

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 49, Número 12, 2021

DECH

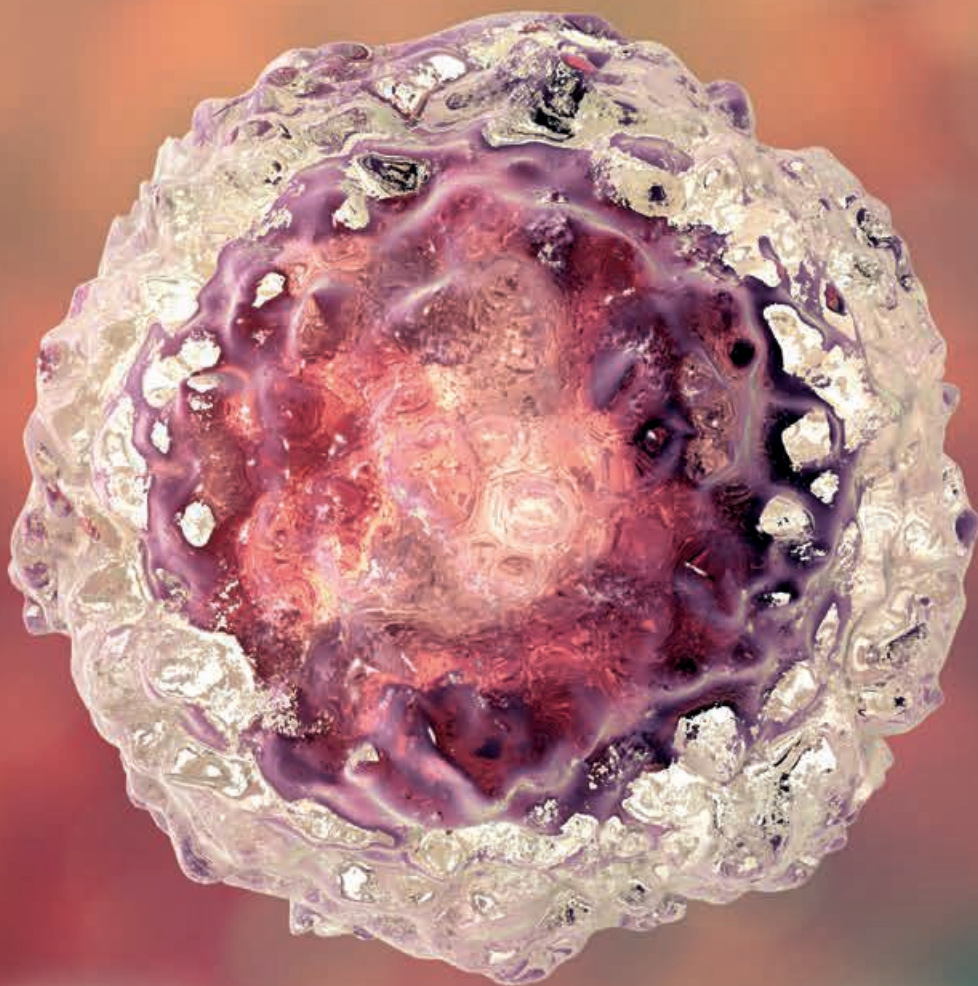
Impactos do
transplante de
medula óssea
na vida sexual e
reprodutiva da
mulher

ENTREVISTA

Como reduzir os casos
de Aids e aumentar o
diagnóstico precoce

HOMENAGEM

Seis ginecologistas
recebem medalha por
importante trajetória e
contribuição científica



EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo **EAD**

Uma ação de inovação e tecnologia
em educação da Febrasgo

- Videoaula dinâmica sobre temas relevantes à prática da Ginecologia e Obstetrícia.
- Multiplataforma: você pode acessar pelo computador ou através do APP Febrasgo.



Com
emissão de
Certificado!

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

*Necessário completar todas as aulas de cada tema específico da ginecologia ou obstetrícia.

E outras vantagens!

