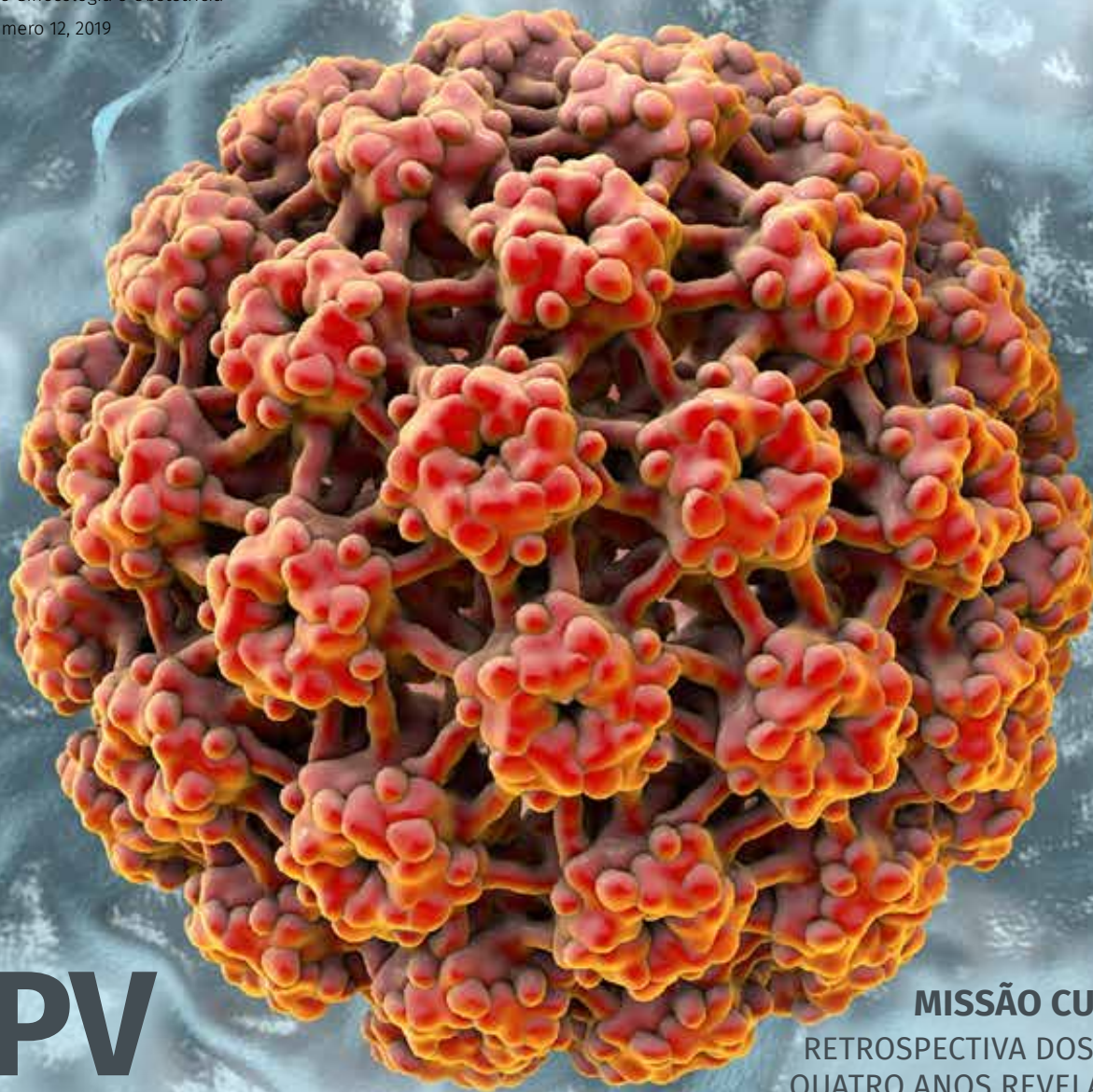


Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
 Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 47, Número 12, 2019



HPV

Uma das principais causas de
 câncer relacionado à infecção
 é também uma ameaça à
 saúde pública

MISSÃO CUMPRIDA

RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS
 QUATRO ANOS REVELA LEGADO
 IMENSURÁVEL DA ATUAL
 DIRETORIA DA FEBRASGO

58º CBGO

A EDIÇÃO 2019 FOI SUCESSO!
 CONFIRA OS DESTAQUES

**CADERNO
 CIENTÍFICO**

Artigos e relatos de casos aprovados
 pelas comissões da Febrasgo

**PROTOCOLOS
 FEBRASGO**

Documentos de alta qualidade científica para orientação
 dos profissionais em sua prática diária no consultório



ATENÇÃO ASSOCIADOS!!!

FIQUE ATENTO AS DATAS DE VENCIMENTO DAS ANUIDADES DE 2020

Pague sua anuidade até 31/01/2020 e tenha acesso ilimitado a todos conteúdos científicos da FEBRASGO e da sua federada!!!



* Você receberá o boleto com a data de 31/12/2020. Fique atento ao realizar o pagamento online.

Acesse e confira os descontos:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/anuidades-2020>

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

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 Mieko Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerrawi
Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral

A Febrasgo pulsa em novo ciclo na tradição das Minas Gerais. Nos últimos quatro anos, seu braço científico tornou-se robusto e a produção científica brasileira está definitivamente consolidada e internacionalizada. A Febrasgo ganhou espaço e sua revista *RBGO* está entre as melhores publicações na área, resultado de trabalho incansável da Diretoria atual. *Femina* teve ajuda inestimável, tanto no suporte aos custos da publicação como na produção de artigos de altíssima qualidade, principalmente encaminhados pelos membros das Comissões Científicas da Febrasgo. *Femina* continua plural. Este volume faz um retrospecto dos últimos quatro anos da diretoria da Febrasgo, e os ganhos e avanços foram muitos. Vejam as opiniões de nossos dirigentes! O novo ano também nos acena com otimismo. Avançar as fronteiras e consolidar nossa produção intelectual, e nossos pesquisadores, no cenário mundial são ações já pavimentadas para o bom caminhar.

Femina destaca neste dezembro os trabalhos científicos de cinco estados brasileiros que foram premiados no 58º Congresso ocorrido em Porto Alegre. Todos serão publicados nos próximos meses na forma completa e estarão ao nosso alcance para leitura na íntegra. Um texto útil e agradável sobre a formação continuada do ginecologista e obstetra na esteira das atividades profissionais confiáveis (EPAs – *entrustable professional activity*) traz detalhes relevantes para o ensino e aprendizado da especialidade. A legalidade e a ética do obstetra na cobrança de honorários, quando escolhido pela gestante para estar de sobreaviso, são também destaque deste volume. É a Febrasgo abraçando seu associado na sua prática. No entanto, muitos obstetras continuam sendo penalizados pelos planos de saúde e alguns até sofrem suspensão das atividades como forma de punição. Vale a leitura da carta do Diretor de Defesa e Valorização do Profissional da Febrasgo. Vamos, juntos, engrossar essa luta!

Como tema de capa, *Femina* traz dois textos elegantes, profundos e precisos acerca da importância da infecção pelo papilomavírus humano na saúde pública. Os textos, escritos por dois grupos, um de Brasília e outro de Porto Alegre, se completam na precisão e nos detalhes. Valoriza-se também a vacinação como instrumento essencial no controle da virose. No seu caderno científico, *Femina* publica um artigo acerca da condução da toxoplasmose gestacional e disponibiliza dois protocolos a seus leitores: “Infecção puerperal”, redigido pela Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério, e “Abdome agudo em ginecologia”, escrito pela Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica.

Femina encerra 2019 com regularidade nas suas edições. Muitas mãos contribuíram nesta tarefa. Este editor é grato aos autores, aos revisores e aos colaboradores do escritório da Febrasgo, mas principalmente ao seu diretor científico, pelo desprendimento e tempo dedicado à revista. *Femina* gesta um novo ano promissor! E continuará sendo a sua revista!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR-CHEFE



SUMÁRIO

850 Capa

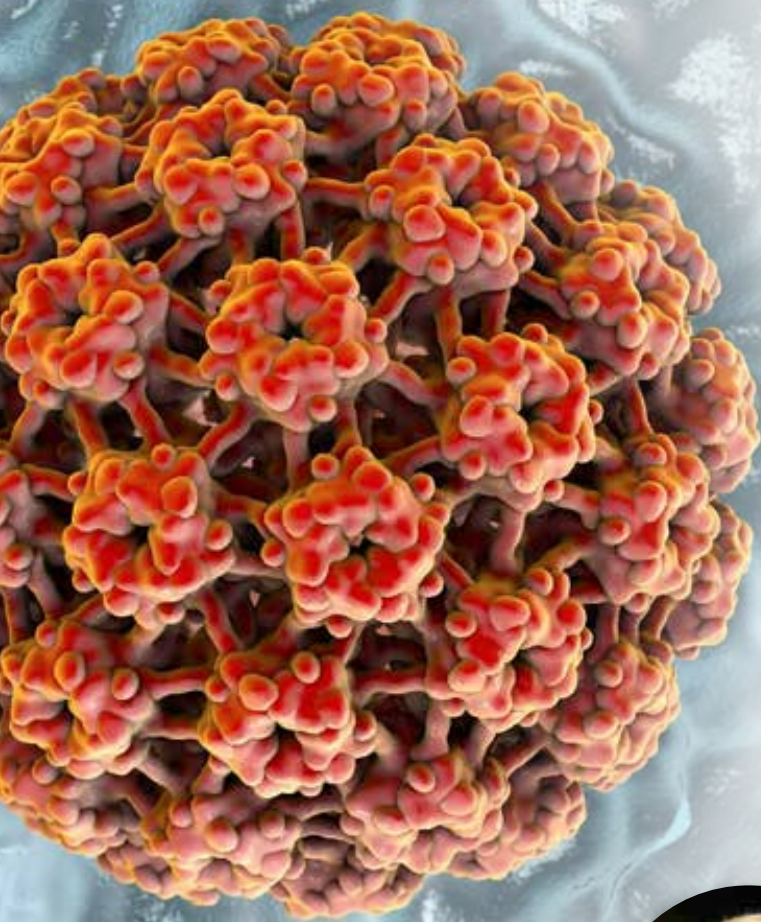
HPV

Uma das principais causas de câncer relacionado à infecção é também uma ameaça à saúde pública

867 Entrevista

Missão cumprida

Retrospectiva dos últimos quatro anos revela legado imensurável da atual diretoria da Febrasgo



877 Especial 58º CBGO

Alguns destaques do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia



884 Residência Médica

"EPAs" em Ginecologia e Obstetrícia Conceitos atuais



887 Defesa Profissional

Sobreaviso em Obstetrícia Atividade ética e legal do médico obstetra



889 Especial Fleury

Diagnóstico por imagem da endometriose: um desafio muito frequente



891 Caderno científico

ARTIGO DE REVISÃO

Condução da toxoplasmose gestacional

PROTOCOLOS

Infecção puerperal

Abdome agudo em ginecologia

HPV

Papilomavírus humano



Papilomavírus humano: Aspectos Clínicos

Walquíria Quida Salles Pereira Primo¹, Guttenberg Rodrigues Pereira Primo²

Descritores

HPV; Colpocitologia;
Câncer do colo do útero

Keywords

HPV; Cytology; Cervical cancer

RESUMO

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é reconhecida como uma das principais causas de câncer relacionado à infecção em homens e mulheres. Embora a maioria das infecções pelo HPV seja assintomática e se resolva espontaneamente, a infecção persistente por tipos de HPV de alto risco pode levar a lesões precursoras e ao câncer. Em todo o mundo, a infecção pelo HPV causa até 4,5% (640.000 casos) de todos os casos novos de câncer mundial (8,6% mulheres; 0,9% homens), representando 29,5% de todos os cânceres relacionados com infecção. Os tipos de HPV de alto risco não são apenas responsáveis por praticamente todos os casos de câncer do colo do útero, mas também por uma fração dos cânceres de vulva, vagina, pênis, ânus e câncer de cabeça e pescoço. Além disso, o HPV também é a causa de verrugas anogenitais e papilomatose respiratória recorrente. Apesar da disponibilidade de múltiplas estratégias preventivas, o câncer relacionado ao HPV continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade em muitas partes do mundo, principalmente nos países menos desenvolvidos.

ABSTRACT

Human papillomavirus (HPV) infection is recognized as one of the major causes of infection-related cancer in both men and women. Although most human papillomavirus (HPV) infections are asymptomatic and resolve spontaneously, persistent infection with high-risk HPV, may lead to precancerous lesions and cancer. Worldwide, HPV infection causes up to 4.5% (640,000 cases) of all new cancer cases worldwide (8.6% females; 0.9% males), representing 29.5% of all infection-related cancers. High-risk HPV types are not only responsible for virtually all cervical cancer cases but also for a fraction of cancers of the vulva, vagina, penis, anus, and head and neck cancers. Furthermore, HPV is also the cause of anogenital warts and recurrent respiratory papillomatosis. Despite the availability of multiple preventative strategies, HPV-related cancer remains a leading cause of morbimortality in many parts of the world, particularly in less developed countries.

INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) é provavelmente a doença sexualmente transmissível mais comum. Na faixa etária entre 18 e 59 anos, nos Estados Unidos, a prevalência de infecção genital com qualquer tipo de HPV foi de 42,5%.^(1,2) Como um todo, cerca de 70% a 80% dos homens e mulheres sexualmente ativos adquiriram HPV em algum tempo de suas vidas, porém a prevalência global é estimada em 11,7%, embora existam diferenças regionais consideráveis e variações substanciais de estudo para estudo. Em todo o mundo, a infecção pelo HPV causa até 4,5% (640.000 casos) dos casos novos de câncer mundial (8,6% mulheres; 0,9% homens), representando 29,5% de todos os cânceres relacionados com infecção.⁽³⁾

Um estudo epidemiológico sobre a prevalência de infecção pelo HPV no Brasil, em pessoas com idade entre 16 e 25 anos, verificou a prevalência do HPV de 54,6% em mulheres e de 51,8% em homens. O HPV de alto risco foi encontrado em 35,2% dos pesquisados. Os dados revelaram uma maior prevalência do HPV na região Nordeste, com 58,09%, e na região Centro-Oes-

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

2. Hospital Regional da Asa Norte, Secretaria de Saúde de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Walquíria Quida Salles Pereira Primo
SHLS 716, Centro Clínico Sul Torre II,
sala 219, 2º andar, Asa Sul, 70390-
700, Brasília, DF, Brasil.
walquiriaprino@gmail.com

te, com 56,46%. Na região Norte, a taxa foi de 53,54%, no Sudeste, de 49,92% e na região Sul, de 49,68%.⁽⁴⁾

O HPV está envolvido no desenvolvimento do câncer do colo do útero em cerca de até 99,7% dos casos. O restante é atribuído à mutação dos genes supressores ou a algum subtipo de HPV ainda não detectado ou o DNA do HPV pode ter sido perdido durante o desenvolvimento do tumor.⁽⁵⁻⁷⁾

Apesar da alta prevalência das infecções genitais, apenas uma pequena porcentagem (1%) das mulheres infectadas desenvolve câncer cervical. Segundo Apgar (2002), o risco de progressão para câncer invasivo é de 1 a 2 por 1.000 mulheres não tratadas num período acima de 24 meses. Além disso, em 70% dos casos, o vírus regride espontaneamente em um ano e em 91% dessas mulheres, em dois anos. O tempo necessário para que 50% dos casos prevalentes se tornem HPV DNA negativos foi de 4,8 meses para os subtipos não oncogênicos e 8,1 meses para os subtipos oncogênicos.⁽⁸⁾

Ainda existem controvérsias quanto aos fatores relacionados às formas de contágio pelo HPV, sua persistência e ao aparecimento de lesão histológica. Em relação à transmissão, ela se dá preferencialmente por meio do contato com alguém que tenha a infecção, ressaltando-se que os subtipos virais são sítio-específicos e não está claro o papel dos fômites. Os adolescentes e os adultos jovens sexualmente ativos apresentam maior risco de aquisição do vírus.^(8,9)

Apesar de a infecção pelo HPV ser essencial para o desenvolvimento do câncer invasivo, ela não é causa suficiente, sendo necessários outros fatores associados. Tem sido demonstrado que a quantidade de parceiros sexuais está mais relacionada com o risco de se infectar pelo HPV, ao passo que o início da atividade sexual precoce, o uso de contraceptivos hormonais, a paridade e o tabagismo estariam associados com a persistência da infecção viral. A persistência dos subtipos de HPV de alto risco, entre outros fatores, é a responsável pelo desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais escamosas para câncer no trato genital inferior.^(8,9)

Os vírus são pequenos – 55 nm –, caracterizados por apresentarem dupla fita de DNA, com genoma circular, formado por 8.000 pares de bases e um capsídeo icosaédrico constituído de 72 capsômeros. Existem 100 subtipos virais humanos, dos quais 40 subtipos infectam a região anogenital e 20 são considerados oncogênicos. Os HPVs que infectam a região anogenital foram agrupados, de acordo com seu potencial oncogênico, em baixo e alto risco oncogênico. Os HPVs de baixo risco são os 6, 11, 26, 30, 40, 42, 43, 44, 54, 70 e 73 e os de alto risco os 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 64 e 68.⁽¹⁰⁾

O período de incubação do HPV para condiloma acuminado é em média de três semanas a oito meses, e

90% das infecções pelo HPV não têm manifestações clínicas. Ou seja, a maioria da exposição ao HPV resulta apenas em infecção latente, isto é, não há replicação do DNA viral ativamente, porém o número de cópias de HPV se mantém em um estado estável, pois a replicação ocorre paralelamente com a divisão celular.^(8,9)

Os HPVs genitais podem infectar o epitélio escamoso do colo do útero, da vagina, da vulva, do pênis e da região perianal e induzir ao aparecimento de verrugas genitais e lesões intraepiteliais escamosas e ao câncer. No entanto, para se estabelecer na epiderme, o HPV necessita infectar células metabolicamente ativas, como as células da camada basal do epitélio em um organismo hospedeiro favorável, ou seja, o ciclo de vida do HPV está ligado à diferenciação da célula escamosa.⁽¹¹⁾

O HPV pode permanecer nas células hospedeiras na forma epissomal (circular) e na forma integrada (o genoma do HPV incorpora-se ao da célula hospedeira). Na forma epissomal, chamada de latente, o HPV pode se manter em pequena quantidade e se replicar apenas quando a célula também se replica, sem causar alteração tecidual por anos. No entanto, na forma integrada, o genoma do HPV permanece ativo e disponível à replicação e à transcrição. O processo de integração é gradativo, havendo coexistência entre as formas epissomais e integradas.^(5,6,12)

O mecanismo pelo qual o HPV entra nas células-alvo é desconhecido. Vários estudos mostram evidências de um ou mais receptores celulares de superfície, subunidade integrina $\alpha 6$ e heparan-sulfato. Após a entrada do vírus na célula, o DNA viral é direcionado ao núcleo celular. As proteínas E6 e E7 dos HPV 16 e 18 formam complexos com as proteínas antioncogênicas p53 e pRB, respectivamente, e essas interações influenciam, pelo menos em parte, no poder de transformação desses dois vírus. A pRB em condições normais, ligada ao fator de transcrição E2F, ocasiona a parada do ciclo celular, permitindo o reparo ao dano do DNA ou apoptose celular. Quando a pRB é hipofosforilada pelo complexo ciclina D1-CDK4, libera o fator de transcrição E2F e desencadeia a progressão do ciclo e a divisão celular.^(5,6,12)

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

A infecção pelo HPV pode apresentar-se de forma clínica: diagnosticada a olho nu, é o caso do condiloma genital ou verruga; na forma subclínica: diagnosticada por meio da citologia e/ou colposcopia e na forma latente em que a infecção só é demonstrada por meio de testes de biologia molecular. A grande maioria das infecções por HPV é assintomática e autolimitada. Em síntese, o diagnóstico do HPV é feito por meio do exame físico, da colpocitologia, da colposcopia e/ou dos testes de biologia molecular.⁽⁹⁾

Os condilomas são geralmente assintomáticos, podem se manifestar de forma atípica, dependendo do tamanho e da localização, com irritação, prurido, leucorreia ou sangramento pós-coital. Ressalta-se a importância da anamnese buscando fatores de risco. No exame físico, deve-se realizar exame genital completo. Devem-se especificar topografia (isolados, confluentes ou extensos), extensão (anal, vulvoperineal, vaginal, colo do útero), modo evolutivo (recentes, persistentes ou recidivantes) e associações com neoplasias intraepiteliais.^(2,8)

O exame clínico é suficiente para diagnosticar condilomas anogenitais típicos; as lesões clínicas na genitália externa apresentam-se como acuminadas (excrescências pequenas, pedunculadas, múltiplas, verrucosas e hiperqueratóticas), papilomatosas (lesão séssil, com base larga de implantação, branco-perolada, única ou múltipla) ou papulares (pequenas pápulas, de coloração branca, arredondadas e pouco elevadas). Já as lesões subclínicas manifestam-se como micropapilas (múltiplas verrugas pequenas, lisas e translúcidas), papilares (excrescências papilares, filamentosas, pequenas, róseas, translúcidas e macias) ou maculares (máculas de pequeno tamanho, pouco elevadas, lisas, múltiplas e com tendência a confluírem em grandes áreas).^(2,8)

Referente ao diagnóstico colpocitológico, com o objetivo de garantir uma terminologia uniforme, o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos preconizou o uso de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG) para citologia com HPV e/ou neoplasia intraepitelial grau I (NIC I) e de lesão intraepitelial escamosa de alto grau para neoplasia intraepitelial graus II e III (NIC II e NIC III). Em relação ao diagnóstico histopatológico, existe a classificação de Richart, de 1967: NIC I, NIC II e NIC III, que é ainda usada por muitos patologistas. Contudo, em 1990, esse autor modificou essa classificação e adaptou os termos LIEBG e lesão intraepitelial escamosa de alto grau para o uso anatomopatológico.^(13,14)

A citologia convencional é um método utilizado há vários anos com eficácia comprovada, conseguindo uma redução acentuada na incidência do câncer do colo do útero, sobretudo em países onde a cobertura populacional foi adequada. Apresenta sensibilidade de 30% a 87% (média de 47%) e especificidade de 86% a 100%.^(15,16)

Considerando as deficiências da citologia convencional, um número elevado de falso-negativos e resultados insatisfatórios, a citologia em meio líquido (CML) tem sido proposta como o método mais eficaz no rastreamento do câncer do colo uterino. Esse método teria uma vantagem adicional, pois o meio coletor preserva tanto as células para avaliação morfológica quanto os ácidos nucleicos para testes biomoleculares. A melhor qualidade dos resultados da CML resultaria em uma sensibilidade potencialmente maior que a do teste de

Papanicolaou para a detecção de doença pré-invasiva e câncer cervical. Contudo, a CBL não demonstrou ser mais sensível nem mais específica para a detecção de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau em comparação com a citologia convencional.^(17,18)

A colposcopia tem como principal indicação selecionar o local mais adequado para a realização da biópsia, na presença de uma citologia com alterações pré-malignas ou malignas, além de avaliar a extensão e a gravidade da lesão. Os processos pré-neoplásicos e o câncer do colo do útero se desenvolvem dentro da zona de transformação, principalmente durante o processo metaplásico.^(9,19)

A zona de transformação é um termo colposcópico para definir uma topografia de grande importância, onde existia epitélio glandular na ectocérvice, ou seja, é uma área entre o epitélio escamoso original e o epitélio glandular. É delimitada pela junção escamocelular (JEC) e a última glândula (com o orifício aberto ou fechado). Em condições favoráveis, o epitélio escamoso amadurece e se tem um epitélio escamoso diferenciado. Em condições desfavoráveis (na presença de fatores oncogênicos), o epitélio se mantém imaturo (metaplasia imatura), o que propicia o desenvolvimento neoplásico. A metaplasia ocorre fisiologicamente em três fases na vida da mulher: intraútero, puberdade e na primeira gravidez.^(9,19)

A colposcopia pode ser realizada entre o 8º e 12º dia do ciclo menstrual. Em pacientes na pós-menopausa, para facilitar a localização da JEC, pode-se indicar o uso prévio de estrogênio via oral ou tópico, durante 15 a 20 dias.

A imagem colposcópica que se correlaciona com HPV, no colo do útero, é a presença de epitélio acetobranco tênue, superfície lisa, com borda irregular e iodo negativamente moderado ou iodo malhado com positividade parcial. Importante ressaltar que esses achados colposcópicos podem corresponder apenas à metaplasia imatura sem a presença de HPV.^(8,9)

A sequência do exame de colposcopia (colo do útero) envolve (Quadro 1):

- Aplicação do soro fisiológico para limpar o colo do útero;
- Avaliação do colo com filtro verde, antes da aplicação do ácido acético a 3%, com a finalidade de estudar a arquitetura vascular;
- Avaliação do colo após aplicação do ácido acético a 3%;
- Avaliação do colo após aplicação da solução de iodo (teste de Schiller).

