sexuality education with young people. *Cult Health Sex*. 2010;12(4):359-71.
78. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;98(2):182-7.
79. Negy C, Velezmoro R, Reig-Ferrer A, Smith-Castro V, Livia J. Parental Influence on Their Adult Children's Sexual Values: A Multi-National Comparison Between the United States, Spain, Costa Rica, and Peru. *Arch Sex Behav*. 2016;45(2):477-89.
80. Allen CF, Edwards P, Gennari F, Francis C, Caffè S, Boisson E, et al. Evidence on delay in sexual initiation, multiple partnerships and condom use among young people: review of Caribbean HIV behavioural studies. *West Indian Med J*. 2013;62(4):292-8.
81. True K, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes. *Hum Reprod*. 2014;29(8):1651-8.
82. Kaneshiro B, Salcedo J. Contraception for Adolescents: Focusing on Long-Acting Reversible Contraceptives (LARC) to Improve Reproductive Health Outcomes. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2015;4(1):53-60.
83. Warholm L, Petersen KR, Ravn P. Combined oral contraceptives' influence on weight, body composition, height, and bone mineral density in girls younger than 18 years: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(4):245-53.

A expressão marcante da sexualidade nas adolescentes e o início da vida sexual cada vez mais precocemente

Lúcia Alves da Silva Lara¹

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

Descritores

Adolescentes; Sexarca; Educação sexual; Infecções sexualmente transmissíveis; Contraceção

A adolescência é um período marcado por impulsividade, inquietude, incertezas, experimentações e comportamento desafiador em meninos e meninas. A sexualidade é vivenciada plenamente nesse período, por meio das experiências afetivas que se consolidam com a formação de grupos afins, de laços afetivo-sexuais duradouros com parcerias, ou por experiências sexuais

nos encontros casuais.^(1,2) No início da adolescência, os esteroides sexuais promovem modificações estruturais na genitália e ativam o sistema límbico, especialmente a área pré-óptica e a amígdala, que estão envolvidas na pulsão sexual.^(3,4) O mundo mágico dos adolescentes é isento dos riscos "atribuídos" pelos adultos e vai sendo construído seguindo a lógica de suas pulsões límbicas, o que favorece os comportamentos de risco e a iniciação sexual precoce.⁽⁵⁾ A família é a base da construção da sexualidade, mas os adolescentes buscam segurança emocional nos seus pares e fidelizam suas ações ao seu grupo de convívio, que pode ser assertivo ou transgressor, sem a devida preocupação com os aspectos de prevenção.⁽⁶⁾

Os adolescentes têm iniciado a vida sexual cada vez mais precocemente e, quase sempre, sem proteção.

Segundo o estudo Brasileiro PeNSE, 1/3 dos adolescentes inicia as relações sexuais com menos de 15 anos, muitos sem proteção e sem método contraceptivo.⁽⁷⁾ Realizamos um estudo com 202 estudantes de escolas públicas com idade entre 15 e 19 anos, sendo 69 (34,2%) homens e 133 (65,8%) mulheres. A média de idade da primeira relação pênis-vagina para 63,4% das meninas foi de 14,4 (12-17) anos, e 70 (82,4%) delas não usaram qualquer método contraceptivo na primeira relação sexual. Perguntadas sobre a motivação para iniciar a vida sexual, 69 (81%) delas referiram que era simplesmente porque “estavam a fim”. Juntando isso aos altos índices de relações sexuais sem métodos anticoncepcionais, a iniciação sexual parece ter ocorrido pela força da pulsão sexual dessas meninas, sem o devido preparo de educação sexual formal e sem a adequada prestação de serviços de saúde sexual para dar oportunidade a elas de conhecer os métodos contraceptivos⁽⁸⁾ e as implicações de uma iniciação sexual precoce.

Esses dados em larga escala têm relevância social, pelo aumento da prevalência de comportamentos de risco, como abuso de álcool e substâncias ilícitas, e o aumento da violência e da delinquência, que estão associados à iniciação sexual precoce. O impacto social disso é evidente para a menina que fica limitada no seu desenvolvimento psíquico, educacional, emocional e social, e exposta a condições socioeconômicas, culturais e de saúde menos favoráveis no futuro.^(9,10)

A precocidade da iniciação sexual para os incríveis 12 a 13 anos também é citada na literatura e está relacionada com precárias condições socioculturais, sendo difícil classificar como relação consentida, podendo ter sido uma relação sexual indesejada⁽¹¹⁾ que ocorreu à revelia da autonomia da adolescente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexarca precoce é definida como a ocorrência de relações sexuais pênis-vagina com idade igual ou inferior a 15 anos.⁽¹²⁾ No caso das meninas, elas se beneficiam de uma iniciação sexual mais tardia, especialmente após os 16 anos, que está relacionada com menor comprometimento da saúde física e psíquica em relação às meninas que iniciam a vida sexual mais cedo.⁽⁶⁾ Isso porque as práticas sexuais de risco estão relacionadas com vivências sexuais em adolescentes com menos de 16 anos.⁽⁶⁾

A relação afetiva e equilibrada no ambiente familiar é fundamental para modular o comportamento social e sexual dos adolescentes.⁽¹³⁾ As meninas com relação parental de baixa qualidade tendem a se envolver em comportamento sexual de risco.⁽⁵⁾ A comunicação entre pais e filhos sobre comportamentos, sexualidade, sexo e saúde sexual é um desafio, mas, em estudos nacionais (dados não publicados) e internacionais, os pais são identificados como educadores sexuais preferenciais dos adolescentes. Os fatores facilitadores dessa comunicação estão pautados na relação assertiva deles com o adolescente e na habilidade deles em falar

diretamente sobre sexo com seus filhos. Mas nem sempre isso é simples, porque existem barreiras que dificultam essa comunicação, pois muitos pais se sentem inibidos em falar sobre saúde sexual com seus filhos, e vice-versa.⁽¹⁴⁾

A atitude de contenção/regulação assumida pelos pais diante do comportamento do adolescente favorece o distanciamento nessa relação e desfavorece a comunicação bidirecional entre eles, predispondo aos comportamentos de risco sociais e sexuais dos adolescentes.⁽¹⁵⁾ Sabe-se que a comunicação coibitiva do sexo por meio de mensagens sobre suas consequências negativas não protege os comportamentos sexuais de risco, ao passo que viver em uma família monoparental ou mista favorece esses comportamentos.⁽¹⁶⁾ Também, informações positivas sobre sexo e prevenção são efetivos para reduzir comportamentos sexuais de risco.⁽¹⁷⁾

O médico, em especial o ginecologista e obstetra (GO), tem papel fundamental nas ações que visam reduzir esses comportamentos de risco dos adolescentes para a prevenção de piores agravos como gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, depressão, arrependimentos e múltiplos parceiros, que impactam negativamente na saúde sexual e geral dos adolescentes. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) defende a participação dos GO inclusive em programas de Educação em Sexualidade, pelo amplo acesso que esse profissional tem a importantes aspectos da sexualidade da adolescente e da saúde sexual dos casais.⁽¹⁸⁾

No Brasil, o Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾ reserva ao médico o direito de atender a adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis, se ela assim o desejar, mas recomenda que o GO atenda na presença de uma assistente, a fim de se precaver de problemas judiciais. Mas o exame ginecológico, quando necessário, precisa ser feito com o consentimento da menina e com a presença de uma assistente ou da mãe.

Entretanto, há um conflito entre as diferentes legislações existentes no Brasil no que diz respeito ao atendimento de menores de idade em consultório médico, conforme apresentado no texto “Recomendações para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos” neste fascículo.

REFERÊNCIAS

1. Wamoyi J, Heise L, Meiksin R, Kyegombe N, Nyato D, Buller AM. Is transactional sex exploitative? A social norms perspective, with implications for interventions with adolescent girls and young women in Tanzania. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214366. doi: 10.1371/journal.pone.0214366
2. Amiot CE, Aubin RM. Why and how are you attached to your social group? Investigating different forms of social identification. *Br J Soc Psychol*. 2013;52(3):563-86. doi: 10.1111/bjso.12004
3. Herting MM, Gautam P, Spielberg JM, Kan E, Dahl RE, Sowell ER. The role of testosterone and estradiol in brain volume changes across adolescence: a longitudinal structural MRI study. *Hum Brain Mapp*. 2014;35(11):5633-45. doi: 10.1002/hbm.22575

4. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain IM. Developmental change in regional brain structure over 7 months in early adolescence: comparison of approaches for longitudinal atlas-based parcellation. *Neuroimage*. 2011;57(1):214-24. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.04.003
5. Ellis BJ, Schlomer GL, Tilley EH, Butler EA. Impact of fathers on risky sexual behavior in daughters: a genetically and environmentally controlled sibling study. *Dev Psychopathol*. 2012;24(1):317-32. doi: 10.1017/S095457941100085X
6. Lara LAS, Abdo CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(5):417-23. doi: 10.1016/j.jpag.2015.11.012
7. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 1:116-30. doi: 10.1590/1809-4503201400050010
8. ESHRE Capri Workshop Group. Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Hum Reprod*. 2018;33(5):777-83. doi: 10.1093/humrep/dey089
9. Donovan P. The politics of blame: family planning, abortion, and the poor. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1995.
10. The Alan Guttmacher Institute. Sex and America's teenagers. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1994.
11. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Marcell AV. Prevalence of sexual initiation before age 13 years among male adolescents and young adults in the United States. *JAMA Pediatr*. 2019 Apr 8. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0458. [Epub ahead of print]
12. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
13. Diaz-Aguado MJ, Martinez R. Types of adolescent male dating violence against women, self-esteem, and justification of dominance and aggression. *J Interpers Violence*. 2015;30(15):2636-58. doi: 10.1177/0886260514553631
14. Randolph SD, Coakley T, Shears J, Thorpe RJ Jr. African-American fathers' perspectives on facilitators and barriers to father-son sexual health communication. *Res Nurs Health*. 2017;40(3):229-36. doi: 10.1002/nur.21789
15. Flores D, Barroso J. 21st century parent-child sex communication in the United States: a process review. *J Sex Res*. 2017;54(4-5):532-48. doi: 10.1080/00224499.2016.1267693
16. Cheshire E, Kaestle CE, Miyazaki Y. The influence of parent and parent-adolescent relationship characteristics on sexual trajectories into adulthood. *Arch Sex Behav*. 2019;48(3):893-910. doi: 10.1007/s10508-018-1380-7
17. Harris AL, Sutherland MA, Hutchinson MK. Parental influences of sexual risk among urban African American adolescent males. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):141-50. doi: 10.1111/jnu.12016
18. Committee Opinion No. 678 Summary: comprehensive sexuality education. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1196-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000001764
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

Anticoncepção na adolescência

Rogério Bonassi Machado¹

1. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Como citar:

Machado RB. Anticoncepção na adolescência. In: *Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. Cap. 1, p. 1-8. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

Descritores

Anticoncepção; Adolescente; Aconselhamento; Estrogênios; Progestinas; Dispositivos intrauterinos

RESUMO

Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e a seu acesso. A idade isoladamente não contraindica qualquer método contraceptivo. Ao contrário, adolescentes têm maior número de opções contraceptivas em virtude das condições de saúde próprias da idade. As formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguidos das pílulas combinadas. Observa-se, no entanto, que os métodos que dependem do uso correto das adolescentes apresentam maior número de falhas quando comparadas a mulheres adultas. Profissionais de saúde envolvidos em medidas contraceptivas devem priorizar o aconselhamento e a capacitação para a oferta dos métodos contraceptivos para adolescentes, observando aspectos culturais e éticos nessa importante fase da vida feminina.

INTRODUÇÃO

Embora a idade isoladamente não represente contraindicações aos diferentes contraceptivos, algumas etapas da vida feminina, como adolescência, podem trazer dúvidas quanto ao método mais adequado. Nesse sentido, o conhecimento das características mais relevantes da anticoncepção nos extremos reprodutivos torna-se

fundamental no manejo prático dessa situação clínica bastante comum. Considera-se, do ponto de vista conceitual, a adolescência como o período entre o início da puberdade e a idade adulta, referindo-se, na maioria das vezes, a jovens com idade abaixo dos 18 anos.⁽¹⁾ Uma vez que as indicações e contraindicações específicas de cada método contraceptivo encontram-se bem estabelecidas por meio dos Critérios de Elegibilidade da Orga-

nização Mundial da Saúde,⁽²⁾ abordaremos neste capítulo tópicos de discussão ainda controversos envolvendo a anticoncepção para adolescentes.

QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVENDO A CONTRACEPÇÃO ENTRE ADOLESCENTES

Na adolescência, considerações especiais sobre anticoncepção relacionam-se, na maior parte das vezes, aos aspectos ético-legais envolvidos. A Constituição brasileira, no artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar livre de coerção e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990) dispõe claramente sobre questões importantes no atendimento de adolescentes que requerem métodos contraceptivos, fundamentados nos direitos de privacidade e confidencialidade.⁽³⁾ A adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendida sozinha, em espaço privado de consulta. Por sua vez, define-se confidencialidade como um acordo entre médico e paciente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser informadas a seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa da adolescente. A confidencialidade apoia-se em regras da bioética médica, por meio de princípios morais de autonomia (artigo 103 do Código de Ética Médica). Dessa forma, a adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, não havendo infração ética do profissional que assim se conduz.^(4,5) A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) junto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) elaboraram um documento no qual consta que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade.⁽⁶⁾ A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico. Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico”.⁽⁶⁾ A orientação contraceptiva envolvendo métodos de curta duração, como pílulas, geralmente é realizada sem problemas seguindo esses preceitos. Por outro lado, os métodos de longa ação (métodos intrauterinos e implantes), por necessitarem de procedimento médico para a inserção, podem suscitar dúvidas. Para esses métodos, quando indicados, a Febrasgo sugere que se pode considerar o consentimento da adolescente e do responsável, reforçando o aconselhamento contraceptivo.⁽⁷⁾

O CENÁRIO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES

Após um declínio nos últimos 15 anos, a taxa de gestação na adolescência voltou a crescer pela primeira vez em 2006 nos EUA, aumentando cerca de 3% sobre a taxa de 2005 em mulheres entre 15 e 19 anos.⁽⁸⁾ Parte disso pode ser atribuída ao fato de as formas mais populares de contracepção empregadas por adolescentes dependerem do uso correto para sua efetividade. Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e ao seu acesso, muitas vezes pelo alto custo inicial. Quando se orienta uma adolescente quanto à contracepção, há necessidade de apresentar todos os métodos disponíveis.⁽⁹⁾ Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são os preservativos e o coito interrompido, seguidos de pílulas.⁽¹⁰⁾ Somente 3,6% das mulheres entre 15 e 19 anos usam métodos intrauterinos.⁽¹⁰⁾ Estudos evidenciaram que as taxas de continuidade e satisfação com o método contraceptivo são maiores quando a decisão é da paciente. As mulheres preferem decidir de forma autônoma, com menos influência do profissional de saúde, sobre seu método contraceptivo, após um adequado aconselhamento.⁽¹⁰⁻¹⁹⁾ O Projeto CHOICE mostrou que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14 a 19 anos de idade), comparadas às mulheres adultas (>25 anos de idade).⁽⁸⁾ Nesse sentido, estudos envolvendo contraceptivos orais combinados também mostraram menor continuidade e índice de falha em adolescentes.⁽²⁰⁻²²⁾ Entretanto, pode-se demonstrar que as pílulas com drospirenona em regime de 24 dias foram mais eficazes que as pílulas com levonorgestrel ou naquelas com regime de 21 dias.⁽²¹⁾ O mesmo resultado foi observado com a formulação de valerato de estradiol e dienogeste em regime de pausa curta (26 dias).⁽²²⁾

QUESTÕES RELEVANTES ENVOLVENDO DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Uso de pílulas antes da menarca

Adolescentes podem necessitar de contracepção antes da menarca, em decorrência do início de vida sexual precoce, uma vez que é possível a concepção nesse período. Entretanto, mesmo após a menarca, a presença de ciclos anovulatórios é bastante comum. Em média, a ovulação ocorre em 50% das adolescentes após 20 episódios menstruais regulares.⁽¹⁵⁾ Dessa forma, não existem evidências sobre o uso de contraceptivos hormonais antes da primeira menstruação, aventando-se ainda possível interferência dos esteroides sexuais sobre o eixo hipotálamo-hipofisário. Assim, não se recomendam os métodos hormonais antes da menarca, preconizando-se nessa situação a utilização do preservativo, após adequada orientação.⁽¹⁶⁾

Ganho de peso

Não existem evidências que suportam a relação causal entre ganho de peso e contraceptivos hormonais – orais ou não orais – em qualquer faixa etária.⁽¹⁷⁾

Acne

A acne é bastante comum entre adolescentes, que não raramente procuram por contraceptivos para o tratamento. O emprego de contraceptivos orais combinados no tratamento da acne baseia-se na possibilidade de haver redução da oferta androgênica à unidade pilosebácea e ao bloqueio da atividade androgênica na unidade pilosebácea. A administração oral do etinilestradiol é seguida por aumento significativo da SHBG, determinando maior captação de androgênios livres. A supressão gonadotrófica, evento relacionado ao progestagênio, propicia menor produção androgênica ovariana. O somatório desses efeitos caracteriza o efeito antiandrogênico comum a todos os anticoncepcionais orais. Em condições normais, a manutenção da pele sem excessiva oleosidade ou acne ocorre com o uso de todos os contraceptivos orais, incluindo os de baixa dose, ainda que contenham progestagênios derivados da 19-nortestosterona.

Por outro lado, para o tratamento da acne severa ou hirsutismo, frequentemente se utilizam progestagênios antiandrogênicos – como a ciproterona, a drospirenona ou a clormadinona – cujo efeito é amplificado pela ação direta desses compostos, bloqueando o receptor androgênico na unidade pilosebácea.⁽¹⁸⁾ Deve-se considerar, no entanto, que, mesmo nessas condições, os efeitos sobre a melhora da acne parecem ser similares ao se utilizar compostos com ciproterona, drospirenona, desogestrel ou gestodeno, embora não existam estudos comparativos diretos entre todas as formulações disponíveis de anticoncepcionais.⁽¹⁹⁾

Progestagênios isolados

Nesse grupo incluem-se as minipílulas (noretisterona, levonorgestrel e linestrenol), a pílula de progestagênio (desogestrel), além do acetato de medroxiprogesterona injetável (AMPd) e o implante de etonogestrel. Em todos os compostos o uso é ininterrupto, sendo o padrão menstrual imprevisível, tendendo à amenorreia com o tempo de uso. As minipílulas têm como mecanismo de ação principal a alteração sobre o muco cervical, tendo, portanto, menor eficácia quando comparadas aos outros progestagênios. O desogestrel isolado oral propicia bloqueio gonadotrófico, sendo tão eficaz quanto as pílulas combinadas, da mesma forma que a AMPd e o implante. Atenção especial deve ser dada a adolescentes quando existe a opção pelos progestagênios orais, pela possibilidade de esquecimento, mais comum nesse grupo etário. Não há, no entanto, restrições ao uso dos progestagênios isolados na adolescência.⁽¹⁶⁾ Existe, por outro lado, preocupação com o uso da AMPd em adolescentes com histórico familiar ou fatores de ris-

co para osteoporose: estudos mostram redução na DMO com esse contraceptivo, que tende a normalizar-se após a suspensão do método.⁽²⁰⁾ Assim, parece prudente não utilizar o AMPd por longo período.

Métodos de longa ação (LARCs)

A idade, bem como a paridade, não representa contraindicações ao uso dos LARCs. Assim, são indicados em adolescentes e nuligestas.⁽²⁾

Existem poucos estudos de implantes em adolescentes. A taxa de continuidade do implante em 12, 24 e 32 meses foi de 78%, 50% e 40%, respectivamente. A remoção com menos de 32 meses ocorreu em 35%. A remoção precoce por sangramento incômodo ocorreu em 18% (17/94). Não houve associação significativa entre índice de massa corporal, sangramento incômodo e remoção precoce do implante. Os resultados indicam que a continuidade é alta em 12 e 24 meses, com 40% das pacientes atingindo 32 meses de uso do implante, o que resulta em um período significativo de proteção à gestação.⁽²¹⁾

Existem diferentes diretrizes para emprego do DIU em adolescentes. Em 2007, o comitê do *American College of Obstetricians and Gynecologists*,⁽²²⁾ *ACOG Committee Opinion*, recomendou que os DIUs fossem considerados opções de primeira linha para anticoncepção em adolescentes com ou sem filhos. A Organização Mundial da Saúde também apoia o uso de DIU em adolescentes, fornecendo critério de elegibilidade 2 (benefício superior ao risco) para mulheres da menarca aos 20 anos de idade.⁽²⁾ A *American Academy of Pediatrics*⁽²³⁾ também considera que DIUs são seguros em adolescentes nulíparas, não causando infertilidade tubária. Sua remoção é seguida por rápido retorno da fertilidade.

Os profissionais da saúde frequentemente não identificam adolescentes como possíveis candidatas ao uso de métodos intrauterinos. Parte desse pensamento decorre do antigo temor de que o DIU causasse doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade tubária, o que seria particularmente preocupante em adolescentes sem filhos. As evidências atuais descartam essa associação. O uso de DIUs não aumenta o risco de doença inflamatória pélvica do trato genital superior acima do risco basal esperado para mulheres.

Além do receio infundado de infertilidade tubária, o DIU é muitas vezes evitado em adolescentes pelo pensamento de que há maior risco de expulsão e de efeitos adversos em nulíparas, quando comparadas a múltiparas. Um estudo em 129 nulíparas usuárias de sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-L-NG) encontrou taxa de expulsão em nulíparas inferior a 1% ao ano.⁽²⁴⁾ Outros estudos também não encontraram maior risco de expulsão em nulíparas e nem relação com o tamanho da cavidade endometrial medida por histerômetro ou ultrassonografia (independentemente da paridade).⁽²⁵⁾

Condom

Tem-se recomendado em adolescentes o uso concomitante do condom, independentemente do método contraceptivo escolhido, visando à proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O uso isolado desse método de barreira visando à contracepção relaciona-se à elevada taxa de falha.

REFERÊNCIAS

1. Penney G. Contraception in adolescence and the perimenopause. *Medicine (Baltimore)*. 2006;34(1):20-2.
2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
3. Brasil, Leis e Decretos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF); Presidência da República; 1990.
4. Saito MI, Leal MM, Silva LE. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)*. 1999;21(2):112-6.
5. Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr*. 1999;17(2):95-7.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7.
7. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2016. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, vol. 3, n. 1).
8. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*. 2014;45(3):301-14.
9. Madden T, Allsworth JE, Hladky KJ, Secura GM, Peipert JF. Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception*. 2010;81(2):112-6.
10. Abma JC, Martinez GM, Copen CE. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008. (*Vital and Health Statistics, Series 23, Data from the National Survey of Family Growth; no. 30*). Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_030.pdf
11. Dehlendorf C, Diedrich J, Drey E, Postone A, Steinauer J. Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):343-8.
12. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1298-305.
13. Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):33-40.
14. Barnett C, Hagemann C, Dinger J, Do Minh T, Heinemann K. Fertility and combined oral contraceptives – unintended pregnancies and planned pregnancies following oral contraceptive use – results from the INAS-SCORE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;22(1):17-23.
15. Borsos A, Lampé L, Balogh A, Csoknyay J, Ditrői F, Székely P. Ovarian function after the menarche and hormonal contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 1988;27(2):249-53.
16. Guidance FF; Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFRHC Guidance (October 2004) contraceptive choices for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30(4):237-50.
17. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD003987.
18. Schindler AE. Antiandrogenic progestins for treatment of signs of androgenisation and hormonal contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112(2):136-41.
19. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD004425. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD004425.
20. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM, Ross D, McClung MR. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*. 2006;74(2):90-9.
21. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin CD. Etonogestrel implants in adolescents: experience, satisfaction, and continuation. *J Adolesc Health*. 2016;58(3):284-9.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1493-5.
23. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134(4):e1257-81.
24. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*. 1994;49(1):56-72.
25. Lyus R, Lohr P, Prager S; Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2010;81(5):367-71.

Recomendações para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos

Marta Francis Benevides Rehme¹

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

No dia 13 de agosto de 2018, reuniram-se, na cidade de São Paulo, representantes da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Poder Judiciário e Conselho Federal de Medicina (CFM), para discutir os aspectos ético-legais do atendimento de pacientes adolescentes, particularmente

adolescentes menores de 14 anos com atividade sexual (Femina - 2018;46(5):310-11: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/675-revista-femina-2018-vol-46-n-5>).

Além desse Fórum de discussão, a Comissão Nacional de Ginecologia Infante-Puberal enviou alguns questionamentos sobre o atendimento médico em pacientes menores de idade para 10 promotores da Vara da Infância e Juventude e Adolescência de diferentes capitais (Cuiabá, Belo Horizonte, Curitiba e Rio de Janeiro), para termos melhor embasamento nas recomendações aos

médicos, no que se refere às implicações éticas e legais do atendimento de pacientes menores de 14 anos.

Foi pautado, pelos médicos presentes no fórum de discussão, o conflito ético que envolve o atendimento de menores de 14 anos sexualmente ativos, entre o dever de notificação compulsória, por se considerar crime de estupro, e o sigilo médico.

Para que nossos colegas compreendam melhor a complexidade do tema, com base na legislação vigente, foi levantada uma série de questões para serem respondidas por autoridades ligadas ao Ministério Público. As respostas foram diversificadas e procurou-se fazer um consolidado, que apresentaremos a seguir.

EMBASAMENTO JURÍDICO PARA AS PERGUNTAS

Considerando:

O artigo 217-A do Código Penal Brasileiro (incluído pela Lei nº 12.015/2009), que diz: “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos caracteriza crime de estupro de vulnerável”. E, nesse caso, a justiça entende que é irrelevante o eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou a existência de relacionamento amoroso com o agente.

O artigo 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990), que diz: “as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I) por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II) por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III) em razão de sua conduta”.

A Lei nº 10.778/2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida no serviço público ou privado. O parágrafo 2º do artigo 1º, item II, que considera a violência que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende violação, abuso sexual, estupro, entre outros. O Decreto nº 9.603/2018 (que regulamenta a Lei nº 13.431/2017), que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, no seu artigo 5º, item I, menciona a omissão como uma violência institucional.

O artigo 74 do Código de Ética Médica (Resolução do CFM nº 1.931, de 17/09/2009), o qual diz que “é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

O médico que atender uma paciente menor de 14 anos que revela ter vida sexual deve quebrar o sigilo e proceder à notificação?