**Conheça agora os
cursos EAD da Febrasgo!**



Acesse:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/plataforma-ead>

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

Avenida das Américas, 8.445, sala 711
CEP: 22793-081 – Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2487-6336
Fax: (21) 2429-5133

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**


Editor: Maurício Domingues; Jornalista: Letícia Martins (MTB: 52.306);
Revisora: Glair Picolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75,
Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CONSELHO EDITORIAL

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

Gustavo Salata Romão
Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
Jorge Fonte de Rezende Filho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira
Lucia Alves da Silva Lara
Luciano Marcondes
Machado 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 Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano

Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Dutra Leão
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes
Pessoa de Aguiar
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli Mieke 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



É dezembro, mês de gratidão a todos que fazem a revista *Femina*. Por sinal, o volume está imperdível. Na capa um artigo científico irretocável acerca do transplante de medula óssea em mulheres e suas possíveis consequências sobre o sistema reprodutor. Uma das autoras faz uma introdução provocante da doença do enxerto contra a hospedeira. Tanto o texto-capa quanto as ilustrações são extremamente gratificantes aos leitores. Somando, a jornalista Letícia amplia nosso conhecimento com a entrevista de dois professores: um hematologista com expertise em transplantes e uma ginecologista dedicada à oncologia feminina. Esse texto é agradável aos leitores. A relevância do diagnóstico precoce do HIV é destacada na forma de entrevista com três professores expoentes no assunto em nosso país. O presidente da CNE em Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo, Prof. Geraldo Duarte, mostra a importância do Programa Nacional de DST/Aids para todos! A Dra. Angélica Espinosa Miranda, que também coordena a Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, destaca o aumento de 30% na taxa de detecção precoce da doença nos últimos 10 anos. Por fim, a Dra. Gabriela Travassos, da Bahia, também membro da CNE da Febrasgo, lembra a importância do teste precoce particularmente no pré-natal.

A homenagem da Febrasgo, com o Prêmio Mérito da Febrasgo 2021, na abertura do 59º Congresso, aos médicos que contribuíram e ainda contribuem com o avanço da ginecologia e obstetrícia no país é registrada neste volume. É gratificante e prazeroso registrar que meu mentor, Prof. José de Souza Costa, paraquedista na nona década de vida, continua com seu sorriso largo, aqui emoldurado pelos dos professores Rosires, do Paraná, Carlos Alberto, de Pernambuco, Edmund Baracat, de São Paulo, Fernando Freitas, do Rio Grande do Sul, e Ricardo Cavalcante, de Brasília. Orgulhosos somos de todos eles. A nossa formação por competência é novamente destacada pelo professor Romão para deleite de nossos residentes. A Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo afaga nossa alma no combate ao termo “violência obstétrica” com texto inspirado na qualidade de nossa dedicação ao assistir a gestante antes, durante e após o parto. Nossa gratidão pelo texto!

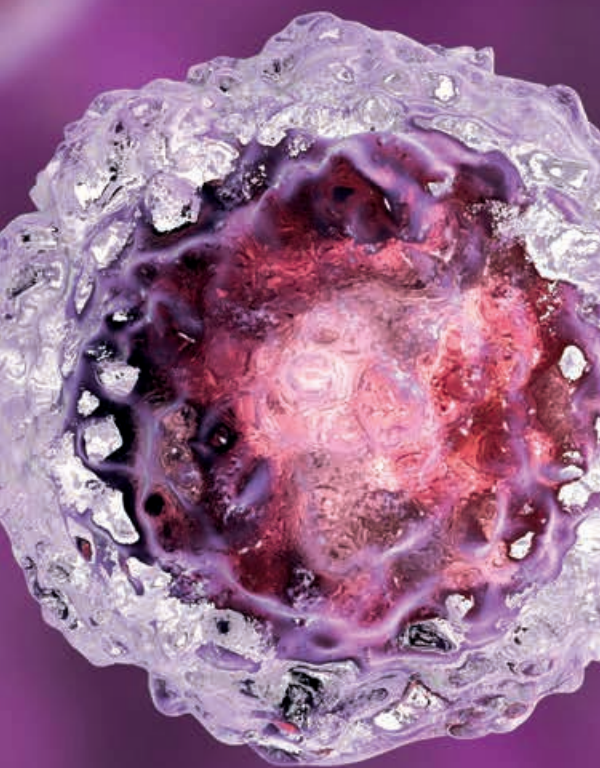
No caderno científico, membros da Comissão de Ginecologia Endócrina proveem texto impecável acerca da posição da Febrasgo sobre o uso de androgênios durante o período reprodutivo da mulher. Cinco pontos-chave e cinco recomendações sintetizam e facilitam nossa atuação. Relevante: registram a ausência de suporte científico para o uso dos implantes com diferentes hormônios, não liberados pela Anvisa no país. Estudos sobre a farmacodinâmica e estudos clínicos controlados são necessários! Artigo original recebido do Paraná destaca o perfil epidemiológico das gestações não programadas na região Oeste daquele Estado. Surpreende que metade das gestações não foi programada e apenas 10% ocorreram em adolescentes! *Femina* encerra este volume com duas revisões narrativas interessantes. Uma delas examina os desafios da gestante negra, comparada com outras etnias durante a gestação e parto. A outra trata dos aspectos psíquicos e da relevância das terapias comportamentais na perda gestacional de repetição, com destaque para o uso de escalas cientificamente robustas.