A colposcopia da genitália externa é um método capaz de identificar a infecção subclínica e permite um completo mapeamento da extensão da doença nessa

região. Contudo, tem baixa especificidade na vulva devido ao fato de que a papilomatose e a acetorreção, consideradas altamente sugestivas de HPV em colo e vagina, fazem parte das características normais da vulva, podendo ser erroneamente atribuídas ao HPV. As variações anatômicas da vulva são características particulares não patológicas que podem ser confundidas com algumas doenças vulvares. A papilomatose vulvar se manifesta como pequenas projeções papilares, múltiplas, simétricas e com superfície regular. Apresenta vascularização central que usualmente não cora ou, quando corada pelo ácido acético, é de forma tênue. As manchas de Fordyce correspondem à hiperplasia das glândulas sebáceas normais, amareladas, observadas no epitélio labial. As glândulas hipertrofiadas e se tornam mais visíveis na puberdade, na gravidez ou com tratamento hormonal.^(8,9)

O laudo anatomopatológico é essencial para a definição do tratamento mais adequado das lesões cervicais. Considerando que as lesões mais graves se localizam na JEC, são de suma importância a sua localização e a retirada da lesão colposcópica mais importante. Já na genitália externa, a biópsia está indicada em qualquer lesão suspeita ou para descartar neoplasia intraepitelial vulvar ou câncer em lesão condilomatosa atípica ou que não respondem ao tratamento ou pioram. Dependendo do local a ser biopsiado, a biópsia pode ser realizada com o aparelho de alta frequência, bisturi a frio, pinças de Gaylor – Medina ou Baliu etc.^(8,9,19)

Os testes de biologia molecular (métodos para detecção do material genético do vírus) são mais sensíveis e, contudo, menos específicos. Esses métodos trouxeram

grandes benefícios para o melhor conhecimento sobre o HPV, inclusive para determinar sua organização genômica, mas quando mal indicados e interpretados de maneira incorreta, podem acarretar sérios problemas para a paciente e seu futuro reprodutivo. Um resultado positivo, na ausência de lesões, pode apenas sugerir uma infecção latente.⁽¹⁹⁾

Em relação à indicação de um teste de captura híbrida, o estudo ALTS (*atypical lesions triage study*), realizado em pacientes com evidência citológica de LIEBG e ASC-US (*atypical squamous cells of undetermined significance*), mostrou utilidade restrita em pacientes com LIEBG, porque o teste foi positivo em 82,9% dessas pacientes, ou seja, a alta prevalência do HPV de alto risco nesse grupo limita a sua indicação, porque esse resultado não define a conduta.⁽²⁰⁾ No entanto, conforme os *Centers for Disease Control* (CDC), testes DNA/HPV podem ser indicados para mulheres acima de 30 anos como rastreamento de câncer do colo do útero. Esses testes não devem ser utilizados em homens, mulheres com menos de 25 anos ou como um teste para investigar infecção sexualmente transmissível.⁽²¹⁾

TRATAMENTOS

O propósito do tratamento é atuar sobre as lesões detectáveis no sentido de estimular o sistema imunológico da paciente e prevenir a transmissão. Como não existe terapia antiviral específica, os tratamentos disponíveis são para as condições causadas pelo HPV, e não contra o vírus propriamente dito. Alguns fatores que influenciam a seleção do tratamento incluem a morfologia, o

Quadro 1. Passos da colposcopia e os achados colposcópicos^(8,9)

Colposcopia	Achados normais	Achados anormais
Aplicação de soro fisiológico a 0,9%	Epitélio escamoso Epitélio colunar Zona de transformação normal	Leucoplasia Pólipo
Avaliação com filtro verde	–	Padrão vascular anormal Vasos atípicos
Avaliação com ácido acético a 3%-5%	Orifícios glandulares Metaplasia escamosa Junção escamocolunar Alteração acetobranca inespecífica	Condiloma acuminado NIC I, II e III Câncer invasivo Padrão vascular anormal Vasos atípicos
Teste de iodo	Marron-mogno	Não corar Variável

Fonte: Apgar SB, Brotzman GL, Spitzer M. *Colposcopy: Principles and Practice. An Integrated Textbook and Atlas.* Philadelphia: Saunders; 2002. p. 560.⁽⁸⁾ Apgar SB, Brotzman GL, Spitzer M. *Colposcopia: Princípios e Prática. Atlas e Texto.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 538.⁽⁹⁾

tamanho, o número e o local anatômico da lesão. Devem-se levar em consideração também a preferência da paciente, o custo, a conveniência, os efeitos adversos do tratamento, bem como a experiência do médico.⁽²²⁾

Os principais objetivos terapêuticos das lesões verrucosas da vulva são a melhoria de sintomas, a erradicação das lesões e a interrupção da cadeia de transmissão. Não existe nenhuma evidência que sugira que qualquer dos tratamentos disponíveis seja melhor que outro e que um único tratamento seja ideal para todas as pacientes ou para todas as verrugas.^(23,24)

Os métodos terapêuticos para as pacientes com condilomatose são:

Tratamento químico:

- **Ácido tricloroacético:** é usado na concentração de 80% a 90%, em pele e mucosa, e deve ser aplicado pelo médico. Realiza-se uma a duas aplicações por semana e se faz o acompanhamento do processo de reparação das lesões. A média é de três a quatro aplicações. Pode ser usado com segurança em gestantes, por não ser absorvido;
- **Podofilotoxina:** é um extrato de planta com atividade antimetabólica que inibe a metáfase da divisão celular. Existe apresentação em creme a 0,15% ou solução diluída a 0,5%, que podem ser aplicados pela própria paciente. Seu uso está restrito a lesões verrucosas da pele (não deve ser usado em mucosa). Aplica-se duas vezes ao dia, por três dias, descansa-se quatro dias e pode ser repetido semanalmente até o desaparecimento das lesões, num total de quatro semanas. Não deve ser usado em gestantes;
- **5-fluorouracila (5-FU):** por ter efeitos colaterais importantes; seu uso atualmente é bastante restrito;
- **Imiquimode:** induz a formação de alfa interferona endógena e outras citocinas. Está indicado no tratamento de lesões condilomatosas de pele, na forma de creme a 5%, três vezes por semana, por até 16 semanas;

Tratamento ablativo:

- **Eletrocirurgia:** atualmente, essa técnica está sendo pouco usada, em vista da maior utilização da cirurgia de alta frequência;
- **Crioterapia:** destruição dérmica induzida por baixas temperaturas. Preconiza-se a aplicação durante 30 a 60 segundos até que uma bola de gelo se forme e englobe toda a lesão e 1 a 2 mm circundantes. O tratamento deve ser repetido semanalmente até que haja remissão completa das lesões;

- **Cirurgia a laser:** não está disponível na maioria dos serviços, devido ao alto custo do aparelho, embora seja uma boa opção terapêutica;

Tratamento excisional:

- **Eletroexcisão:** é realizada com aparelhos de alta frequência, que combina corte e coagulação, por meio de um eletrodo em alça;

Imunoterapia:

- **Interferonas:** sua indicação é restrita pelo alto custo e com resultados semelhantes aos de outros meios de tratamento;
- **Retinoides:** ligam-se aos receptores celulares específicos e podem produzir alterações na proliferação epidérmica e diferenciação da ceratina, conseqüentemente podem prevenir a metaplasia cervical e a carcinogênese. Além disso, têm função imunomoduladora.

Um estudo com 449 mulheres com verruga genital mostrou que, dos tratamentos realizados, 50,1% foram feitos com a aplicação do ácido tricloroacético, que apresentou taxa de cura completa de 40,7%. Outro estudo com 51 pacientes obteve taxa de sucesso de 83,4% com o uso do ácido tricloroacético, e 15,6% das estudadas apresentaram ulceração como reação adversa.⁽²⁵⁾

Ao se comparar imiquimode a 5% e solução de podofilotoxina a 0,5%, houve efeitos benéficos idênticos com efeitos colaterais aceitáveis e semelhantes. Ambas as substâncias constituem tratamento seguro e eficaz também em pacientes imunocomprometidos.⁽²⁶⁾

Concernente ao condiloma genital em gestante, o imiquimode e a podofilotoxina não devem ser usados. Verrugas genitais podem proliferar e se tornar friáveis durante a gravidez. Apesar de poderem ser retiradas, a resolução pode ser incompleta. Raramente os HPV 6 e 11 causam papilomatose respiratória recorrente (PRR) em infantes, apesar da via de transmissão ser transplacentária, perinatal ou pós-natal. Não está claro se a cesárea previne a PRR, porém ela deve ser indicada se as verrugas obstruírem o canal de parto ou estiverem sangrando.⁽²⁷⁾

Pacientes HIV positivas têm maior probabilidade de desenvolver verrugas do que pacientes HIV negativas. Além disso, essas lesões são mais recalcitrantes ao tratamento devido ao comprometimento da imunidade celular. No entanto, as opções terapêuticas são as mesmas, sabendo que se manifestam em maior quantidade e tamanho, que podem não responder ao tratamento e ser mais recidivantes.⁽²³⁾

Uma revisão sistemática com 70 ensaios clínicos randomizados (9.931 pacientes) foi incluída. Todos, exceto quatro ensaios clínicos randomizados, tiveram um alto risco de viés. O laser de CO₂ foi um pouco mais eficaz

que a crioterapia [razão de risco (RR): 2,05; intervalo de confiança (IC) de 95%: 1,61-2,62], com menos recorrências em três meses (RR: 0,28; IC de 95%: 0,09-0,89). A eletrocirurgia foi um pouco mais eficaz do que a crioterapia. Não foram encontradas diferenças na eficácia ou nos efeitos colaterais entre a crioterapia e o imiquimode ou o ácido tricloroacético. O gel de podofilotoxina foi ligeiramente mais eficaz do que o creme de podofilotoxina. O 5-FU foi ligeiramente mais eficaz e causou menos erosão que o laser de CO₂ (RR: 1,37; IC de 95%: 1,11-1,70).⁽²⁸⁾


Importante ressaltar que as taxas de recorrência são muitas vezes superiores a 30%, incluindo novas lesões em novos locais ou locais previamente tratados. E, devido às várias opções de tratamento e os resultados serem praticamente similares, o método de escolha deve ser aquele com o qual o profissional tenha maior experiência e que esteja disponível no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfim, reconhece-se a importância das doenças relacionadas ao HPV como ameaças à saúde pública global. As vacinas profiláticas contra o HPV, que foram introduzidas em todo o mundo desde 2006, apresentam um alto registro de eficácia e segurança na prevenção de infecções e das doenças HPV-induzidas, por conseguinte representam a melhor forma de prevenção primária. Apesar da existência da vacina contra o HPV, é muito importante também orientar as pacientes sobre o uso do preservativo para evitar o contágio com os outros subtipos de HPV que não são cobertos pela vacina, além da ação contra outras doenças de transmissão sexual como HIV, herpes genital, clamídia, sífilis etc.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control (CDC). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Disponível em: www.cdc.gov/std/stats17/othe.htm. Acesso em: 10 set. 2019.
- CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 13 ed. Washington, DC: Public Health Foundation; 2015.
- Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(9):e609-16.
- Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil): Resultados preliminares. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2017. p. 120.
- Harden ME, Munger K. Human papillomavirus molecular biology. *Mutat Res Rev Mutat Res*. 2017;772:3-12. doi: 10.1016/j.mrrrev.2016.07.002. Epub 2016 Jul 5.
- Bosch FX, de Sanjosé S. The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Dis Markers*. 2007;23(4):213-27.
- Helmerhorst TJ, Meijer CJ. Cervical cancer should be considered as a rare complication of oncogenic HPV infection rather than a STD. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12(3):235-6.
- Apgar SB, Brotzman GL, Spitzer M. Colposcopy: Principles and Practice. An Integrated Textbook and Atlas. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 560.
- Apgar SB, Brotzman GL, Spitzer M. Colposcopia: Princípios e Prática. Atlas e Texto. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 538.
- Serrano B, Brotons M, Bosch FX, Bruni L. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;47:14-26. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.08.006.
- Hong S, Laimins LA. Regulation of the life cycle of HPVs by differentiation and the DNA damage response. *Future Microbiol*. 2013;8(12):1547-57. doi: 10.2217/fmb.13.127.
- Gravitt PE, Winer RL. Natural History of HPV Infection across the Lifespan: Role of Viral Latency. *Viruses*. 2017;9(10). pii: E267. doi: 10.3390/v9100267.
- Kurman JR, Solomon D. O Sistema Bethesda. São Paulo: Revinter; 1997. 75p.
- Richart RM. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol*. 1990;75(1):131-3.
- Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2000;132(10):810-9.
- Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*. 2006;119(5):1095-101.
- Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):167-77.
- Castro B, Ribeiro DP, Oliveira J, Pereira MB, Sousa JC, Yaphe J. Rastreo do câncer do colo do útero: limites etários, periodicidade e exame ideal: revisão da evidência recente e comparação com o indicador de desempenho avaliado em Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(4).
- Pereira Primo WQS, Valença JEC. Doenças do Trato Genital Inferior. São Paulo: Elsevier; 2016. p. 263.
- Schiffman M, Adhiana E. ASCUS-LSIL Triage Study. Design, methods, and characteristics of trial participants. *Acta Cytol*. 2000;44(5):726-42.
- Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/genital-warts.htm>. Acesso em: 10 set. 2019.
- Pereira Primo WQS. Vulva. In: Trindade ES, Pereira Primo WQS. Manual de ginecologia oncológica. São Paulo: Medsi; 2004. p. 29-51.
- Pereira Primo WQS, Mello IM, Pereira Primo GR. Papilomavirus Humano (HPV) e Condiloma Genital. In: Pereira Primo WQS, Valença JEC, eds. Coleção Febrasgo – Doenças do Trato Genital Inferior. 1ª ed. São Paulo: Elsevier; 2016. p. 95-9.
- Brás F, Sardinha R, Pacheco A. Modalidades terapêuticas no tratamento dos condilomas acuminados. *Acta Obstet Gynecol*. 2015;9(5):383-92.
- Taner ZM, Taskiran C, Onan AM, Gursoy R, Himmetoglu O. Therapeutic value of trichloroacetic acid in the treatment of isolated genital warts on the external female genitalia. *J Reprod Med*. 2007;52(6):521-5.
- Wolf R, Davidovici B. Treatment of genital warts: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010;28(5):546-8.
- Silverberg MJ, Thorsen P, Lindeberg H, Grant LA, Shah KV. Condyloma in pregnancy is strongly predictive of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis. *Obstet Gynecol*. 2003;101(4):645-52.
- Bertolotti A, Milpied B, Fouéré S, Dupin N, Cabié A, Derancourt C. Local Management of Anogenital Warts in Non-immunocompromised Adults: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019;9(4):761-74. doi: 10.1007/s13555-019-00328-z. Epub 2019 Oct 13.



Papilomavírus humano (HPV): Aspectos da prevenção - Vacinas

Márcia Fuzaro Terra Cardial¹, Cecília Maria Roteli-Martins², Paulo Naud³, Fabíola Zoppas Fridman⁴

Descritores

Vacina; HPV; Papilomavírus humano

RESUMO

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é muito prevalente e ocorre precocemente após o início da vida sexual. Dentre as patologias associadas, destaca-se o câncer do colo de útero, que, apesar dos programas de rastreamento, continua a acometer muitas mulheres relativamente jovens. O conhecimento da estrutura gênica de diferentes tipos de HPVs e a evolução tecnológica propiciaram o desenvolvimento de vacinas com a finalidade de impedir a infecção por tipos oncogênicos desse vírus. Desde 2007, elas já estão sendo aplicadas mundialmente e alguns resultados positivos já foram observados. A proposta deste capítulo é descrever as vacinas contra HPV disponíveis no Brasil, as indicações de sua utilização, incluindo aquelas contempladas no Programa Nacional de Imunização (PNI) brasileiro, e os efeitos relacionados.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada a infecção sexualmente transmissível de maior incidência no mundo. Estima-se que há cerca de 600 milhões de pessoas infectadas pelo HPV no mundo e que 80% da população sexualmente ativa já tenha entrado em contato com o vírus em algum momento de sua vida. O primeiro pico de incidência ocorre por volta da segunda década de vida, e o segundo pico está entre a quinta e sexta década de vida. Enquanto o primeiro pico está relacionado ao início da atividade sexual, o segundo pode ser explicado por nova exposição ou perda de imunidade prévia, contudo o fenômeno de imunossenescência também é uma explicação plausível. A imunidade da mulher climatérica é fragilizada por vários fatores relacionados à idade, entre eles a deficiência hormonal sistêmica e local.^(1,2)

A relevância do HPV foi consolidada quando se descobriu sua associação com o câncer do colo de útero, sendo considerado atualmente como o causador de virtualmente 100% dos casos. Encontrou-se a presença do DNA desse vírus em 99,7% dos casos de câncer de colo uterino, a maior relação de causa e efeito entre um agente e câncer em humanos.⁽¹⁾ O HPV é um vírus DNA, circular, com genes que expressam proteínas precoces (*early* – E1 a E7) e tardias (*late* – L1 e L2). Esse vírus afeta pele e mucosas, causando verrugas genitais, lesões precursoras e câncer, predominando os de colo de útero e do trato anogenital.⁽¹⁾ Há mais de 200 tipos do vírus e os mais frequentes em câncer são os tipos HPV 16 e 18. Os tipos HPV 6 e 11 estão associados a 90% dos condilomas acuminados e papilomatose recorrente juvenil. Já os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos cânceres de colo de útero e são os mais frequentes também em cânceres relacionados ao HPV de outros sítios, como em vagina, vulva, ânus, orofaringe e pênis.⁽¹⁾ Há descrição de estimativa crescente da incidência e com elevada carga de câncer de colo do útero no mundo, com cerca de 529 mil novos casos e 275 mil mortes anuais, estimadas para os últimos anos.⁽¹⁾ No

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

2. Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, São Paulo, SP, Brasil.

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

4. Hospital Fêmina, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar:

Cardial MF, Roteli-Martins CM, Naud P, Fridman FZ. Papilomavírus humano (HPV). In: Programa vacinal para mulheres. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2017. Cap. 4, p. 26-39. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 13/ Comissão Nacional Especializada de Vacinas).

Brasil, a estimativa do Inca (Instituto Nacional de Câncer) para o ano de 2016 foi de 16.340 novos casos.⁽³⁾ Os tipos histológicos mais frequentes são o carcinoma espinocelular (80% dos casos) e os adenocarcinomas/carcinomas adenoescamosos (cerca de 20%).

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO

A transmissão viral se faz por meio do contato sexual pele a pele ou pele-mucosa. No primeiro contato sexual, uma em cada 10 mulheres é contaminada e, após três anos com o mesmo parceiro, 46% delas já terão adquirido o vírus.⁽⁴⁾

O HPV penetra no epitélio por meio de microfissuras ou no colo uterino pelas células metaplásicas e atinge as células das camadas profundas, infectando-as. Esse vírus tende a escapar da resposta imune do hospedeiro e pode permanecer latente por tempo indeterminado, ou ascender às camadas superficiais do epitélio, utilizando a maturação e a diferenciação das sucessivas camadas epiteliais. Pode se propagar para as células vizinhas. Ele apresenta duas formas de atuação na célula, assumindo a forma epissomal, que corresponde ao mecanismo utilizado para produzir cópias virais, ou a forma integrada ao DNA do hospedeiro, e neste caso, na presença de outros cofatores, pode ser iniciado o processo de oncogênese.

Com a ação viral, surgem as lesões intraepiteliais escamosas (SIL), e estas, quando na forma de lesão de alto grau (HSIL) ou neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC 2 e 3), são consideradas as lesões precursoras “verdadeiras” do câncer do colo de útero.⁽⁴⁾

As lesões HPV-induzidas têm altas taxas de remissão espontânea em até dois anos, especialmente naquelas de baixo grau (LSIL) e em mulheres jovens. A infecção natural não cursa com viremia e, conseqüentemente, não estimula a produção de anticorpos suficientes para a proteção de nova infecção. Em estudo realizado na Costa Rica que avaliou 10.049 mulheres, observou-se que a incidência de infecção pelo HPV em mulheres já soropositivas para o HPV (com anticorpos) após infecção natural é similar à das mulheres soronegativas, indicando a ineficiência da imunidade adquirida naturalmente na proteção de reinfeção ou recidiva da doença.⁽²⁾

IMUNOGENICIDADE DA INFECÇÃO PELO HPV

- Trata-se de um vírus epiteliotrópico, cuja infecção se restringe ao epitélio, sobretudo da região genital.
- Apresenta característica de produzir processo inflamatório discreto e, portanto, suscita do organismo pouco estímulo imunológico.



- Apresenta ação inibindo o sistema imune.
- A ação mantida pelos vírus, persistente por longo período (anos), pode levar às lesões precursoras e ao câncer anogenital.
- O sistema imune eficiente pode impedir a evolução ou curar as lesões precursoras (imunidade celular).
- A imunidade humoral, após a infecção natural, pode não prevenir novas infecções, porque os níveis de anticorpos produzidos são, geralmente, baixos e podem se negativar.

Realizou-se uma revisão bibliográfica em bases de dados de periódicos PubMed, em publicações no período de 2000 a 2017, utilizando-se as palavras-chave e combinações: “vacina” e “HPV” ou “papilomavírus humano”, “vaccine” and “HPV” ou “human papilloma-virus”. A pesquisa foi restrita à língua inglesa e em humanos. As listas de referências bibliográficas mais recentes foram revistas em busca de artigos adicionais. Após essa fase, as publicações escolhidas foram obtidas na íntegra para reavaliação da metodologia e dos resultados. Na lista final, foram incluídos os estudos que investigavam as vacinas contra HPV licenciadas no Brasil, com metodologia adequada, consoante o critério de relevância e nível de recomendação.

VALOR CLÍNICO DA VACINAÇÃO

As vacinas contra HPV licenciadas são profiláticas e feitas por engenharia genética a partir de partículas semelhantes ao capsídeo viral (VLP – *virus like par-*

ticles), construídas por proteínas codificadas pela região tardia L1 do HPV. Essas partículas são desprovidas de material genético e, portanto, não causam doença.⁽⁴⁾ O efeito da vacinação baseia-se na produção de anticorpos contra o capsídeo viral após inoculação de VLP. A presença desses anticorpos específicos e neutralizantes no líquido intercelular tem a capacidade de inativar o HPV quando em contato com ele. Assim, há o bloqueio da infecção celular epitelial pelo HPV. Por outro lado, uma vez que o HPV adentra a célula (infecção), o mecanismo de proteção da vacina por meio de anticorpos não ocorre. Por isso, a eficácia máxima da vacinação ocorre quando ela é aplicada antes do risco de infecção, ou seja, antes do início da vida sexual.

Por outro lado, os estudos mostraram também proteção nas mulheres que já iniciaram vida sexual e naquelas tratadas por lesões pelo HPV, uma vez que a infecção natural não leva à produção de anticorpos suficientes ou duradouros, e a proteção adicional vacinal acaba sendo um ganho importante.⁽²⁾

Existem duas vacinas com diferentes características aprovadas pelos órgãos regulatórios no Brasil (Quadro 1), a saber:⁽⁵⁾

- Vacina quadrivalente recombinante contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18 (Gardasil®, MSD); e
- Vacina contra HPV oncogênico tipos 16 e 18 (Cervarix®, GSK).

A partir de 2007, começou o primeiro programa populacional de administração da vacina contra HPV, no caso a vacina quadrivalente na Austrália. Estudos subse-

Quadro 1. Comparativos entre as vacinas contra HPV disponíveis no Brasil em 2019^(6,7)

Laboratório	MSD		GSK
Nome	Gardasil®		Cervarix®
Composição (VLP)	6 e 18 (20 µg) 11 e 16 (40 µg)		16 e 18 (20 µg)
Adjuvante	225 µg sulfato hidroxifosfato de alumínio		500 µg alumínio + 50 µg MPL ('AS04')
Esquema vacinal	0-2-6 meses por via intramuscular (IM)		0-1-6 meses por via IM
	0-6 a 12 m (9-14 anos)*		0-5 a 13 m (9-14 anos)*
Aprovação por idade e gênero	Homens: 9 a 26 anos	Mulheres: 9 a 45 anos	Mulheres a partir de 9 anos
Foco principal da prevenção	Verrugas genitais, NIV, NIVA, NIC2/3, câncer cervical e anal		Lesões pré-cancerosas NIC 2/3 pelo HPV 16 e/ou 18, e infecções incidentes e persistentes causadas pelo HPV 31 e/ou 45 e câncer cervical

*Imunossuprimidos devem realizar 3 doses, mesmo abaixo de 14 anos de idade.

quentes nessa população vacinada demonstraram que houve drástica redução de verrugas genitais em até 93%, nas mulheres com idade até 21 anos, e de 72,6%, naquelas entre 21 e 29 anos; após essa idade, praticamente não se alterou a incidência.⁽⁸⁾ Em recente revisão sistemática sobre o impacto da vacina contra HPV em mundo real,⁽⁹⁾ nos últimos 10 anos com estudos publicados de janeiro de 2007 a fevereiro de 2016, observaram-se reduções máximas de aproximadamente 90% para infecção por HPV 6/11/16/18, 90% para verrugas genitais, 45% para anormalidades citológicas cervicais de baixo grau e 85% para anormalidades cervicais de alto grau, histologicamente comprovadas. Porém, a redução dessas doenças está diretamente relacionada com altas taxas de cobertura, especialmente onde ela é rotineiramente administrada antes da exposição ao HPV. Não há registro de eventos adversos graves relacionados, ou seja, as vacinas contra HPV existentes estão confirmando na prática os achados nos estudos de ótimo perfil de segurança.

O conhecimento disponível aponta para a adoção universal da vacina contra HPV em programas de imunização dirigidos a meninas e meninos antes do início da vida sexual. Havendo ampla cobertura, espera-se diminuir substancialmente a morbidade e a mortalidade por doenças atribuíveis ao HPV em todo o mundo, proporcionando um grande avanço na saúde pública global.⁽¹⁰⁾

O *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) aprovou em 2014 a vacina 9-valente HPV (Gardasil-9V, da MSD), que inclui cinco tipos adicionais de HPV (31, 33, 45, 52 e 58) à vacina quadrivalente, aumentando o potencial de prevenção de câncer de 70% para 90%.⁽¹¹⁾ No Brasil essa vacina já foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2017, mas aguarda licenciamento para utilização, ainda sem previsão, talvez devido ao direcionamentos da produção para outros países.

IMUNOGENICIDADE E EFICÁCIA DA VACINA

As vacinas contra HPV são altamente imunogênicas e capazes de proteger o indivíduo contra neoplasia intraepitelial cervical grau 2 ou pior (NIC2+) relacionados aos tipos vacinais em 100% dos casos. Elas diminuem a incidência, a prevalência e a persistência viral.

A vacina quadrivalente tem-se mostrado eficaz na prevenção de neoplasias intraepiteliais de colo de útero, vagina, vulva e ânus para os tipos virais contidos na vacina,^(8,9) também prevenindo as infecções causadas pelos tipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas na região genital e lesões em colo uterino de baixo risco. Ela ainda se mostrou eficiente contra metade das infecções pelo HPV 31.⁽³⁾

Estudos com a vacina bivalente demonstram que os títulos de anticorpos após a vacinação são maiores que

a infecção natural em até 11 vezes⁽⁹⁾ e persistiram elevados por mais de 10 anos em estudos clínicos.⁽¹²⁾

A proteção cruzada é um fato real, entretanto deve ser vista como um benefício adicional, que talvez possa ocorrer em alguns indivíduos.⁽¹³⁾ A proteção esperada para NIC2+ considerando-se somente os tipos vacinais (16 e 18) seria de 51%, que é a taxa de HSIL relacionada a esses tipos virais. Entretanto, a imunização com a vacina bivalente mostrou-se efetiva em 93%. Esse fato pode ser atribuído à proteção ampliada, que é conhecida em várias outras vacinas. É desconhecido, porém, o tempo que essa proteção pode durar.⁽¹³⁾

Mulheres sexualmente ativas e mulheres que já tiveram infecção pelo HPV não têm contraindicação em receber a vacina. O tratamento das lesões HPV-induzidas associado à vacinação pode reduzir a recorrência da doença. Em um estudo realizado com mulheres de 15 a 26 anos com histórico de infecção prévia ou atual pelo HPV e submetidas a tratamento (LEEP), aquelas que foram vacinadas contra HPV apresentaram redução de 64,9% (vacina 4V) a 86,3% (vacina 2V) de novas lesão HPV-induzidas em comparação àquelas vacinadas com controle ou placebo.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

As indicações das vacinas contra HPV no Brasil, segundo a Anvisa, estão descritas no quadro 1.^(18,19) As mulheres devem ser vacinadas dentro das faixas etárias autorizadas pela Anvisa, conforme a bula dos produtos.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- O melhor momento para a vacinação é antes do início da atividade sexual, para se obter eficácia máxima.
- Não há indicação para a realização de exames antes da vacinação, nem mesmo para avaliar a presença do HPV.
- A vacinação deve ser indicada mesmo para mulheres e homens que já iniciaram a atividade sexual.
- Mulheres e homens com infecção atual ou prévia pelo HPV não apresentam contraindicação ao uso da vacina. Na presença de infecção ativa, seu uso não interfere negativamente no curso da doença e pode ter papel no futuro contra outras infecções, reinfeção e diminuindo a recorrência da lesão precursora de colo, vagina e vulva.
- Não há contraindicação para vacinar mulheres até 45 anos ou mais (a depender da vacina utilizada), pois as vacinas são imunogênicas e seguras para várias faixas etárias, devendo ser individualizadas para cada paciente. Logicamente, a utilidade dessas vacinas com o passar da idade dependerá do risco de

exposição da pessoa a novas infecções.^(20,21)

EFEITOS ADVERSOS DA VACINA

As vacinas têm bom perfil de segurança, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e após mais de 200 milhões de doses distribuídas mundialmente até o início de 2016, não foi documentado efeito adverso grave como causa-efeito da vacinação.⁽²²⁾ As vacinas contra o HPV apresentam mínimo efeito adverso (10% a 20%), que, em geral, são dor, edema e eritema no local da injeção.^(23,24)

DURAÇÃO DA PROTEÇÃO

É provável que as vacinas forneçam proteção a longo prazo (até 20 anos), mas ainda não sabemos por quanto tempo as mulheres estarão de fato protegidas após a realização do esquema vacinal completo. Até o momento não é necessária dose de reforço, mas o tempo indicará a necessidade ou não no futuro. Estudos com mais de 10 anos com a vacina bivalente demonstraram a manutenção da imunogenicidade e níveis de anticorpos com ausência de falhas vacinais registradas.⁽¹²⁾

CONTRAINDICAÇÕES

- Pessoas com alergia aos componentes da vacina ou que desenvolveram sintomas indicativos de hipersensibilidade sistêmica grave após receber uma dose da vacina contra HPV não devem receber doses adicionais.
- Gestação, até que estudos possam definir o contrário. No caso, se a mulher engravidar durante o esquema de vacinação, ele deverá ser interrompido e continuado no pós-

parto. Quando a mulher estiver grávida e for inadvertidamente vacinada, o médico deve informar ao respectivo laboratório farmacêutico da vacina administrada, por meio de telefones gratuitos no Brasil (GSK: 0800-701-2233 ou por meio do departamento de farmacovigilância da empresa pelo e-mail: farmacovigilancia@gsk.com; MSD: 0800-012-2232). Entretanto, gestantes que foram inadvertidamente vacinadas durante os estudos não apresentaram alterações na gestação ou no feto/recém-nascido.^(25,26)

Todo efeito colateral não esperado para a vacina, assim como seu uso inadvertido na gravidez, deve ser notificado pelo profissional de saúde por via eletrônica no Notivisa (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/cadastro.htm>), que é o sistema de notificações para a vigilância sanitária da Anvisa, ou diretamente no serviço de atendimento ao consumidor da empresa produtora da vacina.^(6,7)

Implementação da vacina no PNI

A vacina contra HPV quadrivalente, contra HPV 6, 11, 16 e 18 foi a selecionada para o Programa Nacional de Imunização (PNI) e a indicação atual é (Quadro 2):^(18,19)

- Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos de idade: duas doses com intervalo 0 e 6 a 12 meses;
- Mulheres e homens com HIV ou imunossupressão por transplante ou tratamento oncológico, 9 a 26 anos: três doses com intervalo de 0, 2 e 6 meses.