Sim, ele deve proceder à notificação. O médico não pode guardar silêncio em nome do sigilo médico e não notificar, desprotegendo a menor de 14 anos. A relação médico-paciente, nesse caso, não tem o pressuposto da autonomia de agentes maiores e capazes. A omissão do médico pode ser considerada contravenção penal prevista no artigo 66, II, da Lei de Contravenção Penal. Se a omissão do médico for grave a ponto de permitir a reiteração criminosa, poderá haver a imputação ao profissional da prática da própria conduta lesiva por omissão.

Quanto à quebra de sigilo, não há previsão legal para a obrigatoriedade de quebra de sigilo para com os pais da adolescente. O médico deve contextualizar os fatos dentro do que tomar conhecimento. Afastada a suspeita de abuso por parte dos pais ou mesmo de omissão deles, é recomendável discutir com a paciente sobre a notificação a seus pais, por eles serem os responsáveis legais. Portanto, a quebra de sigilo para os pais não é obrigatória.

Se os pais da adolescente menor de 14 anos têm conhecimento da situação ou a adolescente está grávida e há consentimento dos pais, o médico precisa notificar?

Mesmo no caso de os pais terem conhecimento da situação, a sua omissão deve ser encarada como uma razão para que o profissional tome as providências cabíveis no sentido de cessar a violência a que a adolescente se vê submetida.

A notificação também se aplica no caso de a menor de 14 anos estar grávida com anuência dos pais.

Para quais órgãos o médico deve notificar e como proceder para notificar?

Preferencialmente, a notificação deve ser feita diretamente aos órgãos da Justiça – Ministério Público –, direcionando a notificação para a Promotoria da Vara da Infância ou mesmo para o Juizado da Infância e Adolescência.

O médico também pode fazer a notificação para o Conselho Tutelar, que é um órgão encarregado de adotar as medidas protetivas cabíveis, inclusive de comunicar ao Ministério Público.

A notificação pode ser feita por meio de formulários próprios para a notificação obrigatória ou utilizando o receituário, identificando-se e relatando o que foi aferido em consulta ou exame.

Os pais não precisam ser notificados de que o médico fará a denúncia. Ao receber a informação do médico, os órgãos da Justiça é que darão início ao processo investigativo.

O que acontece no caso de o parceiro ser também menor de 14 anos?

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente, são autores de atos infracionais as pessoas entre 12 e 18 anos que cometem atos criminosos. Por outro lado, o parceiro

menor de 14 anos também pode ser considerado vítima. Nesse caso, o juízo crítico cabe ao Ministério Público, que avaliará se a ocorrência é ou não de ato infracional e se serão ou não aplicadas medidas socioeducativas.

Não cabe ao médico notificar o parceiro ou os pais do parceiro da paciente. A notificação se aplica à sua paciente menor de 14 anos. A partir dessa notificação, o Ministério Público tomará as providências cabíveis.

O médico pode atender uma paciente menor de 14 anos, desacompanhada? E no caso de ela ter vida sexual, ele pode indicar a contracepção?

A adolescente tem direito à privacidade a partir de 12 anos (conforme o ECA) desde que tenha discernimento para compreender as orientações médicas.

Independentemente do ato da notificação, por ser menor de 14 anos, a contracepção pode e deve ser prescrita baseada nos princípios de proteção à adolescente.

Deixar de prescrever o anticoncepcional para a menor de 14 anos por ela estar desacompanhada seria uma forma de negligência pelo risco da gravidez a que ela está exposta, além de ser também uma forma de discriminação.

Como proceder no caso da adolescente menor de 14 anos, grávida, que deseja manter a gravidez e os pais apelam para o aborto com base no crime de estupro de vulnerável?

Segundo as Normas Técnicas do Ministério da Saúde (2012): “Havendo desejo de continuidade da gravidez pela adolescente e discordância de pais ou responsáveis que desejam o aborto, o serviço deve respeitar o direito de escolha da adolescente e não realizar nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha a sua vontade”. Nesses casos, deve ser oferecido acompanhamento psicossocial à família e à adolescente.

Em casos em que haja posicionamentos conflitantes, nos quais a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não deseja, e esta não esteja envolvida na violência sexual, deve ser buscada a via judicial, por intermédio do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, que deverão, por meio do devido processo legal, solucionar o impasse. Cabe ao Promotor de Justiça da Infância e da Juventude postular, em juízo, os direitos da adolescente. O relatório encaminhado à Promotoria deve preferencialmente ser subsidiado com laudo de psicólogo e assistente social, segundo Normas Técnicas do Ministério da Saúde de 2012 (Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas). Diante dos casos de maior complexidade que podem trazer consequências legais, recomenda-se que o serviço de saúde busque uma ação conjunta com o Conselho Tutelar da região e com a Promotoria da Infância e da Juventude na condução das questões excepcionais, de forma harmônica com os princípios éticos que regem esse atendimento.

Em quais situações se caracteriza justa causa para a quebra de sigilo na adolescência?

O sigilo poderá ser quebrado nas seguintes situações:

- Relação sexual com idade menor de 14 anos, independentemente da idade do parceiro;
- Gravidez;
- Sinais de dependência de drogadição;
- Vítima de violência e maus-tratos;
- Autoagressão;
- Depressão com tendência suicida;
- Tendência homicida;
- HIV positivo (família e parceiro);
- Não adesão a tratamentos que coloquem a adolescente ou terceiros em risco;
- Diagnóstico de doenças graves;
- Risco de vida ou à saúde de terceiros.

Reflexões a respeito do atendimento de adolescentes no consultório de ginecologia e obstetrícia

A análise da lei exige coerência e harmonização das disposições legais, evitando interpretações que se contraponham. As interpretações jurídicas e éticas poderão acarretar prejuízo na relação médico-paciente, no que se refere ao atendimento de menores de 14 anos, e prejudicar de forma irreversível adolescentes e jovens se forem considerados estupradores.

A legislação que inclui atos libidinosos em relacionamentos afetivos em ambos os sexos dificultou ainda mais o ato médico, dissociando-se da realidade atual, quando, cada vez mais, jovens menores de 14 anos têm vida sexual ativa por opção, muitas vezes com anuência dos pais.

Quebrar o sigilo é um procedimento invasivo aos direitos da adolescente, implicando a perda da relação de confiança médico-paciente, o que levaria à evasão da paciente por medo, expondo-a a uma situação de risco de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por sentir-se desamparada.

É fundamental que os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes tenham amparo legal para seguir no exercício da profissão. É preciso chegar a um consenso para que a lei seja seguida sem quebrar a relação médico-paciente.

É importante e necessário pensar na proteção integral aos adolescentes, afirmada no ECA, e isso implica o reconhecimento de que crianças e adolescentes estão em condição peculiar de desenvolvimento, o que não as reduz à condição de objeto de intervenção. Para tanto, é necessário que autoridades do Legislativo e do Judiciário se sensibilizem para reavaliar a legislação vigente, de modo a garantir a segurança do profissional da saúde que atende adolescentes, para que eles possam atuar na atenção integral das adolescentes.

Dia do obstetra

Por Letícia Martins

No mês de abril há uma data especial para homenagear o médico que tem como vocação ficar ao lado da mulher



Foto: Shutterstock

No dia 12 de abril, comemora-se o Dia do Obstetra, médico que fica junto à gestante desde a hora do pré-parto até o pós-parto com o objetivo de lhe dar segurança e assistência para que a gravidez chegue até o final com o melhor prognóstico possível para mãe e filho.

Tal vocação está na origem da própria palavra obstetra, que vem do latim *obstetrix*, do verbo *obstare*, e significa “ficar ao lado de”. “O obstetra acompanha o nascimento, ajuda a dar luz e dar à luz é o que faz o mundo se desenvolver e crescer. Então, nada mais justo do que homenagear esses profissionais que tanto se dedicam ao nascimento das pessoas, que é o momento mais importante da vida”, analisa **Luiz Alberto Ferriani**, vice-presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (Sogesp).

Justiça seja feita, afinal, esse profissional estudou anos para conhecer o corpo feminino e ajudar a trazer ao mundo um novo ser humano. E não importa quanto tempo de profissão o obstetra acumula, para ele cada parto é único. “Mesmo com tantos anos de experiência, todas as vezes que entro no centro obstétrico, tenho o mesmo frio na barriga e a mesma sensação de que é o primeiro. Cada parto é diferente do outro”, declara Ferriani, que se identificou com a área desde criança e afirma que nunca teve dúvidas do que queria exercer, mesmo diante das dificuldades que permeiam a rotina, principalmente em relação a horário, já que o obstetra precisa estar sempre disposto e pronto. “A obstetrícia requer muita dedicação e até ousar dizer que os obstetras chegam a ser missionários, pois temos a missão de trazer as pessoas ao mundo. Não é uma missão simples, mas é extremamente gratificante, que nos faz esquecer de todos os outros problemas e dificuldades que possam existir”, avalia.

Embora cada parto seja único, há sempre aquele que marca de um jeito especial. O médico Luiz Alberto Ferriani guarda com carinho a lembrança não apenas de um, mas de nove, um de cada neto que ajudou a vir ao mundo. Às vezes, a gestação é de alto risco e o desafio do obstetra pode dobrar. Ou triplicar, como aconteceu

com o médico **Dênis Nascimento** às vésperas do Natal de 2015, quando uma grávida de trigêmeos entrou no consultório. “Esse foi um caso bastante difícil, pois a gestante chegou com o colo uterino com sinal de afunilamento, indicando o início de um processo de dilatação cervical. Para conseguirmos fazer com que a gravidez evoluísse para a viabilidade do feto, eu a coloquei em repouso absoluto e, como não havia condições técnicas de fazer a cerclagem de colo, utilizei um berçário para tentar segurar por um período que fosse passível de levar a gravidez adiante, embora soubesse que não seria por muito tempo”, conta Nascimento, responsável pelo departamento do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Paraná e pelo Serviço de Gestação de Alto Risco do Hospital de Clínicas de Curitiba. “Com essa atitude médica, consegui ganhar até 28 semanas de gestação, quando então a mãe entrou em trabalho de parto. Era véspera de Natal e conseguimos segurar por uma semana. As três meninas nasceram com 28 para 29 semanas. Ficaram na unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal por volta de 60 dias e tiveram uma evolução muito favorável, sem nenhum tipo de sequela. A mãe também passou bem. Foi uma história emocionante tanto para mim quanto para os médicos pediatras que acompanharam”, lembra Nascimento.

A trigeminaridade é muito rara, porém, com o advento da fertilização *in vitro*, o número de casos vem aumen-



Foto: Arquivo pessoal

“O obstetra acompanha o nascimento, ajuda a dar luz e dar à luz é o que faz o mundo se desenvolver e crescer.”

Luiz Alberto Ferriani, de
Ribeirão Preto (SP)

tando, embora seja proibido fazer transferência de três embriões. “Nesse caso, foi feita a transferência de dois embriões mesmo, mas um acabou se dividindo e com isso nasceram três meninas, sendo duas idênticas”, explica Nascimento, que trabalha na área de gestação de alto risco há muito tempo atendendo mulheres com diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, entre outros casos delicados, como o de uma mulher de 41 anos, que havia sido submetida a um transplante de fígado e ficou grávida de gêmeas. “O interessante nessa história é que o marido dela também era transplantado, mas infelizmente ele teve uma complicação e acabou falecendo antes de os bebês nascerem. Foi um caso marcante, em que toda a equipe do Hospital das Clínicas de Curitiba se emocionou”, diz Nascimento, que desde a faculdade sempre gostou de clínica médica em endocrinologia, em especial o diabetes, mas também era fascinado pelo bisturi. “Se eu fosse só clínico da área de endocrinologia, não poderia operar. Por isso, uni as duas paixões e me formei ginecologista obstetra”, declarou.

PAIXÃO, MAGIA E CONSCIÊNCIA

Ao revelar o porquê escolheram a especialidade de obstetrícia para atuar, alguns falam em paixão, outros em magia e há quem diga que foi amor à primeira vista, ou melhor à primeira consulta médica. Isso aconteceu com a obstetra **Danielle Monteiro Fonseca da Silva**, preceptora da residência médica na Universidade Federal do Amazonas e conselheira do Conselho Regional de Medicina do Amazonas. “Eu tinha 12 anos de idade quando fui pela primeira vez a uma ginecologista. Fiquei encantada ao ver aquela quantidade de mulheres grávidas pedindo a avaliação de uma profissional. Pensei: ‘É isso que quero fazer da minha vida’. Acredito que o papel do ginecologista obstetra seja este: participar de um momento importante na vida da mulher, dando apoio, assistência e segurança para que ela curta a gravidez, ame aquela gestação e passe por esse período de forma positiva”, relata Danielle, que está há mais de 20 anos na área.

Para **Alberto Zaconeta**, médico do Hospital Universitário de Brasília e professor do Departamento de Obstetrícia da Universidade de Brasília (UnB), toda a escolha tem um pouco de consciência e de magia. “Durante o meu internato, eu gostava muito das áreas de patologia,



Foto: Arquivo pessoal

“O papel do obstetra é participar de um momento importante na vida da mulher, dando apoio para que ela curta a gravidez, ame aquela gestação e passe por esse período de forma positiva.”

Danielle Fonseca, de Manaus (AM)

de saúde mental e de clínica, mas a primeira vez que encostei a mão em uma mulher grávida e senti o feto mexendo nas minhas mãos, foi fascinante, e quando entendi que existia um outro mundo na medicina que era voltado para a grávida, quis transitar apenas neste universo”, relata.

Zaconeta, que é membro da Comissão de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), pondera sobre o peso da responsabilidade que essa especialidade traz, uma vez que, ao falar sobre gestação, a primeira coisa que vem à mente de todos nós é vida, nascimento. “Se uma paciente procura o médico por causa de uma doença, ela eventualmente tem consciência de que as coisas podem ter um desfecho bom ou ruim, mas, quando ela engravida, habitualmente espera por boas notícias”, compara. Às vezes, a sociedade não compreende que a gravidez tem as suas devidas sazonalidades, que o desfecho nem sempre é feliz e que existem intervenções capazes de minorar o risco. “Aí reside o balanço da sabedoria do obstetra, em saber que, quando não há necessidade de intervenção, ele tem apenas que acolher a grávida e ajudá-la a curtir esse momento. Mas se surgir uma ameaça, que seja possível de diagnosticar e diminuir o impacto dela na saúde do bebê e da mãe, o obstetra tem que indicar esse procedimento e acompanhar o resultado, para que, no final, ele saiba que sua presença fez a diferença.”

Por isso, Luiz Alberto Ferriani destaca a importância de o profissional de ginecologia e obstetrícia estar sempre atualizado e bem informado. “Ano após ano, ocorrem muitas modificações na área e o obstetra tem que acompanhar essas mudanças, do contrário, ele fica para trás. Um dos maiores desafios é justamente manter-se atualizado, dentro das novas tecnologias e protocolos médicos, para que possa dar uma maior assistência para a mulher, aliando isso ao atendimento humanizado”, declara.

Zaconeta ressalta que, além do conhecimento técnico, é preciso ter o cuidado humanístico. “A paciente não nos procura porque lemos o último artigo científico, mas porque ela se sente acolhida e acredita que podemos oferecer segurança e uma cápsula de amor e de afeto. Costumo dizer que, quando você tem o médico frio, a paciente cruza os braços na frente do corpo para proteger o



Foto: Arquivo pessoal

“É motivo de muita satisfação fazer o parto de uma mãe que teve uma gestação de alto risco.”

Dênis Nascimento, de Curitiba (PR)

filho, ao passo que, quando a paciente recebe um médico cálido, ela abre as mãos para ser acolhida no abraço.” E completa: “A ciência sem consciência é aquela pessoa fria que somente fala em medicamento. A consciência sem ciência é aquele médico que só sabe dar tapinhas nas costas e dizer que vai dar tudo certo, mas, como não tem respaldo científico, só dá errado. A ciência com consciência é saber o que tem que ser feito, mas dentro de uma cápsula de afeto, amor e respeito”.

DESAFIOS ATUAIS

Quando falamos em comemorar uma profissão, é inevitável abordar os desafios enfrentados por aqueles que atuam na área e dedicam grande parte de suas vidas a estar ao lado de outras pessoas. Em um país de dimensões continentais como o Brasil, os desafios são muitos, variados, mas todos requerem uma urgência de tomada de providência. No Nordeste, onde **Thiago César Saraiva**, obstetra do Hospital das Clínicas de Universidade Federal do Pernambucano (UFPE) e do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – Universidade de Pernambuco (CISAM-UPE), mora e trabalha, os desafios no sistema público de saúde relacionam-se principalmente à falta de condições adequadas de trabalho. “As maternidades estão superlotadas e os trabalhadores, exaustos. Todo esse cenário faz com que a assistência seja muito ruim. Já no setor privado, a necessidade que observo é a de mudar a assistência. No país, a taxa de cesárea chega a 83%, o que é um número muito alto”, aponta Saraiva, que é um grande defensor do parto humanizado. “Precisamos promover o protagonismo da mulher.”

Já a região Centro-Oeste, onde está o maior índice *per capita* do país, o obstetra se defronta com dois cenários desafiadores: o da paciente do sistema privado, que tem bom poder aquisitivo e acesso a tudo o que a tecnologia e a medicina moderna podem oferecer, e, por outro lado, o da usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), que, por sua condição social, está privada do acesso aos mesmos tratamentos que as outras. “Nós entendemos que todo cuidado e campanhas que visam melhorar a atenção à gravidez devem contemplar obrigatoriamente todas as mulheres, de todas as classes sociais. Ou seja, não se admite que você diga que faz uma obstetrícia humanizada

Foto: Andrea Leal



“Celebrar o dia do obstetra é lembrar da mulher como protagonista e de um momento muito especial da vida dela.”

Thiago César Saraiva, de Recife (PE)

apenas para quem pode bancar isso como se fosse luxo”, declarou o obstetra Alberto Zaconeta. “A Febrasgo está atuando nesse movimento, que visa que toda mulher tenha sua gravidez atendida com respeito e segurança.”

No estado do Amazonas, o problema é mais generalizado, explica a obstetra Danielle Fonseca: “Estamos passando por um momento muito complexo de falta de valorização do profissional obstetra em relação ao que a sociedade em geral intitulou de violência obstetra e que nós consideramos uma nomenclatura errada. Acho que temos que falar em violência institucional, pois falta estrutura para as pacientes, material para a realização dos partos e condições dignas de trabalho para os médicos”, argumenta.

Em Manaus, foram implantados sistemas de cooperativas de ginecologistas e obstetras, que atuam nas maternidades e hospitais públicos. Na opinião da médica, com o advento das cooperativas, houve certa impessoalidade nas consultas, pois o médico não tem mais um plantão, o plantão é da cooperativa. “Com isso, os médicos perderam o envolvimento com as pacientes. O conflito começa quando elas chegam ao hospital gestantes para dar à luz e não há sequer um leito para acomodá-las. Quem vai dar esta notícia é o próprio obstetra. Como não há relação médico-paciente profunda, porque ambos estão se vendo pela primeira vez, a paciente atribui o problema da falta de leito, entre outros, ao profissional. E isso se espalha”, explica Danielle. Com a ajuda da Febrasgo e da própria cooperativa, algumas iniciativas estão sendo tomadas para tentar reverter esse quadro. Uma delas é a criação de câmaras técnicas de ginecologia e obstetrícia.

Mesmo em meio a esse cenário lamentável, Danielle afirma que não deixa de ter paixão pela área e continua fazendo o trabalho com amor. “Atuo na Universidade do Amazonas, onde há um ambulatório de gravidez de alto risco. Conseguimos realizar o sonho de muitas mulheres de serem mães e terem bebês de forma segura. Acho que maior satisfação não há. Por isso, ainda sou apaixonada pela área e pretendo seguir assim. É como sempre falo para os residentes: precisamos agir na retidão, seguindo os protocolos mais atuais, fazendo tudo da forma correta e tratando todas as pacientes de forma humanizada. Se fizermos isso, tudo vai dar certo.”

Foto: Arquivo pessoal



“A paciente não nos procura porque lemos o último artigo científico, mas porque ela se sente acolhida e acredita que podemos oferecer segurança e uma cápsula de amor e de afeto.”

Alberto Zaconeta, de Brasília (DF)

Atleta da água

Por Letícia Martins

A ginecologista obstetra Maíta Poli de Araújo encontrou um jeito de unir a paixão pelo esporte com a agenda intensa de atendimento no consultório, cirurgias e aulas em universidade



Nas horas livres, quando consegue dar uma esticadinha até a praia, Maíta também gosta de praticar *stand up paddle*.

Professora na Faculdade de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi para alunos do 2º e 3º ano, chefe do Setor de Ginecologia do Esporte da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e médica do Check-Up no Laboratório Fleury, na capital paulista, Maíta Poli de Araújo é uma apaixonada pelos esportes aquáticos. Aprendeu a nadar na infância, incentivada pelos pais, e chegou a ser campeã paulista, brasileira e sul-americana de saltos ornamentais.

Hoje, ela se joga na água para manter a saúde em dia e se divertir com os amigos, e acredita que médicos que se exercitam viram exemplos para suas pacientes. Na entrevista a seguir, Maíta, que também é diretora da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte e médica da Confederação Brasileira de Desportos Aquáticos (CBDA), fala sobre a importância da atividade física e conta como consegue encaixar os exercícios entre os compromissos profissionais como ginecologista, obstetra, professora e pesquisadora no Ambulatório de Ginecologia do Esporte da Unifesp.

FEMINA: No começo de abril, comemoramos o Dia Mundial da Atividade Física. Como ela entrou na sua vida?

MAÍTA POLI DE ARAÚJO: Esta pergunta é interessante porque antes de respondê-la é importante explicar a diferença entre atividade física, exercício físico e esporte. Atividade física é qualquer movimento corporal que nos faz gastar energia, como levantar um copo ou operar um paciente. Já o exercício físico é uma atividade física planejada, orientada e com algum objetivo claro, como melhorar a saúde, ganhar uma medalha ou perder peso. O esporte, por sua vez, é o exercício físico com regras. Sabendo disso, posso dizer que faço atividade física desde criança, quando meus pais me estimulavam a não ficar em casa de jeito nenhum. Eu sempre fui motivada a ir à padaria com minha mãe ou com minha avó, por exemplo, e brincava muito no parque com os coleguinhas. Depois, aprendi a fazer exercícios, como caminhar e saltar. Meus pais também me estimularam a fazer natação na infância e foi aí que o esporte entrou na minha vida. Virei atleta de natação, saltos ornamentais e polo aquático.

FEMINA: Já participou de algum campeonato?

MAÍTA: Sim. Fui campeã paulista, brasileira e sul-americana de saltos ornamentais. Mas agora eu participo para brincar.

FEMINA: Dá para unir a vida pessoal, profissional, acadêmica e ainda praticar esportes?

MAÍTA: Certa vez, ouvi em um congresso que, da mesma maneira que a gente come, dorme, toma banho e vai

“O dia em que eu não faço exercício físico é como se faltasse algo necessário.”

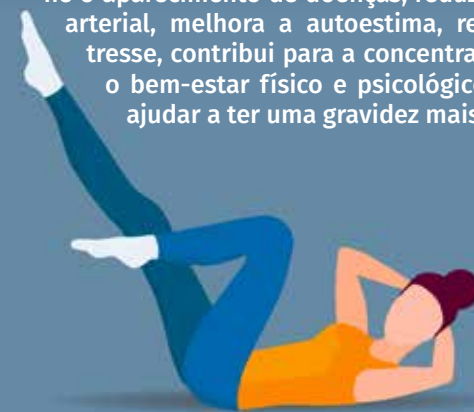
ao banheiro, a gente tem que fazer exercício todo dia. É necessário criar o hábito. O dia em que eu não faço exercício físico é como se faltasse algo necessário. Para conciliar todas as minhas tarefas e responsabilidades, procuro ambientes perto do meu trabalho, onde eu consiga fazer nem que seja meia hora de exercício físico

ou esporte. Meu consultório e o Hospital São Luiz, por exemplo, ficam perto do Clube Pinheiros. Então, reservo uma vez por semana, de manhã, para fazer saltos ornamentais. É um horário sagrado para mim. Tenho amigos médicos, dentistas e advogados que treinam comigo, e nos divertimos muito. Nossa terapia é saltar da plataforma da piscina, “dar um mortal” e nadar. Depois, tomo um banho, almoço e vou para o consultório. Quando dou aulas na Universidade Anhembi Morumbi, na zona leste de São Paulo, vou a uma unidade próxima do Sesc [Serviço Social do Comércio] usar a piscina. Se eu fosse corredora, seria ainda mais simples. Bastava colocar um tênis na mochila e estaria tudo certo.

FEMINA: Ou seja, com planejamento, é possível incluir a atividade física na rotina mesmo que ela seja corrida?

MAÍTA: Exato. Quando a gente entende que não é preciso ser um adepto do esporte para cuidar da saúde, que basta fazer alguma atividade física para melhorar a qualidade de vida, fica mais fácil adotar esse hábito. Além disso, não precisa ser 1 hora contínua. Alguns estudos mostram que, se você fizer 15 minutos seguidos de exercícios intensos, já ajuda a viver melhor. Isso pode mudar um pouco o jeito de encarar a atividade física. Às vezes, pergunto para minhas pacientes se elas têm cachorro e se passeiam com ele. Normalmente escuto a resposta: “tenho cachorro e pago alguém para fazer isso”. Imagina se todos os dias elas dessem uma volta no quarteirão

Em 6 de abril é comemorado o Dia Mundial da Atividade Física, mas não devemos nos preocupar com a saúde somente nessa data. Mexa-se e incentive suas pacientes a fugirem do sedentarismo. Praticar atividade física regularmente traz inúmeros benefícios à saúde, entre eles: evita a obesidade, previne o aparecimento de doenças, reduz a pressão arterial, melhora a autoestima, reduz o estresse, contribui para a concentração e para o bem-estar físico e psicológico, além de ajudar a ter uma gravidez mais saudável.



com o cachorro? Já não seriam mais sedentárias.

FEMINA: Médicos que praticam exercício motivam suas pacientes?