Que em 2022 tudo venha aos pares! Dobrada alegria a todos nós que vivemos a Febrasgo!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO



646 Capa / Introdução

Doença do enxerto contra o hospedeiro em pacientes submetidas ao transplante de medula óssea – Repercussões sobre o aparelho genital feminino

648 Capa / Introdução

Mulheres submetidas ao transplante de medula óssea: impacto dos quimioterápicos e da doença do enxerto contra o hospedeiro sobre o sistema reprodutor

659 Entrevista

DECH: olhar atento para as mulheres transplantadas

661

Entrevista

Dezembro Vermelho e o desafio do diagnóstico precoce do HIV

665

Prêmio Mérito Febrasgo 2021

Homenagem merecida

668

Federada

ASOGIAC

De desafio em desafio

669

Residência Médica

Da formação por competência às EPAs

671

Defesa e Valorização Profissional

Qualidade na assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da saúde materna e fetal



675

Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Uso de androgênios nas diferentes fases da vida: período reprodutivo

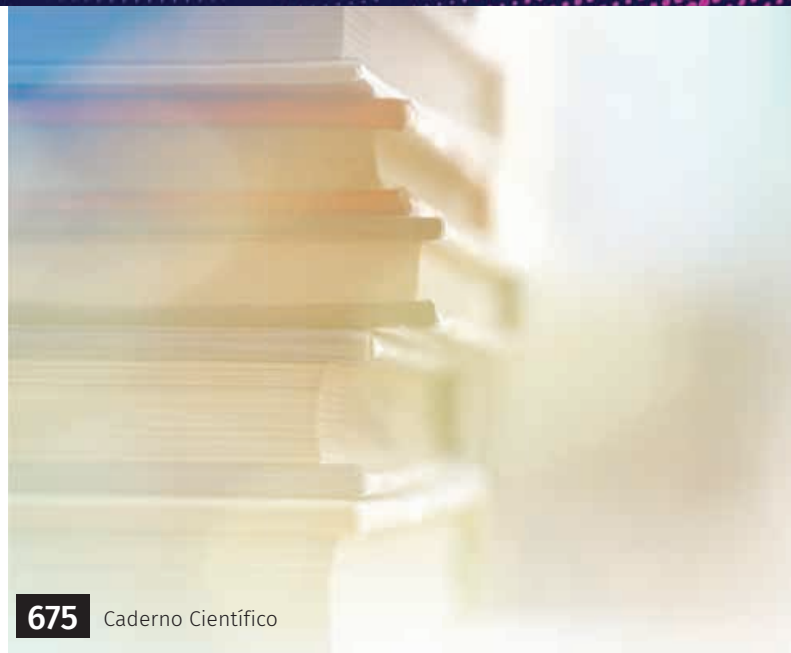
ARTIGO ORIGINAL


Perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital de referência no oeste do Paraná

ARTIGOS DE REVISÃO

Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa

Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais





As doenças onco-hematológicas frequentemente acometem pacientes jovens, que, para o seu tratamento, vão ser submetidas ao transplante de medula óssea (TMO). As pacientes que se submetem a um TMO alogênico (quando células doadas provêm de outro indivíduo compatível), além de enfrentarem a doença de base e todos os efeitos colaterais da quimioterapia (QT), podem ainda ser acometidas pela doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Na DECH, as células do doador (o enxerto) reagem contra o organismo do paciente (o hospedeiro), não reconhecendo os tecidos e órgãos como sendo seus, e essa reação pode se manifestar de forma aguda ou crônica.