O racional para essa escolha foi baseado no alto impacto e incidência desses tipos virais sobre a população,

Quadro 2. Programa oficial de vacinação contra HPV do Programa Nacional de Imunização (PNI) de acordo com o gênero, para o período de 2017-2020 (PNI – Junho/2019)^(18,19)

Ano	População-alvo			
	Meninos e homens		Meninas e mulheres	
	Idade (anos)	Nº doses	Idade (anos)	Nº doses
2017-2018	11 e 14	2 (0-6 meses)	9 e 14	2 (0-6 meses)
2019	10 e 11	2 (0-6 meses)	9 e 14	2 (0-6 meses)
2020	9 e 10	2 (0-6 meses)	9 e 14	2 (0-6 meses)
2017-2020	HIV+ e imunossuprimido* 9 a 26 anos	3 (0-2-6 meses)	HIV+ e imunossuprimido* 9 a 26 anos	3 (0-2-6 meses)

*Imunossupressão por transplante e tratamento oncológico.

bem como na produção de maior título de anticorpos comparado ao indivíduo adulto, o que permite que a vacina seja aplicada em apenas duas doses abaixo de 14 anos de idade. Nessa faixa etária, a cobertura tende a ser maior, pois pode ser praticada nas escolas e pais ou responsáveis legais têm maior influência sobre a saúde dos filhos.

A vacinação contra o HPV foi iniciada no PNI em março de 2014, com a meta de atingir 5,2 milhões de doses em meninas entre 11 e 13 anos de idade, em esquema de duas doses aos 0-6 meses e uma terceira dose prevista após 60 meses. Em 2015, a faixa etária foi ampliada para meninas de 9 a 10 anos, já com a definição de o esquema ser de apenas duas doses após resultados positivos de estudos de eficácia de duas doses em adolescentes imunocompetentes, ou seja, a terceira dose aos 60 meses foi suprimida do esquema. Em 2016, foi acrescida a vacinação para mulheres até 26 anos convivendo com HIV/AIDS e, em 2017, houve os ajustes necessários para atingir certa equidade, com liberação para utilização em homens e mulheres de forma semelhante, e para os portadores de outros tipos de imunossupressão. As atualizações de 2017 e o calendário oficial estão no quadro 2.

O Brasil é o primeiro país da América do Sul e o sétimo do mundo a oferecer a vacina contra o HPV para meninos em PNIs.⁽¹⁹⁾

DISCUSSÃO

Os ginecologistas e obstetras precisam se conscientizar do importante papel no controle futuro de doenças de suas pacientes e da população em geral. Assim, é necessário avaliar e atualizar o calendário vacinal da adolescente ou mulher adulta, em relação a todas as vacinas para a faixa etária. A Febrasgo orienta prescrever as vacinas disponíveis no mercado que têm uma alta efetividade na prevenção de lesões precursoras de câncer e não postergar essa prescrição aguardando vacinas contendo mais tipos virais.⁽¹¹⁾

Importante ressaltar que a administração da vacina contra HPV não substitui ações de promoção da saúde. Portanto, pacientes vacinados devem receber orientação quanto ao uso de preservativos para a prevenção de infecção por outros tipos de HPV não incluídos nas vacinas e de outras infecções sexualmente transmissíveis. O rastreamento do câncer de colo de útero deve ser mantido. A vacina contra HPV e o rastreamento são métodos que se complementam para dar mais proteção à mulher em relação ao desenvolvimento de neoplasias genitais por prevenção primária, evitando a infecção pelo vírus, e por prevenção secundária (detecção precoce de lesões precursoras).⁽⁴⁾

Em vacinação, cabe recordar que o intervalo mínimo

entre doses é importante para uma melhor resposta imune à vacina. Ao contrário, caso o intervalo entre as doses não seja cumprido (doses perdidas), a vacinação deve ser mantida com as doses faltantes, não havendo necessidade de repetir a dose já tomada. As vacinas contra HPV são exclusivamente profiláticas e não apresentam indicação para tratamento de lesões ou infecção pelo HPV já existentes, porém não há contraindicação de associação de vacinação com tratamento, pois estudos têm demonstrado diminuição da recorrência da doença.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

As mulheres vacinadas não correm risco de adquirir a infecção pelo HPV com a vacinação, já que as vacinas são destituídas de DNA viral. Com relação ao programa de vacinação contra HPV do PNI, devido à parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação no primeiro ano do programa (2014), houve uma cobertura vacinal da primeira dose ultrapassando a meta estabelecida, devido à vacinação ter sido realizada nas escolas. Entretanto, a partir da segunda dose até 2017, a vacinação passou a ser praticada apenas nas Unidades Básicas de Saúde, resultando em coberturas vacinais muito baixas.

Várias campanhas de divulgação foram e estão sendo realizadas e, mesmo com as ampliações de usuários, incluindo os meninos como chamativos, a resposta não está sendo boa. Fica claro que, sem a participação das escolas, será pouco provável que o efeito populacional dessa vacina seja alcançado. A maioria dos países que atingiram os 80% de cobertura desejada utilizaram a vacinação em base escolar.

Assim, aguarda-se que o Governo Federal de alguma forma intervenha na promoção dos ajustes necessários para a vacinação em base escolar, o que, com duas doses podendo ser realizadas a cada 12 meses, poderia ser programado uma vez por ano e ser realizado em todas as escolas ou de forma escalonada durante o ano, organizando e otimizando tanto a força operacional disponível quanto a regulação adequada dos estoques das vacinas, evitando perdas com vencimentos e não utilização e, o principal, atingindo coberturas que realmente terão impacto na diminuição da morbimortalidade relacionada aos tratamentos de lesões precursoras e câncer.

CONCLUSÃO

A vacinação contra o HPV é segura e altamente eficaz na prevenção contra o câncer de colo de útero e doenças associadas aos tipos de HPV contidos na vacina. A cobertura vacinal entre homens e mulheres diminuirá a prevalência do vírus na população no futuro, mas, apesar disso, a orientação atual é de manter o rastreio periódico de câncer de colo de útero e a prevenção de outras infecções sexualmente transmissíveis. É necessária cobertura vacinal ampla para que os efeitos populacionais sejam realidade no futuro.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). ICO. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human papillomavirus and related cancers in world. Summary Report 2016. Geneva: WHO; 2016. [cited 2017 July 3]. Available from: http://betterhealthcareforafrica.org/blog/wp-content/uploads/2017/01/WHO-ICO_Report_HP_V_ZW2016.pdf
- Sasagawa T, Takagi H, Makinoda S. Immune responses against human papillomavirus (HPV) infection and evasion of host defense in cervical cancer. *J Infect Chemother*. 2012;18(6):807-15.
- Instituto Nacional do Câncer (Inca). Estimativa câncer de colo para 2016. Rio de Janeiro: Inca; 2016. [citado 2017 Jul. 9]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acesso em: 15 jun. 2017.
- Neves NA. Vacinação de mulher: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo; 2010. Vacina papilomavírus humano. p. 212-4.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Consultoria Pública nº 102, de 22 de outubro de 2007. [Publicada no DOU de 23/10/2007] [Internet]. Brasília (DF): Anvisa; 2007. [citado 2017 Jul. 5]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP\[20172-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP[20172-1-0].PDF)
- Cervarix® Vacina HPV 16/18: modelo de texto de bula [bula de remédio]. Responsável técnico: Edinilson da Silva Oliveira. Rio de Janeiro: GlaxoSmithKline Brasil; s.d. [citado 2017 Jul. 4]. Disponível em: http://br.gsk.com/media/536179/rec_1502260559220429145_bl_cervarix_inj_gds023_10467.pdf
- Gardasil® vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) [bula de remédio]. Responsável técnico: Fernando C. Lemos. Campinas: Merck Sharp & Dohme Farmacêutica; s.d.
- Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR, DiNubile MJ, et al. Impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: a systematic review of 10 years of real-world experience. *Clin Infect Dis*. 2016;63(4):519-27.
- Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines: a review of the first decade. *Gynecol Oncol*. 2017;146(1):196-204.
- International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). Global guidance for cervical cancer prevention and control. October 2009 [Internet]. Geneva: FIGO; 2009. [cited 2017 July 4]. Available from: http://www.rho.org/files/FIGO_cervical_cancer_guidelines_2009.pdf
- Food and Drug Administration (FDA). Gardasil® 9 (Human Papillomavirus 9-valent Vaccine, Recombinant) Suspension for intramuscular injection. Initial U.S. Approval: 2014. Maryland: FDA; 2014. [cited 2016 Jun 15]. Available from: <https://www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproducts/ucm426457.pdf>
- Naud PS, Roteli-Martins CM, De Carvalho NS, Teixeira JC, de Borba PC, Sanchez N, et al. Sustained efficacy, immunogenicity, and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: final analysis of a long-term follow-up study up to 9.4 years post-vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 2014;10(8):2147-62.
- Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, Szarewski A, Paavonen J, Naud P, et al. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol*. 2012;13(1):100-10.
- Joura EA, Garland SM, Paavonen J, Ferris DG, Perez G, Ault KA, et al. Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *BMJ*. 2012;344:e1401.
- Szarewski A, Poppe WA, Skinner SR, Wheeler CM, Paavonen J, Naud P, et al. Efficacy of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women aged 15-25 years with and without serological evidence of previous exposure to HPV-16/18. *Int J Cancer*. 2012;131(1):106-16.
- Joura EA, Garland SM, Paavonen J, Ferris DG, Perez G, Ault KA, et al. Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *BMJ*. 2012;344:e1401. doi: 10.1136/bmj.e1401.
- Garland SM, Paavonen J, Jaisamrarn U, Naud P, Salmerón J, Chow SN, et al. Prior human papillomavirus-16/18 AS04-adjuvanted vaccination prevents recurrent high grade cervical intraepithelial neoplasia after definitive surgical therapy: Post-hoc analysis from a randomized controlled trial. *Int J Cancer*. 2016;139(12):2812-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa 149 de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no calendário nacional de vacinação de 2016 [Internet]. Brasília (DF): Programa Nacional de Imunizações; 2015. [citado 2017 Jun. 10]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2015/58563/nota_informativa_149_pdf_23535.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa 384. Mudanças no calendário nacional de vacinação de 2017 [Internet]. Brasília (DF): Programa Nacional de Imunizações; 2017 [citado 2017 Jan. 10]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/28/Nota-Informativa-384-Calendario-Nacional-de-Vacinacao-2017.pdf>
- Muñoz N, Manalastas R Jr, Pitisuttithum P, Tresukosol D, Monsonego J, Ault K, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24-45 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2009;373(9679):1949-57.
- Wheeler CM, Skinner SR, Del Rosario-Raymundo MR, Garland SM, Chatterjee A, Lazcano-Ponce E, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 7-year follow-up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(10):1154-68.
- Guia prático de vacinação da mulher. São Paulo: Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM); Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRAGO); 2014. [citado 2016 Fev. 19]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/video/vacinacao_da_mulher/Resumo_Vacinas.pdf
- World Health Organization (WHO). Safety of HPV vaccines [Internet] Geneva: WHO; 2015. [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/Dec_2015/en/
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Differences by sex in tobacco use and awareness of tobacco marketing – Bangladesh, Thailand, and Uruguay, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(20):613-8.
- Future II Study Group. Prophylactic efficacy of a quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine in women with virological evidence of HPV infection. *J Infect Dis*. 2007;196(10):1438-46.
- Garland SM, Ault KA, Gall SA, Paavonen J, Sings HL, Ciprero KL, et al. Pregnancy and infant outcomes in the clinical trials of a human papillomavirus type 6/11/16/18 vaccine: a combined analysis of five randomized controlled trials. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1179-88.



Vacinas contra HPV: separando os mitos da realidade

Julio César Teixeira¹, Cecília Maria Roteli Martins²

INTRODUÇÃO

É de amplo conhecimento que a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é transmitida por via sexual e pode acarretar desde lesões benignas como as verrugas genitais, até câncer nas regiões anogenitais e orofaríngeais.

Nos Estados Unidos, a cada ano, 33.700 indivíduos, entre homens e mulheres, são diagnosticados com cânceres causados por infecção por HPV. A vacinação poderia prevenir aproximadamente 90% deles, ou seja, 31.200 casos seriam evitados por ano.⁽¹⁾

No Brasil, números provenientes dos Registros de Câncer e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS) estimaram para 2018 o aparecimento de 16.370 novos casos de câncer de colo de útero, com 5.000 mortes. Essa taxa tem se mantido estável nas últimas décadas, apesar dos esforços de rastreamento e prevenção.⁽²⁾

Entre os cânceres associados com a infecção por HPV, como em pênis, vagina, vulva, ânus e orofaringe, o único com recomendações de rastreamento é o câncer de colo de útero, o qual é realizado pelos ginecologistas. Assim, exceto para o colo uterino, os cânceres de outros sítios são detectados, geralmente, após surgirem sintomas.⁽³⁾

A associação entre o rastreamento periódico e a vacinação contra HPV é a principal estratégia para eliminar o câncer de colo de útero. A vacina contra HPV tem recomendação para todos os pré-adolescentes e adolescentes desde 2011, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, essa vacina é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2014, para as meninas entre 9 e 14 anos e, a partir de 2017, também para os meninos. A partir de 2020, as idades para vacinação de meninas e meninos estarão equiparadas, a partir de 9 anos.

Para garantir a proteção vacinal, são necessárias duas doses da vacina, que devem ser aplicadas em um intervalo de 6 e 12 meses. Indivíduos que vivem com HIV entre 9 e 26 anos também recebem a vacina pelo SUS – neste caso específico, em três doses, em esquema de aplicação 0-2-6 meses.⁽⁴⁾

Entre a população brasileira de meninas de 9 e 10 anos de idade, a primeira dose de vacina contra HPV foi administrada em 50% a 61% e a segunda dose, em apenas 22% a 38%, abaixo da meta de 80% de cobertura do Programa Nacional de Imunizações (PNI).⁽⁵⁾

Coberturas acima de 80% com a vacina contra HPV podem prevenir também as lesões precursoras, diminuindo a necessidade de testes de rastreamento e de tratamentos invasivos, seguimentos desgastantes e prejuízo no futuro obstétrico.^(6,7)

Se as vacinas contra HPV estão disponíveis pelo SUS, por que as coberturas vacinais ideais não têm sido alcançadas?

Desde 2007, quando se começou a utilizar a vacinação na Austrália, e até hoje, vários eventos ou situações que dificultam temporariamente a ampliação da utilização dessas vacinas têm se repetido pelo mundo. Dentre essas situações, destacam-se alguns conceitos infundados sobre a vacinação poder estimular a atividade sexual precoce ou reduzir o uso de outras medidas protetivas para o sexo seguro. A vacina contra hepatite B, embora tenha

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

2. Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses:
Nada a declarar.

Autor correspondente

Julio César Teixeira
Av. Bandeirantes, 3900,
Monte Alegre, 14049-900,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
julioocrs@usp.br



também o fator de transmissão sexual, não apresenta rejeição ou problemas, tendo aceitação universal.⁽⁸⁾

Outra situação que interfere nas taxas de cobertura vacinal em nosso país está relacionada à preocupação com a segurança das vacinas disponíveis. Os eventos adversos mais comuns das vacinas contra HPV são transitórios e similares aos sintomas relacionados com outras vacinas, como dor e rubor leve no local da injeção, cefaleia, tonturas e síncope. A síncope é uma situação característica da vacinação na faixa etária da pré-adolescência e adolescência, alvos dessas vacinas.^(9,10)

O Ministério da Saúde (MS) esclarece que a vacina contra HPV é segura e eficaz e, assim como todas as vacinas ofertadas pelo PNI, passa por um rígido processo de validação e registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). No entanto, como qualquer medicamento, pode causar eventos adversos pós-vacinação, embora sejam raros.

A vacina contra HPV está sendo utilizada em mais de 80 países no mundo e não há, até o momento, qualquer evidência reportada que relacione o uso dessa vacina com quadros graves ou neurológicos. Inclusive, a Comissão de Segurança de Vacinas da OMS, em 2017, lançou um documento reafirmando a segurança dessas vacinas após 270 milhões de doses aplicadas.^(5,11)

Apesar das evidências científicas e da vigilância epidemiológica sobre essas vacinas confirmarem a segurança delas, situações inesperadas e que geram certa

apreensão na população têm ocorrido em todo o mundo. No Brasil, uma situação nessa linha aconteceu na campanha de vacinação baseada em escola em 2016, com relato de “paralisia” após a segunda dose da vacina, apresentada por 11 meninas da cidade de Bertioga (SP). O fato foi amplamente noticiado pela imprensa, gerando um destaque negativo a respeito da vacinação. No entanto, as ações imediatas das autoridades em vigilância e vacinação do estado de São Paulo e o posterior acompanhamento dos casos confirmaram tratar-se de uma reação transitória, possivelmente relacionada com a ansiedade das adolescentes. Não houve qualquer sequelas e foi descartada a relação causal com a vacina contra HPV utilizada. Fatos esclarecedores, mas que tiveram um menor destaque na mídia.

Esse desequilíbrio priorizando notícias ruins e negativas, aliado à reverberação de mensagens do passado por meio das mídias sociais como se fossem “atuais”, tem ajudado a manter um efeito negativo contínuo na população, com interesse de grupos antivacinas, com efeito sobre as coberturas vacinais.

Mais recentemente, em 2018, a imprensa noticiou eventos possivelmente relacionados com a vacinação em um grupo de meninas em Rio Branco (AC). O PNI se apresentou enviando uma equipe ao Acre e, após a avaliação de cada caso juntamente com uma equipe local, foi observado que a maioria dos casos não apresentava nexos causal ou temporal, tais como irregularidade

menstrual, cisto ovariano, apendicite, leptospirose, citomegalovirose, e foram descartados de início. Dentre os casos que restaram, destacavam-se as “crises convulsivas”, reacionais, algumas já com diagnósticos prévios à vacinação. Dois casos com crises convulsivas continuariam a ser acompanhados pela equipe local e neuropediatria, um com malformação vascular cerebral já conhecida e outro em investigação.

Devido às notícias reverberantes da mídia local, “novos” casos foram surgindo no Acre e pareceu ter havido certa dificuldade e objetividade nas ações locais para o esclarecimento diagnóstico. Assim, parte da população continua insegura em vacinar, enquanto outras pessoas envolvidas parecem estar tendo um ganho secundário na persistência dessa situação. A mídia local, com certo sensacionalismo, fomenta a situação, e o resultado é uma preocupante e substancial queda nos índices de vacinação no Acre, chegando até a não indicação de vacinação por parte dos médicos do estado, o que é inadmissível.

Concluindo a situação no Acre: as informações coletadas até o momento não confirmam a associação de causa com a vacinação contra HPV realizada, e a vacinação deve continuar.

COMO AGIR NA RECUSA DE VACINAR

Muitos pais e responsáveis pelos adolescentes têm se recusado a administrar a vacina contra HPV, e essa recusa tem sido um fenômeno observado também com outras vacinas. Para os médicos que se deparam com essa situação, é recomendável providenciar informações sobre a segurança das vacinas e apresentar razões para não se postergar a vacinação. Se os pais ou responsáveis decidem pela não aplicação da vacina, deve-se anotar no prontuário que a vacina foi prescrita e recusada. Os médicos devem continuar a discutir sobre os benefícios da imunização nas consultas subsequentes, porque alguns pais podem reconsiderar a decisão de não vacinar ou simplesmente adiar a vacinação. As razões para a recusa em não vacinar devem ser combatidas por todos os profissionais.

IMPORTÂNCIA EM VACINAR AGORA

A escolha de alguns pais ou responsáveis por não vacinar aumenta o risco para todos, uma vez que apenas um adolescente, ao iniciar sua atividade sexual sem a proteção vacinal e adquirir a infecção, poderá transmitir para todos os parceiros, inclusive para os que se vacinaram, mas que não conseguiram níveis suficientes de anticorpos para a proteção. A vacinação com coberturas próximas de 100% aumenta a segurança para todos e a esperança de podermos erradicar os cânceres relacionados com infecção por HPV em algumas décadas.

Por fim, são conhecidas e disponíveis todas as ferramentas para controlar os cânceres relacionados à infecção por HPV e não há nenhum problema na segurança com as vacinas contra HPV até o momento.

É necessário que o Brasil evolua no modo de utilizar essas ferramentas, já disponíveis e sem necessidade de investimentos adicionais, apenas organização e direcionamento claro. Uma sugestão simples e lógica: começar pelo câncer de colo de útero, com vacinação rotineira contra HPV, utilizando uma estratégia vencedora – a vacinação em base escolar –, e alcançar um sistema de registro populacional que permita avançarmos na organização do programa nacional de rastreamento.

REFERÊNCIAS

1. Stokley S, Jeyarajah J, Yankey D, Cano M, Gee J, Roark J, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescents, 2007-2013, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2014 – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63(29):620-4.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Inca; 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.
3. Spencer JP, Pawlowski RHT, Thomas S. Vaccine adverse events: separating myth from reality. *Am Fam Physician.* 2017;95(12):786-94.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Programa vacinal para mulheres. São Paulo, SP: Febrasgo; 2017. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 9).
5. Ministério da Saúde convoca 10 milhões de adolescentes para vacinação de HPV e meningite [Internet]. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/13/Campanha-HPV-2018.pdf>. Acesso em: 4 maio 2019.
6. Roteli-Martins CM, Longatto Filho A, Hammes LS, Derchain SFM, Naud P, Matos JC, et al. [Association between age at first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection: results of a Brazilian screening program]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(11):580-7. doi: 10.1590/S0100-72032007001100006. Portuguese.
7. Figueredo MC, Melo Júnior JM, Segati KD. Prevalência de lesões precursoras para o câncer de colo do útero nas regiões do Brasil e sua relação com a cobertura do programa de rastreamento. *Femina.* 2014;42(6):295-302.
8. Mapes D. HPV vaccine: it's not about sex, it's about cancer [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 29]. Available from: <https://www.fredhutch.org/en/news/center-news/2015/02/HPV-vaccine-not-increase-promiscuity.html>
9. Giacomet V, Penagini F, Trabattoni D, Viganò A, Rainone V, Bernazzani G, et al. Safety and immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus vaccine in HIV-infected and HIV-negative adolescents and young adults. *Vaccine.* 2014;32(43):5657-61. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.08.011
10. Miller ER, Moro PL, Cano M, Shimabukuro TT. Deaths following vaccination: what does the evidence show? *Vaccine.* 2015;33(29):3288-92. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.05.023
11. World Health Organization [Internet]. Global Vaccine Safety: safety update of HPV vaccines. 2017 [cited 2019 May 4]. Available from: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/June_2017/en/



Dr. Corintio Mariani Neto



Dr. Juvenal Barreto B. de Andrade



Dr. César Eduardo Fernandes

Missão cumprida

Por Letícia Martins

À frente da Febrasgo desde 2016, a atual diretoria, liderada pelo médico César Eduardo Fernandes, termina o mandato de quatro anos deixando um legado imensurável, marcado pela transparência, organização e competência



Dr. Marcos Felipe Silva de Sá



Renata Erlich

O ano de 2019 chega ao fim com uma sensação tremenda de cansaço, que só não é maior que o sentimento de dever cumprido. Também poderia. Desde 2016, a atual diretoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) enfrentou um desafio gigante: criar uma gestão organizada, competente e transparente, resgatar o orgulho dos ginecologistas e obstetras pela especialidade e capacitar os futuros profissionais.

Na época, a nova gestão, presidida pelo médico César Eduardo Fernandes, com o apoio do diretor financeiro-administrativo, Corintio Mariani Neto, do diretor científico, Marcos Felipe Silva de Sá, e do diretor de Defesa e Valorização Profissional, Juvenal Barreto B. de Andrade, encarou todas as atividades com foco na excelência, nomeou cargos com base no mérito e levou em consideração as especificidades de cada região do país, além de gerar um riquíssimo acervo de conteúdo científico.

Quatro anos depois, a Febrasgo e seus 16 mil associados podem comemorar pra valer, pois uma nova história foi, de fato, escrita, e a instituição tem agora não só uma missão, visão e valores bem-definidos, como também grandes projetos consolidados no Brasil e fora dele, um rico acervo de conteúdo científico, canais de comunicação digitais e impressos para atender todos e muitas ações realizadas, que vão da capacitação do ginecologista obstetra à interlocução com a mulher brasileira.

Integrante dessa lista de projetos que foram reformulados e aperfeiçoados nessa gestão, a *Femina* tem o orgulho de trazer nas próximas páginas um pouco desse legado construído pelo Dr. César e sua equipe. Está preparado? Então, que comece nossa retrospectiva 2016-2019!

A FORÇA DE UMA MOTIVAÇÃO

Nova Febrasgo era o nome da chapa criada pelo Dr. César Fernandes para concorrer pela primeira vez à presidência da Febrasgo em 2015. Casado, pai de duas filhas, avô, atendendo em consultório particular, atuando como professor titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), em Santo André, na região metropolitana de São Paulo, e tendo no currículo duas gestões à frente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), onde também ocupou o cargo de diretor científico, Fernandes se sentiu motivado e preparado para dar mais um passo na carreira. Motivado pelos

companheiros de associação, ele disse “sim” à nova empreitada.

“Naquela oportunidade, me senti amadurecido e com condições de poder liderar uma associação de especialidade grandiosa, forte e que precisava criar novos processos gerenciais, se adequar aos tempos modernos, para fazer valer sua história belíssima construída ao longo dos seus 56 anos”, relembra Fernandes. “Ser presidente de sociedades médicas é um exercício de cidadania, pois são atividades não remuneradas, que requerem muito tempo de dedicação. É preciso motivação para se comprometer com uma gestão competente. Foi isso que me motivou. Além do mais, consegui trazer para a Febrasgo colegas de extremo valor que, junto comigo, compuseram a diretoria da Instituição entre os anos de 2016 e 2019”, completa.

O time formado por Fernandes para conduzir a Febrasgo nos quatro anos que se seguiram caminhou em harmonia e com proatividade, fortalecendo diversas frentes de trabalho criadas nas gestões anteriores e abrindo tantas outras. Com quase 50 anos de formação acadêmica e tendo passado pela diretoria de várias associações médicas, o diretor científico da entidade analisa esse período partindo da própria experiência: “Eu me sinto bem cansado, mas muito satisfeito com o que foi realizado e os resultados obtidos. Acredito que a atual gestão deu uma cara nova para a Febrasgo. Não fizemos política em nenhum momento. Todas as decisões e avaliações que fizemos foram pautadas na competência e no mérito”, diz Marcos Felipe Silva de Sá, que emprestou à Febrasgo sua paixão e saber notório na área científica, desenvolvendo projetos que agregaram muito conteúdo de valor aos profissionais de Ginecologia e Obstetrícia.