MAÍTA: Com certeza. Temos que ser o exemplo para as nossas pacientes. Se você é cardíaco e vai a um médico obeso, dificilmente vai sentir credibilidade. Com a atividade física é a mesma coisa. Acho que não precisa ser atleta ou esportista como eu, mas ter um estilo de vida saudável é fundamental. As pacientes percebem isso e podem até se sentir mais motivadas. A área médica é interessante em vários pontos de vista. Lidamos com a morte, com o sofrimento e a dor, passamos horas operando e enfrentamos plantões longos. Mas, na maioria das vezes, encontramos uma paciente que só precisa ser ouvida. Se o médico estiver estressado, esgotado, sem energia, provavelmente não estará apto a acolher essa paciente. Por outro lado, se ele estiver de bem com a vida, estará mais propenso a atender melhor. O exercício físico ajuda nesse sentido, pois a prática libera serotonina, o hormônio do bem-estar.

FEMINA: Qual é a recomendação de atividade física ideal?

MAÍTA: Para manter a saúde, a recomendação é fazer pelo menos 150 minutos por semana de exercício aeróbico com intensidade moderada, como andar, correr, nadar ou pedalar. Além de exercícios de força, também chamados de exercícios de resistência. Não precisa ser necessariamente musculação. Empurrar o carrinho de supermercado ou carregar o filho no colo já vale. Para gestantes, as recomendações são as mesmas. Nenhum exercício é proibido, mas aconselhamos evitar esportes de contato, como lutas, e aqueles com risco de queda, como bicicleta ao ar livre e escalada.

FEMINA: Então, é certo que atividade física, exercício e esporte têm tudo a ver com gestação saudável?

MAÍTA: Sim! Fazer exercícios durante a gestação é fundamental, pois previne diabetes, controla a pressão arterial, melhora o parto e o puerpério, entre outros benefícios. Precisamos esquecer aqueles mitos antigos de que o bebê nasce pequeno se a mãe fizer exercício físico durante a gravidez ou que ela pode sofrer um aborto.

FEMINA: Esse é um dos temas pesquisados no Ambulatório de Ginecologia do Esporte da Unifesp?

MAÍTA: Nós criamos esse ambulatório há mais de 10 anos, porque percebemos que as mulheres que prati-

“Procuro ambientes perto do meu trabalho, onde eu consiga fazer pelo menos meia hora de exercício físico ou esporte.”

cam esporte precisam ser cuidadas de forma diferente das outras. Praticar esportes traz muitos benefícios, porém o esporte em excesso não é bom. Orientamos atletas do sexo feminino sobre alterações hormonais causadas pelo exercício físico extremo, que podem levar a males como infertilidade. É um assunto novo, que está batendo à porta dos ginecologistas, e eles vão precisar aprender sobre isso.

FEMINA: Voltando um pouco para a sua paixão pelo esporte, qual atleta você admira e por quê?

MAÍTA: Sempre admirei as jogadoras de basquete Hortênsia e Magic Paula. Mas principalmente a Hortênsia, pois ela tinha uma mania que chamava muito a minha atenção. Antes de jogar a bola na cesta, ela parava e dava uma respirada profunda. Acho que é exatamente isso o que nós, médicos, precisamos fazer. Às vezes, nós pensamos: “Estou de plantão há 24 horas e vou atender a quinquagésima quinta paciente hoje. Como conseguir?” Nessas horas, é preciso parar um pouco e dar aquela respirada da Hortênsia. Isso pode ajudar! (risos) Mas descontração à parte, Hortênsia é um exemplo de mulher, pois se destacou numa época em que o esporte era visto como atividade masculina. Ela é uma atleta profissional, fez carreira, alcançou o sucesso, tornou-se mãe e hoje é comentarista esportiva. Um exemplo de como é possível conciliar a vida profissional, pessoal e materna.

FEMINA: Tem alguma referência de médico esportista?

MAÍTA: Lembro do professor João Gilberto Carazzato, ex-jogador de vôlei da seleção brasileira, que faleceu recentemente. Ele teve uma história bonita: foi médico ortopedista e precursor da medicina esportiva no Brasil. Inclusive, aprendi medicina esportiva lendo o livro dele. Professor Carazzato tinha um projeto na Universidade de São Paulo (USP) que ensinava exercícios para pacientes com paralisia cerebral. Com certeza, é um exemplo para mim.



Maíta Araújo: ginecologista, médica do esporte e atleta apaixonada pela água





Três anos de muito trabalho

Por Letícia Martins

Apresentação das atividades desenvolvidas, transparência e autorreflexão marcaram o encontro das Comissões Nacionais Especializadas realizado na capital paulista

Movida pela transparência e respeito por seus associados, a Febrasgo reuniu no dia 5 de abril, no Hotel Renaissance, em São Paulo (SP), os presidentes das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), a fim de apresentar o relatório das atividades desenvolvidas nos últimos três anos pela atual diretoria, fazer uma análise dessas ações e propor novos rumos.

O presidente da Febrasgo, César Eduardo Fernandes, destacou a missão da entidade, fundada em 1959, que é a de congregar e representar os ginecologistas e obstetras brasileiros, e lembrou os valores que regem a gestão atual: inovação, excelência, ética, credibilidade, transparência, respeito, conhecimento e representatividade. Ele também reconheceu o “trabalho notável” realizado pelas CNEs na geração de material científico e projetos educativos. “A Febrasgo não teria a pujança que tem hoje se não fosse o trabalho feito pelas Comissões Na-

cionais Especializadas”, afirmou Fernandes, completando: “As CNEs são o coração da Febrasgo”.

Na sequência, Fernandes apresentou um panorama geral da instituição, que conta com 15 mil médicos associados, a maioria (59%) mulheres, mas todos formadores de opinião, que buscam conteúdo de qualidade e são consumidores em segmentos diversificados. Entre as ações realizadas pela atual diretoria, desde 2017, estão a reformulação da marca da Febrasgo, a revitalização e modernização do portal da entidade (www.febrasgo.org.br), com vídeos de conteúdo e *podcasts* (áudios curtos sobre determinados temas), o crescimento nas redes sociais Facebook e Instagram, a criação do projeto ELA, que é a marca da Febrasgo para transmitir informação de alta credibilidade para a população feminina em geral, e a presença na mídia, por meio do trabalho da assessoria de imprensa.

Nesse período, a Febrasgo também promoveu duas reuniões de

planejamento, que foram primordiais para o correto direcionamento das iniciativas, quatro Assembleias Gerais das Federadas (AGFs), que tiveram a participação massiva dos representantes, além de inúmeros *workshops*.

Fernandes citou ainda a realização do 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em Belém (PA), em novembro de 2017, e a preparação, já em estágio bastante avançado, do 58º Congresso, que será em Porto Alegre (RS).

Ele explicou que a partir de 2021 os congressos serão realizados sempre na capital do Rio de Janeiro, para facilitar a organização do evento e para que a equipe possa traçar uma curva de aprendizado e aperfeiçoar as edições futuras. O presidente da Febrasgo ressaltou que a ideia de fixar uma cidade sede para os congressos foi uma decisão unânime dos participantes da AGF em 2018. Já as jornadas continuarão sendo itinerantes e promovidas em anos pares.

César Fernandes destacou ainda a participação da Febrasgo em algumas ações importantes, como no Congresso da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em 2018, maior edição de todas. O presidente finalizou dizendo que a diretoria trabalha arduamente todos os dias e se reúne todas as terças-feiras na sede da Febrasgo.

PUBLICAÇÕES DE SUCESSO

O diretor científico da Febrasgo, Marcos Felipe Silva de Sá, explicou que, no início desta gestão, foram feitas algumas modificações no regimento interno da Febrasgo para estabelecer as atividades e os objetivos específicos da diretoria científica. Tais alterações, esclareceu Marcos Felipe, possibilitaram o fortalecimento do papel das CNEs e o aprimoramento do critério de escolha dos membros das CNEs. “Embora algumas indicações venham das federadas, nós selecionamos os membros das CNEs com base no mérito e no critério técnico”, frisou.

Marcos Felipe destacou o fortalecimento das publicações feitas pela Febrasgo, como a *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO) e a *Femina*, que, depois de um período de 12 anos sem circular, foi retomada com periodicidade mensal, distribuída na versão impressa para cada um dos 15 mil associados, além de ficar disponível no site para consulta digital.

Em 2018, durante o Congresso da FIGO, a Febrasgo também lançou a versão atualizada do *Tratado de Ginecologia e Obstetrícia*, projeto muito importante que havia sido interrompido há uma década. Segundo Sá, foram quatro meses de produção, mais de 800 autores e 30 CNEs envolvidas para gerar 210 capítulos. Ele citou ainda a produção de 120 protocolos científicos, que visam uniformizar condutas e procedimentos dos ginecologistas e obstetras com base em evidências científicas e melhores práticas, qualificando a assistência à mulher brasileira. Desse total, 83 encontram-se disponíveis no site da Febrasgo, 35 estão em fase final de editoração e dois estão em preparação.



César Eduardo Fernandes, presidente da Febrasgo (à esquerda), e Gustavo Salata, presidente da CNE de Residência Médica

AVALIAÇÃO DE RESIDENTES MÉDICOS

Um dos focos da gestão atual da Febrasgo é trabalhar na capacitação de residentes médicos, além de trazê-los para dentro da instituição. Nesse sentido, várias iniciativas foram propostas e estão sendo implementadas pela Comissão de Residência Médica, presidida por Gustavo Salata Romão.

Na reunião, Salata apresentou alguns resultados do Teste Individual do Progresso (TIP), método válido e confiável para avaliação de residentes e de programas de residência médica.

Dos 3.300 residentes cadastrados na Febrasgo, 1.310 fizeram o teste, número considerado satisfatório pela entidade. Em 2019, a prova do TIP será aplicada em Belém (PA), Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Fortaleza (CE), Recife (PE), Ribeirão Preto (SP), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e São Paulo (SP).

Como forma de valorizar os profissionais de Ginecologia e Obstetrícia, Salata explicou que a Febrasgo promove o curso de capacitação de preceptores, que se divide em módulos presenciais e a distância. A instituição já recebeu 439 inscrições, das quais 155 foram aprovadas. Ainda este ano haverá três cursos, que serão realizados nas capitais paulista, fluminense e mineira.

Por sua vez, a presidente da Comissão Nacional do TEGO, Roseli Nomura, apresentou os avanços na aplicação do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), prestado por profissionais que concluíram a residência médica e desejam conferir uma qualidade de excelência para a prática da especialidade. Os exames acontecem anualmente e são preparados pela Febrasgo com muito rigor e confidencialidade. “Nos últimos 15 anos de TEGO, tivemos grandes melhoras nos exames, como a instituição, em 2017, de uma prova prática que testa as competências dos candidatos e suas habilidades em procedimentos, com pacientes simulando consultas”, explicou Roseli.

De acordo com a presidente da CNE do TEGO, em 2018 o desempenho foi pouco satisfatório, pois a aprovação foi de apenas 29%. “No ano passado, o ponto de corte subiu de 6 para 6,5, o que pode ter influenciado no re-



sultado. Mas consideramos também que o preparo dos candidatos não esteja sendo suficiente para encarar a prova prática nas duas especialidades”, analisa Roseli. “Nosso objetivo é que o médico que receber o título seja considerado um profissional de excelência na prática da Ginecologia e Obstetrícia.”

A cada ano, a Febrasgo elabora uma prova nova, com base nos conhecimentos científicos mais atuais. Por isso, Roseli deixa uma dica aos residentes que pretendem prestar os exames. “Atualizem-se! Acompanhem as novas tecnologias, condutas do Ministério da Saúde e protocolos mundiais dos órgãos governamentais de excelência para que possam prestar a prova do TEGO.”

As inscrições para a prova do TEGO terminam no dia 24 de maio.

PRESEÇA DIGITAL E NOVO APLICATIVO

Mariana Guazzelli, membro da Comissão de Comunicação Digital, presidida por Sérgio Podgaec, revelou números que mostram o aumento no acesso ao *site* institucional e a crescente presença da Febrasgo nas redes sociais. De maio de 2017 a maio de 2018, por exemplo, o portal recebeu a visita de 195 mil usuários e teve cerca de 1 milhão de visualizações. No mesmo intervalo de tempo, entre 2018 e 2019, foram 595 mil usuários e aproximadamente 2 milhões de visualizações. Além de ser adaptado para a versão *mobile*, o portal ganhou área de vídeos e *podcasts* e é atualizado frequentemente.

O crescimento da página da Febrasgo no Facebook também surpreende. Em 2017, contabilizava em torno de 7 mil fãs e hoje ultrapassa a marca de 52 mil. O perfil da entidade no Instagram também vem crescendo, tendo atualmente mais de 3 mil seguidores.

A grande novidade, destacou Mariana, é o lançamento de um aplicativo que está sendo desenvolvido há um

“O novo aplicativo da Febrasgo pretende garantir uma nova interface de interação para o associado, além de permitir o acesso rápido e fácil a informações de confiança.”

ano especificamente para Febrasgo. “Atualmente, todo mundo utiliza *smartphones* no ambiente profissional, porém a maioria dos especialistas usa um aplicativo diferente para cada necessidade. Pensando nisso, decidimos criar um app próprio da Febrasgo com várias ferramentas”, esclareceu Mariana.

A proposta do aplicativo é garantir uma nova interface de interação para o associado, permitir o acesso rápido e fácil a informações de confiança e facilitar o dia a dia do ginecologista obstetra. Entre as funcionalidades do aplicativo, estão: calculadoras com idade gestacional, risco de câncer de mama etc.; cadastro de gestantes; oportunidade de trabalho; notícias; cursos e eventos; fórum; protocolos da Febrasgo, entre outros. O app está em fase final de desenvolvimento e deve ser lançado até o final de abril.

ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES

No final da reunião, os participantes foram convidados a fazer uma análise crítica sobre o trabalho das comissões, no intuito de identificar fraquezas e fortalezas das CNEs e propor melhorias para o futuro. Entre os pontos frágeis do trabalho identificados pelos próprios presidentes das CNEs, está a dificuldade de comunicação entre os membros e de realizar encontros presenciais, que muitas vezes se deve à distância e à agenda intensa de todos.

Por outro lado, os pontos fortes se sobressaíram, e os participantes identificaram questões positivas como a integração de saberes, os conhecimentos específicos nas áreas de atuação, a boa vontade dos profissionais em gerar conteúdo, o protagonismo nos programas científicos, a autonomia para sugerir novos membros e a agilidade nas demandas da Febrasgo.

“Essa reunião foi muito importante, pois, além de fazer uma autorreflexão de todo o trabalho desenvolvido ao longo do tempo, foi uma oportunidade de aproximar os presidentes das CNEs, afinal, como bem citado pelo Dr. César, as Comissões são o coração da Febrasgo”, finalizou Marcos Felipe Sã.

À esquerda Roseli Nomura, presidente da Comissão Nacional do TEGO, e Maria Celeste Osório Wender, vice-presidente da Região Sul, integram as CNE's da Febrasgo





Líderes em saúde

Por Letícia Martins

Com palestras sobre liderança e negociação, a Febrasgo realiza a primeira edição do curso de desenvolvimento de lideranças em parceria com o Hospital Albert Einstein

O que é preciso para ser um bom líder em saúde? Será que estou conseguindo motivar minha equipe? Por que alguns membros não correspondem ao projeto da mesma forma que outros? Essas foram algumas reflexões levantadas e trabalhadas no Curso para Desenvolvimento de Líderes da Saúde, promovido pela Febrasgo em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, no dia 6 de abril, na capital paulista.

A proposta do curso foi apresentada pelo vice-presidente da Região Sudeste da Febrasgo, Agnaldo Lopes da Silva Filho, durante a Assembleia Geral das Federadas em 2018, e foi prontamente atendida pela diretoria da Febrasgo, que compreendeu a necessidade de preparar seus associados para os desafios dos tempos atuais. “Vivemos novos tempos em que os ginecologistas e obstetras não atuam mais isoladamente em seus consultórios, mas estão constantemente interagindo com colegas de outras especialidades, ins-

tituições e até com o governo, em relações nacionais e internacionais”, afirmou o presidente da Febrasgo, César Eduardo Fagundes.

Segundo Silva Filho, o programa foi inspirado em um modelo americano já conceituado e tem como foco a liderança e a segurança dos pacientes de forma geral. “Acredito que o curso irá transformar todos que fizerem. Certamente sairão pessoas diferentes daqui hoje”, declarou.

A primeira edição do curso contou com a presença de 65 ginecologistas e obstetras que exercem cargos de liderança e dedicaram um sábado inteiro para conhecer novos conceitos e técnicas de gestão, refletir sobre a prática profissional e compartilhar experiências.

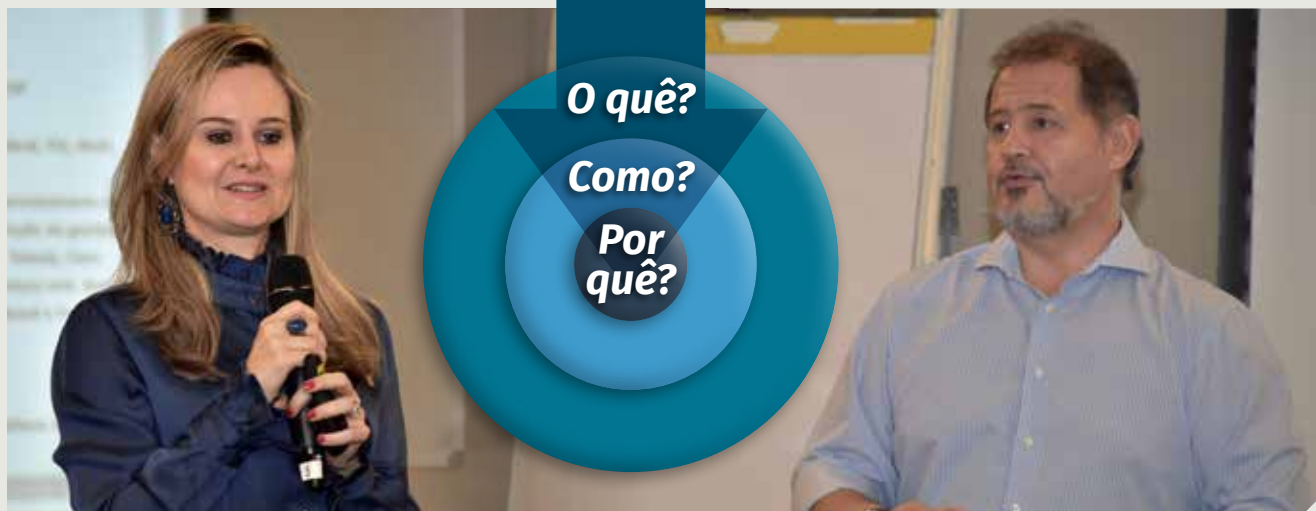
Para a psicóloga, consultora e sócia-diretora da Arquitetura RH,

Izabela Mioto, que conduziu o treinamento sobre liderança contemporânea, o formato do curso é oportuno para promover uma transformação positiva. “A transformação acontece quando você consegue parar, entender, diagnosticar o contexto e abrir espaço para incluir todas as vozes que interferem nesse processo e, assim, poder prototipar uma nova forma de ser, já que a atual não está nos levando para o lugar que desejamos”, declarou a *coach*. “Só por meio do diálogo podemos encontrar caminhos que sejam mais produtivos para o indivíduo e a equipe”, completou.

Um dos conceitos de liderança apresentados provocou os participantes. Izabela falou sobre o Círculo Dourado, uma metodologia simples, porém altamente poderosa, de modelo de liderança, que começa pelo termo “Por quê” em vez de “O quê”.

A tendência da maioria das pessoas é de se comunicar de fora para dentro. Geralmente dizemos “O quê”, “Como” e só depois “Por quê”.

**“O bom líder
inspira os outros
pelo motivo.”**



A coach Izabela Mioto explicou a metodologia do Círculo Dourado, muito utilizada por grandes líderes que sabem se comunicar de dentro para fora. À direita, Jaime Jimenez, que tem mais de 20 anos de experiência em consultoria em gestão empresarial e executiva, ensinou técnicas de negociação.

A premissa do autor do Círculo Dourado, Simon Sinek, é de que as pessoas são inspiradas não pelo que você faz, mas pelo motivo pelo qual faz determinada tarefa. Ou seja, o ideal, de acordo com Sinek, é que o líder comece apresentando o propósito, para só depois dizer “como” e “o que” fazer. Ao mudar a ordem das coisas, podemos inspirar as pessoas, conquistando a confiança e a admiração delas.

Esse conceito faz total sentido quando o líder atua na área da saúde, com projetos que visam à promoção da qualidade de vida da mulher e precisam do envolvimento de todos os membros da equipe. “Portanto, se os líderes comessem a sua comunicação de dentro para fora, isto é, porque, como e o que fazer, a possibilidade de inspirar e engajar mais pessoas seria muito maior”, explicou Izabela.


Para enriquecer ainda mais o treinamento, Izabela trouxe conceitos sobre inteligência emocional, frisando que “o autoconhecimento é a base de tudo”, afinal, não é possível fazer a gestão de pessoas se não souber liderar a si mesmo. “O líder de sucesso deve ter uma boa autogestão, procurando entender os impulsos que muitas vezes são perturbadores e levam a atitudes inadequadas para si e para o contexto. Além disso, precisa ter uma boa gestão de relacionamentos e uma boa conscientização social”, disse. “Se eu pudesse resumir em uma dica, seria esta: vamos trazer mais *soft skills* (inteligência emocional) para nossa vida profissional, porque isso vai facilitar muitos processos e melhorar a relação com o paciente, seja nas clínicas, nos consultórios ou nos hospitais. E quando os líderes estiverem em entidades de classe, poderão liderar em direção a um lugar de evolução”, concluiu.

NEGOCIAR E INFLUENCIAR PESSOAS

No período da tarde, os participantes aprenderam algumas estratégias de negociação com o professor e

sócio-diretor da Scher, Jaime Jimenez, que acumula experiência de mais de 20 anos com consultoria em gestão empresarial e executiva. Segundo ele, pessoas que têm mais facilidade de negociar, influenciar e persuadir normalmente sabem flexibilizar e, conseqüentemente, lideram melhor. “Por isso, muitas vezes, ao analisar por que um determinado médico tem mais prosperidade do que outro ou por que o líder A tem mais conflitos com a equipe do que o líder B, vamos chegar, em algum momento, nesse comparativo de quem flexibiliza mais, de quem sabe negociar melhor”, exemplificou. “Na teoria, liderança e negociação podem parecer coisas diferentes, mas na prática são convergentes. Pessoas que lideram bem geralmente negociam bem”, concluiu.

Aprender algumas técnicas de negociação e influência é fundamental para o líder em saúde, pois a falta delas pode comprometer o trabalho e o processo como um todo. Por exemplo, se o médico vai palestrar para um grupo de cem pessoas, ele precisa usar técnicas diferentes do que se estivesse falando com um paciente, um grupo de estudantes ou um auditório de mil pessoas. “A habilidade e o conteúdo até podem ser os mesmos, mas a forma de transmitir, o porte e a fortaleza desse músculo em questão precisam ser diferentes”, explicou Jimenez. Ele também falou sobre alguns vilões da negociação, como falhas na comunicação e falta de relacionamento, sinergia entre as partes e trabalho em equipe.

Na avaliação dos participantes, a programação do curso foi muito bem escolhida. “O curso foi enriquecedor, porque muitas vezes nós desempenhamos um cargo de liderança, mas nem sempre temos todas as ferramentas para atuar. Por exemplo, estou como presidente da CNE e vou agindo no acerto e no erro, nem sempre tenho um direcionamento teórico. Com as exposições de hoje, já identifiquei alguns processos que posso melhorar”, disse Samira Hadadd, presidente da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas da Febrasgo. 