Habitualmente, a DECH acomete a pele e órgãos como fígado, pulmões, mucosas oral e ocular e trato gastrointestinal. Apesar de não serem o alvo mais comum, os órgãos genitais podem ser atingidos pela DECH; nesses casos, se a DECH não for identificada e tratada a tempo, pode causar sequelas graves e irreversíveis, comprometendo a função sexual e reprodutiva da paciente de maneira significativa, sendo de difícil correção. Assim, a presença da DECH em outros órgãos deve servir de alerta para a possibilidade de acometimento genital e deve levar o médico assistente à busca ativa de lesões em mucosas genitais. Vale ressaltar, porém, que, embora raros, pode haver casos de DECH genital isolada, que também demandam grande cuidado e tratamento precoce.

Em geral, as lesões vaginais na DECH não são visíveis para a paciente, exigindo a avaliação do ginecologista. Este, por sua vez, nem sempre está habilitado para fazer esse diagnóstico, seja por desconhecimento da doença ou por confundi-la com outros processos inflamatórios e infecciosos mais comuns. Por se tratar de

Doença do enxerto contra o hospedeiro em pacientes submetidas ao transplante de medula óssea – Repercussões sobre o aparelho genital feminino

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva¹

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

pacientes que foram submetidas à QT em altas doses, muitas vezes as queixas se confundem com aquelas do hipoestrogenismo decorrente da insuficiência ovariana prematura (IOP), que se instala frequentemente nessas pacientes e cujos sintomas principais podem ser ardor e secura vaginal e dispareunia, semelhante às queixas de DECH.

Dessa forma, vale a pena alertar os ginecologistas sobre alguns cuidados específicos que devem ser dispensados às mulheres jovens submetidas ao TMO. A não identificação da DECH genital e, conseqüentemente, a não instituição de tratamento precoce levam a sequelas como aglutinação de paredes vaginais, obliteração de fundo de saco com sepultamento de colo e, eventualmente, fechamento completo da vagina, sendo o tratamento cirúrgico de péssimo prognóstico para o restabelecimento da função da vagina no coito.

Só no Brasil são realizados anualmente cerca de 1.500 TMOs do tipo alogênico. Essas complicações envolvendo o sistema reprodutor vêm se tornando cada vez mais frequentes, na medida em que os resultados na sobrevida das pacientes submetidas ao TMO têm sido cada vez melhores. Quando identificadas tardiamente, as lesões de DECH genital comprometem significativamente a função sexual dessas mulheres, em todos os aspectos.

Considerando a frequência com que essas pacientes se apresentam em serviços oncológicos, torna-se necessário incorporar à equipe de TMO a figura do(a) ginecologista. A melhor compreensão das manifestações clínicas e sequelas no trato genital e no sistema reprodutor nessas pacientes demanda a criação de uma rotina de atendimento ginecológico nas diversas fases do TMO, visando a orientação, prevenção de sequelas,

acolhimento e assistência clínico-ginecológica às mulheres transplantadas.

O ideal é que todo serviço oncológico que presta assistência a pacientes submetidas ao TMO tenha no seu corpo clínico um(uma) ginecologista qualificado(a) para essa abordagem da paciente. Como essa não é a realidade da maioria dos serviços brasileiros de oncologia, o(a) ginecologista geral, com quem a paciente já possui vínculo desde muito jovem, deve cuidar para que ela receba o melhor e mais completo tratamento durante sua jornada na luta contra o câncer. É papel do(a) ginecologista geral acompanhar essas pacientes no período peri e pós-transplante, atentando-se para o diagnóstico da DECH nas pacientes pós-TMO que vão à consulta com os sintomas e sinais típicos da IOP.