Dentre esses projetos, destacam-se a revista *RGBO*, a Série Recomendações e Orientações Febrasgo e os protocolos. “Sinto-me bastante gratificado de poder entregar uma Febrasgo melhor do que recebemos, mas, claro, muita coisa ainda precisa ser feita. Contudo, tenho certeza que a próxima diretoria possui condições plenas de tocar adiante e nós vamos colaborar o máximo que pudermos”, afirma.

Além do comprometimento, o desejo por assumir desafios foi outra característica comum entre os diretores da Febrasgo. Que o diga o Dr. Corintio Mariani Neto, responsável pelo departamento financeiro da entidade. “A Febrasgo foi mais um desafio muito importante em minha vida associativa. Para mim, ser convidado a fazer parte deste grupo liderado por César Fernandes e, não por acaso, denominado ‘Nova Fe-

“Para se obter bons resultados, é preciso inovação responsável, persistência e, principalmente, muita resiliência.”

Dr. Corintio Mariani Neto

Diretor financeiro-administrativo da Febrasgo



brasgo' foi e será, até o último dia desta gestão, uma grande honra, especialmente pela possibilidade de compartilhar melhoramentos e novas ideias que beneficiem nossos associados e as mulheres brasileiras em geral”, disse Corintio, que acumula experiência administrativa em associações de classe, tendo atuado na diretoria da Sogesp por dois mandatos.

Ao assumir a Febrasgo, o trabalho tomou uma proporção muito maior. “É muito difícil obter um consenso nas questões mais delicadas como, por exemplo, a situação financeira de várias associações federadas. Na medida do possível, procuramos atender às demandas através do repasse de um percentual das sobras do último congresso brasileiro e do Fundo Febrasgo, sempre cumprindo fielmente o que rezam nosso estatuto e nosso regimento interno”, completou.

O diretor de Defesa e Valorização Profissional, Juvenal Barreto, que também já fez parte da diretoria da Sogesp e hoje é diretor do serviço de obstetrícia do Hospital Leonor Mendes de Barros, destacou a posição importante que a instituição assumiu nacionalmente como voz dos ginecologistas e obstetras brasileiros. “A Febrasgo atualmente ocupa assentos nas instituições de âmbito nacional, para ser consultada e ouvida. Ainda há muito para ser feito. Precisamos ser ouvidos na

implementação de políticas públicas na área da saúde da mulher, por exemplo. Mas finalizo a gestão me sentindo realizado”, declarou.

De 2016 para cá muita coisa mudou no cenário nacional. A gestão do Dr. César Fernandes assumiu no auge da crise financeira pela qual o país estava passando e já tinha pela frente a organização do mais importante congresso brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, que, de acordo com a ata da assembleia da Febrasgo, teria como sede Belém, capital do Pará. Em paralelo a tudo isso, os novos diretores se depararam com um desafio contemporâneo: atrair os jovens ginecologistas obstetras, recém-formados, para o quadro de associados. “Quatro anos atrás, a idade média dos associados da Febrasgo era de 51 anos. Por isso, trabalhamos intensamente em uma campanha com o objetivo de congregar os residentes para criarem a cultura de participar da sociedade médica”, explicou Marcos Felipe de Sá. Além de mensalidades mais acessíveis, a instituição investiu em benefícios focados na atualização dos profissionais, como a reforma do site da Febrasgo e o desenvolvimento de um aplicativo, no qual os associados encontram um vasto conteúdo científico. Ao longo da reportagem, falaremos mais sobre esses benefícios, que certamente não foram feitos em um piscar de olhos ou apenas

apertando o *play*, mas que demandaram muito tempo, investimento e comprometimento da equipe Febrasgo.

Por isso, chegando ao fim de um ciclo de quatro anos de gestão, com diversas iniciativas em defesa da Ginecologia e Obstetrícia brasileira, o sentimento é de realização, como bem destacou o Dr. Juvenal, endossado pelo Dr. César Fernandes: “Eu me sinto plenamente realizado, com a sensação do dever cumprido e o sentimento de gratidão enorme em relação aos meus pares de diretoria que me ajudaram, de maneira muito competente, a fazer todas as ações que esta gestão, denominada de Nova Febrasgo, conseguiu concretizar”, disse Fernandes. “É o sentimento de alguém que trabalhou diuturnamente durante os quatro anos. Coloquei a Febrasgo acima de todos os demais compromissos da minha vida. Tenho outras atividades, mas nesse período, minha atividade principal foi à frente da Febrasgo, de onde saio muito satisfeito. Espero que os novos gestores tenham, e certamente terão, o mesmo compromisso. Só me resta agradecer a todos e a Deus por ter nos dado lucidez, mesmo nos momentos mais difíceis, para não perder a tranquilidade e conseguir continuar trabalhando com afinco para que o resultado fosse visível e reconhecido por todos no final da nossa gestão”, completou.

LEGADO DE ORGULHO

Conduzir uma entidade com cerca de 16 mil associados em todos os cantos do Brasil não é uma tarefa simples, ainda mais tendo o país dimensões continentais, com enormes diferenças regionais, culturais, econômicas e históricas. É consenso entre os membros da diretoria que o principal legado da gestão 2016-2019 diz respeito ao comprometimento com a história e a administração da entidade, além do relacionamento saudável com as federadas, desenvolvendo uma política de aproximação com os associados, onde quer que eles estejam.

“Existem 27 federadas, incluindo cada um dos estados e o Distrito Federal. E nós precisamos estar bem alinhados, compartilhar iniciativas para o bem do ginecologista obstetra e sua melhor formação e tendo em vista que o nosso trabalho só se justifica visando a uma melhor assistência à mulher”, salientou Fernandes.

Nesse sentido, a Febrasgo foi muito bem composta, com a atuação de 30 Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), em que as várias subespecialidades que compõem a grande especialidade de Ginecologia e Obstetrícia estão representadas. “Temos exemplos fantásticos de abnegação entre os integrantes das co-



“A Febrasgo atualmente ocupa assentos nas instituições de âmbito nacional, para ser consultada e ouvida. Ainda há muito para ser feito. Precisamos ser ouvidos na implementação de políticas públicas na área da saúde da mulher, por exemplo. Mas finalizo a gestão me sentindo realizado.”

Dr. Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

missões, que, sem qualquer ganho financeiro, se comprometeram na realização de diversos trabalhos com o propósito de construir um acervo maravilhoso de publicações e normatizações que a Febrasgo tem hoje”, reconheceu o então presidente.

Vale ressaltar que o trabalho das CNEs começou há anos na Febrasgo e precede à gestão 2016-2019, porém, no passado, para a composição delas, a diretoria da Febrasgo fazia a alocação das pessoas atendendo a interesses de natureza política. Em nossa gestão, exigimos que as indicações de nomes fossem acompanhadas pelo currículo. Assim, montamos as comissões com base no mérito, havendo uma distribuição proporcional de especialistas por região, conforme a quantidade de associados”, explica o diretor científico da Febrasgo, Silva de Sá.

Outra mudança positiva no regimento e no estatuto da instituição foi a abertura de espaço para profissionais de outras especialidades e profissionais não médicos participarem das comissões, afinal, dependendo do tema, a presença de um especialista naquela área se torna indispensável. Por exemplo, se houver um debate sobre obesidade e reprodução, é preciso trazer o nutricionista e o endocrinologista para a discussão. “Isso tudo é importante porque os membros das CNEs assumiram um compromisso com a diretoria de produzir material e conteúdos de altíssimo valor, como aulas, textos, protocolos, entre outros”, acentua César Fernandes.

INICIATIVAS DE SUCESSO

Por falar em produção de conteúdo, a Febrasgo acumulou nos últimos anos um riquíssimo acervo científico e fortaleceu frentes importantes, como o incentivo à formação dos residentes, o diálogo com os associados e a realização de eventos médicos. A seguir, os diretores apontaram algumas dessas importantes iniciativas.

MATRIZ DE COMPETÊNCIA

Em relação à formação dos residentes, a Febrasgo fez um trabalho de dar orgulho a todos os envolvidos e associados com a criação da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia, que tem como finalidade assegurar maior consistência e coerência na orientação dos Programas de Residência Médica da especialidade.

O projeto é coordenado pelo diretor científico Silva Sá e pelo presidente da CNE de Residência Médica, Gustavo Salata Romão. “O Ministério da Educação

adotou a Matriz de Competência para ser implantada no Programa Nacional de Residência Médica. Isso representa um grande avanço, pois agora temos uma matriz de competência alinhada à realidade do país, construída pela Febrasgo e adotada no país”, comemora César Fernandes.

Ou seja, a Febrasgo virou referência em qualificação profissional, contribuindo com o Ministério da Educação na formação de excelentes ginecologistas obstetras. “Mas a matriz por si só não bastava”, avisou Fernandes. Era necessário preparar os preceptores e a Febrasgo, por iniciativa e recursos próprios, organizou o curso de preceptores, que logo na primeira edição contou com cerca de 500 participantes. “Hoje temos um grande número de preceptores treinados, que, ao voltarem para suas residências médicas, adaptam a matriz de competência para a sua realidade para que os residentes possam cumpri-la. É, de fato, um grande avanço”, completou Fernandes.

TESTE DE PROGRESSO INDIVIDUAL

Somado a essas duas ações de qualificação, a Febrasgo também criou o Teste de Progresso Individual, oferecido anualmente aos residentes de primeiro, segundo e terceiro ano. Pelo teste, avalia-se o estado atual de conhecimento dos residentes em cada ano de sua residência médica e são gerados relatórios comparativos entre todas as residências. Dessa forma, é possível traçar uma métrica para avaliar o progresso dos residentes ao longo do segundo e terceiro ano.

“Com isso também temos uma ideia bastante grande de como estão os programas de residência médica e podemos situar o residente em relação ao seu estágio de formação. Se ele tiver êxito e boa avaliação no teste, poderá ser dispensado da prova teórica quando for fazer o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), da Febrasgo e da Associação Médica Brasileira, realizando, assim, apenas a prática. Com isso, ele já ultrapassa uma barreira muito grande para o título de especialista”, explica Silva de Sá.

PROTOCOLOS DE CONDUTA

Em um feito inédito, a Febrasgo disponibilizou de uma só vez 120 protocolos de conduta abrangendo praticamente todos os temas da Ginecologia e Obstetrícia. Disponíveis na versão digital, eles podem ser atualizados *on-line* pela equipe responsável e podem ser acessados e avaliados por todos os associados a qualquer momento, do celular ou computador.

“Os *guidelines* internacionais muitas vezes não se adaptam à realidade brasileira. Por isso, o nosso esforço de oferecer aos especialistas associados informações, protocolos e *guidelines* adequados à realidade brasileira”, esclarece Fernandes.

FEMINA E RGO

A entidade também dedicou especial atenção aos veículos de comunicação próprios, entre eles a revista *Femina*, que estava há mais de 10 anos sem a versão impressa. “Historicamente, a *Femina* sempre foi a revista mais lida pelos ginecologistas obstetras e voltou a ser entregue nos consultórios e residências dos associados mensalmente”, avisa Fernandes.

Além dela, a revista *RGO* também foi modernizada, tem periodicidade mensal e agora é editada somente em inglês, com acesso aberto ao mundo inteiro e indexada nas principais bases de dados da literatura médica mundial. “É uma revista muito promissora e que em breve poderá conseguir seu fator de impacto”, diz o atual presidente.

Silva de Sá enfatiza a importância que a *RGO* tem por meio dos números: ela é acessada cerca de 500 vezes por dia no mundo inteiro, sendo 14% nos Estados Unidos.

SITE E APLICATIVO FEBRASGO

“Gerar conteúdos importantes faz parte da nossa estratégia. Se você comparar o *site* da Febrasgo de hoje com a versão de cinco anos atrás verá a diferença. A quantidade de material disponível certamente está atraindo os especialistas”, observa Silva de Sá.

O portal da Febrasgo foi totalmente revitalizado, ganhando um *layout* mais moderno, dinâmico e de fácil interação, com áreas nas quais os associados podem se inteirar de novidades e conteúdos em vídeos, *podcasts* e textos. Recentemente também foi lançado o aplicativo Febrasgo, que reúne funções que facilitam o dia a dia do ginecologista obstetra.

TRATADOS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Tivemos a oportunidade de reeditar os Tratados de Ginecologia e Obstetrícia. Reunimos mais de 800 autores. Envolvemos as 30 comissões nacionais e temos 210 capítulos muito bem-elaborados.

Editamos alguns livros específicos da coleção Febrasgo, como o de endometriose, o de medicina fetal, o Atlas de Patologia do Trato Genital Inferior, entre outros.

Editamos a série de Orientações e Recomendações Febrasgo, que tem inúmeros fascículos.

“Entendo que houve um grande salto de qualidade e com a vantagem de todos esses conteúdos estarem disponíveis para os associados adimplentes no *site* da Febrasgo”, declarou Mariani Neto

ESCOLA FEBRASGO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Por meio de uma parceria firmada com o Hospital Albert Einstein, a Febrasgo elege, a cada duas semanas, um tema para ministrar uma aula *on-line* e convida um especialista na área para participar. Os associados podem interagir durante as aulas e, após o término da transmissão, o vídeo fica disponível no *site*.

NOVOS PROJETOS, NOVOS PÚBLICOS

Além do fortalecimento de ações já existentes, a Febrasgo também lançou novos projetos, ampliando a atuação da entidade, como o projeto ELA. Ao contrário do que se possa imaginar, o projeto Ela não é destinado primariamente ao ginecologista e obstetra, mas sim à mulher brasileira. “Nós temos inúmeras maneiras e ferramentas para comunicar aos associados. Mas o ELA tem a missão de falar com a mulher. A Febrasgo sempre se preocupou muito com a formação dos ginecologistas obstetras, mas nunca teve um canal formal que pudesse ser entendido como um canal da Febrasgo para falar com a mulher. O projeto ELA tem o compromisso de incluir, aproximar, explicar, proteger, defender, educar e cuidar da saúde das mulheres. Estamos construindo conteúdo, alinhado com o conhecido vigente, esclarecendo dúvidas da população feminina”, afirma César Fernandes.

Os associados poderão indicar o canal para pacientes compreenderem melhor os tratamentos e doenças que tiverem. “Projetamos que o ELA será em breve a principal fonte de consulta sobre saúde feminina”, diz Mariani Neto. “É uma meta audaciosa, mas é o comprometimento que a Febrasgo tem”, afirma Fernandes.

PORTA-VOZ DE TEMAS PERTINENTES

Como representante das associações de Ginecologia e Obstetrícia do país, a Febrasgo é demandada em diversas frentes e debates, e um dos temas que mais repercutiu nos últimos anos, em especial 2019, foi o da violência obstétrica. De acordo com o diretor de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo,

durante cerca de 40 anos, a assistência obstétrica no Brasil seguiu um modelo ensinado e praticado no mundo inteiro, modelo esse centrado nas intervenções obstétricas.

“Nos últimos anos, as mulheres passaram a contestar esse modelo, e a Medicina em todas as especialidades passou a ser praticada baseada em evidências científicas, o que colocou em xeque o modelo anterior. Assim sendo, muitas práticas passaram a ser contestadas e taxadas de violência obstétrica. Entretanto, no Brasil, muitas situações colocadas com esta terminologia estão relacionadas com situações de políticas públicas, como falta de vagas em maternidades no país inteiro, dificuldade de acesso a serviços de qualidade com assistência multidisciplinar, entre outras”, explicou Juvenal Barreto B. de Andrade. A posição da Febrasgo sobre esse debate é a adoção de todas as boas práticas obstétricas na assistência, todas baseadas em evidências.

VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Em fevereiro de 2019, a Febrasgo, em parceria com o Datafolha, divulgou uma pesquisa inédita que eviden-

ciou, entre outros pontos, como a mulher brasileira vê o ginecologista obstetra no Brasil. O levantamento apontou que 90% das brasileiras consideram que o atendimento desse profissional é bom ou ótimo.

“Nós temos convicção de que esse especialista é o médico que as mulheres elegem para ser o seu profissional de excelência. Os ginecologistas obstetras são os médicos que as mulheres têm como referência depois que deixam a infância e passam para a puberdade. E eles vão acompanhá-las por toda a fase adulta”, declarou Fernandes. “Sendo assim, o ginecologista precisa ser competente, bem informado sobre os avanços da medicina de forma geral e especialmente da área em que atua, além de acolhedor e respeitoso, e eu tenho a convicção de que a imensa maioria tem essa característica.”

Para Juvenal, a boa relação médico-paciente é o grande segredo do exercício da Medicina. “Na minha opinião, a atuação do médico ginecologista e obstetra cria este grande vínculo, por dois fortes motivos: em obstetrícia, porque participamos com a gestante durante o pré-natal, em aproximadamente dez consultas, uma relação de vínculo muito forte, e participamos do nascimento, celebração da vida. E na ginecologia, pois temos oportunidade de acompanhar

“Acredito que a atual gestão deu uma cara nova para a Febrasgo. Não fizemos política em nenhum momento. Todas as decisões e avaliações que fizemos foram pautadas na competência e no mérito.”

Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico da Febrasgo





“Olhar para trás hoje e perceber que conseguimos implantar muitas ferramentas gerenciais e processos mais assertivos, criar planejamento estratégico e construir uma história é muito gratificante.”

Renata Erlich

Gerente da Febrasgo

a mulher na vida inteira: na infância, puberdade, menacme, menopausa e senilidade, cada época com suas particularidades. Essas situações explicam o resultado da pesquisa.”

Porém, mesmo com uma aceitação e um reconhecimento tão grande por parte das pacientes, a Febrasgo ainda precisa enfrentar desafios em relação à valorização profissional. “Lamento apenas que nós não tenhamos o reconhecimento que deveríamos ter pelos gestores de saúde. As consultas são muito mal remuneradas e não oferecem a possibilidade de ter um tempo satisfatório para uma consulta de boa qualidade. Além disso, há precariedade no local de atendimento, tanto ambulatorial quanto hospitalar, para internações clínicas, cirúrgicas ou mesmo obstétricas. Mas, apesar desses desafios, o trabalho do ginecologista obstetra é bem visto porque ele tem entre suas qualidades o fato de ser um indivíduo acolhedor, respeitador e bem-preparado para a atividade”, desabafa Fernandes. Por isso, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo tem como principal função criar condições para que o profissional receba o conhecimento e tenha condição de aplicá-lo em benefício da saúde da mulher brasileira.

O VALOR DE UMA EQUIPE ENGAJADA

A experiência de 20 anos como administradora de empresas, a visão afiada para negócios e a vontade de começar o projeto do zero se preciso fosse garantiram à Renata Erlich a vaga de gerente-geral na Febrasgo em 2016. Ela entrou na Instituição com a nova diretoria com a corresponsabilidade de implementar processos administrativos, contratar e treinar equipe, iniciar projetos e organizar a casa.

“Não sou médica, sou administradora por formação e sempre trabalhei em grandes empresas. Minha origem foi nos setores financeiros das empresas. Passei por várias empresas, mas nunca havia trabalhado na área da saúde. Acredito que isso tenha sido um diferencial na entrevista de emprego, pois a diretoria da Febrasgo, na época, em 2016, queria montar uma equipe nova. Assim, quando cheguei na Febrasgo, embora a instituição já tivesse quase 60 anos de existência, encarei como se fosse uma *startup*”, contou.

Assim como quem está iniciando um negócio, foi preciso implantar processos na área financeira para automatizar, por exemplo, a cobrança da anuidade associativa, que configura hoje a mais importante linha de receitas da Febrasgo.

O diretor administrativo-financeiro, Corintio Mariani Neto, explica que foi preciso implantar uma inteligência financeira no processo para evitar retrabalho e erros, com menos horas de trabalho da equipe. “Em termos financeiros, tivemos um aumento significativo das nossas reservas e todas as nossas contas demonstradas de forma transparente e aprovadas nas diversas assembleias das federadas. A grande inovação para associados e federadas foi a implantação do boleto único para pagamento da anuidade, com responsabilidade da agência bancária quanto ao crédito direto, em separado, da parte referente a cada federada e do montante destinado à Febrasgo. Tivemos 90% de adesão das associações federadas a esse novo sistema de cobrança, um grande sucesso”, explica Mariani Neto.

“Ganhamos em produtividade e até em qualidade da equipe. Olhar para trás hoje e perceber que conseguimos implantar muitas ferramentas gerenciais e processos mais assertivos, criar planejamento estratégico e construir uma história é muito gratificante”, complementa Renata.

Além da criação das ferramentas gerenciais, a gerente destaca como ponto positivo da gestão atual o hábito de fazer reuniões regulares de planejamento estratégico para definir os conceitos básicos da instituição, como missão, visão e valores, além de trabalhar no planejamento de curto, médio e longo prazo, entregando muito conteúdo, tanto em material físico quanto digital.

“Foram quatro anos construindo uma base sólida. Enxergo que daqui para frente teremos um trabalho de aceleração, pois a base está pronta”, prevê Renata, que gerencia uma equipe de oito funcionários diretos, além de parceiros terceirizados.

É uma equipe bastante enxuta, aponta ela, porém muito empenhada e dedicada. “Como gestor, a gente não faz nada sozinho. Todo o mérito do trabalho depende do time como um todo. Sou muito grata tanto à minha equipe quanto aos meus parceiros e aos diretores, com os quais aprendi muito.”

TRÊS GRANDES CONGRESSOS

Renata tem razão. Ninguém consegue fazer nada sozinho em uma instituição tão grande como a Febrasgo, mas com a equipe certa, engajada e treinada grandes feitos se tornam possíveis, como organizar três congressos fabulosos em quatro anos, além de diversos eventos paralelos, reuniões de planejamento e de trabalho, sem deixar a rotina administrativa ruir.

Belém (PA)

Toda equipe da Febrasgo guarda com carinho a lembrança da organização do 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia realizado em 2017 em Belém (PA). “Quando a nova diretoria assumiu, a sede do congresso já estava definida. Tínhamos muitos receio, pois era um ano difícil de crise, um dos nossos principais apoiadores para viabilizar financeiramente o congresso, que era a indústria farmacêutica, estava em um período mais difícil de investimento, enfim, o medo de fazer o congresso não era só de não atingirmos o público em Belém, mas também de não obtermos resultados positivos”, conta Renata.

“Por se tratar de um congresso itinerante, que ocorre a cada dois anos em uma nova federada, em sistema de rodízio das cinco regiões brasileiras, os desafios são muitos. As negociações são mais difíceis, pois são apenas para um evento específico. Mesmo enfrentando enormes dificuldades, tivemos grande sucesso no evento em Belém, o primeiro da nossa gestão. Dá pra imaginar a dimensão dos desafios que foram superados um a um, graças ao envolvimento e esforço de todos, tanto da Associação Paraense de Ginecologia e Obstetrícia (APGO), em nível regional, quanto da Febrasgo, no plano nacional”, contextualiza o diretor financeiro-administrativo, Corintio Mariani Neto.

“Porém, trabalhamos superbem. Controlamos o congresso na unha mesmo, cada custo muito bem gerenciado e tivemos uma grata surpresa não só pelo público, que foi de mais de 4 mil participantes, o maior nos últimos 10 anos, como também pelo retorno financeiro”, disse Renata, que confirma que a edição de Belém teve o maior lucro da história. “O resultado não poderia ser outro: foi a maior concentração de ginecologistas e obstetras da história na região Norte do país”, completa Mariani Neto.

FIGO

Nem bem a equipe finalizou a organização do congresso brasileiro e um outro grande evento já estava batendo à porta. Em 2018, o Brasil sediou o maior congresso mundial de todos os tempos da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), na capital carioca.

Cerca de 11 mil congressistas e 400 professores internacionais, autoridades em seus respectivos campos de atuação e pesquisa, participaram do evento, que entrou nos anais históricos da Febrasgo. “Inúmeros

foram os países que mandaram seus delegados, entre eles 4.500 congressistas brasileiros. Temos muitos congressos no Brasil e mesmo assim os profissionais participaram, o que é extremamente importante e nos enche de satisfação”, comentou César Fernandes.

Porto Alegre (RS)


Em 2019, a Febrasgo organizou o 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia em Porto Alegre e a edição já superou todas as outras em número de participantes: mais de 5 mil congressistas. “Para o futuro, nosso congresso terá uma sede fixa, o Rio de Janeiro, escolhido em assembleia geral das federadas. Os primeiros resultados já apareceram: negociar o evento no mesmo local pelos próximos dez anos permitiu reduzir bastante alguns custos, como, por exemplo, a locação da sede do congresso”, finalizou o então diretor-financeiro da Febrasgo, que deixa a entidade com uma perspectiva saudável.

FORTALECIMENTO DAS PARCERIAS

Clareza e transparência também marcaram o relacionamento e a interlocução clara entre a Febrasgo e seus parceiros institucionais, importantes para a via-

bilização dos projetos. De acordo com Renata, a entidade construiu um portfólio de projetos e um processo comercial vantajoso para as duas partes, sem que a parte editorial da Febrasgo sofresse qualquer tipo de interferência externa. Esse posicionamento criou robustez e credibilidade. “Com essa relação de transparência, conseguimos trazer novos parceiros e manter os antigos”, pontuou.

DESAFIOS FUTUROS

Segundo o presidente César Fernandes, a próxima gestão terá como desafio principal a responsabilidade com a marca e o conceito Febrasgo, conquistas obtidas ao longo de muitos anos. “Temos sempre que tornar a marca Febrasgo cada vez mais forte. Além disso, faço votos de que a próxima gestão preserve o entendimento com todas as federadas, tendo uma interação saudável entre elas e com todos os associados, onde quer que eles se encontrem”, afirmou. “Acredito que será um compromisso da próxima gestão implantar a telemedicina, como ferramenta importante para os associados e para uma melhor saúde das mulheres que procuram esse especialista no seu dia a dia”, completou. 

“Se eu tivesse que eleger uma frase para terminar a nossa gestão, eu diria que estou extremamente feliz, agradecido e com a sensação de dever plenamente cumprido nesses quatro anos de gestão à frente da Febrasgo.”

Dr. César Eduardo Fernandes

Presidente da Febrasgo na gestão 2016-2019





Os trabalhos de Temas Livres premiados no 58º CBGO

Como já divulgado amplamente, tivemos no 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), realizado em novembro em Porto Alegre, o recorde de temas livres (TL) submetidos para apresentação. Foram 1.356 TL avaliados pela Comissão de TL do CBGO, composta por 64 avaliadores. Cada TL foi avaliado por pelo menos dois avaliadores, que pontuavam o trabalho de acordo com critérios previamente estabelecidos pela Comissão, e publicado no edital do CBGO. Em caso de um TL ser aprovado por um avaliador e reprovado por outro, houve a participação de um terceiro avaliador para desempate.

Foram aprovados, para apresentação no CBGO, 735 TL. Os 60 TL com maior pontuação foram selecionados para

apresentação oral em sessões de Top Temas relacionados ao assunto e concorreram aos prêmios em três categorias: Trabalho Original, Revisão Sistemática e Relato de Caso ou Série de Casos.

Os prêmios foram entregues na sessão de encerramento do 58º CBGO pelas mãos dos diretores da Febrasgo, do presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) e pelo presidente da Comissão de TL. Essa distinção aos trabalhos premiados faz parte de uma estratégia da diretoria no sentido de valorizar essas iniciativas, incentivando principalmente os jovens pesquisadores, pós-graduandos e residentes a participarem cada vez mais ativamente dos congressos da Febrasgo. A seguir, os trabalhos premiados.