Preceptoria e capacitação de preceptores de residência: tendências atuais

Gustavo Salata Romão¹, Marcos Felipe Silva de Sá²

A identidade profissional dos preceptores e supervisores de residência pode exercer grande impacto nas suas responsabilidades acadêmicas e na qualidade do desenvolvimento profissional dos médicos-residentes.⁽¹⁾ No entanto, a maioria das iniciativas de educação continuada e treinamento desses profissionais tem como focos principais a atualização e o desenvolvimento de habilidades clínicas, com pouca atenção às habilidades de

ensino, treinamento, supervisão e avaliação.⁽¹⁾

A formação orientada por competências é uma tendência atual dos Programas de Residência Médica e está se tornando o novo padrão de treinamento em nível mundial.⁽²⁾ As razões para essa mudança são diversas e incluem o aumento das expectativas para a qualidade do atendimento médico, a pressão por maior responsabilização pelo cuidado e pela segurança do paciente e a necessidade de melhor adaptação dos profissionais ao sistema de saúde.⁽²⁾

No modelo tradicional de treinamento em serviço, a formação segue as oportunidades assistenciais presentes em cada instituição e não há acompanhamento sistemático do residente quanto à aquisição das competências essenciais esperadas. Parte da supervisão dos residentes iniciantes é delegada aos residentes mais experientes, que não foram capacitados na arte de supervisão ou

avaliação. Os residentes que apresentam dificuldades não são devidamente identificados e acompanhados, não havendo oportunidade para a correção de falhas ao longo do treinamento.⁽³⁾ As avaliações são informalmente estruturadas ou inexistentes. Os métodos de avaliação, muitas vezes, são subjetivos e não validados, o que gera imprecisão e insegurança, tanto por parte dos avaliadores quanto dos avaliados.⁽²⁾

A formação orientada por competências pressupõe uma mudança de paradigmas, norteadora a formação pelas competências esperadas a cada etapa do treinamento, valorizando o papel dos supervisores e preceptores, formalizando e estruturando os processos de avaliação, implementando a avaliação formativa longitudinal e o *feedback* estruturado.⁽²⁾

A transição do modelo tradicional de treinamento do residente para um novo modelo orientado por

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

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

Autor correspondente

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



competências depende da conscientização e da capacitação de gestores, preceptores e supervisores, e não ocorrerá sem uma mudança cultural em todo o ambiente acadêmico da educação médica.⁽²⁾

A atividade do preceptor é diferente da atividade tradicional de um professor, pois requer que o aprendizado do residente ocorra ao mesmo tempo em que se assegurem qualidade e segurança na assistência à paciente. Uma estratégia muito utilizada em programas de residência médica no Brasil é a supervisão indireta, na qual os casos atendidos pelo residente são discutidos do lado de fora do consultório, condição na qual o preceptor não acompanha e não avalia a qualidade do atendimento prestado pelo aprendiz. Tal fato repercute no treinamento deficitário em competências essenciais ao médico especialista, tais como a comunicação, as habilidades clínicas e o profissionalismo. Algumas estratégias têm procurado transformar a preceptorial tradicional em uma atividade mais formal, metódica, focada e eficiente. Em 1992, foram estabelecidos os seguintes passos para realizar a preceptorial em 1 minuto:⁽⁴⁾ (1) estabelecer um compromisso ou pacto de trabalho, (2) investigar as evidências, (3) ensinar regras gerais, (4) reforçar o que foi feito corretamente e (5) corrigir os erros. Estudos subsequentes demonstraram que a satisfação dos aprendizes com a qualidade da preceptorial foi maior após o treinamento formal dos preceptores nesse modelo de cinco passos^(5,6) e que houve preferência desse modelo em relação ao modelo informal tradicional.⁽⁷⁾ Adicionalmente, verificou-se que essa estruturação da preceptorial promove o enriquecimento do *feedback* e facilita a identificação de pontos de correção e melhoria pelo médico-residente.⁽⁸⁾

Diversos são os modelos descritos para o treinamento de preceptores.⁽⁹⁾ Entre as estratégias formais, estão os *workshops*, o ensino a distância (EAD), o treinamento em grupos, o *coaching* por pares e o

feedback do residente sobre a atuação do preceptor. As estratégias informais incluem o aprendizado a partir da experiência, observação e reflexão, e as comunidades de prática. De acordo com as evidências, alguns aspectos são relevantes para o sucesso e a satisfação dos programas de treinamento e incluem o aprendizado experiencial pela oportunidade de prática e aplicação, a reflexão, o *feedback* e o apoio institucional.⁽⁹⁾ Nesse sentido, a simulação e o *role-play* ocupam papel de destaque.⁽¹⁰⁾ O *role-play* consiste em simulações em que os participantes do treinamento se revezam nos papéis de residente, preceptor e paciente simulado. Seu uso na educação médica foi inicialmente descrito por Simpson, em 1985,⁽¹¹⁾ e desde então esse modelo vem sendo amplamente utilizado no treinamento de preceptores, professores e supervisores de residência. Trata-se de uma estratégia que possibilita ao aprendiz praticar uma tarefa, refletir sobre o seu desempenho e entender as perspectivas dos outros em um cenário realista de treinamento.⁽¹⁰⁾

Em 2018, a Febrasgo tomou a iniciativa de implementar um curso voltado para a capacitação de preceptores de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, visando qualificar a formação do residente nessa especialidade. O curso foi desenvolvido pela Comissão de Residência Médica da Febrasgo (Coreme) no modelo *blended-learning*, com um módulo não presencial (em ambiente EAD) e um módulo presencial. O módulo não presencial teve como objetivo a fundamentação teórica dos participantes nas novas metodologias de treinamento e avaliação e incluiu temas relevantes como a formação orientada por competências, teste de progresso individual (TPI), métodos de avaliação das competências em ambiente simulado e em ambientes da prática profissional e estratégias de *feedback*. Além das aulas ministradas por *experts*, os participantes puderam acessar textos, referências bibliográficas, instrumentos e formulários de ava-

liação e testes de memorização. Ao final de cada atividade EAD, um teste de verificação do conhecimento foi aplicado aos participantes, sendo o seu desempenho considerado como critério de progressão para as próximas atividades.

O módulo presencial foi oferecido a todos os participantes que completaram as atividades do módulo EAD. Nas atividades presenciais, os participantes tiveram a oportunidade de vivenciar e discutir diversos instrumentos e estratégias de avaliação em ambientes da prática profissional, como a observação direta de habilidades procedurais (*Direct Observation of Procedural Skills – DOPS*) e o minixercício clínico (*Mini-Clinical Exercise – Mini-CEX*), e em ambiente simulado, por meio do exame estruturado de habilidades clínicas (*Objective Structured Clinical Examination – OSCE*). A aprendizagem experiencial com o DOPS e Mini-CEX foi desenvolvida utilizando vídeos de atendimentos e procedimentos realizados por residentes. Os participantes treinaram o preenchimento dos instrumentos de avaliação e simularam estratégias de *feedback*. A aprendizagem experiencial com o OSCE foi desenvolvida a partir da elaboração de estações, simulações e *role-play*, seguidas de reflexão e *debriefing* ao término da atividade.

Na primeira versão do Curso de Capacitação, iniciada em junho de 2018, foram inscritos 255 participantes para o módulo não presencial, dos quais 155 (61%) completaram as atividades e foram aprovados para o módulo presencial. As atividades presenciais foram desenvolvidas para grupos de 20 a 25 participantes. Para capacitar todos os preceptores aprovados no módulo não presencial, foram necessárias cinco versões do módulo presencial, sendo as três primeiras desenvolvidas na cidade de São Paulo (SP) (agosto/2018, novembro/2018, fevereiro/2019), a quarta, em Fortaleza (CE) (março/2019) e a última será desenvolvida em Belo Horizonte (MG), no dia 25/5/2019, juntamente com o

Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia.

Para o ano de 2019, está previsto um novo ciclo de capacitação de novos preceptores, a ser iniciado em junho de 2019 (módulo não presencial), com módulos presenciais a partir de setembro de 2019.

Além dessas atividades, a Coreme está promovendo o Primeiro Encontro Nacional de Preceptores de residência em Ginecologia e Obstetrícia, um grande *workshop* voltado a esses profissionais, a ser realizado no dia 27/04/2019, em São Paulo. Nesse encontro, serão abordados temas importantes relacionados às atividades de preceptoria, como ensino por meio da simulação, segurança da paciente, profissionalismo, confecção de simuladores de baixo custo, além de práticas com simuladores de alta fidelidade e métodos contraceptivos de longa duração. As inscrições

já estão abertas no site da Febrasgo: <https://www.febrasgo.org.br>



REFERÊNCIAS

1. Steinert Y, O'Sullivan PS, Irby DM. Strengthening teachers' professional identities through faculty development. *Acad Med*. 2019 Mar 5. doi: 10.1097/ACM.0000000000002695. [Epub ahead of print].
2. Ferguson PC, Caverzagie KJ, Nousiainen MT, Snell L; ICBME Collaborators. Changing the culture of medical training: an important step toward the implementation of competency-based medical education. *Med Teach*. 2017;39(6):599-602. doi: 10.1080/0142159X.2017.1315079
3. Zbieranowski I, Takahashi SG, Verma S, Spadafora SM. Remediation of residents in difficulty: a retrospective 10-year review of the experience of a postgraduate board of examiners. *Acad Med*. 2013;88(1):111-6. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182764cb6
4. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5(4):419-24. doi: 10.3122/jabfm.5.4.419
5. Furney SL, Orsini AN, Orsetti KE, Stern DT, Gruppen LD, Irby DM. Teaching the one-minute preceptor. A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):620-4. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009620.x
6. Eckstrom E, Homer L, Bowen JL. Measuring outcomes of a one-minute preceptor faculty development workshop. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):410-4. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00418.x
7. Teherani A, O'Sullivan P, Aagaard EM, Morrison EH, Irby DM. Student perceptions of the one minute preceptor and traditional preceptor models. *Med Teach*. 2007;29(4):323-7. doi: 10.1080/01421590701287988
8. Irby DM, Aagaard E, Teherani A. Teaching points identified by preceptors observing one-minute preceptor and traditional preceptor encounters. *Acad Med*. 2004;79(1):50-5. doi: 10.1097/00001888-200401000-00012
9. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: a 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach*. 2016;38(8):769-86. doi: 10.1080/0142159X.2016.1181851
10. Servey J, Wyrick K. Teaching clinical precepting: a faculty development workshop using role-play. *MedEdPORTAL*. 2018;14:10718. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10718
11. Simpson MA. How to use role-play in medical teaching. *Med Teach*. 1985;7(1):75-82. doi: 10.3109/01421598509036794

INFORMAÇÕES SOBRE O TESTE DO PROGRESSO INDIVIDUAL (TPI) APLICADO EM 2018 PARA OS RESIDENTES DE GO

Aos Preceptores de Residência Médica,

A Comissão de Residência Médica da Febrasgo e a Diretoria Científica analisaram os resultados do desempenho dos Residentes submetidos ao TPI. Conforme estabelecido no Edital, cada Residente recebeu individualmente e de maneira sigilosa o seu resultado. Com relação aos Preceptores, foram enviadas as notas médias de seus Residentes, por cada categoria (R1/R2/R3), comparadas com a mediana nacional e os percentis 30 e 60 obtidos entre todos os Residentes avaliados. Entretanto, na avaliação dos serviços, somente foram considerados aqueles que tiveram pelo menos três Residentes em cada categoria.



Ser médico ginecologista e obstetra

Juvenal Barreto Borriello Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

O exercício profissional em nossa especialidade é muito gratificante e precisa ser exaltado. Nossa especialidade celebra a vida quando assiste o nascimento.

Nenhuma outra especialidade da Medicina convive por nove meses com a responsabilidade do bem-estar de duas vidas simultâneas. Na ginecologia, acompanhamos a mulher em toda a sua vida, desde a infância e puberdade, menacme, climatério até a senilidade. Somos os médicos das mulheres.

Durante a gravidez, a gestante e seu parceiro, familiares e amigos criam expectativas de resultados sempre positivos, e tais resultados, quando não acontecem, são muito contestados, colocando, na maioria das vezes, responsabilidades e culpas na figura do médico obstetra.

Assim sendo, os médicos obstetras devem exercer sua especialidade com as melhores práticas, baseadas em evidências científicas robustas e, assim o fazendo, não devem trabalhar com insegurança jurídica.

Nossos colegas têm abraçado nossa especialidade cada vez mais jovens, com predominância de mulheres em relação aos homens, e in-

“Nenhuma outra especialidade da Medicina convive por nove meses com a responsabilidade do bem-estar de duas vidas simultâneas”

felizmente poucos escolhem para o seu dia a dia a assistência obstétrica.

A Febrasgo tem como missão “atuar no âmbito científico e profissional, congregando e representando os ginecologistas e obstetras brasileiros, promovendo educação e atualização através de informações confiáveis e diretrizes, valorizando a saúde da mulher”.

Além disso, temos insistido na formação do médico ginecologista e obstetra como um melhor cidadão, ciente de seus compromissos e responsabilidades com as gestantes e seus conceitos.


Não é fácil para o jovem colega associado escolher sua área de atuação, em razão das diversas subespecialidades, mas sempre lembramos que, no início da carreira profissio-

nal, todos estarão trabalhando nos pronto atendimentos das maternidades exercendo a obstetria.

A mudança de modelo de assistência ao parto, do modelo intervencionista vigente e respaldado durante muitos anos pela academia, para outro com menos intervenções, tem exigido de todos nós adequações, que serão estabelecidas em intervalo de tempo razoável.

Não podemos, em nenhuma hipótese, ser responsabilizados pelas dificuldades assistenciais no pré-natal, parto e puerpério, que dependem de políticas públicas ou da saúde suplementar. A falta de ambiência em maternidades, de leitos, de recursos humanos e de material não pode ser atribuída ao médico obstetra.

Expressões que não desejamos que sejam utilizadas, que caíram no gosto da mídia e de organizações que nos imputam culpa, não devem ser utilizadas por nós, e devemos realizar ações conjuntas com outras entidades médicas para elas que caíam em desuso.

Lembre-se: é muito gratificante ser médico ginecologista e obstetra. Nossa especialidade celebra a vida. Somos os médicos das mulheres. 



Utilidade e desempenho do NIPT convencional e do ampliado

Luciana Carla Longo e Pereira¹, Ellen Beatriz Araújo Freire¹, Mário Henrique Burlacchini de Carvalho¹

1. Assessores Médicos do Fleury em Medicina Fetal

O teste não invasivo para trissomias fetais, ou NIPT (do inglês *noninvasive prenatal testing*), analisa fragmentos de DNA fetal livre circulantes no sangue periférico materno, a fim de determinar se o feto apresenta risco alto para aneuploidias, como as síndromes de Down (trissomia do 21), de Edwards (trissomia do 18) e de Patau (trissomia do 13), além de aneuploidias nos cromossomos sexuais, como as síndromes de Turner (monossomia do X), de Klinefelter (XXY), do XXX e do XYY. Para gestações de feto único, ainda informa o sexo fetal. O exame apresenta altas taxas de detecção para as trissomias do 21, 13 e 18, em torno de 98%, com índice de falso-positivo de 0,04% (Tabela 1). Um resultado positivo, que significa alto risco, na maioria das vezes, necessita de outros exames confirmatórios, que são indicados mediante consulta médica ou aconselhamento genético.

ÉPOCA DE REALIZAÇÃO

O NIPT pode ser feito a partir de 10 semanas de gravidez e não há limite superior de idade gestacional para sua realização.

INDICAÇÕES

Na prática, o exame tem mais utilidade em grávidas de alto risco, embora não haja contraindicação para aquelas de baixo risco. Em 2017, o Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras reforçou a recomendação para indicá-lo principalmente nos casos de:

- Idade materna acima de 35 anos;
- Alterações ultrassonográficas associadas a trissomias;
- Filho anterior acometido por trissomia;
- Pais com translocação robertsoniana balanceada, com risco aumentado de trissomia do 21 ou do 13.

RASTREAMENTO COMBINADO ENTRE 11 E 13 SEMANAS

Em gestantes submetidas ao rastreamento combinado (idade materna, translucência nucal e perfil bioquímico materno) e classificadas como de risco intermediário

(1:11-1:1.000), o NIPT entra como teste de triagem para selecionar o subgrupo que se beneficiaria da biópsia de vilos coriais ou da amniocentese. Assim, as gestantes de alto risco fariam sempre o teste invasivo (biópsia de vilos coriais ou amniocentese) e as do grupo de risco intermediário fariam primeiro o NIPT e, caso este viesse positivo, prosseguiriam a investigação (Figura 1). Com tal estratégia, apenas 25% das pacientes teriam indicação de realizar o NIPT e 98% dos fetos com trissomia do 21, 18 e 13 seriam diagnosticados, com uma taxa de testes invasivos de 0,8%.

É possível realizar o NIPT em gestações de feto único e gemelares, incluindo casos de fertilização *in vitro*, com ovócitos próprios ou não, mas não em gravidezes de gêmeos em que houve óbito de um dos embriões/fetos. Além disso, nas gemelares, o teste não avalia o sexo do feto nem os riscos de alterações nos cromossomos sexuais (X e Y).

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

O NIPT é um exame de rastreamento ou triagem. Quando positivo, configura risco alto, ou melhor, forte indicação de que o feto apresenta uma das doenças investigadas, mas não deve ser interpretado como diagnóstico de certeza. A alteração, então, precisa ser confirmada por análise de cariótipo, razão pela qual se recomenda aconselhamento com especialista em Medicina Fetal. Já um resultado negativo indica risco baixíssimo, mas não garante a ausência de anomalias em 100% dos casos. Nessa situação, o monitoramento da gravidez continua normalmente.

Nos raros casos de teste inconclusivo, a equipe médica do Fleury entra em contato com o médico para discutir o direcionamento diagnóstico mais adequado. A consulta com um especialista em Medicina Fetal ou geneticista também pode ser útil para explicar o resultado e avaliar os exames complementares.

Se o casal quiser confirmar um teste positivo para trissomia do 21, é recomendável o cariótipo fetal, que já pode ser feito pela biópsia de vilos coriais, dada a alta acurácia do método para essa alteração. Em casos de positividade para trissomia do 18 e/ou do 13, deve-se correlacionar o resultado com os achados ultrassonográficos.

Tabela 1. Rastreamento de aneuploidias fetais pelo NIPT

	Taxa de detecção	Taxa de falso-positivo	Valor preditivo positivo
Trissomia do 21 (síndrome de Down)	99,7%	0,04%	78%
Trissomia do 18 (síndrome de Edwards)	97,9%	0,04%	62%
Trissomia do 13 (síndrome de Patau)	99%	0,04%	35%
Monossomia do X	95,8%	0,14%	31%
Não monossomia do X	93%	0,14%	>90%
T21 (gemelar)	93,7%	0,23%	60%

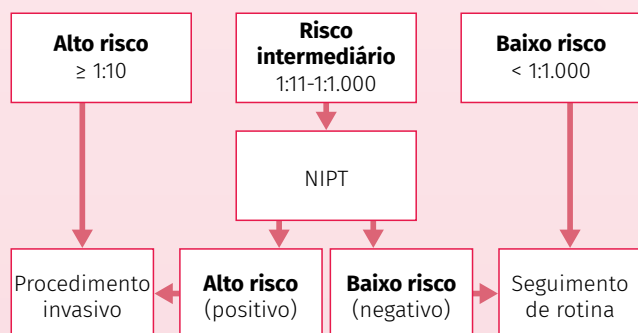
Adaptada de: Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaidis KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Sep;50(3):302-14.

Na ausência de malformações fetais ou marcadores de cromossopatias pelo ultrassom, convém optar pela amniocentese para evitar os mosaicismos placentários como causa de NIPT positivo. O mesmo vale para a positividade decorrente de monossomia do X. Até 90% dos fetos com síndrome de Turner apresentam translucência nucal (TN) aumentada. Se a TN estiver dentro da normalidade, o valor preditivo do NIPT se reduz e o índice de falso-positivo aumenta, fazendo da amniocentese o melhor método para a confirmação diagnóstica. Se a TN estiver aumentada, a biópsia de vilos coriais pode ser utilizada com essa finalidade.

SITUAÇÕES PREFERENCIAIS AO PROCEDIMENTO INVASIVO

Não há contraindicação para a realização do NIPT, mas há situações em que os procedimentos invasivos clássicos são preferenciais em relação ao teste:

- TN maior que 3,5 mm, devido ao risco elevado de outras aneuploidias raras, não pesquisadas pelo NIPT;
- Suspeita ultrassonográfica de triploidia fetal;
- Malformações fetais maiores diagnosticadas na ultrassonografia, como holoprosencefalia, onfalocele e megabexiga;
- Bioquímica materna muito baixa (PAPP-A e beta-hCG livre inferiores a 0,3 MoM);
- Infecções congênicas.



*TN: translucência nucal; PAPP-A: proteína A plasmática associada à gestação; PIGF: hormônio de crescimento placentário.

Figura 1. Rastreamento combinado entre 11 e 13 semanas. Idade materna, TN, beta-hCG livre, PAPP-A e PIGF.

NIPT TEM VERSÃO AMPLIADA

O Fleury dispõe também do NIPT ampliado, teste que avalia, além das alterações numéricas nos cromossomos já mencionados, o risco de aneuploidias em todos os outros cromossomos e de algumas síndromes genéticas mais raras (Quadro 1), associadas a microdeleções subcromossômicas, entre as quais a da deleção 1p36, a de Wolf-Hirschhorn (microdeleção 4p16.3), a de Cri-Du-Chat (microdeleção 5p15.2), a de Angelman (microdeleção 15q11.2) e a de DiGeorge (microdeleção 22q11.2). A taxa de detecção para as outras síndromes avaliadas no NIPT ampliado é de aproximadamente 75%. No entanto, o valor preditivo do teste para essas condições mais raras é baixo, em torno de 5%, o que significa que um resultado positivo para microdeleções tem maior chance de não ser confirmado.

O NIPT ampliado também pode ser feito a partir de 10 semanas gestacionais, tanto em gravidezes de feto único quanto nas gemelares, incluindo casos de fertilização *in vitro*.

POR DENTRO DAS ALTERAÇÕES AVALIADAS PELO NIPT/NIPT AMPLIADO

Síndrome de Down: Trata-se da aneuploidia compatível com a vida que é mais comum, causada pela presença de uma cópia extra do cromossomo 21. Sua incidência é de 1:700 nascimentos e se eleva com o avanço da idade materna, sobretudo acima de 35 anos. Por ser a síndrome mais incidente, configura o principal motivo pelo qual as gestantes procuram os serviços de diagnóstico pré-natal. A condição associa-se com deficiência intelectual variável, cardiopatias e alterações digestivas, entre outras manifestações.

Síndrome de Edwards: Ocasionalizada pela presença de cópia extra do cromossomo 18, está associada a altas taxas de abortamento e malformações graves, que levam a elevada mortalidade neonatal. Tem incidência de 1:5.000 nascimentos.

Síndrome de Patau: Decorre da presença de cópia extra do cromossomo 13 e correlaciona-se com taxas elevadas de abortamento e malformações graves. As principais malformações encontradas são cerebrais (holoprosencefalia alobar) e faciais (fenda labial e palatina mediana,

Quadro 1. Síndromes detectadas em cada exame

	NIPT	NIPT ampliado
Síndrome de Down (trissomia do 21)	X	X
Síndrome de Edwards (trissomia do 18)	X	X
Síndrome de Patau (trissomia do 13)	X	X
Síndrome de Turner (monossomia do X)	X	X
Síndrome de Klinefelter (XXY)	X	X
Superfêmea (XXX)	X	X
Super-homem (XYY)	X	X
Deleção 1p36		X
Síndrome de Wolf-Hirschhorn		X
Síndrome de Cri-Du-Chat		X
Síndrome de Angelman		X
Síndrome de DiGeorge		X

probóscide, ciclopia) e cardiopatias, entre outras. A sobrevivência além do primeiro ano de vida é extremamente rara. Está presente em 1:16.000 nascimentos.

Síndrome de Turner: Com incidência variando de 1:5.000 a 1:8.000 nascidos vivos do sexo feminino, caracteriza-se por um cromossomo X e deleção total ou parcial do segundo X, associando-se a abortamentos. Após o nascimento, a presença de estigmas “turnerianos” (estrabismo, hipertelorismo ocular e mamário, implantação baixa de orelhas e cabelos, micrognatia, pescoço curto e/ou alado etc.) ajuda o clínico a levantar a suspeita. As meninas acometidas têm retardo no crescimento desde a vida intrauterina. Assim, de 95% a 100% das pacientes exibem baixa estatura.

Síndrome de Klinefelter: A condição afeta apenas os homens e é marcada pela presença de uma ou mais cópias extras do cromossomo X. Constitui-se na anormalidade cromossômica mais comum, com incidência de 1:500 a 1:800 nascimentos do sexo masculino. Muitos pacientes são assintomáticos. Nos que possuem sinais clínicos, observam-se esterilidade, desenvolvimento mamário, dificuldades sociais e de aprendizado, alta estatura e sobrepeso, entre outros.

Síndrome do XXX: Considera-se a anomalia cromossômica mais comum nas mulheres, acometendo 1:1.000 nascimentos do sexo feminino. As manifestações incluem baixa estatura, epicanto, hipotonia e clinodactilia. Em idade escolar, as crianças podem apresentar maior chance de déficits cognitivos e dificuldades de aprendizado. Existe a possibilidade de a trissomia não ser diagnosticada, visto que algumas pacientes têm a doença em grau leve ou assintomática.

Síndrome do XYY: Aneuploidia dos cromossomos sexuais causada pela presença de cópia extra do cromossomo Y, incide em 1:1.000 nascimentos do sexo mascu-

lino. No período neonatal, as manifestações são mais sutis, incluindo clinodactilia, hérnia inguinal e *pectus carinatum*. No começo da infância, as crianças afetadas apresentam alta estatura, atraso na fala, déficit de aprendizado e alterações de comportamento. Na maioria dos pacientes, a síndrome não afeta a fertilidade e não ocasiona alterações significativas, motivo pelo qual permanece sem diagnóstico.

Síndrome da deleção 1p36: Também conhecida como monossomia 1p36, é considerada uma das síndromes de deleção cromossômica mais comuns. Caracteriza-se por alterações craniofaciais, retardo no desenvolvimento, déficit intelectual, alterações de comportamento, hipotonia, problemas de alimentação e epilepsia. Sua incidência varia de 1:5.000 a 1:10.000 nascidos vivos.

Síndrome de Wolf-Hirschhorn: Com incidência de 1:50.000 nascimentos, acomete duas vezes mais o sexo feminino que o masculino, sendo ocasionada pela microdeleção 4p16.3. Os portadores exibem microcefalia, hipertelorismo, glabella proeminente, nariz largo, filtro labial curto, micrognatia, orelhas displásicas e lábio leporino. Também são observados retardo mental de graus variados, baixo peso ao nascimento, hipotonia, convulsões, surdez, baixa estatura e malformações cardíacas, renais e genitais.

Síndrome de Cri-Du-Chat: Decorre da microdeleção 5p15.2 e está presente em 1:50.000 nascimentos. Além do choro característico ao nascer, que se assemelha ao choro de gato em sofrimento, outras manifestações incluem microcefalia, baixo peso ao nascimento, hipertelorismo e assimetria facial, além de retardo mental e do crescimento.

Síndrome de Angelman: Tem incidência de 1:10.000 a 1:40.000 nascimentos e deriva da microdeleção 15q11.2. Uma característica da condição é a facilidade, do portador, de sorrir e rir, observada muito cedo. Muitos lactentes não mostram sinais da doença ao nascimento, e o retardo do desenvolvimento aparece entre 6 meses e 1 ano de idade, em conjunto com hipotonia, hiperatividade, risadas explosivas e prejuízo da linguagem verbal. O retardo mental é grave e 80% das crianças apresentam convulsões antes de 4 anos de idade. Observam-se ainda marcha atáxica e tremores em extremidades. Os pacientes acometidos atingem um nível de desenvolvimento de apenas o equivalente a 24 a 30 meses de idade.

Síndrome de DiGeorge: Causada pela microdeleção 22q11.2, ocorre em 1:3.000 nascidos vivos. Em neonatos, as manifestações englobam dismorfismos craniofaciais, malformações de vias aéreas, cardiopatias e malformações renais. A síndrome causa alterações neurológicas e comportamentais em lactentes e crianças maiores, bem como atraso no desenvolvimento da linguagem e disfunções do sistema imunológico.



CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

EDITOR-CHEFE: Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

CONSELHO EDITORIAL: Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Almir Antonio Urbanetz, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Borges da Fonseca, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibaldi Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebirim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osorio Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato Augusto Moreira de Sá, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

ARTIGO COMENTADO

- 232** Patologia uterina em transgêneros masculinos em uso de testosterona: estudo retroativo multicêntrico de séries de casos
Medeiros SF

PROTOCOLOS

- 235** Vaginites e vaginoses
Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J
- 241** Infecção do trato urinário
Haddad JM, Fernandes DA

ARTIGO DE REVISÃO

- 245** Adenocarcinoma cervical – Diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde
Galvão RD

Patologia uterina em transgêneros masculinos em uso de testosterona: estudo retroativo multicêntrico de séries de casos

American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2019;220(3):257.e1-7.