Com essas premissas, nesta edição, *Femina* apresenta recomendações sobre a abordagem e o seguimento ginecológicos de mulheres submetidas ao TMO, descrevendo desde os cuidados pré-transplante até as principais complicações e medidas adicionais que devem ser observadas durante a assistência ginecológica nas fases iniciais da recuperação pós-transplante. Além disso, destaca os cuidados no seguimento em médio e longo prazo na assistência ginecológica dessas mulheres, tais como programas de revacinação, rastreamento de segundo tumor, cuidado com lesões de HPV, entre outros, que muitas vezes ficam em segundo plano. Com base em uma revisão bibliográfica extensa sobre o assunto, associada à experiência adquirida pelo grupo, os autores trazem um texto bastante didático, com as recomendações a serem adotadas na assistência a essas pacientes. Vale a pena a leitura, pois, de maneira crescente, os ginecologistas vão se deparar com esses casos no seu dia a dia de consultório.

Mulheres submetidas ao transplante de medula óssea: impacto dos quimioterápicos e da doença do enxerto contra o hospedeiro sobre o sistema reprodutor

Women undergoing bone marrow transplantation: impact of chemotherapy and graft-versus-host disease (GVHD) on the feminine reproductive system

Lenira Maria Queiroz Mauad¹, Lucia Alves da Silva Lara², Andrea Maria Novaes Machado³, Ana Carolina Japur de Sá Rosa-e-Silva¹

Descritores:

Insuficiência prematura do ovário; Transplante de medula óssea; Doença do enxerto contra o hospedeiro; Complicações do transplante de medula óssea; Imunossupressão

Keywords:

Premature ovarian insufficiency; Bone marrow transplantation; Graft-versus-host disease; Bone marrow transplantation late effects; Immunosuppression

1. Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brasil.

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

3. Médica Ginecologista do Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Como citar:

Mauad LM, Lara LA, Machado AM, Rosa-e-Silva AC. Mulheres submetidas ao transplante de medula óssea: impacto dos quimioterápicos e da doença do enxerto contra o hospedeiro sobre o sistema reprodutor. *Femina*. 2021;49(12):648-57.

RESUMO

O transplante de medula óssea (TMO) é um procedimento indicado para o tratamento de doenças hematológicas, que afetam muitas mulheres jovens. O aperfeiçoamento dos cuidados durante o TMO proporciona altos índices de cura e de sobrevida. No entanto, pode deixar sequelas em vários órgãos e sistemas, entre eles o sistema reprodutor e os órgãos genitais, impactando negativamente a qualidade de vida das receptoras do TMO. O objetivo desta publicação foi realizar uma revisão narrativa sobre o tema e propor um protocolo assistencial que torne acessível os cuidados relacionados à saúde sexual e reprodutiva a esse grupo especial de mulheres, baseado em dados clínicos de um ambulatório de assistência ginecológica às mulheres transplantadas no Hospital Amaral Carvalho, em Jaú, no interior de São Paulo.

ABSTRACT

Bone marrow transplantation (BMT) is indicated for the treatment of hematological diseases which affect many young women. The improvement of care during BMT procedures provides higher cure and survival rates. However, it can cause sequelae in various organs and systems, including the reproductive system and genitals, negatively impacting quality of life. The purpose of this publication is to present a narrative review related to this theme and to propose a healthcare protocol that allows sexual and reproductive care in this special group of patients, based on the clinical experience of a gynecological outpatient clinic at the Amaral Carvalho Hospital, in Jaú (SP) which specifically care for these women.

INTRODUÇÃO

As principais indicações para a realização do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCPH), mais conhecido como transplante de medula óssea (TMO), são as neoplasias hematológicas, como as leucemias, os linfomas e o mieloma múltiplo, porém ele também tem sido empregado em pacientes com erros inatos do metabolismo, síndromes de insuficiência medular, algumas doenças autoimunes e anemia falciforme.^(1,2)

Vários estudos, com grandes casuísticas, têm evidenciado que, apesar dos altos índices de sobrevivência em cinco anos, a qualidade de vida desses indivíduos é pior, quando comparada à da população de pessoas não transplantadas da mesma raça, gênero e faixa etária.⁽³⁾ Entre as complicações da doença que impactam em longo prazo, estão a falência de órgãos, a maior frequência de segundo tumor e a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), que ocorre em receptores de TMO do tipo alogênico (quando células doadas provêm de outro indivíduo compatível).⁽⁴⁾

Muitas complicações são consequência de procedimentos, condutas e terapias preconizados nas fases pré, peri e pós-TMO, e podem levar à insuficiência ovariana prematura (IOP) em até 90% dos casos e à DECH no trato genital feminino (em média 30% dos casos), impactando a saúde sexual e reprodutiva, o bem-estar geral e a qualidade de vida.