1º LUGAR

RELATO DE CASO OU SÉRIE DE CASOS

CONDILOMATOSE EM NEOVAGINA DE MULHER TRANSSEXUAL [86510]

Ana Flavia Esteves Costa¹, Augusto Henriques Fulgêncio Brandão¹, Adriana Ribeiro da Silva¹, Mariana Seabra Leite Praça¹, Carlos Henrique Mascarenhas Silva¹, Claudia Lourdes Laranjeira¹, Marcia Salvador Géio¹

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

PRÊMIO: R\$ 2.000,00



1º LUGAR

REVISÃO SISTEMATIZADA

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: REVISÃO SISTEMÁTICA [86928]

Lea Tami Suzuki Zuchelo¹, Andressa Alvim da Silva¹, Elisa Pereira Lahmann¹, Roan Arruda Fortunato¹, Ana Carolina Borges Valente¹, Wesley Oliveira de Almeida¹, José Maria Soares Júnior², Isabel Cristina Esposito Sorpreso²

1. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil; 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

PRÊMIO: R\$ 5.000,00



5º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: LASER E RADIOFREQUÊNCIA MICROABLATIVA UM ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO, CONTROLADO E DUPLO-CEGO [86302]

Ana Silvia Seki¹, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jarmy Di Bella¹, Marair Gracio Sartori¹, Ana Maria Homen de Mello Bianchi¹, Manoel João B. C. Girão¹, Claudinei Alves Rodrigues¹

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

PRÊMIO: MENÇÃO HONROSA



4º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

USO DE PRESERVATIVO POR ADOLESCENTES BRASILEIROS E FATORES ASSOCIADOS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR [86555]

Isabel Cristina Esposito Sorpreso¹, Priscilla Rayanne e Silva Noll¹, Jessica Menezes Gomes¹, José Maria Soares Júnior¹, Matias Noll², Patricia Gonçalves de Almeida¹, Juliana Zangirolami Raimundo¹

1. Disciplina de Ginecologia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 2. Instituto Federal Goiano Campus Ceres - IF Goiano, Ceres, Goiás, Brasil.

PRÊMIO: MENÇÃO HONROSA



3º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE LESÕES CERVICAIS DE ALTO RISCO PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM MULHERES MENORES DE 26 ANOS [85326]

Carolina Travi Canabarro¹, Liliane Diefenthaeler Herter¹, Charles Francisco Ferreira², Suzana Arenhart Pessini², Mila Pontremoli Salcedo¹

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

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

PRÊMIO: R\$ 2.000,00



2º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

EFEITOS DA TERAPIA HORMONAL SOBRE A COMPOSIÇÃO CORPORAL DE MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA: UM ESTUDO COMPARATIVO. [85820]

Alberto Freitas¹, Andrea Giraldo¹, Gabriela Pravatta Rezende¹, Rodrigo Menezes Jales¹, Daniela Angerame Yela¹, Cristina Laguna Benetti Pinto¹

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

PRÊMIO: R\$ 5.000,00



**1º LUGAR****ESTUDO ORIGINAL****FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA TRATADAS COM CORRENTE INTERFERENCIAL OU ESTRIOL TÓPICO - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO [86638]**

Cristina Laguna Benetti-Pinto¹, Helena Patricia Giraldo¹, Ticianira Mira¹, Andrea Elisa Giraldo¹, Daniela Angerame Yela¹

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

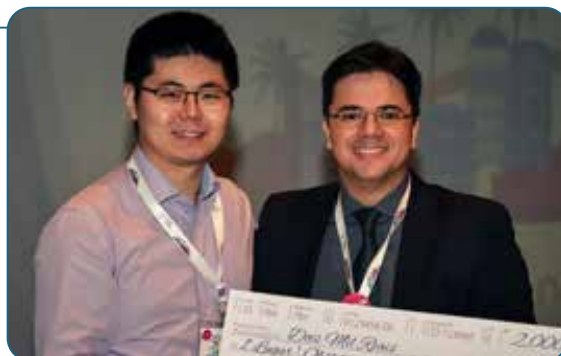
PRÊMIO: R\$ 10.000,00

**1º LUGAR****RELATO DE CASO OU SÉRIE DE CASOS****RELATO DE CASO: GESTANTE COM SÍNDROME DE LI-FRAUMENI E LYNCH [86334]**

Felipe Takayuki Ida Nakatani¹, Alana Bacelar Limeira Sales², Françoize Gai², Rebeca Tamara Milan², Diego Esteves dos Santos², Jan Pawel Andrade Pachnicki², Somaia Reda², Camila Cristine Oliveira¹

1. Hospital do Trabalhador, Curitiba, PR, Brasil;
2. Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

PRÊMIO: R\$ 2.000,00

**1º LUGAR****REVISÃO SISTEMATIZADA****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABORTO INDUZIDO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA [86849]**

Nathan Valeriano Guimarães¹, Ana Lúgia Valeriano de Oliveira², Andressa Pimentel Afiune², Eduarda Tatico Lagares², Isabela Castro Pereira², Isabela Penha Martins de Araújo², Dyulie de Araujo¹, Walter Costa Borges³

1. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil;
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil;
3. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

PRÊMIO: R\$ 5.000,00

**5º LUGAR****ESTUDO ORIGINAL****EFEITO DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO EM AMBIENTE AQUÁTICO SOBRE A FUNÇÃO REPRODUTIVA DE RATAS COM DIABETES MODERADO [86724]**

Aline Medolago Carr¹, Bruna Bologna Catinelli¹, Juliana Nascimento Fernandes², Marilza Vieira Cunha Rudge¹, Angélica Mécia Pascon Barbosa², Patrícia de Souza Rossignoli²

1. Universidade Estadual Paulista – Campus Botucatu, Botucatu, SP, Brasil; 2. Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista – Campus Marília, Marília, SP, Brasil.

PRÊMIO: MENÇÃO HONROSA



4º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

ANÁLISE COMPARATIVA DO MANEJO PERSONALIZADO DA MOLA HIDATIFORME COM REMISSÃO ESPONTÂNEA, NO PERÍODO ENTRE 2010 E 2014, EM DOIS DOS MAIORES CENTROS DE REFERÊNCIA DO BRASIL [85952]

Elza Maria Hartmann Uberti¹, Mauricio Guilherme Viggiano², Rodrigo Bernardes Cardoso^{1,3}, Aline Schenato¹, Gabriel Oliveira dos Santos¹, Giovanni Ferreira Viggiano², Ana Carolina França¹

1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFG, Goiânia, GO, Brasil; 3. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

PRÊMIO: MENÇÃO HONROSA



3º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

TECIDO ADIPOSEO VISCERAL MATERNO NA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO PREDIZ DIABETES MELITO GESTACIONAL NO TERCEIRO TRIMESTRE - UM ESTUDO DE COORTE [86609]

Alexandre da Silva Rocha¹, Juliana Rombaldi Bernardi¹, Salete Matos¹, Marcelo Goldani¹, Daniela Cortêx Kretzer¹, José Antônio Magalhães¹

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

PRÊMIO: R\$ 2.000,00



2º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

MORBIDADE MATERNA EXTREMAMENTE GRAVE - NEAR MISS: UM ESTUDO ECOLÓGICO NO BRASIL NO PERÍODO 2010-2018 [86009]

Maria Carolina Wensing¹, Angela Mendes Bergamo¹, Flávio Ricardo Liberal Magajewski¹, Andressa Linzmeyer¹, Rafaela Rodolfo Tomazzoni¹, Nicole Pereira Domingues¹, Milla Pereira Domingues¹

1. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.

PRÊMIO: R\$ 5.000,00



1º LUGAR

ESTUDO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DOS FATORES ANGIOGÊNICOS (PLGF E SFLT-1) NO DIAGNÓSTICO DE PRÉ-ECLÂMPSIA [86307]

Catherine Primo Nogueira de Sá^{1,2}, Mirela Foresti Jiménez¹, Marcos Wengrover Rosa², Ellen Riehs Machado Arlindo², Antonio Celso Koehler Ayub^{1,3}, Rodrigo Bernardes Cardoso^{1,3}, Régis Kreitchmann¹, Patrícia El Beitune¹

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Hospital Moínhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

PRÊMIO: R\$ 10.000,00





RBGO completou 40 anos ininterruptos de edições

Neste ano de 2019, a revista *RBGO*, editada pela Febrasgo, completou 40 anos de edições ininterruptas, o que não deixa de ser um grande feito para uma revista que tem enfrentado enormes dificuldades para a sua sobrevivência. Desde seus editores iniciais, Jean Claude Nahoum – Rio de Janeiro (1979-1989), Clarice do Amaral Ferreira – Rio de Janeiro (1989-1994), Sérgio Pereira da Cunha – Ribeirão Preto (1994-1997), Jurandyr Moreira de Andrade – Ribeirão Preto (1998-2015) e Marcos Felipe Silva de Sá – Ribeirão Preto (2016-atualmente), a *RBGO* sempre teve à frente pessoas que se dedicaram com muito afincamento para manter o periódico circulando com a melhor qualidade possível.

Criada para ser um veículo de divulgação de pesquisas e inovações da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil, a *RBGO* tem prestado um inestimável serviço aos pesquisadores e alunos de pós-graduação brasileiros. Desde 2016, a nova diretoria executiva da Febrasgo, entendendo a importância da *RBGO* para a ciência brasileira, decidiu fazer investimentos no sentido da internacionalização da revista. A partir de 2016, *RBGO* passou a ser editada em inglês, tornou-se um periódico “open access”, reorganizou seu quadro de editores-associados e aderiu ao sistema SciELO para submissão e monitoramento da avaliação dos manuscritos pelos seus revisores. Passou a ser editada por uma editora internacional – Thieme – e desde então vem se esforçando no cumprimento de etapas para conseguir o seu fator de impacto (FI). A *RBGO* está indexada nas principais bases de dados internacionais (Tabela 1).

Os resultados têm sido excepcionais do ponto de vista da acessibilidade da revista (Figura 1).

Os artigos mais acessados nos últimos anos, conforme os dados da Thieme, estão na tabela 2.

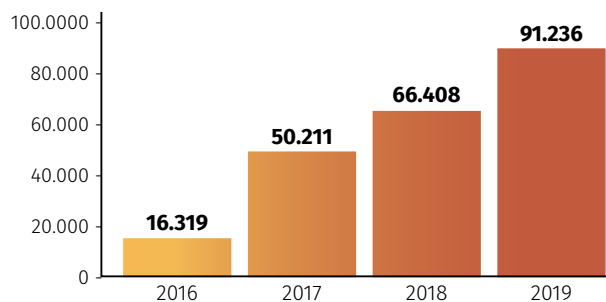


Figura 1. Número de acessos à RBGO nos últimos 4 anos.

Fonte: Thieme Publishers

É interessante notar que o acesso aos artigos estão sendo feitos por pesquisadores internacionais em praticamente 70% das vezes, como pode ser observado na figura 2.

Uma das dificuldades para o progresso ainda maior da *RBGO*, assim como de todos os periódicos científicos nacionais, é a falta de apoio dos órgãos governamentais que regulamentam as atividades de pesquisa científica no Brasil, particularmente da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que avalia os programas de pós-graduação *stricto sensu*, nos quais estão concentradas as maiores fontes de pesquisa no Brasil.

A Capes, como um órgão público do Estado brasileiro, carece de uma política de apoio aos periódicos nacionais. Ao estabelecer os critérios do Sistema Qualis de avaliação dos periódicos no Brasil, a Capes atribui ao fator de impacto das revistas como seu principal critério de avaliação de um periódico. Isso reflete diretamente na pontuação e na classificação dos programas de pós-graduação, pois um dos critérios mais importantes para avaliação de um programa de pós-graduação são as publicações, produtos das teses ou das linhas de pesquisa dos professores e alunos vinculados ao programa. Assim, como valorizam as revistas pelo seu fator de impacto, os programas priorizam a publicação em revistas internacionais.

Esses critérios precisam ser revistos pela Capes, pois é preciso que haja estímulo e apoio às revistas nacionais que venham demonstrando qualidade nas suas edições ao longo do tempo. A Febrasgo vem pleiteando há tempos que a Capes reconheça as revistas brasileiras que preenchem alguns critérios mínimos, e conceda uma bonificação na sua pontuação no Qualis, para que possam participar em igualdade de condições com as revistas internacionais, nas preferências de alunos e

Tabela 1. Bases de dados internacionais de indexação da RBGO

	ISI – Web of Science – Web of Knowledge (Emerging)
	Scopus – SciVerse
	SciELO – Scientific Electronic Library Online
	LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
	SCImago – SCImago Journal & Country Rank
OPEN ACCESS	Thieme PubMed Central/MEDLINE

Tabela 2. Artigos mais acessados

Rank	Access	Article Name	Authors	Issue	Article DOI	Category
1	6493	Zika Virus Infection in Pregnant Women and Microcephaly	Geraldo Duarte, Antonio Fernandes Moron, Artur Timerman, César Eduardo Fernandes, Corintio Mariani Neto, Gutemberg Leão de Almeida Filho, Heron Werner Junior, Hilka Flavia Barra do Espírito Santo, João Alfredo Piffero Steibel, João Bortoletti Filho, Juvenal Barreto Borriello de Andrade, Marcelo Burlá, Marcos Felipe Silva de Sá, Newton Eduardo Busso, Paulo César Giraldo, Renato Augusto Moreira de Sá, Renato Passini Junior, Rosiane Mattar, Rossana Pulcineli Vieira Francisco	Vol. 39, No. 05, June 2017	10.1055/s-0037-1603450	Systematic Review
2	4952	Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials	Rafael Mendes Moroni, Pedro Sergio Magnani, Jorge Milhem Haddad, Rodrigo de Aquino Castro, Luiz Gustavo Oliveira Brito	Vol. 38, No. 02, February 2016	10.1055/s-0035-1571252	Review Article
3	4161	Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations	Mário Dias Corrêa Junior, Renato Passini Júnior	Vol. 38, No. 06, July 2016	10.1055/s-0036-1584942	Review Article
4	3672	Preeclampsia	José Geraldo Lopes Ramos, Nelson Sass, Sérgio Hofmeister Martins Costa	Vol. 39, No. 09, September 2017	10.1055/s-0037-1604471	Review Article
5	3203	Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome after a Program of Resistance Exercise Training	Fabiene K. Picchi Ramos, Lúcia Alves da Silva Lara, Gislaïne Satyko Kogure, Rafael Costa Silva, Rui Alberto Ferriani, Marcos Felipe Silva de Sá, Rosana Maria dos Reis	Vol. 38, No. 07, July 2016	10.1055/s-0036-1585457	Original Article

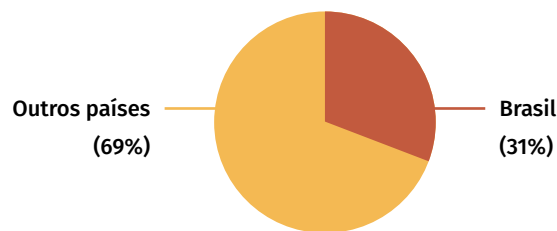



Figura 2. Acessos globais RBGO em 2018. Internacionalização dos acessos aos artigos da revista.

orientadores de pós-graduação para publicação de suas pesquisas.

Os critérios exigidos pela Capes para as revistas nacionais para ter direito ao bônus da Capes no Qualis seriam, por exemplo: edições em inglês; *open access*; corpo editorial de padrão internacional; periodicidade regular; número mínimo de artigos por ano e outros parâmetros que julgar importantes.

Vários periódicos nacionais poderiam ser alavancados, pois, ao pontuar no sistema Qualis, os periódicos seriam mais atrativos aos pesquisadores para publicação de artigos de melhor qualidade, o que teria como consequência maior número de citações e alavancaria a revista alcançar o fator de impacto.

Do modo como estão, os periódicos nacionais, sem apoio de políticas públicas do Estado, dificilmente serão competitivos com os grandes internacionais. Não se está pedindo apoio financeiro, mas simplesmente apoio institucional da Capes para tornar viáveis as revistas nacionais, que são, na sua imensa maioria, penosamente sustentadas pelas Sociedades de Especialidades, como

é o caso da Febrasgo. São elas que estão custeando, com enorme dificuldade, as despesas para manter aberta uma porta para que os autores nacionais, especialmente os jovens pesquisadores e pós-graduandos, tenham a possibilidade de publicar o seu trabalho em revistas de acesso internacional a um CUSTO ZERO, não só para os autores, mas também para os usuários, e sem qualquer custo adicional para a própria Capes. A esta caberia apenas auditar periodicamente as revistas para averiguar se as condições exigidas para o bônus estão sendo cumpridas. Aliás, essa tarefa não nos parece representar nenhum custo ou sobrecarga de trabalho, pois a verificação das revistas poderia ser facilmente feita pelas próprias Comissões Coordenadoras das diferentes áreas. 

Painel comemorativo dos 40 anos de RBGO exposto no 58º Congresso Brasileiro de GO, realizado em Porto Alegre, novembro de 2019





Dia Mundial do Diabetes é comemorado no 58º CBGO com o lançamento de Protocolos do Tratamento e Diagnóstico

A data de 14 de novembro foi instituída pela *International Diabetes Federation* e aprovada pela Organização das Nações Unidas como o Dia Mundial do Diabetes. O objetivo dessa comemoração é auxiliar na divulgação de informações sobre a importância do diagnóstico e do tratamento preventivo do *diabetes mellitus* (DM), além de mostrar aos governos a importância de realizar investimentos na área da saúde.

Atualmente, aproximadamente 415 milhões de adultos apresentam DM, em todo o mundo, e 318 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, com risco elevado de desenvolver a doença no futuro. As gestantes com DM são consideradas de alto risco, tendo em vista as complicações decorrentes da doença que podem acometê-las. A hiperglicemia durante a gestação também afeta os filhos dessas mulheres, aumentando os riscos de abortamento, malformações, prematuridade e morte intrauterina, ou de as crianças desenvolverem obesidade, síndrome metabólica e DM na vida futura. Assim, com o objetivo de diminuir a prevalência desses distúrbios metabólicos, o diagnóstico de DM gestacional (DMG) deve ser considerado uma prioridade de saúde mundial.

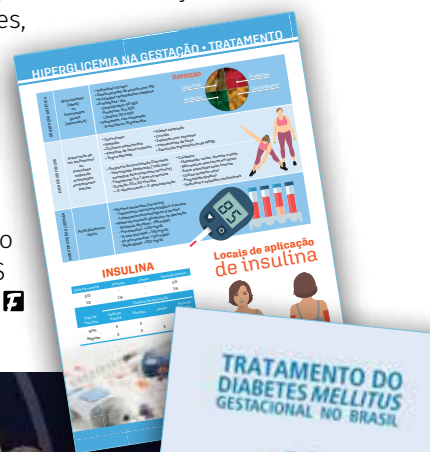
Tendo em vista a importância do DM, uma das principais morbidades que atinge as mulheres, e de seus efeitos sobre a gestante e seu concepto, a Febrasgo

criou uma Comissão Nacional Especializada (CNE) de Hiperglicemia e Gestação. Essa CNE, em parceria com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou diretrizes para a abordagem das pacientes grávidas com DM.

Assim, em 2017 foi lançado oficialmente um documento contendo as diretrizes sobre Rastreamento e Diagnóstico do *Diabetes Mellitus* Gestacional no Brasil. E agora, no 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), durante uma sessão sobre diabetes e gestação, foi lançado o documento com as diretrizes sobre Tratamento do *Diabetes Mellitus* Gestacional no Brasil.

Nesse evento estiveram representados a Febrasgo, por meio de sua CNE de Hiperglicemia e Gestação, a Sociedade Brasileira de Diabetes, a OPAS, o MS e a OMS.

Os dois documentos (Diagnóstico e o Tratamento do *Diabetes Mellitus* Gestacional no Brasil) deverão se constituir no protocolo a ser adotado pelo MS em todo o território nacional e pela OPAS nos países latino-americanos. **F**



Em pé, da direita para a esquerda: Denis José Nascimento (UFPR/Curitiba) – CNE de Gestação de Alto Risco, Wilson Ayach (UFMS/Campo Grande) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Mauro Sancovski (FUABC/Santo André) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Belmiro Gonçalves Pereira (Unicamp/Campinas) – CNE de Gestação de Alto Risco, Maria da Conceição de Mesquita Cornetta (UFRN/Natal) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Haydee Padilla (Coordenadora da Unidade de Família, Gênero e Curso de Vida da Representação da OPAS/OMS no Brasil), Monica Iassanã dos Reis (Consultora Nacional de Saúde da Mulher da Opas/OMS no Brasil). Sentados, da direita para a esquerda: Elaine Christine Dantas Moisés (FMRP-USP/Ribeirão Preto) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Iracema de Mattos Paranhos Calderon (Unesp/Botucatu) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Rossana Pulcineli Vieira Francisco (FMUSP/São Paulo) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Rosiane Mattar (Unifesp/São Paulo) – CNE de Gestação de Alto Risco, Maria Lúcia Da Rocha Oppermann (UFRGS/Porto Alegre) – CNE de Hiperglicemia e Gestação, Suzanne Jacob Serruya (Diretora do Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva – CLAP/SMR-OPAS/OMS)

"EPAs" em Ginecologia e Obstetrícia

Conceitos atuais

Raquel Autran Coelho¹, Gustavo Salata Romão², Marcos Felipe Silva de Sá³



A formação e o treinamento baseados em competências emergiram na educação médica no início dos anos 2000 e progrediram com velocidade e impacto notáveis na graduação e na residência médica.⁽¹⁾ Em menos de 10 anos, os currículos tradicionais foram substituídos pelos currículos orientados por competência nos Estados Unidos (Outcome Project),⁽²⁾ Canadá (CanMeds),⁽³⁾ Reino Unido (Tomorrow's doctors)⁽⁴⁾ e em muitos outros países. No universo da Educação Médica, a década de 2000 a 2010 passou a ser lembrada como a década da formação baseada em competências,^(1,5) que representou um avanço inquestionável nos referenciais de formação e treinamento.

De acordo com a literatura fundacional,^(1,6) as competências são definidas como "a síntese de conhecimentos, habilidades e atitudes que se refletem nas atividades profissionais" e devem ser:

- Específicas;
- Treináveis;
- Duráveis;
- Mensuráveis;
- Relacionadas a atividades práticas ("fazer").

Além desses atributos, o termo "competência" apresenta uma conotação legal, que não se restringe à capacidade de fazer, mas também contempla o direito de agir e julgar como profissional.⁽¹⁾

Em meio a essa pluralidade de novos conceitos, surgiram dúvidas e questionamentos sobre como esses novos referenciais de competências deveriam ser traduzidos na prática do dia a dia nos ambulatorios e serviços de residência.^(1,7) Como transformar atributos relacionados a capacidades (competências) em atividades claramente verificáveis pelos preceptores e supervisores de médicos residentes? Como assegurar que um residente está preparado para progredir e assumir responsabilidades mais complexas?

Para responder a esses anseios e operacionalizar melhor o treinamento, a supervisão e a avaliação de médicos residentes, foi estabelecido em 2007 o conceito de "Entrustable Professional Activities" (EPAs)^(7,8) ou, em livre tradução para o

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

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão

Av. Costábile Romano, 2201, Ribeirão, 14096-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

português “atividades profissionais confiáveis”. Segundo ten Cate,⁽¹⁹⁾ uma EPA é uma atividade da prática profissional que pode ser totalmente confiada a um médico residente, assim que ele demonstrar as competências necessárias para realizá-la sem supervisão. Sendo assim, as EPAs devem ser atividades executáveis e observáveis, podendo ser utilizadas como referencial para avaliação e progressão do residente no decorrer do treinamento.⁽¹⁰⁾

Atualmente, a educação médica baseada em competências (CBME) pressupõe que o treinamento, a supervisão e a avaliação do residente sejam orientados por marcos de desempenho (*milestones*) e EPAs, em cada estágio de treinamento dos programas.^(11,12) Cada EPA, portanto, deve integrar diversas competências e marcos.⁽¹³⁾

Uma revisão prévia do currículo dos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia (GO) de cinco países (Austrália, Canadá, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos) concluiu que todos os currículos têm ou estarão integrando o CBME em seus programas de treinamento.⁽¹⁴⁾ Com base na revisão de cinco currículos internacionais de GO, foi produzida uma lista de 15 EPAs (Quadro 1).