Grimstad FW, Fowler KG, New EP, Ferrando CA, Pollard RR, Chapman G, Gomez-Lobo V, Gray M

Comentários de: Sebastião Freitas de Medeiros

No seu volume de março/2019, o *American Journal of Obstetrics and Gynecology* publicou um artigo interessante, na forma de série de casos, incluindo pacientes de cinco centros nos EUA e examinando os efeitos do uso de testosterona em homens transgêneros.

No tópico Introdução, os autores destacam o interesse e a procura dos homens transgêneros pelo tratamento hormonal e proveem algumas definições ao leitor (Quadro 1). Eles chamam também a atenção para o fato de que, apesar do uso disseminado da testosterona pelos homens transgêneros, os dados acerca dos efeitos adversos e da segurança do seu uso por longo período são limitados. Ainda, alertam de que os relatos disponíveis sobre os efeitos da testosterona sobre o útero, mesmo em indivíduos cisgêneros, são escassos, embora sejam associados com a síndrome dos ovários policísticos e o câncer endometrial nessas mulheres. Os autores relembram que *in vitro* os androgênios podem suprimir a atividade das células endometriais, levando à atrofia endometrial.

Na seção Material e Métodos, os autores descrevem que os casos foram atendidos em cinco centros de quatro estados norte-americanos (Kansas, Florida, Washington e Ohio). Eles esclarecem que incluíram no estudo apenas indivíduos maiores de 18 anos de idade que foram submetidos a histerectomia, com ou sem ooforectomia, após a administração de testosterona por tempo variável. Assim, não limitaram o tempo de uso antes da histerectomia. O formulário de atendimento antes da cirurgia incluía as variáveis índice de massa corpórea (IMC), comorbidades, cirurgias anteriores, paridade, histórico menstrual, histórico de sangramento uterino anormal antes do início do uso de testosterona, uso anterior ou atual de estrogênio e/ou estrogênio mais progesterona e tempo, duração e dose da testosterona. Antes da histerectomia, fizeram-se ainda avaliação bioquímica, incluindo a dosagem de estradiol, testosterona total, hemograma e hematócrito, e ultrassonografia transvaginal. A ultrassonografia não foi efetuada em todos os casos. Para análise estatística, algumas variáveis foram agrupadas, e esses agrupamentos são mostrados no quadro 2.

Na seção Resultados, os autores relatam a inclusão de 94 indivíduos. Dados clínicos podem ser vistos na tabela 1. No momento da histerectomia, a idade média dos pacientes era de $30,0 \pm 8,6$ anos (amplitude de 18 a 53 anos, IC 95%: 27,8-31,3) e o IMC era de $29,6 \pm 2,3$ kg/m² (amplitude de 16,1-59,4, IC 95%: 28,1-31,1).

Título original:

Uterine pathology in transmasculine persons on testosterone: a retrospective multicenter case series

Publicado em:

American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2019;220(3):257.e1-7.

Autores:

Frances W. Grimstad, Kylie G. Fowler, Erika P. New, Cecile A. Ferrando, Robert R. Pollard, Graham Chapman, Veronica Gomez-Lobo, Meredith Gray

Comentado por:

Sebastião Freitas de Medeiros
Editor-Chefe da Revista Femina

Quadro 1. Definições e cuidados baseados no gênero

Terminologia	Definição
Transgênero	Indivíduo cuja identidade de gênero difere do sexo que lhe foi atribuído ao nascer. Pode ser abreviado como trans.
Cisgênero	Indivíduo cuja identidade de gênero é concordante com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer.
Transmasculino	Indivíduo transmasculino é alguém cujo sexo feminino lhe foi atribuído ao nascer, mas que se identifica com o gênero masculino. Pode ser denominado também de homem transgênero.
Tratamento hormonal para afirmação do gênero	Refere-se ao uso de hormônios com o objetivo de desenvolver características sexuais secundárias concordantes com a identidade de gênero do indivíduo. No caso dos transgêneros masculinos, esse objetivo é alcançado com o uso de testosterona.
Supressão da puberdade	Uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa) para retardar, ou mesmo evitar, o desenvolvimento dos caracteres sexuais não desejados advindos dos eventos puberais endógenos.

Quadro 2. Variáveis agrupadas para análise estatística

Variável	Grupo	Racional
Espessura do endométrio (mm) (Ultrassom ou patologia)	< 4 mm > 4 mm	Na exclusão de câncer endometrial, a espessura endometrial < 4 mm em mulheres na pós-menopausa tem valor preditivo negativo > 99%. Não existem dados acerca da espessura endometrial em mulheres na pré-menopausa usuárias de testosterona.
Duração do uso da testosterona (anos)	0-1 < 1-2 > 2-4 > 4	A maioria dos homens transgêneros desenvolve amenorreia com 1 ano de uso de testosterona. Efeitos virilizantes máximos podem aparecer em até 2 a 5 anos.
Índice de massa corpórea (kg/m ²)	< 30 > 30	A obesidade é fator reconhecido de risco para hiperplasia/câncer endometrial.

Setenta e seis (80,9%) eram nulíparas e 24 (25,5%) referiam irregularidades menstruais (síndrome dos ovários policísticos ou sangramento uterino anormal) antes do início do tratamento com testosterona.

Durante o uso da testosterona, 52 pacientes tinham documentação completa da sintomatologia ginecológica; 12 deles (23,1%) continuavam apresentando sangramentos e 30 (57,7%) queixavam-se de cólicas intermitentes. A combinação de estradiol, progesterona e testosterona foi prescrita para 13 pacientes (7 usaram testosterona com contraceptivo oral combinado, 4 com medroxiprogesterona e 3 com DIU contendo levonorgestrel). O intervalo médio entre o início do uso da testosterona e a histerectomia foi muito variável – 36,5 ± 36,6 meses (amplitude de 1 mês a 228 meses, IC 95%:29,2-44,2 meses).

Em 54 indivíduos, a testosterona foi dosada pelo menos uma vez no ano que antecedeu a histerectomia, e os níveis séricos foram de 548,6 ± 325,8 ng/dL (IC 95%: 460,8-634,6); portanto, níveis normais para o sexo masculino. Em 34 indivíduos, o estradiol foi dosado e os níveis circulantes foram de 44,1 ± 28,6 pg/mL (IC 95%: 34,1-54,1), níveis comparáveis aos encontrados na fase folicular precoce de mulheres normais.

Ao exame ultrassonográfico, 23 mulheres tinham endométrio de 4,9 ± 2,1 mm de espessura (IC 95%: 4,0-5,9)

antes da histerectomia. Esse resultado não foi associado ao tempo de uso da testosterona. Os outros aspectos endometriais mostrados na ultrassonografia são descritos na tabela 1. Após a exclusão de 13 pacientes que usaram estrogênio e/ou progesterona, os aspectos endometriais continuaram semelhantes. No exame anatomicopatológico, 82 mulheres tinham endométrio de 2,0 ± 1,3 mm de espessura (IC 95%, 1,7-2,3) e 51 tinham volume uterino de 77,2g (IC 95%: 57,7-0100,6). Nas biópsias, a espessura endometrial também não foi associada ao tempo de uso de testosterona. Não houve também associação entre espessura endometrial e IMC; não houve ainda associação entre persistência do sangramento, histologia endometrial e concentrações de testosterona. Entre os pacientes que persistiram com sangramento ao longo do tratamento, os níveis de testosterona, o IMC e a idade não foram diferentes quando comparados com aqueles encontrados nos indivíduos que permaneceram em amenorreia (Tabela 1).

COMENTÁRIOS

Os resultados desse estudo mostraram haver persistência da atividade endometrial em muitos homens transgêneros durante o uso de testosterona. Mostraram ainda a predominância de endométrio proliferativo ao

Tabela 1. Comparação dos indivíduos transgêneros masculinos em uso de testosterona com sangramento persistente ou em amenorreia

Variável	n (%)
Sangramento em uso de testosterona	
Sim	12 (23,1)
Não	40 (76,9)
NR	42
Uso hormonal concomitante com testosterona	
COC	7 (50,0)
AMP	4 (28,6)
DIU-LNG	3 (21,4)
NR	81
Tipo de testosterona usada (via)	
Cipionato (intramuscular)	74 (78,7)
Cipionato (subcutâneo)	15 (16,0)
Propionato, iscoproato, decanoato, fenilpropionato (subcutâneo)	1 (11,1)
Testosterona (transdérmica)	3 (3,2)
Comorbidades	
Hipotireoidismo	11 (11,7)
Endometriose	8 (8,5)
Hipertensão arterial	6 (6,4)
Dislipidemia	6 (6,4)
Asma	6 (6,4)
Diabetes tipo II	5 (5,3)
Duração do uso de testosterona (anos)	
0-1	22 (23,4)
> 1-2	30 (31,9)
> 2-4	19 (20,2)
> 4	23 (24,5)
Classificação/patologia do endométrio	
Proliferativo	61 (64,9)
Atrófico	22 (23,4)
Secretor	4 (4,3)
Hiperplasia atípica	1 (1,1)
Pólipos/miomas	9 (9,6)
Alteração do miométrio	
Adenomiose	7 (7,4)

NR: dado não registrado; COC: contraceptivo oral combinado; AMP: acetato de medroxiprogesterona; DIU-LNG: dispositivo intrauterino com levonorgestrel.

exame histopatológico. Essa observação foi importante e comparável com os resultados de quatro estudos anteriores incluindo 269 homens transgêneros que mostraram haver atividade endometrial em 50,1% deles. Nesses estudos os pacientes apresentavam outras alterações uterinas como pólipos, hiperplasia sem atipia (9/269) ou carcinoma endometrial (1/269).⁽¹⁻⁴⁾ Esses estudos destacaram ainda que o uso de testosterona não aumenta o risco de câncer endometrial. Os autores do estudo em análise chamam atenção para o fato de que, embora não haja nenhuma diretriz, principalmente na vigência de sangramento,^(5,6) os pacientes devem ter o endométrio monitorizado, principalmente na vigência de sangramento anormal.

Por fim, os autores destacam que não há consenso acerca da melhor conduta a ser tomada na vigência de sangramento durante o uso de testosterona nesse momento.⁽⁷⁾ Eles lembram e apontam referência indicando que os progestagênicos e os inibidores da aromatase são os medicamentos atualmente mais utilizados.⁽⁸⁾ A respeito das limitações do estudo comentado aqui, os autores destacam a dificuldade em determinar os efeitos a longo prazo da testosterona apenas com análise retrospectiva dos dados. Esse desenho não considera eventuais ajustes de doses ou troca de via de administração.

REFERÊNCIAS

- Perrone AM, Cerpolini S, Maria Salfi NC, Ceccarelli C, De Giorgi LB, Formelli G, et al. Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FTM) transsexuals. *J Sex Med.* 2009;6(11):3193-200. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x
- Grynberg M, Fanchin R, Dubost G, Colau JC, Brémont-Weil C, Frydman R, et al. Histology of the genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reprod Biomed Online.* 2010;20(4):553-8. doi: 10.1016/j.rbmo.2009.12.021
- Loverro G, Resta L, Dellino M, Edoardo DN, Cascarano MA, Loverro M, et al. Uterine and ovarian changes during testosterone administration in young female-to-male transsexuals. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55(5):686-91. doi: 10.1016/j.tjog.2016.03.004
- Khalifa MA, Toyama A, Klein ME, Santiago V. Histologic features of hysterectomy specimens from female-male transgender individuals. *Int J Gynecol Pathol.* 2018 Sep 24. doi: 10.1097/PGP.0000000000000548. [Epub ahead of print].
- World Professional Association for Transgender Health [Internet]. Standards of care: for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 7th Version. East Dundee, IL: WPATH; 2012 [cited 2018 Mar 6]. Available from https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care_V7%20Full%20Book_English.pdf
- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869-903. doi: 10.1210/jc.2017-01658
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):197-206. doi: 10.1097/AOG.0b013e318262e320
- Carswell JM, Roberts SA. Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgend Health.* 2017;2(1):195-201. doi: 10.1089/trgh.2017.0021

Vaginites e vaginoses

Iara Moreno Linhares¹, Rose Luce Gomes do Amaral², Renata Robial³,
José Eleutério Junior⁴

Descritores

Vaginite; Vaginose bacteriana;
Candidíase; Tricomoníase; Infecção

Como citar?

Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 24/Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).

1. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Hospital da Mulher José Aristodemo Pinotti, Campinas, SP, Brasil.

3. Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 24, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

INTRODUÇÃO

As infecções do trato reprodutivo da mulher constituem-se em importantes entidades clínicas pela frequência com que se apresentam, pela sintomatologia desconfortável, pelas repercussões psicológicas e, na sexualidade, pela possibilidade de complicações e sequelas importantes e por facilitarem a aquisição/transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outros agentes de transmissão sexual. Apesar do aprimoramento dos métodos diagnósticos e da disponibilidade de elevado número de medicamentos por via sistêmica ou local, tais afecções continuam a representar um desafio para médicos e pacientes, particularmente quando se apresentam em episódios recidivantes.⁽¹⁾

Dentre as infecções do trato reprodutivo, destacam-se as vulvovaginites e vaginoses, processos nos quais o meio ambiente vaginal fisiológico, composto primordialmente por *Lactobacillus*, encontra-se alterado, assim, possibilitando a proliferação de outros microrganismos e podendo estar associado a processo inflamatório (vaginites) ou sem evidências de inflamação (vaginoses). As vulvovaginites e vaginoses representam as queixas mais frequentes nos consultórios de ginecologia, sendo responsáveis por aproximadamente 40% dos motivos de consulta. Os sintomas são representados principalmente por corrimento vaginal, em quantidade, coloração e aspecto variáveis, associados a outros sintomas como odor desagradável, prurido, sensação de ardor e/ou queimação, disúria e dispareunia, a depender do(s) agente(s) etiológicos(s). Tais sintomas, além das repercussões anteriormente mencionadas, podem afetar negativamente a qualidade de vida.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) inclui as vulvovaginites no item **N76** – Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva, subitem **N76.0** – Vaginite aguda e **N76.1** – Vaginite subaguda e crônica. A candidíase vulvovaginal está incluída no item **B37** – Candidíase, subitem **B37.3** – Candidíase da vulva e da vagina. Não existe item específico para as vaginoses (que não são processos inflamatórios); por tal motivo, quando houver necessidade de aplicação da CID-10, podem ser designadas como N76.1.

ETIOLOGIA

- **Vaginose bacteriana** (VB) é um estado de desequilíbrio da flora vaginal caracterizado pela substituição da flora microbiana dominada por *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias e facultativas. Embora existam variações entre mulheres, as espécies mais frequentemente encontradas são *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister*, *Clostridium* e *Mycoplasmas*.⁽²⁾
- **Candidíase** é o processo inflamatório vaginal causado pela proliferação de fungos no meio vaginal que levam ao aparecimento de sintomas (corrimento, prurido, disúria, dispareunia). *Candida albicans* é o agente mais frequente (85% a 95% dos casos); outras espécies de *Candida* (*glabrata*, *tropicalis*, *parapsilosis*, *guilliermondii*, entre outras) são encontradas em aproximadamente 10% dos casos. Denomina-se **candidíase vaginal recorrente** o aparecimento de quatro ou mais episódios confirmados clínica e laboratorialmente em um período de 12 meses.⁽³⁾

- **Tricomoníase** tem como agente etiológico o parasita flagelado *Trichomonas vaginalis*, de transmissão sexual e que tem a capacidade de fagocitar bactérias, fungos e vírus, transportando-os para o trato genital superior.⁽⁴⁾
- **Vaginose citolítica** é causada pela excessiva proliferação de *Lactobacillus*, pela redução do pH vaginal e pela citólise, levando ao aparecimento de sintomas. Os fatores desencadeantes são desconhecidos.⁽⁵⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa** é uma forma pouco frequente, mas severa, de vaginite purulenta crônica. A etiologia é desconhecida; em alguns casos, têm sido identificados *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli*, e o processo inflamatório é intenso. Existe a hipótese de que fatores imunológicos e deficiência de estrogênios contribuam para a afecção.⁽⁶⁾
- **Vaginite aeróbica** é um estado de alteração do meio vaginal caracterizado por microflora contendo bactérias aeróbicas entéricas (sendo as mais frequentes *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* do grupo B), redução ou ausência de *Lactobacillus* e processo inflamatório de diferentes intensidades. Existem questionamentos a respeito de se a flora aeróbia seria a causa da vaginite aeróbica ou secundária a alterações imunológicas.⁽⁷⁾

FISIOPATOLOGIA

- **Vaginose bacteriana:** as bactérias associadas à VB alteram a resposta imune local, o que torna o meio vaginal imunossuprimido [portanto, mais suscetível a outros agentes infecciosos, como papilomavírus humano (HPV) e HIV]. Relaciona-se a diversos distúrbios do trato reprodutivo: maior prevalência em mulheres inférteis do que férteis, está associada a risco de abortamento após fertilização *in vitro*, infecções pelo HPV e neoplasias intraepiteliais cervicais, infecções após cirurgias ginecológicas, aumento da taxa de infecção pelo HIV, aumento da possibilidade de aquisição de agentes sexualmente transmissíveis, aumento do risco de infertilidade tubária; alguns estudos apontam associações com prematuridade, abortamento espontâneo, baixo peso ao nascer e endometrite pós-parto.⁽²⁾
- **Candidíase vaginal:** *Candida albicans* pode fazer parte da flora normal em baixas concentrações. Por fatores ainda pouco conhecidos, todavia, passa do estado de saprófita para o estado infeccioso, então, ocorrendo invasão das camadas do epitélio vaginal, resposta inflamatória e aparecimento de sintomas. São produzidas enzimas com atividade proteolítica (proteínases)

que favorecem a aderência e o dano às células epiteliais, o que favorece a invasão. Possuem, ainda, a capacidade de formação de biofilmes, o que facilita as recidivas.⁽⁸⁾

- **Tricomoníase:** após penetrar na vagina, o *Trichomonas vaginalis* adere fortemente às células epiteliais, ligando uma proteína de sua superfície (lipofosfoglicano) à membrana das células. Para sua sobrevivência, o parasita adquire nutrientes do meio externo, fagocitando bactérias, fungos e células do hospedeiro.⁽⁹⁾ Eritrócitos incorporam sua membrana celular para adquirir o ferro, que utiliza para seu metabolismo e aumento de virulência. Provoca resposta inflamatória e facilita a aquisição de outras infecções, inclusive a do HIV. A tricomoníase tem sido associada a complicações durante o ciclo gravídico puerperal.⁽⁴⁾
- **Vaginose citolítica:** os fatores que determinam a proliferação excessiva de *Lactobacillus* não são conhecidos (assim como não são totalmente conhecidos os fatores determinantes do pH vaginal). Discute-se se o pH mais ácido facilitaria o desenvolvimento dos *Lactobacillus* ou se ocorreria o inverso. De qualquer maneira, o excesso lactobacilar aumenta o processo citolítico, cujos produtos são responsáveis pelo aparecimento de sintomas.⁽⁵⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa:** embora bactérias como *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli* possam ser responsáveis pela estimulação do sistema imune com intensa resposta inflamatória, existem dúvidas se a afecção seria primariamente uma alteração do sistema imune, com infecção bacteriana secundária.⁽¹⁰⁾
- **Vaginite aeróbica:** em resposta à população bacteriana presente, ocorre aumento na produção de citocinas em graus variados de processo inflamatório; também é questionado o papel do sistema imune local.⁽⁷⁾

DIAGNÓSTICO

- **Vaginose bacteriana:** os sintomas são corrimento de intensidade variável, acompanhado de odor vaginal fétido (“odor de peixe” ou amoniacal), que piora com o intercuro sexual desprotegido e durante a menstruação. O odor ocorre devido à volatilização de amins aromáticas (putrescina, cadaverina, dimetilamina) resultantes do metabolismo das bactérias anaeróbicas em contato com a alcalinidade do sêmen ou do sangue menstrual. Ao exame especular, observa-se o conteúdo vaginal de aspecto homogêneo, em quantidade variável, com coloração esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada.⁽¹¹⁾ Os critérios para diagnóstico da VB são os de Amsel⁽¹²⁾ e os

de Nugent.⁽¹³⁾ Os critérios de Amsel requerem três dos quatro itens a seguir: 1) corrimento vaginal branco-acinzentado homogêneo aderente às paredes vaginais; 2) medida do pH vaginal maior do que 4,5; 3) teste das aminas (*whiff test*) positivo 4) presença de “*clue cells*”.⁽¹⁴⁾ O escore de Nugent baseia-se em elementos avaliados na bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram). O resultado da avaliação é traduzido em escores, assim considerados: 1) escore de 0 a 3 – padrão normal; 2) escore de 4 a 6 – flora vaginal intermediária; 3) escore de 7 a 10 – VB.

- **Candidíase vaginal:** as principais queixas são prurido e corrimento, mais intensos no período pré-menstrual. Disúria e dispareunia, também, podem estar presentes. Ao exame ginecológico, observam-se hiperemia vulvar, edema e, eventualmente, fissuras e escoriações; ao exame especular, verificam-se hiperemia da mucosa vaginal e presença de conteúdo vaginal esbranquiçado ou amarelado, em quantidade variável, de aspecto fluido, espesso ou flocular, podendo estar aderido às paredes vaginais. O pH vaginal encontra-se abaixo de 4,5.⁽¹⁴⁾ A presença de fungos é confirmada por meio de: 1) exame a fresco do conteúdo vaginal com hidróxido de potássio (KOH) a 10% ou soro fisiológico; 2) bacterioscopia com coloração pelo método de Gram; 3) cultura em meios específicos. O exame a fresco possui sensibilidade em torno de 50% a 60%. A positividade do exame a fresco dispensa a continuidade da investigação. Entretanto, se tal exame for negativo e houver sintomas, está indicada a continuação do processo diagnóstico, com a bacterioscopia pelo Gram e cultura, particularmente nos casos recorrentes.⁽⁸⁾
- **Tricomoníase:** os sintomas são de corrimento geralmente profuso, amarelado ou amarelo-esverdeado, acompanhado de ardor genital, sensação de queimação, disúria e dispareunia. Ao exame ginecológico, geralmente se observam hiperemia dos genitais externos e presença de corrimento exteriorizando-se pela fenda vulvar. Ao exame especular, verifica-se aumento do conteúdo vaginal de coloração amarelada ou amarelo-esverdeada, por vezes, acompanhado de pequenas bolhas. As paredes vaginais e a ectocérvice apresentam-se hiperemiadas, observando-se ocasionalmente o “colo uterino com aspecto de morango” (*colpitis macularis*) em razão das sufusões hemorrágicas. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5 e o teste das aminas (*whiff test*) pode ser positivo devido à presença de germes anaeróbios associados à VB.⁽¹⁵⁾ O método mais utilizado para o diagnóstico é a bacterioscopia a fresco, pelo qual se observa o parasita com movimentos

pendulares (sensibilidade de 51% a 65%). A bacterioscopia com coloração pelo Gram também permite a identificação do *T. vaginalis*, nesse caso, imóvel. A cultura (meio de *Diamond*) é recomendada quando existirem sintomas e os exames anteriores tiverem sido negativos.⁽¹⁶⁾

- **Vaginose citolítica:** os sintomas são corrimento esbranquiçado e prurido de intensidades variáveis que piora no período pré-menstrual. Ardor, queimação, disúria e dispareunia podem estar associados. Ao exame clínico, observa-se o conteúdo vaginal geralmente aumentado, de aspecto flocular, fluido ou em grumos, aderente ou não às paredes vaginais. O pH encontra-se igual ou menor que 4.⁽⁵⁾ A bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram) revela aumento excessivo de *Lactobacillus*, raros leucócitos ou ausência deles, núcleos desnudos e restos celulares devido à lise das células epiteliais. Não são encontrados elementos fúngicos (hifas e/ou esporos).⁽¹⁷⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa:** a queixa, comumente de longa duração, é de corrimento profuso ou em moderada quantidade, acompanhado de desconforto acentuado, dispareunia, ardor. O exame ginecológico revela processo inflamatório, de intensidade variável, com eritema, podendo haver petéquias ou mesmo equimoses na mucosa do trato genital; a cérvix pode estar envolvida. Por vezes, é necessário remover o conteúdo vaginal para melhor observar o processo inflamatório na mucosa. Importante excluir tricomoníase.⁽¹⁸⁾
- Pela microscopia, observam-se aumento nos polimorfonucleares e nas células parabasais, ausência de *Lactobacillus* e presença de outras bactérias. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5.⁽⁶⁾
- **Vaginite aeróbica:** os sintomas são corrimento vaginal, por vezes com aspecto purulento e odor desagradável; dependendo do grau de inflamação, há queixa de disúria e dispareunia. Ao exame ginecológico, observa-se inflamação do vestibulo; ao exame especular, hiperemia da mucosa vaginal e aumento do conteúdo vaginal, em graus variáveis. O quadro clínico severo de vaginite aeróbia assemelha-se ao da vaginite inflamatória descamativa; para alguns autores, ambas seriam da mesma entidade.⁽¹⁰⁾ Por meio da microscopia do conteúdo vaginal (com microscópio de contraste de fase em aumento de 400 vezes), são avaliadas a flora microbiana e a presença de leucócitos. De acordo com a quantidade de cada elemento, a vaginite aeróbica é classificada em quatro graus, denominados de “graus lactobacilares”. Certamente, na prática, a utilização de tal classificação apresenta limitações pela não disponibilidade de treinamento profissional e equipamento adequado.⁽⁷⁾

TRATAMENTO

- **Vaginose bacteriana:** o tratamento da VB visa eliminar os sintomas e restabelecer o equilíbrio da flora vaginal fisiológica, principalmente, pela redução dos anaeróbios. Podem ser utilizados (A):^(19,20)
 - Metronidazol 500 mg por via oral (VO) duas vezes ao dia durante sete dias; OU
 - Metronidazol gel 0,75% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante cinco dias; OU
 - Clindamicina creme 2% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante sete dias.

Alternativamente:

- Tinidazol 2g por VO duas vezes ao dia, durante dois dias; OU
- Tinidazol 1g VO uma vez ao dia, durante cinco dias; OU
- Clindamicina 300 mg por VO a cada 12 horas, durante sete dias.

Os efeitos colaterais dos imidazólicos podem incluir náuseas, vômitos, cefaleia, tonturas, boca seca e gosto metálico. Deve-se recomendar abstinência de álcool durante 24 horas após o tratamento com nitroimidazólicos e abstenção de atividade sexual ou o uso de condons durante o tratamento (clindamicina tem base oleosa e pode enfraquecer condons e diafragmas).