A DECH ocorre quando o sistema imune do doador reage com os tecidos do receptor, não reconhecendo os tecidos e órgãos como seus.⁽⁵⁾ O mecanismo exato pelo qual a DECH se desenvolve ainda não está esclarecido, mas sabe-se que, geralmente, o processo é desencadeado por lesão do tecido do receptor (hospedeiro), principalmente no trato gastrointestinal, com subsequente liberação de citocinas que ativam os linfócitos T do doador. Desencadeia-se uma cascata inflamatória com ação da imunidade humoral e celular levando, na fase aguda, a lesões dos epitélios de revestimento, tanto da pele quanto das mucosas, e resultando em fibroses e retrações dos órgãos acometidos na fase crônica.⁽⁶⁾

Os principais órgãos afetados pela DECH são a pele (lesões cutâneas) e mucosas, seguidos pelo fígado e olhos. Outros sítios que também são acometidos com certa frequência são o trato gastrointestinal, pulmão, esôfago, trato genital e articulações.⁽⁷⁾

Os fatores de risco mais frequentemente descritos para o aparecimento da DECH vaginal são: realização de TMO alogênico, uso de corticoides sistêmicos, menor relação de compatibilidade entre doador-receptor (HLA), história de DECH aguda, doença cutaneomucosa extragenital coexistente, gestação prévia e idade mais avançada.⁽⁶⁻⁸⁾

O setor de TMO do referido Hospital foi criado há 20 anos e já realizou mais de 3.500 transplantes entre autólogos, alogênicos e haploidênticos. Uma vez que as doenças onco-hematológicas são as mais frequentes e acometem pacientes jovens, as complicações envolven-

do o sistema reprodutor tornaram-se frequentes entre as pacientes do serviço, surgindo a necessidade de incorporar à equipe uma ginecologista do hospital. O aumento progressivo dos casos e a melhor compreensão das manifestações e sequelas no trato genital e sistema reprodutor levaram à criação de uma rotina de atendimento nas diversas fases, visando à orientação, à prevenção de sequelas, ao acolhimento e à assistência às mulheres transplantadas. Elas são atendidas em paralelo ao seguimento do setor de transplante, com protocolo adequado à faixa etária, ao tempo pós-transplante, ao tipo de transplante e às sequelas desenvolvidas. Com base nessa experiência, o propósito deste trabalho, embasado numa revisão narrativa da literatura, foi propor um protocolo para a assistência adequada e integral de mulheres submetidas ao TMO, com as medidas preventivas e terapêuticas, especialmente na área reprodutiva e de saúde sexual, com a finalidade de nortear a abordagem feita pelo ginecologista geral. Para melhor entendimento do papel do ginecologista no acompanhamento dessas pacientes, apresentamos inicialmente um resumo das diferentes fases e particularidades do processo do TMO e seus impactos sobre o sistema reprodutor, que pode ser visualizado no quadro 1.

O TMO E SEU IMPACTO SOBRE O APARELHO REPRODUTOR

As células a serem infundidas podem ser do próprio paciente, no transplante autólogo, de um gêmeo idêntico, no transplante singênico, ou de um doador total ou parcialmente compatível, no transplante alogênico. Ainda em relação ao grau de compatibilidade entre doador e receptor, o transplante alogênico pode ser considerado compatível ou pouco compatível com o doador, como no transplante haploidêntico. As fontes possíveis no TMO alogênico são o sangue periférico, a medula óssea ou o cordão umbilical.⁽⁹⁾