Embora alguns programas no Canadá já tenham começado a elaborar currículos baseados em competências e EPAs,⁽¹²⁾ o programa nacional canadense “*Competence By Design*” (CBD) deverá ser lançado oficialmente para GO ao final de 2019.⁽¹⁵⁾

As competências clínicas podem ser avaliadas por meio de diversos métodos de acordo com os quatro níveis da pirâmide de Miller.⁽¹⁶⁾ Na base da pirâmide, encontram-se os níveis cognitivos “sabe” e “sabe como”, que podem ser avaliados por meio de exames escritos

Quadro 1. EPAs em Ginecologia e Obstetrícia, sugeridas por Garofalo e Aggarwal (2017)⁽¹⁴⁾

1	Cuidados pré-natais não complicados
2	Cuidados pré-natais complicados
3	Cuidados intraparto
4	Parto
5	Parto de alto risco
6	Cuidados pós-parto e de recém-nascidos
7	Ginecologia benigna
8	Habilidades e procedimentos técnicos ginecológicos
9	Cuidados pré-operatórios
10	Cuidados pós-operatórios
11	Saúde da mulher madura
12	Oncologia ginecológica
13	Uroginecologia e problemas no assoalho pélvico
14	Ginecologia pediátrica e adolescente
15	Saúde sexual e reprodutiva

e orais. Isso contrasta com os níveis comportamentais mais elevados da pirâmide, “demonstra como” e “faz”, que devem ser avaliados mediante a observação direta do desempenho em ambiente simulado e em ambientes da prática profissional, respectivamente (*workplace-based assessment* – WBA).⁽¹⁷⁾

Em relação aos efeitos educacionais das EPAs, existem apenas dados preliminares, mas promissores, o que faz desse tema um importante alvo para futuras investigações no campo da educação médica.⁽¹⁸⁾

Os comitês de educação médica de várias áreas clínicas propuseram tutoriais detalhados para o desenvolvimento ou implementação de EPAs gerais ou especializadas. O processo geral inclui: a) revisão de literatura, b) definição de projetos de EPAs com base em atributos, c) determinação de componentes das EPAs, d) desenvolvimento de EPAs e estratégias de avaliação, e) definição de competências e marcos, f) mapeamento de marcos para EPAs e g) desenvolvimento de professores. As EPAs foram principalmente mapeadas para suas respectivas competências ou marcos curriculares.^(13,19)

No Brasil, a versão final da Matriz de Competências da Febrasgo, revisada em 2019, contempla 16 eixos de competências (Quadro 2). Cada um dos eixos apresenta

Quadro 2. Eixos da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia⁽²¹⁾

Eixo	Competências
1	Atenção a saúde e cuidados no período pré-natal
2	Atenção a saúde e cuidados no período intraparto
3	Atenção a saúde e cuidados no período puerperal
4	Habilidades técnicas em procedimentos em Obstetrícia
5	Habilidades técnicas em procedimentos em Ginecologia
6	Atenção a saúde e cuidados nas desordens do assoalho pélvico
7	Atenção a saúde e cuidados em oncologia ginecológica
8	Atenção a saúde e cuidados na contracepção e planejamento familiar
9	Atenção a saúde e cuidados no sangramento uterino anormal
10	Atenção a saúde e cuidados em ginecologia endócrina
11	Atenção a saúde e cuidados nas infecções em Ginecologia e Obstetrícia
12	Atenção a saúde e cuidados nas urgências em Ginecologia e Obstetrícia
13	Atenção a saúde e cuidados nas afecções da mama
14	Atenção a saúde e cuidados nas desordens não originárias ao aparelho reprodutor
15	Segurança da paciente em Ginecologia e Obstetrícia
16	Profissionalismo em Ginecologia e Obstetrícia

Supervisores e preceptores devem receber treinamento continuado para a implementação adequada da CBME

as competências esperadas para o residente ao final do primeiro (R1), segundo (R2) e terceiro (R3) anos de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, e as competências para o R2 são cumulativas em relação ao R1 e as competências para o R3 são cumulativas em relação ao R1 e R2. Em cada eixo, as competências foram subdivididas em seus componentes fundamentais: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A). Essa subdivisão facilita a orientação dos processos de avaliação do residente em termos de cognição, habilidades técnicas e atitudes.^(20,21)

A confiança para a execução de atividades pelo residente tem sido baseada principalmente no número de exposições, com menor relevância dada à qualidade dessas execuções prévias. Nesse sentido, algumas ferramentas que permitem o registro dos procedimentos realizados ao longo do treinamento (como os *logbooks*) têm sido utilizadas por diversos programas.^(22,23) A partir desses registros, é possível avaliar se o número de exposições é suficiente para confiar ao residente uma determinada atividade sem a necessidade de supervisão direta. Não foi estabelecido um número mínimo de exposições supervisionadas para que a execução de uma atividade seja considerada confiável. Esse limiar deve diferir entre as diferentes atividades. Exposições reduzidas na prática devem ser compensadas por programas de treinamento de simulação.⁽²⁴⁾

Supervisores e preceptores devem receber treinamento continuado para a implementação adequada da CBME por meio do uso de EPAs e para a avaliação de domínios de competências genéricos com fornecimento de *feedback* efetivo.⁽²⁴⁾

REFERÊNCIAS

- ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005;39(12):1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x
- Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.* 2007;29(7):648-54. doi: 10.1080/01421590701392903
- Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach.* 2007;29(7):642-7. doi: 10.1080/01421590701746983
- General Medical Council. *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education.* London: GMC; 2018.
- Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* 2010;32(8):638-45. doi: 10.3109/0142159X.2010.501190
- Scheele F, Caccia N, van Luijk S, den Rooyen C, van Loon K; Dutch National Competency Based Curriculum for Obstetrics & Gynecology (NL). Better education for obstetrics and gynecology (BOEG). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie; 2013.
- Peters H, Holzhausen Y, Boscardin C, ten Cate O, Chen HC. Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions. *Med Teach.* 2017;39(8):802-7. doi: 10.1080/0142159X.2017.1331031
- ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med.* 2007;82(6):542-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e31805559c7
- ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ.* 2013;5(1):157-8. doi: 10.4300/JGME-D-12-00380.1
- Holmboe ES. Work-based assessment and co-production in postgraduate medical training. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc58. doi: 10.3205/zma001135
- Caccia N, Nakajima A, Kent N. Competency-based medical education: the wave of the future. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(4):349-53. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30286-3
- Caccia N, Nakajima A, Scheele F, Kent N. Competency-based medical education: developing a framework for obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(12):1104-12. doi: 10.1016/S1701-2163(16)30076-7
- Carraccio C, Englander R, Gilhooly J, Mink R, Hofkosh D, Barone MA, et al. Building a framework of entrustable professional activities, supported by competencies and milestones, to bridge the educational continuum. *Acad Med.* 2017;92(3):324-30. doi: 10.1097/ACM.0000000000001141
- Garofalo M, Aggarwal R. Competency-Based medical education and assessment of training: review of selected national obstetrics and gynaecology curricula. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(7):534-44.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2017.01.024
- Garofalo M, Aggarwal R. Obstetrics and gynecology modified Delphi survey for entrustable professional activities: quantification of importance, benchmark levels, and roles in simulation-based training and assessment. *Cureus.* 2018;10(7):e3051. doi: 10.7759/cureus.3051
- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990;65(9 Suppl):S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045
- Sabourin JN, Van Thournout R, Jain V, Demianczuk N, Flood C. Confidence in performing normal vaginal delivery in the obstetrics clerkship: a randomized trial of two simulators. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(7):620-7. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30542-9
- Pinilla S, Lenouvel E, Strik W, Kloppel S, Nissen C, Huwendiek S. Entrustable professional activities in psychiatry: a systematic review. *Acad Psychiatry.* 2019 Nov 15. doi: 10.1007/s40596-019-01142-7.
- Shorey S, Lau TC, Lau ST, Ang E. Entrustable professional activities in health care education: a scoping review. *Med Educ.* 2019;53(8):766-7. doi: 10.1111/medu.13879
- Romão GS, Reis FJC, Cavalli RC, Sá MFS. Matriz de competência em ginecologia e obstetrícia: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. *Femina.* 2017;45(3):172-7.
- Romão GS, Sá MFS. A formação orientada por competências e a matriz de competências em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil. *Femina.* 2019;47(3):146-51.
- Beasley SW, McBride C, Pearson ML. Use of the operative logbook to monitor trainee progress, and evaluate operative supervision provided by accredited training posts. *Surgeon.* 2011;9 Suppl 1:S14-5. doi: 10.1016/j.surge.2010.11.012
- Eroes CA, Barth C, Tonn JC, Reulen HJ. The revised European neurosurgical electronic logbook of operations. *Acta Neurochir (Wien).* 2008;150(2):195-8. doi: 10.1007/s00701-007-1469-6
- van Loon KA, Teunissen PW, Driessen EW, Scheele F. The role of generic competencies in the entrustment of professional activities: a nationwide competency-based curriculum assessed. *J Grad Med Educ.* 2016;8(4):546-52. doi: 10.4300/JGME-D-15-00321.1

Sobreaviso em Obstetrícia

Atividade ética e legal do médico obstetra

Dr. Carlos Henrique Mascarenhas Silva,
Dr. Juvenal Barreto Borriello de Andrade



Há bastante tempo, os médicos obstetras de todo o país vêm lutando para demonstrar que é absolutamente legal e ética a cobrança de honorários para que fiquem disponíveis para o momento do parto, de acordo com o pedido de suas clientes, que os escolheram e combinaram previamente no pré-natal.

Ficar à disposição dessas clientes para que possam ir, a qualquer momento, a uma das diversas maternidades Brasil afora durante várias semanas se constitui em um autêntico **sobreaviso médico**.

E esse **sobreaviso** a distância dos obstetras, em sua prática diária da medicina, está muito bem regulamentado pela **Resolução nº 1.834/2008**, do Conselho Federal de Medicina. Essa resolução dispõe que: *“a disponibilidade de médicos em sobreaviso é prática adotada nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país. Caracteriza-se pela **disponibilidade de especialistas**, fora da instituição, **alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados**”*.

Interessante ressaltar ainda que nessa resolução foi tratado também da questão de remuneração. O artigo 2º dessa normativa ético-legal traz o seguinte texto em relação à remuneração pelo serviço de sobreaviso e dos demais procedimentos:

Art. 2º. *A disponibilidade médica em sobreaviso [...] deve ser remunerada de forma justa, **sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados**.*

Fica muito claro no texto dessa resolução que, em Obstetrícia, são duas as remunerações que o médico de sobreaviso deve ter:

- 1º** Remuneração referente ao **sobreaviso obstétrico** propriamente dito, ao longo da gestação;
- 2º** Remuneração pelos procedimentos executados na maternidade, que são a **assistência ao trabalho de parto** acrescido do **parto vaginal** ou **parto cesáreo**.

Sendo assim, essas duas remunerações se constituem em um direito para que todos nós, obstetras, recebamos pelos serviços que prestamos com qualidade e segurança.

Vale destacar ainda que, quando estivermos trabalhando como médicos credenciados a operadoras de planos de saúde, atendendo essas pacientes, entendemos que a remuneração da **assistência ao trabalho de parto e do parto (vaginal ou cesáreo)** deve ser cobrada e remunerada de acordo com os contratos estabelecidos diretamente com esses planos de saúde. E a remuneração pelo **sobreaviso obstétrico** deve ser feita diretamente pelas nossas pacientes, de forma particular, já que foram elas que escolheram essa opção.

Existe ainda um ponto fundamental para que possamos estabelecer com segurança e em definitivo essa cobrança e que depende exclusivamente de nós, médicos obstetras: trata-se da comunicação.

A forma de conversarmos e de nos comunicar, com os nossos clientes e com a sociedade em geral, sobre o **sobreaviso obstétrico** deve ser feita de maneira correta, clara e assertiva. Não se trata de uma “taxa” ou de uma “complementação de valores”, ou mesmo de um “plus” para melhorar os valores pagos pelos planos de saúde pelo nosso trabalho. Não devemos utilizar qualquer termo diferente desse que estamos aqui abordando. O que fazemos é um **sobreaviso**, e os valores cobrados são para remunerar um trabalho médico! E ele é diferente do trabalho feito dentro de uma maternidade, já fazendo a assistência para o parto.

Neste momento precisamos cada vez mais nos unir e trabalhar com afinco em conjunto com nossas sociedades estaduais de Ginecologia e Obstetrícia, a Febrasgo e o Conselho Federal de Medicina, para que esse entendimento seja fortalecido e implantado. Só assim poderemos garantir que um princípio importante da bioética, que é o direito de escolha de nossas clientes na sua assistência obstétrica, seja respeitado e valorizando. **F**

Carta aos associados

Prezados colegas associados,

A gestão Nova Febrasgo 2016-2019 chega ao final de seu mandato. Neste período, foram realizadas muitas inovações em nossa entidade associativa nacional, como mudança do modelo de gestão, grande destaque para as Comissões Nacionais de Especialidades, realização de Congressos de alto nível científico, entre outras tantas.

Neste novo contexto, a Diretoria de Defesa e Valorização pode desempenhar seu papel de criar condições melhores para a aplicabilidade do conhecimento científico, em benefício das mulheres brasileiras.

O maior ganho conquistado neste período pela Diretoria de Defesa e Valorização Profissional foi a representatividade da Febrasgo em todas as instâncias onde possuía assento, tais como o Conselho Federal de Medicina em sua Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, a Associação Médica Brasileira junto à Defesa Profissional, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Justiça Federal, o Ministério da Saúde, entre outras.

Importante salientar que nas grades científicas dos Congressos Brasileiros de Ginecologia e Obstetrícia, realizados em Belém no ano de 2017 e Porto Alegre em 2019, foram realizadas 10 atividades de Defesa e Valorização Profissional em cada um deles, com grande comparecimento de médicos interessados nos assuntos escolhidos, todos relacionados com a implementação de boas práticas ginecológicas e obstétricas e as nossas condições de trabalho e remuneração.

Nestes quatro anos, o assunto “violência obstétrica” foi explorado pela mídia em desfavor do médico obstetra.

Algumas práticas passaram a ser contestadas e taxadas de violência obstétrica. Entretanto, no Brasil, muitas situações colocadas com essa terminologia estão relacionadas com situações de políticas públicas, como falta de vagas em maternidades no país inteiro, dificuldade de acesso a serviços de qualidade com assistência multidisciplinar, entre outras, e não estão ligadas diretamente à assistência. A posição da Febrasgo sobre esse debate foi sempre a recomendação para a aplicação de boas práticas obstétricas na assistência, todas baseadas em evidências científicas. Nessas situações de conflito, estivemos sempre ao lado do médico associado.

A disponibilidade obstétrica, prática legítima não aceita pelas operadoras de saúde suplementar, foi

exaustivamente discutida, e pleiteamos no Conselho Federal de Medicina, durante todo o ano de 2019, a mudança de redação do Parecer nº 39/2012, que na época de sua divulgação foi muito útil, mas agora necessita de adequação, para que o Poder Judiciário não julgue improcedentes as ações em andamento na Justiça.


Na ANS, conseguimos incluir itens no em seu rol de procedimentos, e outros ainda serão incluídos, e enviamos à AMB solicitação de correção de portes e inclusão de novos procedimentos.

Em fevereiro de 2019, a Febrasgo, em parceria com o Datafolha, divulgou uma pesquisa inédita que evidenciou, entre outros pontos, como a mulher brasileira vê o profissional médico ginecologista e obstetra, com ótima aceitação do público feminino em relação a esse profissional, considerando muito bom o atendimento recebido.

A boa relação médico-paciente é o grande segredo do exercício da Medicina. A atuação do médico ginecologista e obstetra cria esse grande vínculo, por dois fortes motivos:

- Em Obstetrícia, porque atendemos a gestante durante o pré-natal, em aproximadamente 10 consultas, criando uma relação de vínculo muito forte, e na assistência ao parto participamos do nascimento, celebração da vida;
- Na Ginecologia, temos oportunidade de acompanhar a mulher durante sua vida inteira: na infância, puberdade, menacme, menopausa e senilidade, cada época com suas particularidades.

Ressaltamos o empenho dos membros da Comissão de Defesa e Valorização Profissional durante todo este período, pelo empenho e dedicação na condução desses temas, a quem agradecemos.

Assim sendo, com caminhos pavimentados em todas as instituições de âmbito nacional, desejamos muito sucesso e conquistas aos colegas que assumem os destinos de nossa Federação, aos médicos associados e às mulheres brasileiras, nossas pacientes. 

Dr. Juvenal Barreto Borriello de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização Profissional
Gestão 2016-2019 – Nova Febrasgo

Diagnóstico por imagem da endometriose: um desafio muito frequente

Ana Paula Carvalhal Moura¹
Luciana Pardini Chamie¹

1. Consultoras médicas do Fleury em Imagem, São Paulo, SP, Brasil.



Condição inflamatória crônica, a endometriose representa uma das doenças ginecológicas mais comuns, afetando cerca de 10% a 15% das mulheres em idade fértil e cerca de 90% das mulheres com dor pélvica crônica, além de ser considerada causa importante de infertilidade – cerca de 20% a 40% das mulheres inférteis apresentam endometriose e de 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis. O diagnóstico, em geral, é difícil e demorado, levando em média de sete a dez anos entre o início dos sintomas e sua descoberta.

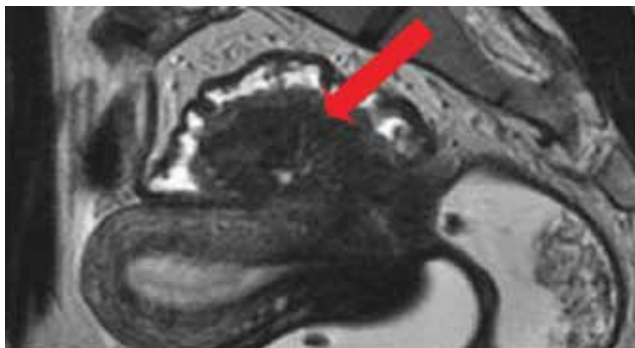
O exame físico e os testes laboratoriais apresentam baixa sensibilidade para identificar a doença. Já os métodos de imagem apresentam um papel fundamental, seja para detectar os focos de endometriose com elevada acurácia, seja para propiciar um estadiamento das estruturas acometidas e do grau de infiltração pela doença. Os métodos mais utilizados para o diagnóstico são a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal (USTVPI) e a ressonância magnética (RM) da pelve. Quando indicados, podem ser feitos no mesmo dia, com

Métodos diagnósticos de imagem mais utilizados para a detecção de endometriose

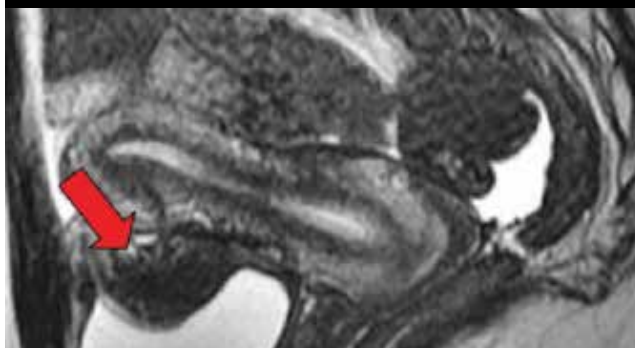
Local de avaliação	Exame
Intestino	A USTVPI permite a identificação das camadas da parede intestinal comprometidas e a distância da borda anal
Ovário	A US transvaginal possui excelente sensibilidade (97%) e especificidade (90%) no diagnóstico de endometrioma e a RM tem acurácia mais elevada para o endometrioma de ovário do que a US, sobretudo para cistos pequenos, menores que 1,0 cm
Retossigmoide e retrocervical	A USTVPI configura um método com boa acurácia, com índices de sensibilidade e especificidade entre 98% e 100%
Vagina	A US transvaginal e a RM são os mais utilizados para detectar nódulos de endometriose nessa área. O uso de gel (cerca de 60 mL) possibilita visualizar se a lesão está só aderida ou infiltrada profundamente na parede vaginal, o que determina a necessidade de colpectomia
Vias urinárias:	
Ureteres	A RM é superior à US, inclusive pela utilização de sequências específicas de uroressonância, mas o estudo ultrassonográfico também pode detectar infiltração ureteral e hidronefrose
Bexiga	A RM e a USTVPI representam os métodos de escolha, embora se note superioridade da US na detecção das pequenas lesões vesicais ou do espaço vesicuterino, assim como na pesquisa de aderências

Classificação da endometriose sob o aspecto da imagem

Doença	Comportamento das lesões
Superficial	Acometem menos de 5 mm do peritônio
Profunda	Penetram em mais de 5 mm do peritônio
Ovariana	Formam endometriomas, ou seja, cistos de paredes espessas e conteúdo hemorrágico



RM de pelve no plano sagital, ponderada em T2, evidência extensa lesão endometriótica infiltrativa desde a região retrocervical até o reto sigmoido, com bloqueio do fundo de saco posterior (seta).



RM mostra lesão nodular de endometriose profunda ocupando o espaço vesicuterino e infiltrando a parede posterior da cúpula vesical (seta).



US transvaginal com preparo intestinal demonstra lesão endometriótica infiltrativa na parede do reto sigmoido (seta), comprometendo a camada muscular própria da alça.



US transvaginal aponta lesão nodular heterogênea no espaço retovaginal, logo abaixo do plano da reflexão peritoneal (círculo).

a vantagem de aproveitar o preparo para ambos os estudos e permitir sua comparação.

A USTVPI, em particular, aprimorou as condições para diagnosticar lesões intestinais, pois remove os resíduos fecais e evita artefatos ou áreas cegas na imagem, proporcionando melhor avaliação intestinal e das regiões mais comumente acometidas pela endometriose profunda: região retrocervical (ligamentos uterossacros e *torus* uterino), vagina, intestino (reto, sigmoide, íleo e apêndice), bexiga e ureteres. As lesões de septo retovaginal (entre o terço médio da vagina e o reto) são relativamente raras.

Em resumo, a USTVPI e a RM da pelve na avaliação da endometriose estão indicadas nas seguintes situações:

- Rastreamento de endometriose em mulheres na idade reprodutiva
- Rastreamento de endometriose em mulheres inférteis
- Investigação de algia pélvica crônica
- Mapeamento e estadiamento da endometriose profunda para o planejamento pré-operatório
- Controle evolutivo de endometriose profunda em pacientes em tratamento clínico
- Controle evolutivo pós-operatório de endometriose profunda

A RM da pelve também está indicada e é superior à ultrassonografia para o rastreamento de endometriose em mulheres virgens e para o rastreamento de endometriose infiltrativa em nervos da cavidade pélvica e extra-pélvica, no assoalho pélvico, diafragma ou nos ureteres.

É importante que a paciente realize o preparo intestinal antes da realização da USTVPI e da RM da pelve, pois permite avaliação mais adequada das estruturas pélvicas, principalmente dos segmentos intestinais que podem estar acometidos pela endometriose. A orientação inclui, basicamente, dieta pobre em resíduos e laxativos na véspera do exame, além de lavagem retal no dia do exame.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. Chamié LP, Pereira RM, Zanatta A, Serafini PC. Transvaginal US after bowel preparation for deeply infiltrating endometriosis: protocol, imaging appearances, and laparoscopic correlation. *Radiographics*. 2010;30(5):1235-49. doi: 10.1148/rg.305095221
2. Chamié LP, Blasbalg R, Pereira RM, Warmbrand G, Serafini PC. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. *Radiographics*. 2011;31(4):E77-100. doi:10.1148/rg.314105193
3. Chamié LP, Ribeiro DMFR, Tiferes DA, Macedo Neto AC, Serafini PC. Atypical sites of deeply infiltrative endometriosis: clinical characteristics and imaging findings. *Radiographics*. 2018;38(1):309-28. doi: 10.1148/rg.2018170093
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de endometriose 2014/2015. São Paulo, SP: FEBRASGO; 2014.
5. Loubeyre P, Petignat P, Jacob S, Egger JF, Dubuisson JB, Wenger JM. Anatomic distribution of posterior deeply infiltrating endometriosis on MRI after vaginal and rectal gel opacification. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192(6):1625-31. doi: 10.2214/AJR.08.1856

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 DE REVISÃO

893 Condução da toxoplasmose gestacional

Emmanuelle Luana Voltolini Tafner Ruiz
de Moraes, Fábio Roberto Ruiz de Moraes

PROTOCOLOS

898 Infecção puerperal

Sérgio Hecker Luz, João Alfredo Piffero
Steibel, Gustavo Steibel, Edson Vieira da
Cunha Filho

902 Abdome agudo em ginecologia

Eduardo Batista Cândido, Aline
Evangelista Santiago, Agnaldo Lopes da
Silva Filho

Como baixar e acessar o aplicativo da FEBRASGO?



1. Entre no Play Store ou na Apple Store, procure por FEBRASGO e clique em "instalar"/"obter".



2. Após baixar, abra o aplicativo e clique em "Criar conta".



3. Preencha os campos com os seus dados e pressione o botão "próximo".



4. Crie uma senha para seu acesso



5. Selecione a categoria na qual você pertence e preencha os dados complementares.



6. Pronto, agora você pode ter acesso ao Aplicativo da FEBRASGO!



Para proporcionar uma melhor experiência, queremos ouvir você. Caso tenha sugestões, vá até o rodapé da página e nos envie sua sugestão.

Condução da toxoplasmose gestacional

Management of gestational toxoplasmosis

Emmanuelle Luana Voltolini Tafner Ruiz de Moraes¹, Fábio Roberto Ruiz de Moraes¹

RESUMO

A toxoplasmose é uma doença proveniente do *Toxoplasma gondii*, um protozoário que tem os felinos como seu hospedeiro definitivo e os mamíferos e aves como seu hospedeiro intermediário. Tem um curso benigno e autolimitado quando acomete um indivíduo imunocompetente, no entanto a infecção durante a gestação acarreta até 50% de chance de toxoplasmose congênita, podendo causar danos severos ao feto. A virulência dos genótipos encontrados nas Américas Central e do Sul é a mais alta, comparada a Europa e América do Norte, tendo a doença um comportamento mais agressivo. Os estudos relatam a diminuição da infecção fetal em até 60% com o uso da espiramicina, usada ainda na profilaxia. Este artigo discute sobre a triagem materna pré-natal e sua necessidade, a profilaxia e o tratamento da infecção fetal ainda intraútero, com o objetivo de diminuir a transmissão vertical e as sequelas neonatais com suas implicações ao longo da vida.

ABSTRACT

Toxoplasmosis it is a disease originating from *Toxoplasma gondii*, a protozoan that has felines as its ultimate host and mammals and birds as its intermediate host. Has a benign and self-limiting course when affects immunocompetent individual, however, infection during pregnancy leads 50% chance of congenital toxoplasmosis and can cause severe damage to the fetus. The virulence of genotypes found in Central and South America is the highest compared to Europe and North America, having the disease a more aggressive behavior. Studies report a reduction in fetal infection 60% with the use spiramycin still used for prophylaxis. This article discusses prenatal maternal screening, prophylaxis and treatment of fetal infection still in utero with the objective of decreasing vertical transmission and neonatal sequelae with their lifelong implications.

Descritores

T. Gondii; Teste de avidéz; Infecção fetal; Amniocentese; Espiramicina; Sulfadiazina; Pirimetamina

Descritores

T. Gondii; Greed test; Fetal infection; Amniocentesis; Spiramycin; Sulfadiazine; Pyrimethamine

Submetido:

02/09/2019

Aceito:

03/12/2019

1. Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Emmanuelle Luana Voltolini Tafner Ruiz de Moraes

Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO-14, Plano Diretor Norte, 77001-090, Palmas, TO, Brasil. manluanatafner@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é causada pelo parasita intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii*.⁽¹⁾ É um protozoário coccídeo que infecta um terço da população mundial, sendo uma doença de alta infecciosidade e baixa patogenicidade. A toxoplasmose adquire enorme relevância quando ocorre durante a gestação pelo risco de transmissão vertical.⁽²⁾

O *T. gondii* existe em três formas: o esporozoítio (em oocistos esporulados), que é lançado apenas nas fezes de hospedeiros definitivos; o taquizoítio (uma forma de divisão rápida observada na fase aguda da infecção); e o bradizoítio (uma forma de crescimento lento observada dentro de cistos teciduais).⁽³⁾ Tem como seu hospedeiro definitivo o felino e como seus hospedeiros intermediários aves e mamíferos.

O homem é geralmente infectado pelo consumo de carne crua ou malcozida contaminada com cistos ou pela ingestão de água, alimentos ou solo contaminados com oocistos de *T. gondii*.⁽²⁾

A toxoplasmose congênita (TC) ocorre devido à transferência placentária do *T. gondii* para o concepto, principalmente quando a mulher adquire pela primeira vez toxoplasmose (infecção aguda) durante a gravidez, podendo chegar a 50% sem tratamento⁽¹⁾ e em menor proporção, quando ocorre uma reinfecção ou reativação de um toxoplasma previamente adquirido em mulheres imunodeprimidas.⁽³⁾

A infecção materna aguda geralmente é assintomática ($\geq 80\%$ dos casos). Quando os sintomas da infecção ocorrem, eles são tipicamente inespecíficos e leves: febre, calafrios, suores, dores de cabeça, mialgias, faringite, hepatoesplenomegalia e/ou uma erupção maculopapular difusa não purulenta. Os episódios febris geralmente duram de dois a três dias.

A linfadenopatia é o sintoma mais comum. É tipicamente bilateral, simétrica, não dolorosa e cervical.⁽⁴⁾ Diferente da febre, pode persistir por semanas.

Existem três genótipos principais de *T. gondii* (tipos 1, 2 e 3), cuja prevalência varia em diferentes áreas geográficas. Na Europa e na América do Norte, a grande maioria dos pacientes está infectada com genótipos menos virulentos; na América do Sul e na América Central, os genótipos mais virulentos são prevalentes e associados a uma taxa mais alta e maior gravidade da doença materna após a infecção.⁽⁵⁾ A gravidade da infecção congênita também pode ser afetada pelo genótipo de *T. gondii*.

A transmissão do neonato ocorre pelos taquizoítos que cruzam a placenta a partir da circulação materna durante a primoinfecção.⁽³⁾

A taxa de transmissão vertical do toxoplasma cresce proporcionalmente à idade gestacional, sendo de 14% no primeiro trimestre, de 29% no segundo e de 59% no terceiro, mas pode chegar a 80% no termo.⁽⁶⁾ A gravidade da infecção fetal depende da idade gestacional; no início da gestação, a taxa de infecção fetal é pequena. No entanto, quando ocorre, as manifestações clínicas são graves, podendo resultar na morte do feto e no aborto espontâneo.⁽²⁾

TRIAGEM MATERNA

A maioria das infecções se apresenta de maneira assintomática, e o diagnóstico é feito por meio de sorologia. Em áreas de alta prevalência da toxoplasmose, onde se inclui o Brasil, o rastreamento de rotina tem resultado em diminuição da doença congênita. O momento ideal para realizar o exame é no período pré-concepcional.⁽⁶⁾ No entanto, para as pacientes que não foram rastreadas no período pré-gestacional, a pesquisa de anticorpos deverá ser realizada na primeira consulta de pré-natal.⁽⁶⁻⁹⁾

Os anticorpos da classe IgG (imunoglobulina G) surgem após duas semanas do início da infecção, atingem o pico com seis a oito semanas e persistem por período indeterminado. Por sua vez, os anticorpos da classe IgM (imunoglobulina M) podem ser detectados precocemente, com uma semana de infecção, desaparecendo

em aproximadamente 12 semanas.⁽³⁾

Na gestação, a interpretação dos resultados é difícil, pois a presença do anticorpo IgM não é diagnóstico definitivo de doença aguda. A detecção de IgM no soro materno pode corresponder à doença aguda, reação cruzada com outros anticorpos IgM circulantes ou persistência após uma infecção pregressa.⁽⁶⁾ Diante dessas dificuldades, segue interpretação de resultados de sorologia de IgM e IgG para toxoplasmose.