Não existem recomendações para o tratamento das recidivas; uma possibilidade é a utilização de outro regime terapêutico; outra é o uso do mesmo regime assim que o episódio recorrente se instale. Diante de múltiplas recorrências, pode-se utilizar o metronidazol 500 mg por VO duas vezes ao dia, durante 7 a 14 dias. Se não for efetivo, utilizar metronidazol gel intravaginal duas vezes por semana, durante quatro a seis meses. Entretanto, após o término da terapia, podem surgir novos episódios recorrentes.

- **Candidíase:** para o tratamento, consideram-se as duas formas de candidíase:

1. **Candidíase não complicada** (ocorre esporadicamente, em intensidade leve ou moderada, agente é *Candida albicans*, em mulheres não comprometidas): o tratamento pode ser por via vaginal ou sistêmica, com eficácias semelhantes (A).⁽²¹⁾ Entre os derivados imidazólicos, podem ser utilizados, por via local: fenticonazol (creme na concentração de 0,02 g/g, um aplicador ao deitar, durante sete dias, ou óvulo com 600 mg em dose única), clotrimazol (creme 10 mg/g por sete dias, ou comprimido vaginal 500 mg em dose única), miconazol (creme 20 mg/g por 14 dias), econazol (creme 10 mg/g por 14 dias), butaconazol (20 mg/g em dose única), terconazol (8 mg/g por cinco dias), tioconazol

(20 mg/g por sete dias, ou óvulo 300 mg em dose única); entre os poliênicos, nistatina (creme vaginal 25.000 UI/g por 14 dias) na forma de creme vaginal. Para uso sistêmico: fluconazol (comprimido de 150 mg em dose única), cetoconazol (comprimidos de 200 mg, posologia dois comprimidos – 400 mg, durante cinco dias); e itraconazol (cápsulas de 100 mg, uma cápsula pela manhã e outra à noite, por apenas um dia) (A). Como efeitos colaterais, podem ocorrer náuseas, dores abdominais e cefaleia. Raramente ocorre elevação das enzimas hepáticas (A).⁽²²⁾

2. **Candidíase complicada** (recorrente ou severa ou por espécies *não albicans* ou em mulheres com diabetes, ou condições que comprometam o sistema imune, ou debilitadas ou recebendo imunossupressores): é importante confirmar a presença do fungo antes de iniciar o tratamento, visto que outras condições podem manifestar-se por sintomas semelhantes (vaginose citolítica, alergias, dermatopatias). Episódios isolados geralmente respondem aos esquemas anteriormente mencionados; entretanto, alguns especialistas recomendam tratamento tópico por 7 a 14 dias ou por VO (fluconazol 150 mg, total de três doses com intervalos de três dias) (B).⁽²⁰⁾ Após a remissão dos episódios agudos, podem ser utilizados esquemas de supressão com um comprimido de fluconazol (150 mg) uma vez por semana, durante seis meses (A). Outra opção são os tratamentos por via local, de maneira intermitente. Após o término do tratamento supressivo, aproximadamente 50% das mulheres permanecem livres dos episódios recorrentes (A).⁽²²⁾ Para as manifestações severas como eritema extenso, edema, escoriações e fissuras, recomendam-se cursos prolongados de terapia, podendo ser utilizados medicamentos por via local, no período de 7 a 14 dias, ou fluconazol (150 mg) em duas doses, com intervalo de 72 horas (B).⁽²⁰⁾ Não existem recomendações terapêuticas comprovadamente eficazes para tratamento das espécies *não albicans*. Alguns autores recomendam tratamento prolongado (7 a 14 dias) com medicamentos que não sejam fluconazol; outros recomendam a utilização de óvulos vaginais manipulados contendo 600 mg de ácido bórico (C).
- **Tricomoniase:** os esquemas de tratamento recomendados são metronidazol 2g por VO em dose única ou tinidazol 2g por VO em dose única. Alternativamente, pode ser utilizado metronidazol 500 mg a cada 12 horas, durante sete dias (A).

Ensaio randomizados controlados comparando 2g de metronidazol ou tinidazol sugerem que o tinidazol é equivalente ou mesmo superior ao metronidazol na eliminação do parasita e no alívio dos sintomas (A). Recomenda-se nova testagem três meses após o tratamento.⁽²⁰⁾ Deve-se orientar para abstenção de álcool durante 24 horas após o uso de metronidazol e 72 horas após o uso de tinidazol. É importante referenciar o(s) parceiro(s) sexuais para tratamento de doença de transmissão sexual. Recomenda-se a pesquisa de outras infecções de transmissão sexual.

- **Vaginose citolítica:** não existe um tratamento específico para a afecção, visto que a etiopatogenia não é conhecida. Recomenda-se a utilização de medidas que, pelo menos temporariamente, alcalizem o meio vaginal, como o uso de duchas vaginais com bicarbonato de sódio, particularmente no período pré-menstrual (C).⁽¹⁷⁾
- **Vaginite inflamatória descamativa:** o objetivo do tratamento é reduzir a população bacteriana e o processo inflamatório. Não existem, até o momento, estudos randomizados controlados. Sobel estudou 98 casos nos quais foram utilizados três diferentes esquemas terapêuticos: 1) clindamicina creme vaginal 2% – 5g, durante 21 dias; ou 2) hidrocortisona 10% intravaginal durante duas a quatro semanas; 3) creme combinando clindamicina e hidrocortisona. Houve boa resposta aos tratamentos, porém ocorreram recidivas em 30% dos casos. Para alguns autores, estrogênios, por via vaginal, utilizados periodicamente poderiam reduzir as recidivas (B).⁽⁶⁾
- **Vaginite aeróbica:** não existem normatizações para o tratamento da vaginite aeróbica. O uso de antibióticos, por via local ou sistêmica, tem sido variável segundo diferentes autores. Sugere-se que a abordagem clínica seja baseada principalmente nos achados microscópicos. Se houver predomínio de inflamação, utilizar hidrocortisona 10% por via vaginal; caso haja predomínio de atrofia, usar estrogênios via vaginal; se houver excessivo número de bactérias, indica-se o uso de antibióticos; clindamicina 2% por via local (C).⁽⁷⁾

RECOMENDAÇÕES

1. Vulvovaginites e vaginoses representam afecções importantes. Além dos sintomas desagradáveis, podem acarretar consequências sérias e facilitar a aquisição de agentes de transmissão sexual, inclusive o HIV.
2. O diagnóstico deve ser baseado na anamnese, dados do exame clínico (com medida de pH vaginal e teste das aminas) e confirmação do(s) agente(s)

etiológico(s) por meio de microscopia; quando necessário, Gram e cultura.

3. Diagnóstico de VB: utilizar critérios de Amsel ou de Nugent.
4. Tratamento de VB: metronidazol 500 mg VO de 12 em 12 horas ou metronidazol gel ou clindamicina 2% vaginal, todos durante sete dias; alternativamente, tinidazol 2g por VO duas vezes ao dia, por dois dias (A), ou tinidazol 1g VO uma vez ao dia, por cinco dias (A), ou clindamicina 300 mg por VO de 12 em 12 horas, por sete dias (A). Abstenção de álcool e atividade sexual. Nas recorrências frequentes: repetir o tratamento e utilizar metronidazol gel duas vezes por semana por quatro a seis meses (C).
5. Diante da suspeita de candidíase, deve-se confirmar a presença de fungos por meio de análise laboratorial, porque outras afecções podem causar os mesmos sintomas: prurido e corrimento esbranquiçado (vaginose citolítica, alergias, dermatites vulvares).
6. Tratamento: para candidíase não complicada, os esquemas por VO ou por via vaginal apresentam a mesma eficácia (A). Atentar para fatores predisponentes. Para candidíase complicada: tratamento tópico por 7 a 14 dias ou oral (fluconazol 150 mg total de três doses, com intervalos de três dias) (B). Recorrências: fluconazol 150 mg total de três doses, com intervalos de três dias; e supressão com fluconazol 150 mg semanalmente, por seis meses (A). Após o término, 50% dos pacientes têm boa resposta.
7. Tricomoníase: corrimento geralmente abundante, ardor, queimação, disúria, dispareunia nos casos agudos. Casos crônicos: sintomas mais frustrados. Importante confirmar diagnóstico (exame a fresco, eventualmente cultura em meio específico).
8. Tratamento de tricomoníase: metronidazol 2g VO em dose única ou tinidazol 2g VO em dose única. Alternativamente: metronidazol 500 mg a cada 12 horas, durante sete dias (A). Proscrever a ingestão de álcool e atividade sexual. Importante a abordagem do(s) parceiro(s). Por tratar-se de infecção sexualmente transmissível, rastrear para outras doenças sexualmente transmissíveis.
9. Vaginite citolítica: importante microscopia (aumento *Lactobacillus*, núcleos desnudos, ausência/raros leucócitos, presença de fragmentos celulares e ausência de fungos). Não há tratamento específico;

sugere-se alcalinizar o meio vaginal com duchas de água e bicarbonato de sódio, particularmente no período pré-menstrual (C).

10. Vaginite inflamatória descamativa: sintomas geralmente crônicos, corrimento purulento, dispareunia, ardor; sinais inflamatórios de intensidade variável. Tratamento: clindamicina 2% por 14 dias ou hidrocortisona 10% por duas a quatro semanas, ou ambos associados. Estrogenioterapia local é útil (D).
11. Vaginite aeróbica: mesmas recomendações, acrescidas de antibiótico oral, eventualmente (D).

REFERÊNCIAS

1. Linhares IM, de Assis JS, Baracat EC. Infecções do trato reprodutivo recidivantes. In: Baracat EC. *Condutas em ginecologia baseadas em evidências*. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 203-10.
2. Nasioudis D, Linhares IM, Ledger WJ, Witkin SS. Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. *BJOG*. 2017;124(1):61-9.
3. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 2 – Vaginal immunology. p. 7-12.
4. Fichorova RN. Impact of *T. vaginalis* infection on innate immune responses and reproductive outcome. *J Reprod Immunol*. 2009;83(1-2):185-9.
5. Yang S, Zhang Y, Liu Y, Wang J, Chen S, Li S. Clinical significance and characteristics clinical differences of cytolytic vaginosis in recurrent vulvovaginitis. *Gynecol Obstet Invest*. 2017;82(2):137-43.
6. Reichman O, Sobel J. Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(7):1042-50.
7. Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S, Ruban K, Vieira-Baptista P. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. *Res Microbiol*. 2017;168(9-10):845-58.
8. Ledger WJ, Witkin SS, editor. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 4 – *Candida* vulvovaginitis. p. 29-45.
9. Graves A, Gardner WA Jr. Pathogenicity of *Trichomonas vaginalis*. *Clin Obstet Gynecol*. 1993;36(1):145-52.
10. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 7 – Cytolytic vaginosis, aerobic vaginitis and descamative inflammatory vaginitis. p. 69-76.
11. Sobel JD. Vaginitis. *N Engl J Med*. 1997;337(26):1896-903.
12. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*. 1983;74(1):14-22.
13. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*. 1991;29(2):297-301.
14. Sobel JD, Brooker D, Stein GE, Thomason JL, Wermeling DP, Bradley B, et al. Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. Fluconazole Vaginitis Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(4 Pt 1):1263-8.
15. Miller WC, Swygard H, Hobbs MM, Ford CA, Handcock MS, Morris M, et al. The prevalence of trichomoniasis in young adults in the United States. *Sex Transm Dis*. 2005;32(10):593-8.
16. Ledger WJ, Witkin SS, editors. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chapter 6 – *Trichomonas* vaginitis. p. 59-67.
17. Cibley LJ, Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165(4 Pt 2):1245-9.
18. Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):850-5.
19. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1-137.
20. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1283-9.
21. Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond C, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD002845.
22. Sobel JD. Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Drugs*. 2003;63(11):1059-66.

Descritores

Infecção urinária; Infecção urinária recorrente; Profilaxia

Como citar?

Haddad JM, Fernandes DA. Infecção do trato urinário. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 63/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 63, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Infecção do trato urinário

Jorge Milhem Haddad¹, Débora Amorim Oriá Fernandes²

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) está entre as infecções bacterianas em adultos mais comuns, principalmente em mulheres. Estima-se taxa de 0,5 episódio de cistite aguda em mulheres jovens por pessoa/ano. Pode envolver o trato urinário baixo (uretra e bexiga), mais frequentemente, e/ou alto (rins e ureteres).⁽¹⁾ É responsável por quase 7 milhões de visitas ao consultório e 1 milhão de atendimento em serviços de emergência, resultando em 100 mil hospitalizações anualmente. Acarreta custo anual estimado de aproximadamente 1,6 bilhão de dólares nos Estados Unidos.⁽²⁾ A ITU ocorre quando a flora normal da área periuretral é substituída por bactérias uropatogênicas, que ascendem pelo trato urinário. A infecção ocorre devido a fatores ligados à virulência da bactéria e suscetibilidade do hospedeiro, que permitem melhor aderência e colonização dos micro-organismos. O principal patógeno envolvido na ITU em mulheres é a *E. coli*, que é responsável por cerca de 80% de todos os episódios de infecção. Outros patógenos significativos incluem *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis*, cada um desses representando 4% de todos os episódios de cistite aguda. *Citrobacter* e *Enterococos* são causas menos prováveis de ITU. Infecções com organismos que não costumam causar ITU podem ser um indicador de anomalias estruturais subjacentes ou de cálculo renal.⁽³⁾ Os sintomas clássicos do trato urinário baixo, também chamado de cistite, incluem: disúria, aumento da frequência urinária, urgência miccional, e ocasionalmente, dor suprapúbica e hematúria. Os diagnósticos diferenciais incluem: vaginite, uretrite aguda, cistite intersticial e doença inflamatória pélvica.

CLASSIFICAÇÃO

A ITU pode ser classificada como complicada e não complicada. Denomina-se ITU não complicada quando ocorre em mulheres jovens, não grávidas e na ausência de anomalias estruturais ou funcionais do trato urinário. São fatores que categorizam as ITUs como complicadas: diabetes, gravidez, falência renal, obstrução do trato urinário, presença de sonda vesical de demora ou nefrostomia, procedimento ou instrumentação cirúrgica recente no trato urinário, disfunções anatômicas ou funcionais, imunossupressão, transplante renal, história de ITU na infância.⁽³⁾

- **Bacteriúria assintomática:** Define-se como bacteriúria assintomática quando considerável quantidade de bactérias é encontrada na urina sem associação com sintomas clínicos. Tradicionalmente, por coleta de jato médio, consideram-se 100 mil unidades formadoras de colônia por mL como bacteriúria significativa.
- **Infecção recorrente do trato urinário (ITUr):** Define-se como a ocorrência de dois episódios de ITU em seis meses ou três nos últimos 12 meses.⁽¹⁾ Afeta 25% das mulheres com história de ITU. O micro-organismo mais frequente nessa situação também é a *E. coli*.

FISIOPATOLOGIA

Na teoria clássica para o desenvolvimento de ITU, o uropatógeno, oriundo da flora fecal, coloniza a vagina e a uretra distal. Posteriormente, ascende para a bexiga e promove a infecção. Esse modelo é o mesmo para ITU esporádica e recorrente em mulheres.⁽³⁾ A ITU resulta da interação de fatores biológicos

e comportamentais do hospedeiro e da virulência do micro-organismo.⁽⁴⁾ A *E. coli* uropatogênica apresenta-se como principal fator de virulência, o tipo de fimbrias, que promovem a ligação ao epitélio da uretra e da bexiga, acarretando cistite. Os modelos animais sugerem que *E. coli* pode permanecer latente em grandes reservatórios bacterianos no hospedeiro e ser reativada para causar infecção no futuro.⁽⁵⁾

FATORES DE RISCO PARA ITU RECORRENTE

Todos os fatores estão relacionados com o aumento da colonização vaginal e uretral pela *E. coli*. No período pré-menopausa, os fatores comportamentais são os que predominam, como a frequência das relações sexuais, o número de parceiros, novos parceiros e o uso de espermicida e de diafragma.⁽⁶⁾ Fatores de risco, tais como história materna de ITU recorrente, caso anterior de ITU antes dos 15 anos de idade e uma distância mais curta entre a uretra e ânus, sugerem que a genética e a anatomia pélvica também desempenham papel importante. Para as mulheres na pós-menopausa, os fatores de risco são diferentes e incluem, comumente, deficiência de estrogênio, diminuição de lactobacilos vaginais, prolapso da parede vaginal anterior (cistocele), cirurgia urogenital, volume residual pós-miccional elevado e ITU prévia.⁽⁷⁾ Há, também, evidências que indicam que o envolvimento genético, associado à alteração na resposta do hospedeiro, pode predispor algumas mulheres a desenvolverem ITU de repetição. Interleucina (IL)-8, receptor de IL-8R ou CXCR1 foram relacionados com variabilidade genética e apresentam expressão reduzida em crianças com tendência à pielonefrite e seus parentes.⁽⁸⁾ Além disso, a ITU foi mais prevalente em mulheres com parentes com história de ITU recorrente, sugerindo uma predisposição genética familiar.⁽⁹⁾

DIAGNÓSTICO

A avaliação diagnóstica deve se iniciar com história clínica e exame físico detalhado. O objetivo seria a identificação de fatores de risco, estabelecendo orientações para o manejo adequado. Em mulheres com disúria e polaciúria, sem vaginite, o diagnóstico de ITU é feito em 80% dos casos.⁽¹⁾ A presença de febre, sensibilidade ou dor em região lombar (sinal de Giordano) indica o comprometimento do trato urinário superior. Estudos mostram que a realização do exame de sedimento quantitativo ou cultura de urina em pacientes com quadro de ITU não complicada é dispensável devido à natureza previsível das bactérias causadoras.⁽³⁾ Recomenda-se cultura de urina somente para ITU recorrente, na presença de complicações associadas e na vigência de falha do tratamento inicial. A amostra de urina deve ser cultivada com jato médio. O teste de nitrito positivo, feito em exame de urina com tiras reativas para uroanálise, é altamente específico. Hematúria microscópica é um achado comum em infecções urinárias, podendo estar presente

em 40% a 60% dos pacientes com ITU, mas a presença de proteinúria é rara.⁽¹⁰⁾ Com relação à abordagem por exames de imagem, não foi encontrado *guideline* baseado em evidências científicas para mulheres com ITU recorrente não complicada. Mulheres com sintomas atípicos de doença aguda, assim como aquelas que falham em responder à antibioticoterapia adequada, permanecendo febris após 72 horas de tratamento, devem ser consideradas candidatas à investigação diagnóstica adicional, podendo, para tanto, valer-se de ultrassonografia, tomografia computadorizada helicoidal das vias urinárias ou uroressonância magnética.⁽³⁾

TRATAMENTO DE CISTITE AGUDA

No caso de cistite bacteriana aguda não complicada em mulheres, recomenda-se, preferencialmente, tratamento antimicrobiano em monodose ou curta duração (três dias).^(5,11) Em todos os casos de pielonefrite aguda, devem ser completados 10 a 14 dias de tratamento antimicrobiano em regime ambulatorial e/ou hospitalar.⁽¹⁾ Fosfomicina 3g em dose única e nitrofurantoína 100 mg quatro vezes ao dia, por sete dias, são consideradas fármacos de primeira escolha em muitos países.⁽³⁾ Fluoroquinolonas não são recomendadas como tratamento de primeira linha das ITUs simples, a fim de preservar a sua eficácia para ITUs complicadas, e betalactâmicos não são recomendados para o tratamento de rotina das ITUs, pois apresentam eficácia limitada.^(1,3) Entre os benefícios do tratamento com dose única, podem ser mencionados simplicidade, baixo custo, boa tolerabilidade, preferência dos pacientes, fácil adesão, baixa incidência de efeitos colaterais e menor risco de desenvolvimento de resistência aos antibióticos. A cistite aguda complicada (por obstrução, estase do fluxo urinário, diminuição do sistema imunitário), que não é o foco deste capítulo, deve ser tratada seguindo o antibiograma.

PREVENÇÃO DE ITU RECORRENTE

Alterações comportamentais: A conduta na ITU recorrente deve começar com pesquisa e correção de fatores de risco, já mencionados anteriormente, quando possível.

Profilaxia antimicrobiana: Existem maneiras diferentes de como prescrever e qual antibiótico escolher na profilaxia da ITU recorrente. A decisão sobre como utilizar depende da relação da infecção com atividade sexual. As três estratégias antibióticas utilizadas são: profilaxia pós-coito, profilaxia contínua e autotratamento intermitente pela paciente. Descreve-se que a eficácia durante o uso da profilaxia é de aproximadamente 95%.⁽¹⁾ Revisão da Cochrane⁽¹²⁾ – de 19 ensaios clínicos, incluindo 1.120 pacientes – indica que os antibióticos são melhores do que o placebo na redução do número de recidivas clínicas e microbiológicas em mulheres na pré e pós-menopausa com ITU de repetição. Sete ensaios clínicos incluindo 257 pacientes apresentaram risco relativo de 0,15 (IC 95%: 0,08-0,28) de ter uma ITU clínica,

favorecendo antibiótico sobre placebo. Os antibióticos utilizados nessa revisão foram fluoroquinolonas, cefalosporinas, trimetoprima, sulfametoxazol e nitrofurantoína. Nenhum antibiótico foi prevalente. Dessa forma, a escolha do antibiótico deve seguir padrões de resistência da comunidade, eventos adversos e custos locais.⁽¹²⁾

Profilaxia contínua: Profilaxia contínua pode ser administrada diariamente ao deitar ou com fosfomicina a cada 10 dias.⁽¹³⁾ A maioria dos estudos recomenda por 6 a 12 meses.^(1,3,12,13)

Profilaxia pós-coito: A relação causal entre infecções e relações sexuais pode ser suspeitada quando o intervalo é entre 24 e 48 horas.⁽¹⁴⁾ Em mulheres com ITU relacionada à relação sexual, o uso pós-coito poderia ser uma opção melhor. Uma grande vantagem da profilaxia pós-coito, nos estudos, foi que ela produziu menos efeitos colaterais.^(15,16)

Autotratamento: Essa estratégia deve ser restrita às mulheres que têm infecções recorrentes bem-documentadas e que estão motivadas e bem orientadas pelo médico. A paciente identifica o episódio de infecção com base nos sintomas e inicia o tratamento empírico. Essas mulheres devem ser instruídas a entrar em contato com seu médico se os sintomas não forem completamente resolvidos dentro de 48 horas.

Terapia estrogênica em mulheres na pós-menopausa: A queda estrogênica na pós-menopausa favorece o desenvolvimento de bacteriúria. O uso de estrógenos estimula a proliferação de lactobacilos no epitélio vaginal, reduz o pH e evita a colonização vaginal por uropatógenos.⁽¹⁷⁾ A estrogênio terapia vaginal reduz a recorrência de ITUs em 36% a 75% e tem mínima absorção sistêmica.^(18,19) Comparado ao placebo, o estrógeno vaginal mostra boa eficácia em reduzir ITUr, mas a via oral não demonstra o mesmo efeito, com maior risco de efeitos colaterais como mastalgia, sangramento vaginal e proliferação endometrial.^(18,19) O ressurgimento de lactobacilos vaginais leva pelo menos 12 semanas ao se usar a via vaginal.⁽²⁰⁾

Imunoterapia: Em razão da alta resistência antimicrobiana e às poucas alternativas de drogas para uso profilático, abre-se a perspectiva de outras estratégias de profilaxia. A alternativa profilática não antimicrobiana que tem sido extensamente estudada e vem demonstrando-se eficaz é a imunoprofilaxia.⁽²¹⁾ Vários tipos estão em estudo, e a OM-89 (Uro-Vaxom®) é a mais estudada e com mais evidências na literatura. Consiste de vacina capsular oral composta por fragmentos de 18 cepas de *E. coli*.⁽²¹⁾ Extratos de lisado bacteriano podem agir como imunostimulantes mediante a ativação de células dendríticas derivadas de monócitos.^(22,23) Em modelos animais e em seres humanos, a estimulação do sistema linfóide no intestino foi capaz de induzir a produção de IgA específica para *E. coli*. Essa imunoglobulina migra para o trato urinário através do sistema linfático. A eficácia da imunostimulação oral com 18 cepas de *E. coli* para profilaxia da ITU recorrente foi testada em cin-

co ensaios clínicos duplo-cegos, placebo-controlados, em pacientes imunocompetentes. Em quatro desses ensaios, os pacientes tomaram uma cápsula por dia de Uro-Vaxom®, por 90 dias. Em todos, observou-se menos recorrência de ITU que o placebo, durante o período do estudo.⁽²⁴⁻²⁶⁾ Em estudo multicêntrico,⁽²¹⁾ as pacientes receberam um tratamento adicional (*booster*) do mês 6 ao mês 9 (uma cápsula por dia durante 10 dias por mês), com novo seguimento de três meses.⁽²¹⁾ Nos primeiros três meses, elas demonstraram diminuição de 20% dos episódios de ITU. Com o reforço do sexto ao nono mês, deu-se redução de 43% dos episódios de ITU. Naber *et al.*⁽²⁷⁾ publicaram uma metanálise na qual pacientes que utilizaram OM-89 tiveram 47,3% de ITU por *E. coli*, enquanto, no grupo placebo, observaram em 59,1% das pacientes. A presença de ITU por outras bactérias combinadas, como *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Klebsiella*, *Proteus* e outras não definidas, ocorreu em 32,8% do grupo com OM-89 contra 71,9% do placebo. Parece, então, tratar-se de um efeito também contra outras espécies causadoras de ITU recorrente. A tolerabilidade do Uro-Vaxom® foi testada em ensaios clínicos e poucos efeitos adversos foram encontrados, sendo, portanto, muito bem tolerado. Tendo esse perfil também confirmado pelos estudos de monitoramento e farmacovigilância. Cerca de 8 milhões de pacientes têm sido tratados com Uro-Vaxom® e só três eventos adversos foram relatados, como distúrbios gastrointestinais.⁽²⁴⁻²⁶⁾ O esquema de tratamento imunoterápico ideal precisa ser mais investigado, em detalhes, principalmente quanto ao que fazer após um ano de tratamento.