A primeira fase (fase de condicionamento ou mieloablativa) consiste no emprego de altas doses de quimioterápicos com ou sem radioterapia, para destruir a medula do receptor antes de infundir as células do doador. Na mulher, esse mesmo efeito de depleção celular ocorre com os folículos ovarianos em desenvolvimento, levando ao hipoestrogenismo e à amenorreia já na fase inicial do tratamento.⁽¹⁰⁾ Pode ocorrer também a destruição em grandes proporções dos folículos ovarianos primordiais, determinando a perda parcial ou total da função gonadal de maneira irreversível. Uma das hipóteses é que a destruição da população de folículos primordiais (inativos) ocorra por um mecanismo denominado “burn out”, em que a droga gonadotóxica destrói primariamente folículos já em atividade (secundários ou maiores), o que acarreta queda dos níveis hormonais. Em consequência a isso, o hormônio folículo-estimulante (FSH) se eleva para compensar a hipofunção ovariana, recrutando novo pool de folículos, que serão destruídos

pela quimioterapia. Dessa maneira, estabelece-se um esgotamento de toda a população de folículos primordiais, sequencialmente recrutados, em curto espaço de tempo.⁽¹¹⁾ O fato é que cerca de 90% das mulheres no período reprodutivo submetidas à TMO evoluirão para IOP após o transplante.⁽¹²⁾ Em geral, durante o primeiro mês após a quimioterapia, a atividade ovariana mantém-se quiescente, e o mais frequente é que a paciente mantenha um hipoestrogenismo importante. Isso refletirá na função sexual, tornando a relação sexual dolorosa, devido à atrofia da mucosa vaginal, ou impraticável, por causa da estenose, quando o hipoestrogenismo é complicado pela DECH (Quadro 1).

A etapa seguinte consiste na infusão da medula óssea (fase de infusão – TMO) e não envolve a administração de quimioterápicos. Como é feita imediatamente após a fase condicionadora, o ovário está geralmente quiescente, após ter perdido a população de folículos em crescimento. Nesse momento, a paciente encontra-se totalmente hipoestrogênica. A fase que se segue é a fase de “pega” do enxerto da medula transplantada e tem início após a infusão da medula doada, quando as células precursoras migram para a medula do hospedeiro. Ocorrem a recuperação medular e o aumento lento dos níveis das células sanguíneas (hemácias, leucócitos e plaquetas) e das funções de defesa e coagulação, e há um intervalo para se adaptar ao organismo geneti-

camente diferente em que agora se dividem. Nos casos em que ocorre a ativação do sistema de defesa precocemente, pode haver uma agressão das células enxertadas contra o organismo do hospedeiro, causando a DECH, que pode acometer diferentes órgãos, incluindo o aparelho genital.

Após 100 dias, vem a fase de recuperação, quando a função ovariana pode retornar parcialmente ou pode não ocorrer e evoluir para insuficiência ovariana.⁽¹³⁾ Portanto, o estado estrogênico nessa fase é variável, havendo necessidade de avaliação individualizada. O monitoramento da DECH é fundamental; em casos em que a doença ocorre, a falta do estrogênio na mucosa genital favorece as lesões e as sequelas em médio e longo prazo.⁽⁷⁾ Finalmente, temos a fase de seguimento de longo prazo (até dois anos após o TMO), pois, por um período de até dois anos, há risco de recidiva da doença de base e rejeição tardia com eventos inflamatórios e degenerativos, podendo ser necessária a manutenção de corticoides e imunossuppressores.⁽¹⁰⁾ Nesse período, a função gonadal é variável, dependendo do quanto foi afetada pela quimioterapia da fase de condicionamento.

Também, nessa fase é possível a ocorrência de quadros de DECH mais tardios, sendo imprescindível pesquisar a presença de lesões genitais. Em casos de retomada parcial ou total da função reprodutiva, é necessário oferecer um método contraceptivo, pois a ges-

Quadro 1. Fases do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) e impacto sobre o sistema reprodutivo