GESTANTES SUSCETÍVEIS (IGG E IGM NÃO REAGENTES)

A ausência de anticorpos IgG e IgM específicos para *T. gondii* identifica as pacientes suscetíveis. Para essas gestantes, deverão ser ofertadas orientações sobre como evitar a doença e repetir a sorologia mensalmente ou pelo menos em cada trimestre até o final da gestação.

As seguintes orientações devem ser fornecidas:

1. Não ingerir carnes cruas ou malcozidas.
2. Toda carne deve ser cozida até atingir temperatura superior a 67 °C.
3. A água deve ser tratada ou fervida.
4. Lavar frutas e verduras adequadamente.
5. Usar luvas para manipular carnes cruas.
6. Não utilizar a mesma faca para cortar carnes e outros vegetais ou frutas.
7. Proteger os alimentos de moscas e baratas.
8. Ferver e pasteurizar o leite antes do consumo.
9. Evitar contato com qualquer material que possa estar contaminado com fezes de gatos; como solo, gramados e caixas de areia.
10. Alimentar os gatos domésticos com carnes bem-cozidas ou rações comerciais e lavar diariamente o local onde ocorre o depósito de suas fezes; com essa medida, o oocisto não se torna infectante, visto que necessita de no mínimo 24 horas, em temperatura ambiente, para atingir a fase infectante.⁽⁸⁻¹⁴⁾

GESTANTES IMUNES (IGG REAGENTE E IGM NÃO REAGENTE)

A presença de anticorpos IgG reagente e IgM não reagente mostra as gestantes que já tiveram contato prévio com o toxoplasma. Se elas possuem imunidade preservada, não há risco de reativação, por isso não representam preocupação com a transmissão fetal.^(1,8) As pacientes com imunossupressão devem ser acompanhadas em pré-natal de alto risco com medidas de prevenção secundárias.⁽⁸⁾ É possível ocorrer a transmissão transplacentária por reativação da infecção, logo, faz-se necessário o acompanhamento com investigação apropriada por um infectologista.⁽⁹⁾

GESTANTES COM IGG NÃO REAGENTE E IGM REAGENTE (IGG- E IGM+)

Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.⁽⁹⁾ Repetir a sorologia em duas a três semanas e iniciar imediatamente a profilaxia para transmissão vertical com espiramicina, na dose de 3 g ou 9.000.000 UI ao dia, até o resultado dessa segunda amostra.⁽¹⁰⁾ O IgG reagente no novo resultado traduz a infecção aguda, então mantém-se a espiramicina e deve-se realizar a pesquisa da infecção fetal após 18 semanas de gestação.⁽⁸⁾ Se a segunda amostra mantiver o mesmo resultado com IgG não reagente e IgM reagente, representa um falso-positivo. Essa paciente pode ser acompanhada pelo pré-natal do baixo risco exclusivamente, sem o uso de espiramicina.⁽⁶⁾

Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.⁽⁹⁾ Repetir a sorologia em duas a três semanas e iniciar imediatamente a profilaxia para transmissão vertical com espiramicina, na dose de 3 g ou 9.000.000 UI ao dia, até o resultado dessa segunda amostra.⁽¹⁰⁾ O IgG reagente no novo resultado traduz a infecção aguda, então mantém-se a espiramicina e deve-se realizar a pesquisa da infecção fetal por meio da PCR (reação em cadeia da polimerase) no líquido amniótico com a amniocentese após 18 semanas de gestação.⁽⁸⁾

Se a segunda amostra mantiver o mesmo resultado com IgG não reagente e IgM reagente, representa um falso-positivo. Essa paciente pode ser acompanhada pelo pré-natal do baixo risco exclusivamente, sem uso de espiramicina.⁽⁶⁾

GESTANTES COM IGG REAGENTE E IGM REAGENTE (IGG+ E IGM+)

Há a possibilidade de infecção durante a gestação. Em todos os casos suspeitos da doença na gestação, recomenda-se o início imediato da profilaxia da transmissão vertical com espiramicina, na dose de 3 g ou 9.000.000 UI ao dia (dois comprimidos por via oral, três vezes ao dia), até descartar o caso como doença aguda, e se isso não for possível, deve-se mantê-la até final da gravidez.⁽⁶⁾

A presença de IgM nem sempre representa quadro agudo. Pode corresponder a um resultado falso-positivo de IgM ou à persistência da imunoglobulina após infecção passada. Essas gestantes devem ser encaminhadas para serviços de medicina fetal.⁽⁶⁾

Para as mulheres que são inicialmente rastreadas no final do primeiro trimestre e têm IgM e IgG positivos, a probabilidade de que a infecção tenha ocorrido após a concepção é de 1% a 3%, dependendo do teste utilizado.⁽¹¹⁾

Para estabelecer se os anticorpos IgM e IgG positivos refletem infecção recente ou crônica ou um resultado falso-positivo, testes de confirmação devem ser obtidos como teste de avididade, avaliação seriada dos títulos de IgG ou outros ensaios de pesquisa de IgM como ELISA de captura ou imunofluorescência indireta.^(8,11)

A avididade de IgG foi introduzida no rastreamento das infecções, porque avalia a afinidade entre o anticorpo da classe IgG e o antígeno, uma vez que a afinidade do anticorpo pelo antígeno tende a aumentar com o intervalo de tempo.⁽¹⁰⁾

A alta avididade de IgG, então, é uma característica da infecção crônica (> 4 meses de idade). Portanto, quando se verifica alta avididade em gestantes que apresentam IgG e IgM positivos já na primeira amostra coletada no primeiro trimestre de gestação, conclui-se que a toxoplasmose foi adquirida antes da concepção.⁽⁹⁾

A presença de baixa avididade de IgG associada ao resultado positivo de IgM e IgG sugere uma infecção recente, adquirida durante a gestação ou antes dela, pois baixos índices de avididade podem durar até um ano. Nesses casos, a repetição da sorologia após duas a três semanas pode mostrar elevação dos títulos dos anticorpos IgM e IgG, evidenciando uma infecção aguda, ou mostrar títulos estáveis de IgG e persistentemente baixos de IgM, mostrando que a infecção ocorreu há alguns meses e estamos diante de IgM residual. É importante destacar que, na gestante, a associação entre baixa avididade de IgG e títulos elevados de IgM e IgG é fortemente sugestiva de infecção aguda adquirida na gestação.⁽⁹⁾ Nesses casos, deve-se manter a espiramicina e realizar a pesquisa de infecção fetal.⁽⁸⁾

PESQUISA DE INFECÇÃO FETAL

PCR do líquido amniótico

A importância da coleta do líquido amniótico está na possibilidade da detecção do parasita no líquido amniótico e na modificação do tratamento com a utilização de drogas que atravessam a barreira placentária e que sejam parasiticidas. A amniocentese está indicada nos casos de soroconversão diagnosticada na repetição da sorologia, na presença de quadro clínico materno com confirmação pela sorologia, nos casos com alterações ultrassonográficas sugestivas de toxoplasmose congênita e nos casos com provável infecção aguda na gravidez.⁽⁸⁾ A amniocentese e a PCR do líquido amniótico têm boa acurácia, e essa associação tornou-se o exame de escolha para o diagnóstico de infecção fetal (a análise de PCR tem sensibilidade de 92%).⁽¹²⁾ O período para coleta do líquido amniótico compreende 18^(6,8,9,14) a 32 semanas,⁽¹³⁾ e a quantidade da amostra fica em torno de 20 mL. A sensibilidade do teste é maior quando realizado após a 21ª semana de gestação.⁽⁶⁾ Após as 32 semanas, faz-se o tratamento sem a investigação. Nas gestantes HIV positivas e com hepatites ativas, contraindica-se o procedimento, devido ao risco de transmissão vertical do vírus.⁽¹³⁾ Se a pesquisa resultar negativa, recomendam-se a manutenção da espiramicina até o final da gestação e exame ultrassonográfico mensal. Com o resultado positivo no líquido amniótico, considera-se o feto infectado e inicia-se o tratamento com esquema triplice (pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico), que será descrito adiante.

Ultrassonografia

O exame ultrassonográfico sem alterações é tranquilizador, porém não é possível excluir a infecção fetal, pois as alterações ultrassonográficas aparecem em aproximadamente 28% dos fetos infectados.⁽⁶⁾

Os achados ultrassonográficos clássicos associados à infecção fetal são:⁽¹⁵⁾

1. Hidrocefalia (por estenose do aqueduto de Sylvius) e/ou ventriculomegalia;
2. Calcificações intracranianas;
3. Aumento da circunferência abdominal (pela hepatoesplenomegalia);
4. Ascite fetal;
5. Aumento da espessura da placenta.⁽¹⁵⁾

A ultrassonografia fetal pode ser útil para fornecer informações diagnósticas e prognósticas.⁽¹⁶⁾ Alguns achados ultrassonográficos como a dilatação dos ventrículos cerebrais (ventriculomegalia) e a presença de catarata são sinais associados a um mau prognóstico fetal. Eles surgem como seqüela do processo inflamatório que já ocorreu, destruindo os tecidos; no caso da dilatação ventricular, o parênquima é substituído por liquor; no caso da catarata, as lesões da câmara posterior do olho (coriorretinite) aparentemente se transmitem ao cristalino, causando sua opacificação. A terapia pré-natal parece não melhorar significativamente o prognóstico em ambos os casos.⁽¹⁵⁾

PROFILAXIA DA INFECÇÃO FETAL

A espiramicina alcança níveis muito altos de tecidos na placenta. Em estudos usando controles históricos, a incidência de TC foi reduzida em 60%.^(17,18) Sendo assim, todas as gestantes com diagnóstico de infecção aguda, incluindo os casos suspeitos e que aguardam confirmação sorológica, devem receber a profilaxia a partir do momento em que foi feita a hipótese de infecção aguda até o parto. Sendo descartada a infecção aguda, a profilaxia deverá ser suspensa.⁽¹³⁾ As gestantes imunes (IgG reagente e IgM não reagente) não necessitam da profilaxia,⁽⁶⁾ exceto se houver imunossupressão, devido ao risco de reativação da doença.

Esquema terapêutico

Espiramicina – 500 mg (1.500.000 UI) – 2 comprimidos via oral (VO) a cada 8 horas.⁽¹³⁾

Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos, diarreia e reações de pele (prurido, erupção cutânea, urticária).

Monitoramento

Não é necessário monitoramento laboratorial.

TRATAMENTO DA INFECÇÃO FETAL

Quando a infecção fetal foi confirmada após um procedimento invasivo, deve-se instituir o tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico até o final da gestação.^(10,13) Nos casos de soroconversão tardia (acima de 32 semanas), quando não está indicado o procedimento invasivo para a pesquisa do parasita, devido ao alto risco de transmissão vertical, também se inicia o tratamento com esquema tríplice. Nos casos em que haja soroconversão, quadro clínico com confirmação sorológica e alteração ultrassonográfica associada a toxoplasmose, em locais sem condições de procedimento invasivo, torna-se necessário o tratamento para infecção fetal, mesmo sem a sua confirmação.^(3,8) Essas drogas são contraindicadas no primeiro trimestre, devendo ser iniciadas somente a partir da 16ª semana; até esse período, usar espiramicina.

Esquema terapêutico^(3,6,8)

- Sulfadiazina 500 mg – 2 comprimidos VO a cada 8 horas – dose diária: 3,0 g
- Pirimetamina 25 mg – 1 comprimido VO a cada 12 horas – dose diária: 50 mg/dia
- Ácido fólico (leucovorina) 10 a 20 mg – 1 comprimido antes do almoço (ATENÇÃO: ácido fólico não é substituto adequado.)

Efeitos colaterais

A pirimetamina é um antagonista do ácido fólico que pode causar supressão da medula óssea relacionada à dose, resultando em anemia, leucopenia e trombocitopenia. É teratogênica em animais quando administrada em grandes doses.⁽³⁾ A sulfadiazina, outro antagonista do ácido fólico, funciona sinergicamente com a pirimetamina contra taquizoítos de *T. gondii* e também pode causar supressão da medula óssea e insuficiência renal aguda reversível.^(5,8,16)

Monitoramento

Durante o tratamento, a realização de hemograma materno a cada duas semanas e, na presença de alterações como a anemia megaloblástica, o tratamento deve ser suspenso e substituído pela profilaxia com espiramicina.⁽⁶⁾ Além disso, devem ser feitas avaliações de vitalidade fetal pela ultrassonografia em busca de sinais de anemia fetal, como a hidropisia fetal.⁽¹³⁾

REFERÊNCIAS

1. Avelino MM, Amaral WN, Rodrigues IM, Rassi AR, Gomes MB, Costa TL, et al. Congenital toxoplasmosis and prenatal care state programs. *BMC Infect Dis.* 2014;14:33. doi: 10.1186/1471-2334-14-33
2. Gontijo da Silva M, Clare Vinaud M, Castro AM. Prevalence of toxoplasmosis in pregnant women and vertical transmission of *Toxoplasma gondii* in patients from basic units of health from Gurupi, Tocantins, Brazil, from 2012 to 2014. *PLoS One.* 2015;10(11):e0141700. doi: 10.1371/journal.pone.0141700

3. Remington JS, McLeod R, Thulliez P, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Baker CJ, eds. Infectious diseases of fetus and newborn infant. 6th ed. Philadelphia (PA): Elsevier Saunders; 2006. p. 947-1091.
4. Gilbert R, Gras L; European Multicentre Study on Congenital Toxoplasmosis. Effect of timing and type of treatment on the risk of mother to child transmission of *Toxoplasma gondii*. BJOG. 2003;110(2):112-20. doi: 10.1016/s1470-0328(02)02325-x
5. Behnke MS, Dubey JP, Sibley LD. Genetic mapping of pathogenesis determinants in *Toxoplasma gondii*. Annu Rev Microbiol. 2016;70:63-81. doi: 10.1146/annurev-micro-091014-104353
6. Melo NR, Fonseca E. Medicina fetal. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
7. Walcher DL, Comparsi B, Pedroso D. Toxoplasmose gestacional: uma revisão. Rev Bras Anál Clín. 2016;48(2):323-7. doi: 10.21877/2448-3877.201600273
8. Andrade JQ, Amorim Filho AG, Francisco RP. Toxoplasmose e gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 67/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
10. Urbanetz AA. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. Barueri: Manole; 2016.
11. Villard O, Breit L, Cimon B, Franck J, Fricker-Hidalgo H, Godineau N, et al. Comparison of four commercially available avidity tests for *Toxoplasma gondii*-specific IgG antibodies. Clin Vaccine Immunol. 2013;20(2):197-204. doi: 10.1128/CI.00356-12
12. Tabile PM, Teixeira RM, Pires MC, Fuhrmann IM, Matras RC, Toso G, et al. Toxoplasmose gestacional: uma revisão da literatura. Rev Epidemiol Controle Infecç. 2015;5(3):158-62.
13. Amorim Filho AG, Andrade JQ. Toxoplasmose. In: Zugaib M, Bittar RE, Francisco RPV. Protocolos assistenciais: clínica obstétrica FMUSP. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 289-95.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Gestaçao de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Pastore AR. Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
16. Maldonado YA, Read JS; Committee on Infectious Diseases. Diagnosis, treatment, and prevention of congenital toxoplasmosis in the United States. Pediatrics. 2017;139(2):e20163860. doi: 10.1542/peds.2016-3860
17. Silva BCT, Gonçalves DD, Lopes LF, Diegas PHF, Teixeira VS, Esteves APVS. Toxoplasmose congênita: estratégias de controle durante o pré-natal. Rev Cad Med. 2019;2(1):16-26.
18. Montoya JG, Remington JS. Management of *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy. Clin Infect Dis. 2008;47(4):554-66. doi: 10.1086/590149

Descritores

Sepse; Choque séptico; Complicações na gravidez; Mortalidade materna; Complicações infecciosas na gravidez

Como citar?

Luz SH, Steibel JA, Steibel G, Cunha Filho EV. Infecção puerperal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 117/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

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

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 117, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Infecção puerperal

Sérgio Hecker Luz¹, João Alfredo Piffero Steibel¹, Gustavo Steibel¹, Edson Vieira da Cunha Filho¹

INTRODUÇÃO

DEFINIÇÃO

Em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a seguinte definição: Sepsis puerperal é uma infecção do trato genital ocorrendo, em qualquer momento, entre a ruptura das membranas ou o trabalho e o 42º dia após o parto, no qual estão presentes dois ou mais dos seguintes eventos:

- Dor pélvica;
- Febre (temperatura oral de 38,5 °C ou superior em qualquer ocasião);
- Corrimento vaginal anormal, por exemplo, presença de pus;
- Cheiro anormal/mau cheiro do corrimento vaginal;
- Atraso na redução do tamanho do útero (<2 cm/dia durante os primeiros oito dias).⁽¹⁾

1. O conceito de infecção puerperal deve ser complementado com o de morbidade febril puerperal, pela dificuldade de caracterizar a infecção que ocorre logo após o parto.⁽²⁾

2. Outras definições que se fazem necessárias são:

- Bacteremia: presença de bactérias na corrente sanguínea;
- Sepsis: síndrome clínica caracterizada pela resposta da hospedeira a um processo infeccioso, acompanhada de uma resposta inflamatória sistêmica;
- Sepsis grave: sepsis associada à disfunção de um ou mais órgãos (sistema nervoso central, renal, pulmonar, hepática, cardíaca, coagulopatia, acidose metabólica);
- Choque séptico: sepsis com hipotensão refratária à ressuscitação volêmica.⁽³⁾

3. A OMS incluiu o termo “infecção puerperal”, pois hoje estão morrendo mulheres com infecções de outros locais do corpo.⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGIA

Varia de 1% a 15%. Juntamente com estados hipertensivos e hemorrágicos, forma a tríade letal do ciclo gravídico-puerperal.^(2,4) Sepsis grave é uma condição potencialmente fatal e as taxas de mortalidade maternas mais do que duplicaram nas últimas duas décadas. Com esse aumento, a sepsis tornou-se a primeira causa de morte materna obstétrica direta, superando a hipertensão nos países desenvolvidos. Na Holanda, ela representa 8,1% das admissões obstétricas em centros de tratamento intensivo.⁽⁵⁾

FATORES DE RISCO

Fatores predisponentes:

- Amniorrexe e/ou trabalho de parto prolongados;
- Manipulação vaginal excessiva (toques);
- Monitoração interna;
- Cerclagem;

- Más condições de assepsia;
- Anemia;
- Baixo nível socioeconômico;
- Hemorragia anteparto, intraparto e pós-parto;
- Placentação baixa;
- Retenção de restos ovulares;
- Parto cesáreo;
- Obesidade;
- Diabetes gestacional;
- Diabetes;
- Imunidade alterada;
- Uso de medicação imunossupressora;
- Infecção pelo *Streptococcus* do grupo A (GAS).^(2,4)

GERMES ENVOLVIDOS NA SEPSE PUERPERAL

O germe mais frequente na sepse puerperal é o GAS, também conhecido *Streptococcus pyogenes*. *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *S. aureus* (resistente à meticilina), *Clostridium septicum* e *Morganella morganii* são também prevalentes. O GAS está causando cada vez mais infecções invasivas em todo o mundo e foi diretamente responsável por 13 dos 29 óbitos maternos por infecção no Reino Unido durante 2006 a 2008.⁽⁶⁾

COMPLICAÇÕES E MORBIMORTALIDADE

O conceito de infecção puerperal deve ser complementado com o de morbidade febril puerperal, pela dificuldade de caracterizar a infecção que ocorre logo após o parto.⁽²⁾ Outras partes do corpo que podem se infeccionar no puerpério e servir de causa para a sepse puerperal.⁽⁶⁻⁸⁾

MASTITE

A mastite é facilmente negligenciada na clínica, mas pode levar a abscessos mamários, fasciite necrosante e síndrome do choque tóxico.^(6,9)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

As infecções bacterianas Gram-negativas são particularmente associadas ao trato urinário. A pielonefrite aguda deve ser tratada de forma agressiva, com hospitalização e antibiótico endovenoso.^(6,10)

PNEUMONIA

A pneumonia grave deve ser assistida em conjunto com um pneumologista/infectologista. Um antibiótico beta-lactâmico, junto com um antibiótico macrolídeo, é usado para cobrir organismos típicos e atípicos.^(6,10)

INFECÇÃO DA PELE E DOS TECIDOS MOLES

Qualquer mulher com suspeita de sepse bacteriana deve ser cuidadosamente examinada quanto à infecção da pele e dos tecidos moles, especialmente olhando cânulas intravenosas ou locais de injeção e feridas por cesariana ou episiotomia. É necessário colher amostras para cultura de todos os locais suspeitos. Devem ser retirados (trocados) todos os dispositivos de acesso vascular ou outros dispositivos internos que sejam suspeitos de ser a fonte da infecção. As infecções cutâneas e de tecidos moles são particularmente associadas a síndromes de choque tóxico. A fasciite necrosante precoce ocorre profundamente nos tecidos, mas pode não haver alterações visíveis na pele. À medida que o processo de necrotização se superficializa, há a produção de bolhas e necrose óbvia. A característica cardinal da fasciite necrosante é de dor agonizante.^(6,11,12) Gastroenterite, faringite e infecção no local da anestesia são locais possíveis como causa de sepse, mas são mais raros.⁽⁶⁾

DIAGNÓSTICO – CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID) 10 O85 AO92

Clínico

- Localizada

Formas clínicas

- Propagada
- Generalizada
- Localizada: vulvoperineal, vaginite, cervicite e endometrite
- Propagada: miofasciítes, endomiometrites, salpingites, anexite, parametrite, pelviperitonite e tromboflebite pélvica

GENERALIZADA: PERITONITE GENERALIZADA, SEPSE PUERPERAL E CHOQUE SÉPTICO^(2,4)

Sintomas comuns de sepse no puerpério:

- Febre, calafrios (a temperatura de pico persistente sugere o abscesso);
- Diarreia ou vômitos – pode indicar produção de exotoxina (choque tóxico precoce);
- Ingurgitamento/vermelhidão das mamas;
- Rash cutâneo (erupção maculopapular generalizada);
- Dores e sensibilidade abdominal/pélvica;
- Infecção na ferida operatória (cesariana, episiotomia) – presença de celulite em volta da cicatriz ou presença de secreção na cicatriz;
- Corrimento vaginal repulsivo (malcheiroso: sugestivo de anaeróbios; serossanguinolento: sugestivo de infecção estreptocócica);

- Tosse produtiva;
- Sintomas urinários;
- Retardo na involução uterina, lóquios em grande volume;
- Geral – sinais não específicos como letargia, redução do apetite.⁽⁶⁾

SINAL VERMELHO NA SEPSE PUERPERAL:

- Hipertermia > 38 °C;
- Taquicardia sustentada > 90 batimentos/minuto;
- Falta de ar (frequência respiratória > 20 mrm - respirações por minuto, um sintoma grave);
- Dor abdominal ou torácica;
- Diarreia e ou vômito;
- Dor angular e sensibilidade uterina ou renal;
- A mulher apresenta mal-estar generalizado.

TRATAMENTO INICIAL

A velocidade de início ou deterioração dos sintomas e sinais é importante. O tratamento precoce com antibióticos, seja oral ou parenteralmente, pode ser crucial na determinação do desfecho. Dor abdominal, febre (maior que 38 °C) e taquicardia (maior que 90 batimentos/minuto) são indicações para admissão hospitalar e uso de antibióticos intravenosos. No hospital, o uso dos antibióticos intravenosos de amplo espectro em doses elevadas deve ser iniciado imediatamente, sem esperar os resultados das investigações, porque uma vez que a infecção se torna sistêmica, a condição da mulher pode se deteriorar de modo extremamente rápido, com consequente morte dentro de algumas horas, caso não ocorra o tratamento.⁽⁶⁾

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL INICIAL:

- Hemograma completo;
- Hemoculturas;
- Cultura de material endocervical e endometrial;
- A ultrassonografia é fundamental para o diagnóstico de retenção de produtos da concepção e de abscessos intracavitários e de parede abdominal.⁽⁴⁾

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Esquema 1

- Ampicilina-sulbactam + aminoglicosídeo (gentamicina ou ampicacina).

Esquema 2

- Clindamicina ou metronidazol + aminoglicosídeo (gentamicina ou ampicacina)

Doses

- Ampicilina-sulbactam – 3 g por via endovenosa a cada 6 horas, durante 7 a 10 dias. São raras as reações alérgicas;
- Gentamicina – entre 180 e 240 mg por via intramuscular ou endovenosa a cada 24 horas, durante 7 a 10 dias. Monitorar a função renal e a possibilidade de ototoxicidade;
- Ampicacina – 1 g por via intramuscular ou endovenosa a cada 24 horas, durante 7 a 10 dias. Monitorar a função renal e a possibilidade de ototoxicidade;
- Clindamicina – 600 mg por via endovenosa, a cada 6 horas, durante 7 a 10 dias. Tomar precauções para caso de disfunção renal ou hepática;
- Metronidazol – 500 mg por via endovenosa, a cada 8 horas, durante 7 a 10 dias.

Observações

- As pacientes deverão permanecer com terapia endovenosa por pelo menos 24 a 48 horas após o último pico febril.
- Evitar o uso terapêutico dos antibióticos utilizados para profilaxia.
- Se o quadro febril da paciente persistir e não houver indicação cirúrgica, aventar a possibilidade de tromboflebite pélvica, que vai necessitar uso de heparina como teste terapêutico.
- Não havendo melhora clínica em 24 a 48 horas, solicitar avaliação da infectologia e reavaliar a terapêutica.
- Dose terapêutica da heparina – 5.000 UI por via endovenosa, seguida de 700 UI/h a 2.000 UI/h.
- O controle de tempo de tromboplastina parcialmente ativada (TTPA) deve ser feito a cada 4 horas. O nível terapêutico será atingido quando elevar o TTPA em 1,5 a 2 vezes o valor médio. Após estabilização do TTPA e da dose, o controle laboratorial pode ser diário.
- As principais complicações do tratamento com a heparina são a hemorragia e a trombocitopenia.

TRATAMENTO CIRÚRGICO:

- Curetagem de restos placentários;
- Drenagem de abscessos (perineais e da incisão de cesariana);
- Desbridamento de fasciíte necrosante perineal e abdominal;
- Colpotomia para abscesso do fundo de saco de Douglas;
- Histerectomia total para miometrite e infecção pelo *Clostridium welchii*;

- Laparotomia nos casos de:
 - Abscesso entre alças, do espaço parietocólico e subfrênico;
 - Ligadura da veia ovariana;
 - Tromboflebite pélvica séptica que não responde ao tratamento de antibiótico e heparina.
- As evidências são todas de grau 3 ou 4, pois não existem estudos consistentes que determinem a etiologia e a fisiopatologia da sepse puerperal. A exceção é o protocolo de atendimento à sepse, que é usado para pessoas não grávidas e tem quase a mesma resposta clínica nas grávidas.⁽¹³⁻¹⁵⁾ O caráter multifatorial das complicações e da mortalidade materna torna difícil seu controle. Para a redução da morbidade e da mortalidade materna, faz-se necessário conhecer os fatores que acarretam o desenvolvimento da sepse puerperal e, a partir daí, sugerir recomendações e intervenções.⁽¹⁶⁾

REFERÊNCIAS

1. Buddeberg BS, Aveling W. Puerperal sepsis in the 21st century: progress, new challenges and the situation worldwide. *Postgrad Med J*. 2015;91(1080):572-8.
2. Soubhi K, Souza E. Protocolos de Obstetrícia: descrição, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Estação W. Comunicação; 2012.
3. Castro EO, Bortolotto MRFL, Zugaib M. Sepse e choque séptico na gestação: manejo clínico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(12):631-8.
4. Poletto GB, Vendas TC, Budib M. Protocolo de Obstetrícia: Hospital da Mulher – Moreninhas. Campo Grande (MS); 2008. p. 1-12.
5. Acosta CD, Bhattacharya S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Maternal sepsis: a Scottish population-based case-control study. *BJOG*. 2012;119(4):474-83.
6. Royal College of Obstetrician & Gynaecologists (RCOG). Bacterial Sepsis following Pregnancy. Green-top Guidel No 64b (update Feb 2017). London: RCOG; 2017.
7. Dalton E, Castillo E. Post partum infections: A review for the non-OBGYN. *Obstet Med*. 2014;7(3):98-102.
8. Karsnitz DB. Puerperal infections of the genital tract: a clinical review. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(6):632-42.
9. Berens PD. Breast pain. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58(4):902-14.
10. Chebbo A, Tan S, Kassis C, Tamura L, Carlson RW. Maternal Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Clin*. 2016;32(1):119-35.
11. Maharaj D. Puerperal pyrexia: a review. Part II. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(6):400-6.
12. Maharaj D. Puerperal pyrexia: a review. Part I. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(6):393-9.
13. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Med*. 2008;34(1):17-60.
14. Barton JR, Sibai BM. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2012;120(3):689-706.
15. Bartlett LA, LeFevre AE, Mir F, Soofi S, Arif S, Mitra DK, et al.; ANISA-Postpartum Sepsis Study Group. The development and evaluation of a community-based clinical diagnosis tool and treatment regimen for postpartum sepsis in Bangladesh and Pakistan. *Reprod Health*. 2016;13:16.
16. Gonçalves MVC, Fernandes MF, Nishiyama MP, Cruz PHR, Leite RC, Campor RR, et al. Endometrite puerperal e sepse: uma revisão. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22(Supl 5):S21-S4.