O uso de *cranberry* para profilaxia da ITUr baseia-se na ação das proantocianidinas A, que inibem a adesão de *E. coli* no urotélio, ao bloquear as fímbrias das enterobactérias. Entretanto, estudos mostram resultados conflitantes sobre a eficácia do *cranberry* na prevenção da ITU recorrente.⁽³⁾ A existência de várias apresentações e doses diferentes do *cranberry* contribui para a ausência de evidências da efetividade contra ITU. Revisão sistemática do banco de dados Cochrane, em 2012, revelou que os produtos de *cranberry*, incluindo suco, comprimidos e cápsulas, não foram capazes de reduzir significativamente o número de episódios de ITU para mulheres com ITUr.⁽²⁸⁾ Um grande estudo controlado com placebo duplo-cego, em 2016, confirmou novamente que a administração de cápsulas de *cranberry* versus placebo não resultou em diferença significativa de ITUs ao longo de um ano.⁽²⁹⁾ Atualmente, a maioria das diretrizes não tem o uso de *cranberry* como primeira linha de recomendação na prevenção da ITUr 10, podendo ser discutido com cada paciente.⁽³⁰⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A triagem e o tratamento da bacteriúria assintomática não são recomendados a não grávidas ou com imunossupressão.

2. No caso de cistite bacteriana aguda não complicada, recomenda-se, preferencialmente, tratamento antimicrobiano em monodose ou de curta duração (A).
3. O tratamento inicial de uma infecção sintomática do trato urinário inferior não exige que se realize cultura de urina (C).
4. O tratamento da ITU de repetição inicia-se por medidas comportamentais, entre elas realizar ingestão hídrica adequada, evitar o uso de espermicida e tratar a atrofia genital com estrógeno local (C).
5. A imunoterapia, principalmente o lisado liofilizado de *E. coli*, é uma opção para profilaxia da ITU recorrente, tendo em vista a crescente resistência aos antimicrobianos (C).
6. Quanto à antibioticoprofilaxia, três estratégias podem ser utilizadas: profilaxia pós-coito, profilaxia contínua e autotratamento. A definição da estratégia a ser adotada depende da relação entre a atividade sexual do casal e o aparecimento da ITU. Seria interessante que a escolha do antibiótico fosse direcionada pelo último antibiograma, de preferência, utilizando-se fosfomicina ou nitrofurantoína (C).
7. Não há evidência suficiente para indicar o uso de *cranberry* para a prevenção de ITU (C).

REFERÊNCIAS

1. Haddad JM. Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2015.
2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003;49(2):53-70.
3. Grabe M, Bartetti R, Johansen TE, Cai T, Cek M, Koves B, et al. Guidelines on urological infections. *EAU Guideline*; 2015.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 91: Treatment of urinary tract infection in non pregnant women. *Obstet Gynecol.* 2008;111(3):785-94.
5. Mulvey MA, Schilling JD, Hultgren SJ. Establishment of a persistent *Escherichia coli* reservoir during the acute phase of a bladder infection. *Infect Immun.* 2001;69(7):4572-9.
6. Epp A, Larochelle A, Lovatsis D, Walter JE, Easton W, Farrell SA, et al.; Family Physicians Advisory Committee. Recurrent urinary tract infection. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(11):1082-90.
7. Franco AV. Recurrent urinary tract infections. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(6):861-73.
8. Lundstedt AC, Leijonhufvud I, Ragnarsdottir B, Karpman D, Andersson B, Svanborg C. Inherited susceptibility to acute pyelonephritis: a family study of urinary tract infection. *J Infect Dis.* 2007;195(8):1227-34.
9. Zaffanello M, c, et al. Genetic risk for recurrent urinary tract infections in humans: a systematic review. *J Biomed Biotechnol.* 2010;2010:321082.
10. Gupta K, Stamm WE. Pathogenesis and management of recurrent urinary tract infections in women. *World J Urol.* 1999;17(6):415-20.
11. Aydın A, Ahmed K, Zaman I, Khan MS, Dasgupta P. Recurrent urinary tract infections in women. *Int Urogynecol J.* 2015;26(6):795-804.
12. Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfélix J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD001209.
13. Rudenko N, Dorofeyev A. Prevention of recurrent lower urinary tract infections by long-term administration of fosfomicin trometamol. Double blind, randomized, parallel group, placebo controlled study. *Arzneimittelforschung.* 2005;55(7):420-7.
14. Engel JD, Schaeffer AJ. Evaluation of and antimicrobial therapy for recurrent urinary tract infections in women. *Urol Clin North Am.* 1998;25(4):685-701.
15. Melekos MD, Asbach HW, Gerharz E, Zarakovitis IE, Weingaertner K, Naber KG. Post-intercourse versus daily ciprofloxacin prophylaxis for recurrent urinary tract infections in premenopausal women. *J Urol.* 1997;157(3):935-9.
16. Stapleton A, Latham RH, Johnson C, Stamm WE. Postcoital antimicrobial prophylaxis for recurrent urinary tract infection. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *JAMA.* 1990;264(6):703-6.
17. Beerepoot MA, Geerlings SE, van Haarst EP, van Charante NM, ter Riet G. Nonantibiotic prophylaxis for recurrent urinary tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Urol.* 2013;190(6):1981-9.
18. Perrota C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2(2):CD005131.
19. Stamm WE. Estrogens and urinary-tract infection. *J Infect Dis.* 2007;195(5):623-4.
20. Raz R. Hormone replacement therapy or prophylaxis in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection. *J Infect Dis.* 2001;183 Suppl 1:S74-6.
21. Bauer HW, Alloussi S, Egger G, Blümlein HM, Cozma G, Schulman CC; Multicenter UTI Study Group. A long-term, multicenter, double-blind study of an *Escherichia coli* extract (OM-89) in female patients with recurrent urinary tract infections. *Eur Urol.* 2005;47(4):542-8.
22. Schmidhammer S, Ramoner R, Höttl L, Bartsch G, Thurnher M, Zeller-Rieser C. An *Escherichia coli*-based oral vaccine against urinary tract infections potentially activates human dendritic cells. *Urology.* 2002;60(3):521-6.
23. Boruchov AM, Heller G, Veri MC, Bonvini E, Ravetch JV, Young JW. Activating and inhibitory IgG Fc receptors on human DCs mediate opposing functions. *J Clin Invest.* 2005;115(10):2914-23.
24. Tammen H. Immunobiotherapy with Uro-Vaxom in recurrent urinary tract infection. The German Urinary Tract Infection Study Group. *Br J Urol.* 1990;65(1):6-9.
25. Pisani E, Palla R, Bono AV. Double-blind randomised clinical study of OM-8930 vs placebo in patients suffering from recurrent urinary tract infections. Geneva, Switzerland: OM Pharma; 1992.
26. Schulman CC, Corbusier A, Michiels H, Taenzer HJ. Oral immunotherapy of recurrent urinary tract infections: a double-blind placebo-controlled multicenter study. *J Urol.* 1993;150(3):917-21.
27. Naber KG, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. *Eur Urol.* 2008;54(5):1164-75.
28. Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD001321.
29. Juthani-Mehta M, Van Ness PH, Bianco L, Rink A, Rubeck S, Ginter S, et al. Effect of cranberry capsules on bacteriuria plus pyuria among older women in nursing homes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;316(18):1879-87.
30. Fihn SD. Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med.* 2003;349(3):259-66.

Descritores

Adenocarcinoma cervical;
Adenocarcinoma cervical
in situ; Células glandulares
atípicas; Diagnóstico;
Colposcopia; Rastreamento

Keywords

Invasive cervical adenocarcinoma;
Cervical adenocarcinoma *in situ*;
Atypical glandular cells;
Diagnosis; Colposcopy; Screening

Adenocarcinoma cervical – Diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde

Cervical adenocarcinoma – Diagnosis in primary and secondary health care

Roberto de Oliveira Galvão¹

RESUMO

O adenocarcinoma cervical é uma patologia grave cuja incidência tem aumentado, principalmente em pacientes jovens. Um diagnóstico oportuno, na assistência primária e secundária à saúde, com métodos convencionais, melhora sobremaneira o prognóstico da paciente, a um custo tolerável para países em desenvolvimento.

ABSTRACT

The cervical adenocarcinoma is a serious pathology whose incident has increased mainly in young patients. One opportunistic diagnosis, in primary and secondary health care, with conventional methods, greatly improves the prognosis of the patients, at a cost tolerable to developing countries.

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma cervical, neoplasia que reproduz atipicamente o epitélio colunar, representa, aproximadamente, entre 18% e 30% das neoplasias do colo uterino. Esse percentual tem aumentado, expressivamente, abaixo de 35 anos, em relação a décadas passadas, em decorrência de uma diminuição relativa das formas escamosas e melhora da acuidade diagnóstica dessas lesões glandulares. Ainda assim, o diagnóstico dos adenocarcinomas cervicais deixa muito a desejar, haja vista a expressiva quantidade dessa patologia, apenas identificada em biópsia incisional e conização, quando da propedêutica de lesões com características citológicas e colposcópicas sugestivas de doença escamosa; portanto, muitas vezes, um diagnóstico insuspeito, que não deixa de ser oportuno, tendo em vista a gravidade dele, quando preterido.⁽¹⁾

Algumas características epidemiológicas e fatores de risco do adenocarcinoma, quando confrontados com as formas escamosas, deverão ser lembrados com o pretenso objetivo de se vislumbrar uma possibilidade diagnóstica. São eles: o tabagismo não parece ser fator de risco para o adenocarcinoma; o aumento das infecções induzidas pelo papilomavírus humano (HPV), especificamente, as formas 16 e 18, persistentes, explica o aumento da incidência do adenocarcinoma, principalmente, em pacientes jovens; por outro lado, a influência do HPV é pouco expressiva no adenocarcinoma de desvio mínimo; com relação à influência hormonal, os estrogênios, sejam endógenos (obesidade) ou exógenos (contracepção e terapia de reposição hormonal – TRH), são citados, principalmente quando se leva em consideração o tempo de uso ou a duração dos efeitos endógenos

Submetido:

04/02/2019

Aceito:

15/04/2019

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Roberto de Oliveira Galvão
Av. Amazonas, s/n, Uberlândia, MG,
Brasil.
galvão.roberto@yahoo.com.br

(obesidade); a iniciação sexual precoce e a multiplicidade de parceiros tem o mesmo significado nos dois tipos de tumores, e a paridade tem pequena associação, como fator de risco, com o adenocarcinoma cervical, que, geralmente é diagnosticado entre 44 e 54 anos, em média aos 50 anos de idade.⁽¹⁻⁴⁾

Considerações anatomopatológicas são indispensáveis ao clínico quando da tomada de decisão, num contexto que se inicia com a colpocitologia na atenção primária, passando por abordagens colposcópica e cirúrgico-ambulatorial nas lesões intraepiteliais na atenção secundária, e chegando, por fim, ao oncoginecologista, em um ambiente terciário, quando se tratar doença invasiva. Os tipos histológicos e algumas particularidades clínico-epidemiológicas dessa neoplasia, segundo Andrade, abrem essas considerações.⁽²⁾

Classificação dos tipos histológicos do adenocarcinoma do colo do útero:

1. Adenocarcinoma endocervical tipo usual – Corresponde a 80% dos adenocarcinomas do colo; quando bem diferenciado, apresenta melhor prognóstico;^(2,3)
2. Variante viloglandular – É diagnosticado na menacme (33 a 37 anos), com incidência de 2% a 5% dos adenocarcinomas da cérvix, e se apresenta como lesão polipoide (vegetante), que faz diagnóstico diferencial com pólipos endocervicais; o viloglandular é mais comum em jovens e, geralmente, com bom prognóstico;^(2,5-17)
3. Adenocarcinoma mucinoso – Neoplasia rica em mucina; diagnóstico diferencial com adenocarcinomas mucinosos metastáticos de pâncreas e intestino;⁽²⁾
4. Variante: adenoma maligno ou adenocarcinoma de desvio mínimo – Parece não ter relação com o HPV; trata-se de neoplasia bem diferenciada; no diagnóstico diferencial, vários tipos de proliferação endocervical benigna, entre elas o aglomerado de túneis, ou *tunnel clusters*, cistos de Naboth profundos, hiperplasia lobular, hiperplasia difusa laminar de glândulas endocervicais e endocervicose;⁽²⁾
5. Adenocarcinoma mucinoso do tipo intestinal – Tumor raro; diagnóstico diferencial com hiperplasia microglandular do endocérvice, que é patologia benigna, e adenocarcinoma metastático do trato gastrointestinal;⁽²⁾
6. Adenocarcinoma endometriode – Corresponde a 10% dos adenocarcinomas do colo, e esse diagnóstico só deve ser feito quando se exclui neoplasia do corpo uterino que invade o colo, aspecto que requer, às vezes, características colposcópicas, histeroscópicas e imunoistoquímicas;⁽²⁾
7. Adenocarcinoma seroso – Por ser muito raro, faz-se necessário excluir a disseminação de carcinoma de endométrio, ovário e trompa ao colo;⁽²⁾
8. Adenocarcinoma de células claras – Ocorre em todas as idades, principalmente na pós-menopausa, e nem sempre é associado à exposição intrauterina ao dietilestilbestrol; diagnóstico diferencial com hiperplasia microglandular da endocérvice e fenômeno de Arias-Stella, que são alterações benignas, tumor de seio endodérmico e carcinoma escamoso de grandes células não queratinizante;⁽²⁾
9. Adenocarcinoma mesonéfrico – Tumor raro, sempre associado à hiperplasia de restos mesonéfricos no colo uterino; diagnóstico diferencial com hiperplasia mesonéfrica, que é uma patologia benigna, adenocarcinoma endometriode e carcinosarcoma;⁽²⁾
10. Carcinoma adenoescamoso – Tumor que contém tanto elementos glandulares quanto escamosos; corresponde a 1/3 dos carcinomas do colo que contém elementos glandulares; diagnóstico diferencial com tumor de colisão, quando duas neoplasias separadas se encontram, carcinoma escamoso de grandes células e extensão para o colo de carcinoma de endométrio, quando a avaliação clínica, curetagem fracionada, presença de adenocarcinoma *in situ* (AIS) e imunoistoquímica auxiliam no diagnóstico diferencial;⁽²⁾
11. Variante: Carcinoma do tipo *glassy cell* – Neoplasia agressiva, considerada uma variedade do carcinoma adenoescamoso pouco diferenciado;⁽²⁾
12. Carcinoma adenoide basal – Há poucos casos descritos, geralmente na pós-menopausa; associado a neoplasia intraepitelial grau III (NIC III) ou a carcinoma escamoso microinvasivo; não associado a metástases;⁽²⁾
13. Carcinoma adenoide cístico⁽²⁾ – Geralmente ocorre na pós-menopausa, é um tumor agressivo semelhante a tumor de mesmo nome em glândula salivar, se apresenta como massa cervical e tem disseminação hematogênica;⁽²⁾
14. Adenocarcinoma associado a tumor neuroendócrino – No colo, pode ocorrer em forma pura ou associado a adenocarcinoma.⁽²⁾

ADENOCARCINOMA IN SITU

O AIS é a principal lesão precursora do adenocarcinoma cervical, e foi descrito por Friedell e McKay em 1953.⁽⁶⁾ Trata-se de uma condição pré-maligna, na qual há substituição do epitélio endocervical e da superfície

das glândulas por um epitélio atípico. O intervalo entre a detecção clínica do AIS e formas invasivas iniciais é em torno de cinco anos, aspecto que favorece medidas de triagem e possível tratamento.^(2,4,5) Em contraste com as formas escamosas, o AIS é pouco frequente, 10% dos adenocarcinomas endocervicais, possivelmente por dificuldades no diagnóstico citológico. É diagnosticado em média aos 36,9 anos de idade, o que significa mulheres 10 a 20 anos mais jovens do que aquelas diagnosticadas com formas invasivas.^(2,4,5) Do ponto de vista anatômico, o AIS é frequentemente observado adjacente ao invasor; em 10% a 15% das vezes se apresenta com lesões multifocais (lesões saltadas) com focos de AIS separados por 2 mm de mucosa normal, que se iniciam na zona de transformação, podendo se estender a porções altas do canal (2,5 cm) e com envolvimento profundo das criptas endocervicais; em 50% das vezes as lesões se estendem a múltiplos quadrantes e estão associadas às formas intraepiteliais escamosas.^(2,4,5) Por fim, os fatores de risco do AIS e formas invasivas, basicamente, se sobrepõem, especificamente as infecções persistentes pelos subtipos 16 e 18 do HPV.^(4,5) Ainda no grupo das lesões precursoras do adenocarcinoma invasivo, é importante considerar que o AIS é a única lesão com potencial de progressão para formas invasivas e que outras entidades (atipia glandular, displasia glandular, hiperplasia glandular atípica, displasia glandular endocervical) de terminologia confusa, possivelmente lesões menores que o AIS, podem ser, na realidade, interpretadas como AIS, tendo em vista que nem sempre todos critérios morfológicos estão presentes.^(2,5) Outras considerações anatomopatológicas, indispensáveis ao médico que conduz o caso, recaem sobre o adenocarcinoma microinvasivo, que, ao contrário das formas escamosas, não possui consenso para critérios diagnósticos, daí que, segundo Zaino, a decisão clínica deverá se orientar pela descrição da profundidade, extensão e presença de invasão vascular e linfática.⁽⁵⁾

As manifestações clínicas das formas invasivas do adenocarcinoma se apresentam de forma bem semelhante às escamosas, inicialmente com sinusorragia por invasão do estroma, que provoca ulceração da mucosa e exposição de vasos, com consequente sangramento. Com a progressão da doença, o sangramento se torna frequente e abundante, podendo chegar a quadros hemorrágicos graves. Outros sintomas (secreção genital com cheiro anormal, dispareunia, prurido) são decorrentes de possível necrose tecidual, que cria condições de anaerobiose, com suas respectivas consequências, e, por fim, de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas infecções por HPV, que chamam para si boa parte dessa sintomatologia.^(3,7) Ainda neste tópico vale citar o edema de membros inferiores, que sugere comprometimento linfonodal, além do quadro de dor lombar intensa, com febre, toxemia e infecção do trato urinário alto, que denuncia obstrução ureteral, que ocorre nas fases finais da doença.⁽⁷⁾ O exame físico, com o indispensável exame especular, mostra secreção serosanguinolenta,

às vezes francamente hemorrágica, com colo muitas vezes disforme, hipertrófico, grosseiro, com lesão exofítica (polipoide, verrucosa ou vegetante) ou endofítica, ambas podendo estar ulceradas; quando o crescimento é endofítico, em tumores de canal, o colo toma o formato de barril.⁽⁸⁾ Por outro lado, é importante salientar que muitas mulheres se apresentam com um colo aparentemente normal, quando então a suspeição diagnóstica é atribuída à colpocitologia; daí a importância de um rastreamento, preferencialmente, de base populacional.⁽¹⁸⁻²⁵⁾

Ao contrário das formas invasivas, o AIS é quase sempre assintomático e, muitas vezes, não identificado em um exame especular sumário.

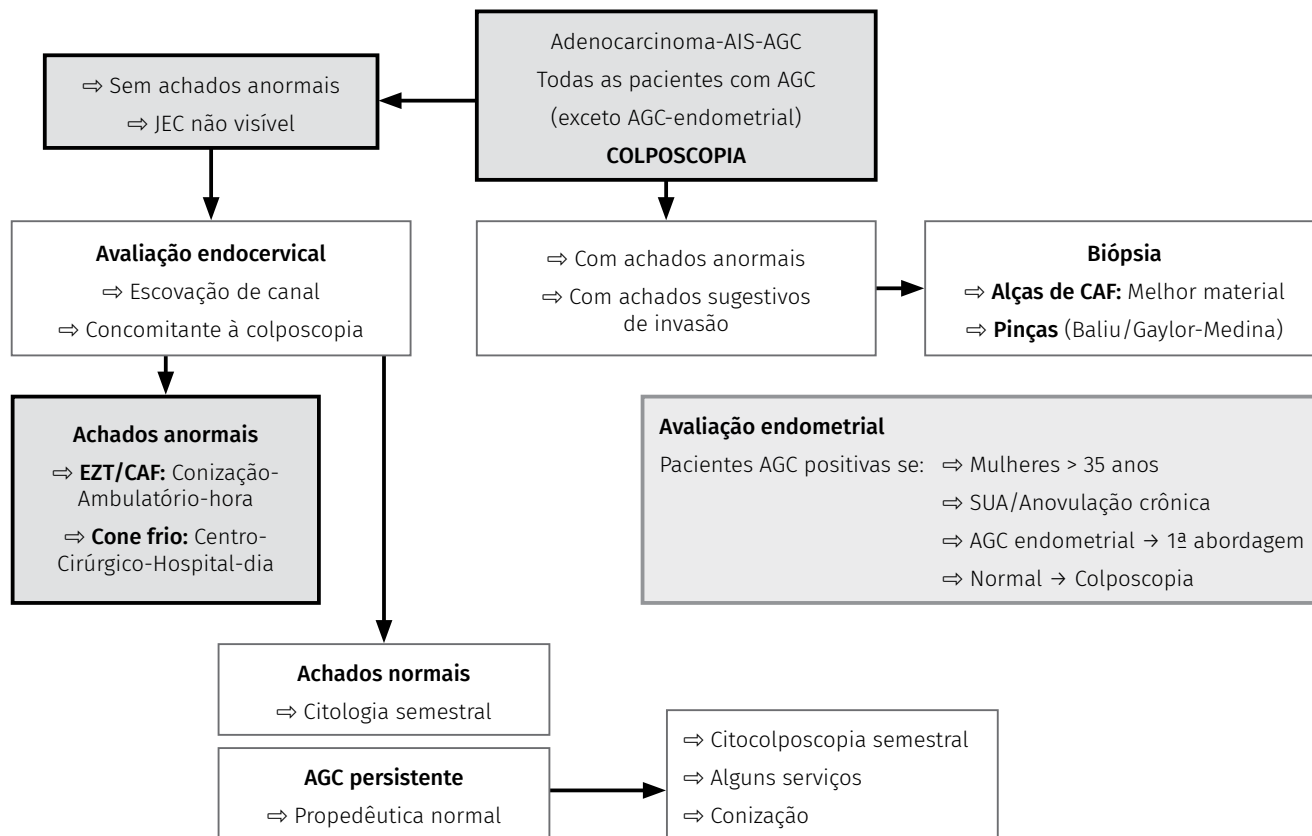
Propedêutica

Os recursos propedêuticos para suspeição, elaboração e conclusão diagnóstica das formas invasivas e intraepiteliais do adenocarcinoma começam, na assistência primária, com a colpocitologia oncológica, que, no momento, ainda é o método disponível, no serviço público, para rastreamento do câncer de colo do útero.⁽⁹⁾ O AIS é diagnosticado, basicamente, em duas situações: células atípicas em esfregaços colpocitológicos e anatomia patológica de peças de conização e/ou histerectomia.⁽²⁰⁾ As anormalidades colpocitológicas que prenunciam o diagnóstico do AIS ocorrem em 50% a 69% em células glandulares, 26% a 31% em células escamosas e 15% em células glandulares e escamosas, e em 4% os esfregaços são negativos.^(4,21,22)

Um tópico importante nessa etapa diagnóstica são as células glandulares atípicas (AGC), que são células originárias do epitélio glandular do endocérvix, endométrio e, raramente, de outros locais (ovários). Do ponto de vista conceitual, são células cujas alterações nucleares ultrapassam as alterações reativas ou regenerativas óbvias, mas que não apresentam as características inequívocas de AIS ou invasor (Figura 1).

Outro aspecto importante sobre as AGC é a terminologia, que foi normatizada pelo sistema Bethesda em 1988, revisado algumas vezes, e as considerações atuais foram estabelecidas em 2001, resultando numa terminologia que classifica as atipias de células glandulares em:^(10,11)

- 1. Células glandulares atípicas** – Quando as atipias são identificadas em células endocervicais, endometriais ou sem outras especificações (SOE) e não for possível identificar a origem das células atípicas.⁽¹⁰⁻¹²⁾ O termo “AGUS (atipias glandulares de significado indeterminado)” foi excluído, sendo estabelecido o termo “atipias em células glandulares” para evitar condutas aquém das requeridas para essa categoria e aumentar a sensibilidade para as neoplasias glandulares;^(11,12)
- 2. Células glandulares atípicas favorecendo neoplasia** – Endocervical, endometrial ou SOE; vale a pena citar que a classificação



AIS/AGC: adenocarcinoma *in situ*/células glandulares atípicas; CAF: cirurgia de alta frequência; SUA: sangramento uterino anormal; EZT: exérese da zona de transformação.

Figura 1. Fluxograma para propedêutica de adenocarcinoma cervical

em “possivelmente não neoplásicas” ou em “não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau” foi estabelecida na elaboração da nomenclatura brasileira para laudos cervicais, em 2006, e deve ser utilizada por extenso;^(10,12)

3. Adenocarcinoma *in situ*,⁽¹⁰⁻¹²⁾

4. Adenocarcinoma invasor inicial ou invasor franco.⁽¹⁰⁻¹²⁾

O diagnóstico citológico AGC é mais frequente em mulheres aos 40 anos de idade ou mais velhas, ao contrário das formas escamosas (15 a 29 anos).⁽¹⁰⁾ No Brasil, em 2013, foi de 0,13% entre todos os exames realizados e de 4,7% no grupo dos resultados alterados.⁽¹²⁾ Em outros países, esses dados se situam entre 0,15% e 2,1%.⁽¹⁰⁾ Mesmo refletindo uma baixa prevalência, duas revisões de literatura incluindo, aproximadamente, 4.300 mulheres com AGC, portanto um diagnóstico transitório, mostraram achados histológicos benignos em 64% a 71% das mulheres. Neoplasia intraepitelial cervical escamosa foi encontrada em 20% a 28% delas, sendo 9% NIC I e 11% NIC II e III; 0,3% a 1% apresentaram carcinoma de células escamosas; AIS foi encontrado em 3% a 4% e adenocarcinoma cervical invasor, em 1% a 2%, e adenocarcinoma endometrial, em 2% a 3% e hiperpla-

sia endometrial, em apenas 1% dessas mulheres.^(10,15,18,19) Outras malignidades pouco frequentes (câncer cervical adenoescamoso, carcinosarcoma uterino, câncer ovariano, câncer tubário e alguns poucos casos de câncer de cólon e mama) podem estar associadas com citologia AGC.⁽¹⁰⁾ Como já citado, achados histológicos benignos podem cursar com AGC na colpocitologia diagnóstica, entre outros:⁽¹²⁾ hiperplasia microglandular, adenose vaginal, pólipos endocervicais e endometriais, quadros inflamatórios, endometriose, efeitos radiogênicos, gestação, uso prolongado de progestágenos, artefatos de escovação, metaplasia tubária, dispositivo intrauterino (DIU), alterações reativas pós-conização, pós-cauterizações ou biópsias.^(10,12,15,18,19) Tais achados são importantes quando do diagnóstico diferencial, principalmente em pacientes jovens, nas quais abordagens cruentas, sem fortes evidências, evoluem com consequências obstétricas e seus respectivos custos. Deve-se considerar também a concomitância de anormalidades citológicas escamosas, em torno de 50% das mulheres com AGC, sob a forma de células escamosas atípicas ou lesão intraepitelial escamosa; tais mulheres cursam com probabilidade de apresentar mais lesões escamosas do que glandulares.⁽¹⁰⁾ Ainda no tópico da terminologia das AGCs, são necessárias algumas considerações so-

bre as subcategorias, que podem, às vezes, predizer um diagnóstico histológico.⁽¹⁰⁾ Um estudo de 460 mulheres com AGC mostrou as lesões mais comuns por subcategoria: 1. AGC (SOE) ⇒ adenocarcinoma endometrial – 10,2%; 2. AGC endocervical ⇒ adenocarcinoma cervical – 5,9%, AIS – 2,4%, NIC II/III – 5,3%; 3. AGC endometrial ⇒ adenocarcinoma endometrial – 27,8% e hiperplasia endometrial complexa com atipias – 22,2%.^(10,23)

Como continuidade da propedêutica para o adenocarcinoma cervical e sua forma intraepitelial (AIS), e tendo em vista que a colpocitologia é o principal método, em nosso país, para rastreamento do câncer de colo do útero,⁽⁹⁾ a despeito de uma sensibilidade aquém dos testes de DNA-HPV,⁽²⁵⁾ faz-se necessário, a essa altura, implementar medidas para abordagem das mulheres que se apresentam com AGC, na imensa maioria das vezes, na atenção primária, onde essa propedêutica poderá ser assim iniciada:

1. Todas as pacientes com AGC (exceto AGC endometrial) serão referenciadas para colposcopia (A),^(10,12) que deverá ser executada com experiência e resolutividade, sendo, para tal, necessária descrição objetiva dos achados colposcópicos [posição da junção escamocolumnar (JEC)/zona de transformação atípica (ZTA) e as características colposcópicas sugestivas da respectiva lesão]:

1a. Características colposcópicas sugestivas de AIS.^(11,13,14,15) Segundo Wright,⁽¹⁴⁾ “Características colposcópicas do AIS e adenocarcinoma existem e colposcopistas podem aprender a reconhecê-las”. São elas:

- Lesões acetobranças em relevo, irregulares, distantes da JEC, sobre o epitélio glandular;
- Papilas acetorreitoras individualizadas ou em fusão na zona de transformação (ZT) e adjacências e que lembram infecção ou metaplasia imatura;
- Grandes aberturas de criptas glandulares com muco excessivo;
- Orifícios glandulares (criptas) deformados, alargados, entreabertos, hipersecretantes, às vezes, com halo branco;
- Desorganização de implantação, variabilidade de tamanho e forma das papilas;
- Irregularidade do ápice das papilas;
- Brotamento (proliferação) epitelial formando papilas inchadas, arredondadas, que fazem diagnóstico diferencial com metaplasia escamosa imatura;
- Epitélio friável, grandes aberturas glandulares, lesões brancas e

vermelhas que também lembram epitélio metaplásico imaturo;

- Aspecto de ectopia “suspeita”-hipervascularizada, papilas acidófilas e irregulares;
- Pólipo com papilas irregulares, acetofilia intensa, vasos anormais e sinais de necrose;
- ZTA que sugere lesão escamosa com alterações papilares do relevo da ZTA com orifícios glandulares deformados, alargados, desiguais, às vezes hipersecretantes;
- Atipias vasculares em fio de cabelo, cacho, fiapos, vasos radiculares;
- Pontilhado, mosaico, vasos em saca-rolhas não são vistos na doença glandular;
- Duas ou mais lesões escamosas separadas por epitélio com aparência de glandular são altamente sugestivas de lesão glandular;⁽¹⁵⁾
- Fusão ou coalescência de vilos não ocorre em doença escamosa;⁽¹⁵⁾

1b. Características colposcópicas sugestivas de adenocarcinoma. Segundo Guillemotonia⁽¹⁾ e Ueki (1985) e Ueki e Sano (1987), citados por Singer e Monaghan (2002),⁽¹³⁾ são elas:

- 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;
- Lesão mucossecretora, em colo aumentado, com grande quantidade de exsudato;
- Formações papilares associadas (em fusão), deformadas, heterogêneas, vermelhas;
- Erosão, vegetação, brotos irregulares e 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.⁽¹⁾

Concluindo, é importante salientar que não existe um achado colposcópico específico de doença glandular, no máximo as características citadas são sugestivas e requerem da colposcopia suas dimensões, localização ideal para biópsia e posicionamento da JEC/ZTA, aspecto indispensável para geometria da ressecção.

2. Todas as pacientes com AGC com achados colposcópicos normais e anormais (não existe critério específico, na colposcopia, para adenocarcinoma) serão conduzidas com uma ou mais das seguintes abordagens:

2a. Biópsia guiada por colposcopia – quando houver achado colposcópico anormal no ectocérvix ou início de canal; ou para afastar doença invasiva quando a lesão for grosseira, ou bem sugestiva de invasão (A). Confrontar o resultado da biópsia com a nova citologia e valorizar o resultado mais relevante (A);⁽¹²⁾

2b. Avaliação de canal endocervical – perfeitamente factível com adequada escovação dele, concomitante com a colposcopia (A) (sem achados anormais e/ou JEC não visível). A curetagem endocervical, preconizada em muitos serviços no exterior, não fornece informações melhores que a escovação, tem valor preditivo negativo baixo, não diagnostica invasão, fornece material escasso e fragmentado e prejudica a anatomia patológica do canal se uma conização se fizer necessária a seguir;^(12,16)

2c. Avaliação endometrial, com ultrassonografia transvaginal, deverá ser realizada em três situações AGC-positivas: mulheres acima de 35 anos (A); mulheres SUA (B); como primeira abordagem em mulheres com AGC endometrial (A); em todas elas, quando o eco endometrial for anormal, o estudo anatomopatológico do endométrio será indispensável (A);⁽¹²⁾

2d. Pacientes com citologia AGC (favorecendo neoplasia), AIS, adenocarcinoma invasor, doença escamosa (NIC II/III), ainda sem diagnóstico histológico, a despeito de propeidêutica sugerida (2a, 2b, 2c) bem instituída, serão abordadas, principalmente, na assistência secundária (após avaliação crítica de idade e paridade) com procedimento diagnóstico excisional e que, para alguns casos, poderá ser também terapêutico. O referido procedimento, excisão tipo 3 com cirurgia de alta frequência (CAF), é perfeitamente factível na doença glandular, desde que se obtenha peça íntegra com margens interpretáveis (A).⁽¹²⁾ É verdade que, na prática clínica diária, muitas vezes, há necessidade de ampliação de margens, o que significa mais de um fragmento, logicamente com muitas vantagens e algumas desvantagens (que diminuem com a experiência do médico);

2e. Pacientes com citologia AGC persistentes pós-propeidêutica do colo, corpo e órgãos adjacentes sem evidência de doença

devem ser mantidas em seguimento citológico e colposcópico semestralmente até a exclusão de doença pré-invasiva ou invasiva.⁽¹²⁾ Em alguns serviços, pacientes com AGCs (SOE; endocervical) persistentes sem achados na repetição da colposcopia e avaliação endometrial normal são submetidas à conização (cone frio, eletrocirurgia e laser são aceitáveis);⁽¹⁰⁾

2f. Pacientes com citologia AIS ou adenocarcinoma invasor poderão ir diretamente da colposcopia, sem sinais de invasão e/ou biópsia também sem invasão, para o procedimento diagnóstico excisional realizado com CAF, como já dito, tentando fornecer espécime única com margens interpretáveis.⁽¹²⁾ Ainda nesse grupo de pacientes (citologia AIS e adenocarcinoma invasor), a avaliação endometrial continua no restrito grupo de mulheres com mais de 35 anos, ou com SUA e/ou situações sugestivas de anovulação crônica;

2g. Pacientes com citologia AGC (endometrial) terão avaliação prioritária da cavidade endometrial (A).⁽¹²⁾ Quando normal, serão referenciadas para colposcopia;⁽¹⁰⁾ tais pacientes, com avaliação endometrial e colposcopia sem anormalidades, poderão voltar para o rastreamento normal de câncer cervical.⁽¹⁰⁾ Quando há persistência de AGC (endometrial) ou sintomas de outras malignidades associadas com AGC, deve-se pesquisar doenças de outros locais ou repetir a propeidêutica endometrial em 12 meses;⁽¹⁰⁾

2h. AGC raramente estão associadas com tumor primário de locais que não colo ou corpo uterino.⁽¹⁰⁾ Pacientes com alto risco de malignidade (AGC persistente-SOE, AGC endocervical, AGC favorecendo neoplasia, AIS, adenocarcinoma), com avaliação propeidêutica completa (colposcopia, avaliação endometrial e conização), com achados negativos, deverão ser avaliadas para doença primária ou metastática de trompas uterinas, ovário e outros órgãos pélvicos e abdominais.⁽¹⁰⁾ Revisão sistemática de quase 7.000 mulheres com citologia AGC mostrou que 6,4% tinham carcinoma de trompas ou ovário e 6,9% tinham câncer de outros locais, que não útero, ovário e trompas; a propeidêutica deve ser iniciada com ultrassonografia transvaginal. Mulheres sem massa anexial serão avaliadas com colonoscopia, tomografia e ressonância magnética, com vista a afastar patologia do cólon e/ou outras malignidades intra-abdominais;^(10,19)

- 2i. Pacientes AGC-positivas com avaliação endocervical (escovação) e colposcopia normais** serão seguidas, na atenção secundária, com citologia semestral.⁽¹²⁾
- 2j. O uso de testes de HPV** associados à citologia (coteste) na condução de pacientes AGC-positivas é uma realidade atual, cientificamente comprovada, com boas evidências em muitas situações, principalmente quando se aproveita o valor preditivo negativo dos referidos testes (quando negativos, praticamente, garantem ausência de lesão por longo período de tempo).⁽²⁵⁾ Entretanto, não estão disponíveis, na atenção primária e secundária, na maior parte do nosso país. Em nosso ambulatório de atenção secundária (inserido num contexto de atenção primária, para as demais especialidades), realizamos prevenção primária de câncer de colo com vacinação anti-HPV, rastreamento das lesões invasivas e suas respectivas lesões precursoras com colpocitologia e prevenção secundária, tratando, ambulatorialmente, lesões intraepiteliais com CAF; ainda assim, nunca tivemos condições econômicas de usar os referidos testes, a despeito do caráter referencial desta instituição; tentamos superar essa, discutível, deficiência com adequada coleta colpocitológica, uso experiente da colposcopia e muita parcimônia com a CAF;
- 2k. Situações especiais** na abordagem de pacientes AGC-positivas existem. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), em suas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2ª edição, mulheres até 24 anos, na pós-menopausa e imunossuprimidas devem ser investigadas da mesma forma que as demais mulheres. Grávidas deverão ser avaliadas com escovação delicada de canal endocervical e submetidas à biópsia, quando houver suspeita clínica, citológica e sinais colposcópicos sugestivos de invasão; o estudo endometrial não é factível nesse grupo de mulheres.⁽¹²⁾

CONCLUSÃO

A justificativa de uma revisão sobre propedêutica do adenocarcinoma endocervical, patologia relativamente rara, que representa 30% das neoplasias de colo, a terceira neoplasia mais frequente em incidência e mortalidade numa população-alvo de 50 milhões de mulheres em nosso país, reside no fato de que a maioria dessas mulheres é atendida nas unidades primárias e secundárias de assistência à saúde, quase sempre muito distantes de um hospital de nível terciário; na maio-

ria das vezes, na assistência primária, por enfermeiras, médicos generalistas (aspecto que não compromete a qualidade do atendimento) e por ginecologistas nem sempre motivados com patologia do trato genital inferior e colposcopia. Assim sendo, a presente revisão tem como objetivo estimular e orientar o rastreamento, que é função precípua da assistência primária, e familiarizar o ginecologista, muitas vezes na assistência primária e, principalmente, na secundária, a conduzir as pacientes com colpocitologia alterada usando, para tanto, uma propedêutica apoiada em boa evidência; esse aspecto permite, na maioria maciça dos casos, o diagnóstico e tratamento das lesões intraepiteliais, naquele ambiente modesto de nível secundário e, por fim, diagnosticar lesões invasivas que serão referenciadas para o nível terciário. Portanto, esses profissionais necessitam de revisões adequadas para sua prática diária no atendimento diuturno às mulheres do nosso país. Tudo isso posto, é importante salientar, segundo o Inca, “que é papel da assistência primária desenvolver ações para prevenção do câncer de colo do útero por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento” e à atenção secundária “cabe diagnosticar e tratar ambulatorialmente as lesões precursoras desse câncer com realização de colposcopias, biópsia e excisão tipo 1 e tipo 2”. Finalizando, é importante enfatizar que a maioria dessas unidades, geralmente distantes do ponto de vista físico de um hospital de nível terciário, pode conduzir, perfeitamente bem, todas as alterações colpocitológicas com colposcopias, biópsias, EZT, enfim, realizar a totalidade dos procedimentos cirúrgicos-ambulatoriais destinados ao diagnóstico e tratamento das neoplasias intraepiteliais, o que significa prevenção secundária e terciária para a neoplasia invasiva do colo uterino. Essa hierarquização na abordagem dessas pacientes (utilizando a terminologia do nosso serviço: “Ambulatório-Hora” em vez de centro-cirúrgico/“Hospital-Dia”) torna o atendimento muito mais humanizado (o médico está mais próximo do domicílio da paciente) e, sabidamente, mais viável do ponto de vista econômico. Essas duas considerações permitem (como em outras especialidades) vislumbrar a possibilidade de criar “campanhas”, “mutirões”, “meses coloridos” para diagnosticar e tratar as neoplasias intraepiteliais do colo uterino. Assim, juntamente com a vacinação anti-HPV, estaremos fazendo a prevenção de câncer cervicouterino invasor, no sentido amplo da palavra.

REFERÊNCIAS

- Guillemotonia A. Colposcopia e patologia glandular. In: Marchetta J, Descamps P, eds. Colposcopia: técnica, indicações, diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 113-20.
- Andrade LALA. Diagnóstico histológico das neoplasias glandulares intraepiteliais e invasivas. In: Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., eds. Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 374-90.

3. Del Carmen MG, Schorge JO. Invasive cervical adenocarcinoma [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 23]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-adenocarcinoma>
4. Del Carmen MG, Schorge JO. Cervical adenocarcinoma in situ [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 1]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-adenocarcinoma-in-situ>
5. Zaino RJ. Symposium part I: adenocarcinoma in situ, glandular dysplasia, and early invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Pathol.* 2002;21(4):314-26.
6. Friedell GH, McKay DG. Adenocarcinoma in situ of the endocervix. *Cancer.* 1953;6(5):887-97. doi:10.1002/1097-0142(195309)6:5<887::AID-CNCR2820060507>3.0.co;2-A
7. Carvalho JP. Câncer do colo do útero: quadro clínico e diagnóstico. In: Halbe HW, editor. *Tratado de ginecologia.* 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2171-3.
8. Carvalho FM. Câncer do colo do útero: história natural e anatomia patológica. In: Halbe HW, editor. *Tratado de ginecologia.* 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2159-70.
9. Monteiro CS, Pascoal-Xavier MA, Monteiro MVC, Silva-Filho AL. Avaliação crítica do papel da citologia cervical em meio líquido no rastreamento do câncer do colo uterino. *Femina.* 2017;45(2):110-3.
10. Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-at>
11. Moreira MAR. Diagnóstico citológico das neoplasias glandulares intraepiteliais e invasivas. In: Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., ed. *Câncer do colo do útero.* São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 360-73.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo uterino.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
13. Singer A, Monaghan JM. *Colposcopia: patologia e tratamento do trato genital inferior.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
14. 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: 10.1097/00128360-199904000-00003
15. Hon LW. Glandular lesions – pitfalls in management: HKSCCP: The 15th Anniversary Symposium [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 20]. Available from: <http://www.hkscgp.org.hk/Meetings/Lecture%20Notes/BGM%202016,%20lecture%203.pdf>
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *Manual de orientação: trato genital inferior.* São Paulo: Febrasgo; 2010. Cap. 16: Lesões glandulares do colo uterino; p. 175-84.
17. Young RH, Scully RE. Villoglandular papillary adenocarcinoma of the uterine cervix. A clinicopathologic analysis of 13 cases. *Cancer.* 1989;63(9):1773-9. doi: 10.1002/1097-0142(19900501)63:9<1773::AID-CNCR2820630920>3.0.CO;2-J
18. Geier CS, Wilson M, Creasman W. Clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(2):64-9. doi: 10.1067/mob.2001.108995
19. 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
20. Parellada CI, Pereyra EAG, Rivoire WA. Adenocarcinoma in situ. In: Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., eds. *Câncer do colo do útero.* São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 207-13.
21. Shin CH, Schorge JO, Lee KR, Sheets EE. Cytologic and biopsy findings leading to conization in adenocarcinoma in situ of the cervix. *Obstet Gynecol.* 2002;100(2):271-6. doi: 10.1016/S0029-7844(02)02044-6
22. Mitchell H, Hocking J, Saville M. Cervical cytology screening history of women diagnosed with adenocarcinoma in situ of the cervix: a case control study. *Acta Cytol.* 2004;48(5):595-600. doi: 10.1159/000326428
23. 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
24. Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopia e tratamento da neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes* [Internet]. Lyon: Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer; 2004 [citado 2018 Set 11]. Cap. 8: Diagnóstico colposcópico da neoplasia invasiva pré-clínica do colo uterino e neoplasia glandular. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=8.php&lang=4>
25. Speck NMG, Carvalho JP. Dossiê de estratégias do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil. *Femina.* 2018;46(3):159-66.



iumi

drosipirenona 3 mg
etinilestradiol 0,02 mg



#Tarja Rosa

A plataforma digital criada por IUMI só para as adolescentes!

TarjaRosa fala de saúde e sexualidade do jeito que elas falam, no lugar onde elas estão: as principais redes sociais.

Apps TarjaRosa. Um para os médicos e outro para as adolescentes.



Disponível na Google Play e na App Store

IUMI - DROSPIRENONA 3 mg - ETINILESTRADIOL 0,02 mg contendo 1 cartela ou 3 cartelas com 24 COMPRIMIDOS REVESTIDOS - USO ORAL E ADULTO. **INDICAÇÕES:** contraceptivo oral, com efeitos antiminerlocorticoide e antiandrogênico (mulheres com retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas). **CONTRAINDICAÇÕES:** presença ou história de trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Presença ou história de sintomas e/ou sinais prodromáticos de trombose. História de enxaqueca com sintomas neurológicos focais (enxaqueca com aura). Diabetes mellitus com alterações vasculares. Presença de um fator de risco grave ou múltiplos fatores de risco para trombose arterial ou venosa. Presença ou história de pancreatite associada a hipertrigliceridemia grave. Presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores da função hepática não retornarem ao normal. Insuficiência renal grave ou falência renal aguda. Presença ou história de tumores hepáticos benignos ou malignos. Diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteroides sexuais. Sangramento vaginal não diagnosticado. Suspeita ou diagnóstico de gravidez. Tabagismo em pacientes com idade superior a 35 anos. Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do medicamento. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** fumo; diabetes; excesso de peso; hipertensão; cardiopatias; distúrbios tromboembólicos; infarto do miocárdio ou AVC; enxaqueca; epilepsia; hiperparatireoidismo; distúrbios metabólicos como hipercolesterolemia; histórico ou suspeita de câncer de mama; distúrbios hepáticos; doença de Crohn ou colite ulcerativa; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome hemolítico-urêmica, anemia falciforme; perda de audição, porfiria, herpes gestacional e coreia de Sydenham, cloasma. Evitar a exposição excessiva ao sol ou à radiação ultravioleta. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** categoria de risco na gravidez: X. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento e nem por aquelas que estão amamentando. **INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E ALCÓOL:** fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, modafinila e oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva-de-são-joão; certos antibióticos, como as penicilinas e tetraciclina; inibidores da enzima conversora de angiotensina (ACE), antagonistas do receptor de angiotensina II, indometacina, diuréticos poupadores de potássio e antagonistas da aldosterona. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS:** intolerância às lentes de contato; náusea e dor abdominal; vômitos e diarreia; hipersensibilidade; aumento de peso corporal; diminuição de peso corporal; retenção de líquido; cefaleia; enxaqueca; estados depressivos e alterações de humor; diminuição ou aumento da libido; dor e hipersensibilidade nas mamas; hipertrofia mamária; secreção vaginal e secreção das mamas; erupção cutânea e urticária; eritema nodoso e eritema multiforme. Em mulheres com angioedema hereditário, estrogênios exógenos podem induzir ou intensificar os sintomas de angioedema. **INTERAÇÕES COM TESTES LABORATORIAIS:** pode alterar os parâmetros bioquímicos da função hepática, tireoidiana, adrenal e renal; os níveis plasmáticos de proteínas transportadoras (como globulina de ligação a corticosteroides e frações lipídico-lipoproteicas); parâmetros do metabolismo de carboidratos e parâmetros da coagulação e fibrinólise. A drosipirenona provoca aumento na aldosterona plasmática e na atividade da renina plasmática. **POSOLOGIA:** um comprimido por dia durante 24 dias consecutivos, sempre no mesmo horário, iniciando no primeiro dia de sangramento até o final da cartela. Cada nova cartela deve ser iniciada após um intervalo de pausa de quatro dias sem a ingestão dos comprimidos, no qual deve ocorrer sangramento por privação hormonal. A nova cartela deve ser iniciada no quinto dia, independente do sangramento ter ou não cessado. Na troca de outro contraceptivo oral combinado (COC) para Iumi, iniciar o tratamento no dia seguinte após a ingestão do último comprimido ativo do COC ou no máximo, no dia seguinte ao último dia de pausa ou da tomada dos comprimidos inertes. Na troca da utilização de anel vaginal ou adesivo transdérmico, iniciar Iumi no dia da retirada ou no máximo no dia previsto da próxima aplicação. Se a paciente estiver mudando de um método contraceptivo contendo somente progesterônio poderá iniciar Iumi em qualquer dia no caso da minipílula; no dia da retirada do implante ou do SIU; ou no dia previsto para a próxima injeção. Nesses casos, recomendar o uso adicional de método de barreira nos 7 primeiros dias de ingestão. - Reg. M.S. 1.0033.0154/ Farm. resp.: Cíntia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÉUTICA LTDA/CNPJ: 61.230.314/0001-75/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu das Artes - SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/Iumi-MB10-15/SAC: 08000-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.

Contra-indicações: trombose venosa profunda/gestação.
Interações com medicamentos: antibacterianos/antifúngicos.

iumi
drosipirenona 3 mg
etinilestradiol 0,02 mg

Libbs
Porque se trata da vida

Damater, a marca líder na preferência dos ginecologistas brasileiros¹ e que acompanha a vida da mulher nas suas fases mais importantes, deseja a todas as mães um...



Damater[®]

Polivitamínico e Poliminerais

DA PRÉ-CONCEPÇÃO
À LACTAÇÃO²



30 cápsulas
gelatinosas.²

1 X AO DIA com
minicápsulas gelatinosas
de fácil deglutição.^{2,3}

DAMATER[®] (polivitamínico e poliminerais). COMPOSIÇÃO: betacaroteno 2700 UI, colecalciferol 400 UI, acetato de racealfatocoferol 30 mg, ácido ascórbico 70 mg, nitrato de tiamina 3 mg, riboflavina 2 mg, cloridrato de piridoxina 2,2 mg, cianocobalamina 3 mcg, ácido fólico 2 mg, ferro (fumarato ferroso) 30 mg, zinco (óxido de zinco) 15 mg, outros componentes: cálcio (carbonato de cálcio). **INDICAÇÕES:** prevenção e tratamento das deficiências de vitaminas e minerais no período pré-gestacional, durante a gestação e aleitamento. Redução da incidência de malformações do tubo neural. **CONTRAINDICAÇÕES:** história de alergia a qualquer um dos componentes da fórmula. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** não deve ser utilizado em portadores de hipervitaminose A e/ou D, insuficiência renal, hemossiderose, hipercalcemia e hipercalcúria. Não deve ser utilizado em pacientes com atrofia óptica hereditária de Leber, uma vez que tem sido relatada uma atrofia rápida do nervo óptico na administração a esses pacientes. Não é indicado para pacientes idosas e crianças. Não é indicado em casos de anemia perniciosa. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** DAMATER[®] não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos contendo ácido acetilsalicílico, levodopa, cimetidina, carbamazepina ou tetraciclina e com antiácidos. Caso realmente seja necessário o uso de DAMATER[®] com tetraciclina, deve-se respeitar um intervalo mínimo de 2 horas entre a administração desses medicamentos, pois o ferro de DAMATER[®] pode comprometer a absorção da tetraciclina. **REAÇÕES ADVERSAS:** em casos pouco frequentes, pode ocorrer constipação intestinal. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** ingerir uma cápsula ao dia, com ou sem alimento, ou a critério médico. A cápsula de DAMATER[®] deve ser deglutida inteira. Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. USO ADULTO. REGISTRO MS: 1.8610.0009. Registrado por:** Grunenthal do Brasil Farmacêutica Ltda. SAC 0800 205 2050. Cód: R0218. **Informações adicionais para prescrição: vide bula completa.**

DAMATER[®] é contraindicado em casos de história de alergia a qualquer um dos componentes da fórmula. DAMATER[®] não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos à base de ácido acetilsalicílico, levodopa, cimetidina, carbamazepina, tetraciclina e antiácidos.

Referências: 1) Close UP/Março/2019. 2) Bula Damater 2018. 3) Jones WJ 3rd, Francis JJ. Softgels: consumer perceptions and market impact relative to other oral dosage forms. Adv Ther. 2000;17(5):213-21.



SAC 0800 205 2050

Material destinado exclusivamente para prescritores e dispensadores de medicamentos.

Aprovado em Abril de 2019 | Válido por 2 anos

Código do material - 2019-04-DMR-DA-00001120-BR