Abdome agudo em ginecologia

Eduardo Batista Cândido¹, Aline Evangelista Santiago², Aginaldo Lopes da Silva Filho¹

Descritores

Dor abdominal aguda;
Abdome agudo ginecológico;
Emergências ginecológicas

Como citar?

Cândido EB, Santiago AE, Silva Filho AL. Abdome agudo em ginecologia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 28/Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

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

2. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 28, acesse:

<https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

O abdome agudo ginecológico ou a síndrome do abdome agudo ginecológico é uma manifestação clínica cuja principal característica é a dor abdominal aguda, que requer abordagem imediata, clínica ou cirúrgica. Constitui-se em um dos problemas mais importantes na prática médica em virtude de sua alta incidência, das dificuldades e dúvidas no seu diagnóstico e da necessidade de se adotar uma terapêutica precoce. O abdome agudo cirúrgico é uma situação clínica frequente, responsável por cerca de 7% a 10% das consultas em prontos atendimentos, de apresentação brusca, que se manifesta mediante sintomas e sinais indicativos de uma afecção abdominal aguda potencialmente grave e de caráter evolutivo. Exige decisões terapêuticas rápidas e objetivas, em que se estabelece a necessidade ou não de uma intervenção cirúrgica e se essa deve ser realizada imediatamente ou não.^(1,2) Caso essas ações não ocorram em tempo hábil, as consequências podem ser irreparáveis, e estas variam desde a condição de cronicidade do processo de dor, com perda de fertilidade, até óbito. A dor aguda no abdome inferior e na pelve é uma queixa comum. Sua definição varia de acordo com a duração, mas, em geral, o desconforto está presente há menos de sete dias.⁽³⁻⁵⁾

Classificação CID-10:

R10 – Dor Abdominal

O00 – Gestação Ectópica

N83.5 – Torção do ovário, do pedículo ovariano e da trompa de Falópio

N73 – Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas

ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

O abdome agudo pode ser causado por uma variedade de transtornos. A localização da dor pode ser útil na classificação do abdome agudo, por indicar as possíveis causas ou os órgãos acometidos (Quadro 1).^(6,7) O abdome agudo também pode ser classificado segundo a natureza do processo patológico que envolve as estruturas abdominais (Quadro 2). Além disso, doenças de localização extra-abdominal ou sistêmica podem ser responsáveis por esse quadro clínico (Quadro 3).⁽²⁾

FISIOPATOLOGIA

A dor pode ser classificada em somática, visceral ou referida, de acordo com o tipo de fibras nervosas aferentes envolvidas. Além disso, a dor pode ser inflamatória ou neuropática, dependendo da fase fisiológica que a produz.⁽⁴⁾ A dor somática ou parietal origina-se de nervos aferentes do sistema nervoso somático, que inerva o peritônio parietal, pele, músculos e tecidos subcutâneos. É caracteristicamente aguda, localizada, fixa e constante. É comum em casos de abdome agudo inflamatório. Já a dor visceral tem origem em fibras aferentes do sistema nervoso autônomo, que transmite informações das vísceras e do peritônio visceral. Essas fibras são esparsas e, por isso, o estímulo sensorial é difuso, resultando normalmente em dor generalizada, obtusa e

Quadro 1. Classificação anatômica da dor abdominal

Quadrante Superior Direito	Epigástrico	Quadrante Superior Esquerdo
Doenças pépticas Doenças biliares (cólica biliar, colecistite aguda, coledocolitíase, colangite) Doenças hepáticas (hepatite, abscessos, neoplasia, hepatopatias) Doenças pulmonares (pneumonia, abscesso subfrenico, pneumotórax, embolia, derrame pleural) Parede abdominal (herpes-zóster, contraturas musculares) Doenças renais (pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase, doenças do cólon)	Doenças pépticas Doenças pancreáticas (pancreatite, neoplasia) Doenças biliares (cólica biliar, colecistite, coledocolitíase, colangite) Doenças esofágicas (doença do refluxo gastroesofágico, esofagites) Doenças cardíacas (pericardite, infarto agudo do miocárdio, angina, aneurisma de aorta abdominal) (dissecção, ruptura, isquemia mesentérica)	Doenças pépticas Doenças esplênicas (infarto e ruptura) Doenças pancreáticas (pancreatite e neoplasia) Doenças pulmonares (pneumonia, abscesso subfrenico, pneumotórax, embolia, derrame pleural) Doenças renais (pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase renal) Doenças do cólon (colite, diverticulite)
Quadrante Inferior Direito	Periumbilical	Quadrante Inferior Esquerdo
Apendicite Doença intestinal (colite, gastroenterite, diverticulite, doença inflamatória) Hérnias Doenças renais (pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase) Doenças ginecológicas (tumor ovariano, torção ovariana, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, abscessos túbulo-ovarianos)	Apendicite (inicial) Obstrução intestinal Gastroenterite Isquemia mesentérica Ruptura e/ou dissecção de aneurisma de aorta	Doença intestinal (colite, sigmoidite, gastroenterite, diverticulite, doença inflamatória) Hérnias Doenças renais (pielonefrite, abscesso perinefrético e litíase) Doenças ginecológicas (tumor ovariano, torção ovariana, prenhez ectópica, doença inflamatória pélvica, abscessos túbulo-ovarianos)
Suprapúbica	Difusa	
Doença intestinal (colite, gastroenterite, diverticulite, doença inflamatória) Doenças urinárias (cistite, prostatite e litíase) Doenças ginecológicas (tumor ovariano, torção ovariana, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, abscessos túbulo-ovarianos) Dismenorreia	Gastroenterite, peritonite, obstrução intestinal, isquemia mesentérica, doença inflamatória, cetoacidose diabética, porfiria aguda, uremia, hipercalcemia, vasculites, intoxicação por metal pesado, febre do Mediterrâneo, angioedema hereditário, crise falciforme	

Fonte: Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute abdominal pain. Prim Care. 2006;33(3):659-84.⁽⁶⁾ Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am. 2006;90(3):481-503.^(6,7)

mal-localizada. Ela piora com a distensão e a contração das alças intestinais. Os estímulos nocivos, normalmente, são estiramento, distensão, isquemia, necrose ou espasmos dos órgãos abdominais.^(2,3) As fibras viscerais aferentes são pouco mielinizadas e os potenciais

de ação disseminam-se com facilidade para estimular os nervos somáticos adjacentes. Assim, a dor visceral, algumas vezes, é referida aos dermatômos que correspondem a essas fibras nervosas somáticas adjacentes, caracterizando a chamada dor referida.⁽⁵⁾

Quadro 2. Classificação síndrome do abdome agudo cirúrgico segundo a natureza determinante

Síndromes	Afecções
Inflamatória	Apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite do cólon, abscessos intracavitários, peritonites primárias e secundárias * Doença inflamatória pélvica
Perfurativa	Úlcera duodenal perfurada, câncer gastrointestinal, divertículos de cólon * Perfuração uterina e de vísceras ocas iatrogênicas
Obstrutiva	Obstrução pilórica, hérnia estrangulada, bridas, aderências, áscaris e câncer gastrointestinal
Hemorragica	Rotura de aneurisma abdominal * Gravidez ectópica e cisto hemorrágico de ovário
Isquêmica	Trombose mesentérica * Torção de anexos e degeneração de miomas
Traumática	Trauma abdominal contuso ou penetrante
Associada	Perfuração de víscera oca

Quadro 3. Causas extra-abdominais de abdome agudo

Torácicas	Pneumonia do lobo inferior, infarto agudo do miocárdio, pericardite, infarto, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax
Hematológicas	Drepanocitose, leucemias
Metabólicas	Cetoacidose diabética, porfira aguda, hiperlipoproteinemia
Neurológicas	Herpes-zóster, <i>tabes dorsalis</i> , compressão de raiz nervosa, fibromialgia
Relacionadas a tóxicos	Intoxicação por metais pesados, picadas de cobras e insetos, abstinência de narcóticos

Fonte: Pires MT, Starling LV. Manual de urgências em pronto-socorro. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.⁽²⁾

DIAGNÓSTICO

Na abordagem da paciente com dor pélvica aguda, é importante uma avaliação cuidadosa com história e exame clínico detalhados, a identificação das condições de risco imediato a que essa paciente está exposta e critério no emprego da propedêutica complementar disponível.⁽⁸⁾

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Deve-se tentar obter a história clínica enquanto se realiza a primeira etapa do exame físico, ou seja, a inspe-

ção da paciente. Devem ser observados seu aspecto geral e características físicas e emocionais específicas. Além da história clínica e cirúrgica completa, é importante obter a descrição oral da dor e seus fatores associados.⁽³⁾

As pacientes com patologia aguda envolvendo vísceras pélvicas, comumente, descrevem a dor visceral como difusa, surda, constante ou espasmódica. Quando há extensão a partir da víscera ao peritônio parietal adjacente, ocorre a dor somática aguda, frequentemente, localizada, unilateral e concentrada em um dermatomo específico.^(3,9,10) O exame físico deve se iniciar já durante o primeiro contato com a paciente, enquanto se obtém a história clínica. Com a observação da paciente, nota-se a aparência geral, incluindo expressão facial, presença de diaforese, coloração da pele (palidez) e grau de agitação, sinais que, com frequência, indicam a urgência do quadro clínico.⁽³⁾ O exame deve avaliar o estado geral da paciente, a estabilidade hemodinâmica e a presença de postura antálgica, e devem-se realizar ausculta pulmonar e cardíaca, que são de fundamental importância para afastar causas extra-abdominais de abdome agudo como pneumonia de base.⁽⁹⁾ A presença de temperatura elevada, taquicardia e hipotensão indica maior risco de patologia intra-abdominal e define a necessidade de rápida avaliação. Febre baixa constante é comum nos quadros inflamatórios, como diverticulite e apendicite, e temperaturas mais elevadas são observadas nos casos de doença inflamatória pélvica, peritonite avançada ou pielonefrite.⁽³⁾

EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são solicitados de acordo com o exame clínico realizado de forma minuciosa e a necessidade do esclarecimento diagnóstico. É comum a solicitação de exames laboratoriais diagnósticos em casos de dor abdominal, porque, apesar dos benefícios da anamnese e do exame físico, sua sensibilidade é baixa.⁽¹¹⁾

- Exames laboratoriais:
 - Hemograma: a leucocitose é comum nos quadros de abdome agudo inflamatório. Um baixo hematócrito, com um volume corpuscular médio normal, sugere uma perda aguda de sangue. A sua avaliação seriada pode auxiliar no diagnóstico e na avaliação da evolução do processo patológico;
 - Exame de urina: é fundamental afastar a possibilidade de infecção urinária, especialmente em mulheres. Além disso, hematúria pode sugerir quadro de nefrolitíase;
 - hCG (gonadotrofina coriônica humana): deve ser realizado em todas as mulheres em idade reprodutiva;
 - Amilase: altos níveis séricos de amilase sugerem quadro clínico de pancreatite.

- Exames de imagem:
 - Radiografia de tórax: a presença de pneumoperitônio sugere perfuração de víscera oca. Pode ocorrer no pós-operatório de laparotomias e é importante na avaliação de causas extra-abdominais de abdome agudo, como pneumonia de lobo inferior e pneumotórax;
 - Radiografia de abdome: realizada em ortostatismo e decúbito dorsal. São considerados achados anormais na radiografia simples de abdome: pneumoperitônio, presença de ar no intestino delgado (também encontrado em caso de uso de entorpecentes e de laxantes), níveis hidroaéreos, apagamento da sombra renal e do músculo psoas, e alça em sentinela;
 - Ultrassonografia abdominal, pélvica ou transvaginal: exame inócuo, sem contraindicações, de baixo custo e disponível na maioria dos hospitais. Pode auxiliar na determinação da etiologia do abdome agudo, mas é limitado pela presença de distensão abdominal por gases. O achado ultrassonográfico de líquido livre na cavidade abdominal, associado à história e ao exame clínico da paciente, permite, muitas vezes, o diagnóstico de hemoperitônio, dispensando a realização da punção abdominal. A ultrassonografia pela via transvaginal apresenta maior detalhamento na avaliação da genitália interna, na vascularização pélvica, por meio da dopplervelocimetria, pois possibilita a identificação de massas pélvicas, anexiais ou cistos;
 - Tomografia computadorizada de abdome: vem ganhando importância na elucidação diagnóstica e tem-se tornado uma extensão do exame físico. Ideal para o diagnóstico de pancreatite aguda e abdome agudo vascular e para o estudo de coleções líquidas intra-abdominais.⁽¹²⁾

TRATAMENTO

As causas de dor aguda no abdome inferior e na pelve são inúmeras e as mais comuns se encontram listadas no quadro 4. Por envolver uma gama de entidades nosológicas específicas com, muitas vezes, manifestações clínicas semelhantes, faz-se necessário, para melhor entendimento da abordagem terapêutica, estratificá-la de acordo com as principais patologias ginecológicas e suas peculiaridades.

1. Gestação ectópica

A gravidez tubária é o tipo de gravidez ectópica (GE) mais comum, mas ela também pode ser localizada em um ovário, intersticialmente na porção intramiome-

Quadro 4. Etiologias de dor aguda no abdome inferior e na pelve

Ginecológicas
Dismenorreia Abortamento incompleto ou completo Doença inflamatória pélvica Torção de ovário Gravidez ectópica Abscesso tubo-ovariano <i>Mittelschmerz</i> (dor da ovulação) Massa ovariana Prolapso de leiomioma Obstrução do trato genital inferior
Gastrointestinais
Gastrenterite Colite Doença do intestino irritável Apendicite Diverticulite Doença inflamatória intestinal Constipação Obstrução do intestino delgado Isquemia mesentérica Cânceres gastrointestinais
Urológicas
Cistite Pielonefrite Litíase urinária Abscesso perinéfrico
Musculoesqueléticas
Hérnia Peritonite Trauma de parede abdominal
Outras
Cetoacidose diabética Herpes-zóster Abstinência de opioide Hipercalcemia Crise falcêmica Vasculite Ruptura de aneurisma da aorta abdominal Dissecção de aneurisma da aorta abdominal Porfíria Toxicidade por metais pesados

Fonte: Hoffman BL, Schaffer JL, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams Gynecology. New York: McGraw Hill; 2012.⁽⁹⁾

trial da tuba uterina, no corno uterino, no colo do útero, na cicatriz de uma cesariana prévia, intramural ou na cavidade abdominal.^(13,14) Na maioria das pacientes, as queixas apresentadas são inespecíficas.⁽¹³⁾ A tríade clássica dos sintomas “sangramento vaginal, dor pélvica e amenorreia” pode indicar GE, porém pode ocorrer

também em quadros como ameaça de abortamento.⁽¹⁴⁾ Quando a gestação se encontra rota, a paciente pode apresentar desde dor pélvica até choque hemorrágico grave.⁽¹³⁾ Estima-se que 88% das gestações tubárias sejam diagnosticadas pela combinação de uma massa anexial e a ausência de um saco gestacional intrauterino ao ultrassom.⁽¹⁵⁾ Quanto ao papel dos testes bioquímicos séricos, o único biomarcador atualmente usado rotineiramente na prática clínica é o hCG (gonadotrofina coriônica humana). A GE é geralmente associada a um aumento no hCG não maior que 66% ou a uma queda não superior a 13% do nível basal do hCG, em 48 horas, devido ao crescimento trofoblástico prejudicado. Essas proporções, associadas a um valor absoluto do hCG maior que 1.500 UI/L na ausência de gravidez intrauterina visível, evidenciam uma provável GE. O

hCG somente é diagnóstico se associado ao ultrassom; e a combinação desses critérios tem sensibilidade de 92% e especificidade de 84%.^(16,17) O tratamento pode ser expectante, medicamentoso ou cirúrgico, dependendo da localização da GE, da evolução do quadro e do estado hemodinâmico da paciente. Mulheres Rh negativas não imunizadas devem receber imunoglobulina Rh(D) (300 mcg intramuscular) dentro de 72 horas após o diagnóstico, qualquer que seja a terapêutica adotada.⁽⁸⁾ O quadro 5 sumariza as condições necessárias para a escolha da terapia medicamentosa, bem como sua posologia.

2. Doença inflamatória pélvica

A doença inflamatória pélvica (DIP) ainda é uma preocupação importante, porque pode levar a complicações como infertilidade, GE e dor pélvica crônica. Apesar de uma resposta clínica à terapia antimicrobiana apropriada, o resultado, em longo prazo, do tratamento ainda é limitado, com complicações reprodutivas e dor pélvica crônica. Estima-se que 4% das mulheres nos EUA terão DIP em algum momento da vida; e uma em cada oito mulheres com história de DIP terá dificuldade para engravidar.^(18,19) Apenas em 4% dos casos, as pacientes apresentarão sintomas sistêmicos como febre, náuseas, vômitos, secreção vaginal purulenta e dor abdominal intensa. O diagnóstico diferencial exige estudos laboratoriais e um exame físico completo que inclua: exame especular com inspeção do colo do útero para friabilidade e secreção mucopurulenta; exame bimanual para avaliação uterina, dor à mobilização cervical ou anexial e massas pélvicas.⁽²⁰⁻²²⁾ O tratamento da DIP deve ser empírico e fornecer ampla cobertura

Quadro 5. Indicações para tratamento conservador e opções posológicas de administração do metotrexato na abordagem conservadora da gestação ectópica

METOTREXATO
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade hemodinâmica; • Ausência de sinais clínicos de rotura tubária; • β-hCG < 5.000 mUI/mL e sem aumento superior a 60% nas últimas 48 horas (pré-tratamento); • Exames laboratoriais normais (hemograma, coagulograma, função, função hepática e renal); • Posologia: <ul style="list-style-type: none"> - 1 mg/kg de peso em dias alternados: 1, 3, 5 e 7 com ácido fólico nos dias 2, 4, 6 e 8. - 50 mg/m², em dose única.

Quadro 6. Opções de abordagem por antibióticoterapia para tratamento da doença inflamatória pélvica

Abordagem ambulatorial			
Medicamento	Dose	Posologia	Duração
Doxiciclina + ceftriaxona	100 mg via oral (VO) + 250 mg intramuscular (IM)	12-12 h + 1 dose	14 dias + 1 dia
Cefoxitina	2,0 g IM	1 dose	1 dia
Doxiciclina + metronidazol	100 mg VO + 500 mg VO	12-12 h VO + 12-12 h VO	14 dias
Abordagem nosocomial			
Medicamento	Dose	Posologia	Duração
Doxiciclina + cefotetana	100 mg VO + 2,0 g intravenosa (IV)	12-12 h	7-14 dias
Doxiciclina + cefoxitina	100 mg VO + 2,0 g IV	12-12 h + 6-6 h	7-14 dias
Clindamicina + gentamicina	900 mg IV + 2 mg/kg IV ou IM	8-8 h	7-14 dias
Ampicilina-Sulbactam + doxiciclina	3,0 g IV + 100 mg VO	6-6 h + 12-12 h	14 dias

direcionada aos principais agentes patogênicos. Todos os regimes utilizados devem ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e a cobertura empírica para bactérias anaeróbicas também deve ser considerada. O início do tratamento é recomendado assim que o diagnóstico clínico de DIP é feito. Os atrasos no tratamento levam a piores resultados clínicos e a mais sequelas em longo prazo. A decisão de hospitalizar por doença moderada a grave é, em grande parte, baseada no julgamento clínico e na presença de alguns critérios de incapacidade de excluir a presença de uma emergência cirúrgica, como: apendicite; abscesso tubo-ovariano; gravidez; doença grave, náuseas e vômitos, ou febre alta; incapacidade de tolerar antibióticos orais ou resposta clínica insuficiente à antibioticoterapia oral.⁽¹⁸⁾ O quadro 6 mostra as opções terapêuticas disponíveis para abordagem da DIP.

3. Torção anexial

A torção anexial ocorre quando o ovário e a tuba uterina se torcem no eixo criado entre o ligamento infundíbulo pélvico e o ligamento útero-ovariano. Sua prevalência anual é de aproximadamente 2% a 6%. Estima-se que até 3% das pacientes com dor abdominal aguda que chegam ao serviço de emergência tenham torção anexial.⁽²²⁾ A instalação aguda de dor unilateral intensa, associada a uma massa dolorosa em topografia de anexo em paciente com náuseas e vômitos, deve alertar o médico para a possibilidade de torção de anexo.⁽³⁾ O diagnóstico de torção anexial é basicamente clínico, mas pode ser auxiliado por achados laboratoriais e de imagem, já que os sinais e sintomas são comuns a vários outros diagnósticos. A ultrassonografia pélvica, associada ou não ao Doppler, é o estudo de imagem mais utilizado para auxiliar no diagnóstico de torção anexial. Os achados comuns incluem uma massa ovariana, aumento unilateral do ovário, fluido livre em fundo de saco posterior e estruturas císticas periféricas uniformes. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são métodos de imagem adicionais comumente usados nos serviços de emergência. Os achados comuns incluem espessamento das tubas uterinas, espessamento da parede do cisto ovariano, ascite e desvio uterino em direção ao anexo torcido.⁽²²⁾ A torção anexial é uma emergência cirúrgica e existem opções conservadoras e definitivas para o tratamento. A idade, o desejo de fertilidade futura, a menopausa e a evidência de doença ovariana são fatores a serem considerados na decisão de qual tratamento escolher. O tratamento definitivo inclui a salpingectomia e/ou ooforectomia, e o método mais comumente utilizado é a laparoscopia.⁽²²⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Diante de uma paciente com dor abdominal em ambulância de pronto atendimento, devido à complexi-

dade diagnóstica, quer pela gama de patologias abdominais ou torácicas que se manifestam pela dor abdominal, quer pela semelhança sintomatológica que elas apresentam, o ginecologista precisa ter em conta que:

1. Deve ter condições adequadas para oferecer diagnóstico e terapêutica corretos às pacientes;
2. Oferecer a possibilidade de analgesia adequada não vai retardar o diagnóstico e, ao mesmo tempo, trará alívio à paciente, dando tranquilidade ao médico responsável para usar as ferramentas necessárias à condução do caso em tempo hábil;
3. A dor pélvica aguda geralmente se caracteriza por duração não superior a cinco a sete dias;
4. Em sendo possível, deve compartilhar e discutir o caso com profissionais de outra especialidade para estabelecimento de diagnóstico diferencial;
5. Anamnese e exame físico detalhados, associados a exames complementares direcionados (laboratório e imagem), são condições fundamentais para o diagnóstico e o tratamento em tempo hábil, estabelecendo-se, dessa forma, a correta divisão entre o sucesso e o fracasso profissionais no cenário de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

1. Abrantes WL. Abdome agudo. Emergências médicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
2. Pires MT, Starling LV. Manual de urgências em pronto-socorro. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
3. Hoffman BL, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams Gynecology. New York: McGraw Hill; 2012.
4. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618-25.
5. Giamberardino MA. Referred muscle pain/hyperalgesia and central sensitisation. *J Rehabil Med*. 2003;35(41 Suppl):85-8.
6. Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Prim Care*. 2006;33(3):659-84.
7. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am*. 2006;90(3):481-503.
8. Polaneczky M, O'Connor K. Pregnancy in the adolescent patient. Screening, diagnosis, and initial management. *Pediatr Clin North Am*. 1999;46(4):649-70.
9. Howard FM, Carter JE. Pelvic pain: diagnosis and management. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
10. Miller SK, Alpert PT. Assessment and differential diagnosis of abdominal pain. *Nurse Pract*. 2006;31(7):38-45, 47.
11. Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, Kernan L, MacKersie A, Lane MS. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) Phase 1 Study. *Am J Emerg Med*. 2005;23(6):709-17.
12. Dalrymple NC, Oliphant M, Leyendecker JR. Problem solving in abdominal imaging. imaging evaluation of acute abdominal pain. Netherlands: Elsevier Saunders; 2009.
13. Taran FA, Kagan KO, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(41):693-703.

14. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med*. 2009;361(4):379-87.
15. Crochet JR, Bastian LA, Chireau MV. Does this woman have an ectopic pregnancy?: the rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2013;309(16):1722-9.
16. Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Hum Reprod Update*. 2014;20(2):250-61.
17. Bachman EA, Barnhart K. Medical management of ectopic pregnancy: a comparison of regimens. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(2):440-7.
18. Ford GW, Decker CF. Pelvic inflammatory disease. *Dis Mon*. 2016;62(8):301-5.
19. Sexually Transmitted Diseases: Summary of 2015 CDC Treatment Guidelines. *J Miss State Med Assoc*. 2015;56(12):372-5.
20. Gottlieb SL, Xu F, Brunham RC. Screening and treating Chlamydia trachomatis genital infection to prevent pelvic inflammatory disease: interpretation of findings from randomized controlled trials. *Sex Transm Dis*. 2013;40(2):97-102.
21. Haggerty CL, Ness RB. Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2006;4(2):235-47.
22. Sasaki KJ, Miller CE. Adnexal torsion: review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014;21(2):196-202.

LANÇAMENTOS

Coleção FEBRASGO Endometriose e Atlas de Colposcopia



ADQUIRA O SEU EXEMPLAR!
OBTENHA MAIORES INFORMAÇÕES
11 5573-4919 OU WHATS APP 11 98472-4155

Damater[®] Ômega

Desenvolvido
especialmente para
as **necessidades**
das **gestantes**
e **lactantes**.¹



DHA

Uma das fontes de **ômega 3**.²

L-Metilfolato

Ácido fólico na sua
forma ativa³

Auxilia na formação do tubo
neural do feto durante a gravidez.³

Ferro

Carbonila +
bisglicinato ferroso^{4,5}

Auxilia no funcionamento do sistema
imune⁴ e na formação de células
vermelhas no sangue.⁵

Vitamina A^{6,6}

Auxilia na visão e no
funcionamento do sistema imune.^{6,6}

Referências: 1) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC 269 de 22 de setembro de 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>. Acessado em 23/09/2019. 2) Folheto explicativo do Damater Ômega. 3) Pietrak K et al. Folic Acid and L-5-Methyltetrahydrofolate - Comparison of Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. Clin Pharmacokinet. 2010; 49(5):535-548. 4) Cherry B.J. Iron and immunity: immunological consequences of iron deficiency and overload. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2010;58(6):407-415. 5) Wang J & Pantopoulos K. Regulation of cellular iron metabolism. Biochem J. 2011; 434:365-381. 6) McCaskey ME et al. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD008666. DOI: 10.1002/14651858.CD008666.pub3.

2019-09-DMG-ZZ-00001292-8R - Aprovado em outubro/2019. Válido por 2 anos.

GRÜNENTHAL

SAC 0800 205 2050

Material destinado à classe médica.

Saúde
feminina
Grünenthal