Fase do TCTH	Características clínicas	Duração da fase	Possível impacto sobre o sistema reprodutivo
Fase de condicionamento	Consiste na realização de quimioterapia e/ou radioterapia condicionadora, pré-transplante, para permitir a recepção de uma “nova medula”.	Em torno de 7 dias	Depleção folicular e hipoestrogenismo agudo
Fase de infusão	É o transplante propriamente dito, quando são infundidas as células do doador.	1 dia	Não há efeito específico desta fase, porém persistem os efeitos na fase de condicionamento.
Fase de “pega”	Ocorre a migração das células transplantadas para a medula do receptor e a repopulação medular, com aumento lento dos níveis das células sanguíneas (hemácias, leucócitos e plaquetas).	10-30 dias	Risco de ocorrência de DECH no TCTH alogênico, devido à ativação precoce a anormal da medula do receptor. A função ovariana normalmente permanece supressa em decorrência da quimioterapia, com manifestações clássicas do hipoestrogenismo.
Fase de recuperação	Retomada gradual da atividade medular.	Até o D+100	A paciente precisa de constante monitoramento para: infecções (inclusive de trato genital) e DECH (inclusive vaginal)*. A função ovariana pode ser retomada, parcial ou totalmente, mas o mais frequente é que permaneça supressa.
Seguimento tardio	Recuperação completa após transplante. Há risco de recidiva da doença de base e rejeição tardia*, com eventos inflamatórios e degenerativos, podendo ser necessária a manutenção de corticoides e imunossuppressores.	Após D+100 até dois anos após o TCTH	Há necessidade de monitoramento para DECH* e infecções vaginais, inclusive lesões HPV-induzidas. A função ovariana pode ou não ser retomada, parcial ou totalmente, portanto deve-se atentar para a necessidade de reposição hormonal e de contracepção.

* A DECH (doença do enxerto contra o hospedeiro) só ocorre nos transplantes alogênicos.

D+100: 100º dia após o TCTH.

tação precisa ser evitada até um período de segurança de ao menos dois anos.⁽¹⁴⁾ Nos casos em que não houver recuperação da função ovariana ou houver dúvida e flutuação na atividade da gônada, é necessário manter o *status* de normoestrogenismo por meio da reposição estroprogestativa (descrito adiante), tanto para permitir uma vida sexual satisfatória e sem dor quanto para minimizar a chance de sequelas (fibrose e estenose local) nos casos em que houver a formação de lesões vaginais por DECH.

CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA GINECOLÓGICA ÀS PACIENTES DE TMO

Cuidados pré-TMO

A avaliação ginecológica deve ser feita em torno de 15 a 30 dias antes do TMO, com exame clínico e exames complementares quando necessários, levando em consideração os seguintes pontos:

- **Rastreamento de infecção** – Uma vez que durante a fase de condicionamento há comprometimento imunológico importante, condições como vulvovaginites, cervicites, vaginoses, herpes genital e lesões verrucosas HPV-induzidas devem ser pesquisadas e tratadas.
- **Rastreamento de câncer ou suas lesões precursoras** – Com a realização de colpocitologia oncótica em mulheres acima de 25 anos de idade com antecedente atual ou pregresso de vida sexual, pesquisa de massas pélvicas e nódulos mamários. Quando presentes lesões cervicais induzidas por papilomavírus humano (HPV) como lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL) e carcinoma cervical inicial, o tratamento evita a progressão, que pode ser acelerada pelo estado de imunossupressão – se não for possível adiar o TMO, tratar em no máximo três a seis meses, período geralmente necessário para a recuperação do quadro hematológico.⁽¹⁵⁾ Massas pélvicas e nódulos mamários são mais bem investigados com ultrassonografia pélvica transvaginal, mamografia e ultrassonografia de mama; se houver indicação de intervenções para confirmação diagnóstica ou terapêutica, elas devem ser realizadas antes do transplante.
- **Indução da amenorreia** – A pancitopenia associada à insuficiência ovariana aguda, induzidas pela quimioterapia, principalmente durante o regime de condicionamento, pode provocar sangramentos menstruais abundantes, necessitando-se de transfusões.

A melhor e mais eficiente alternativa para a indução de amenorreia é o uso dos análogos do GnRH (GnRHa – acetato de leuprorrelina ou acetato de goserrelina), que podem ser administrados em doses de depósito mensais ou trimestrais, iniciado preferencialmente qua-

tro ou, pelo menos, duas semanas antes do período esperado para a pancitopenia.^(2,16) Especula-se ainda que o uso dessa medicação durante a quimioterapia poderia proteger as gônadas do dano causado pelos quimioterápicos, uma vez que a supressão do eixo manteria certo repouso ovariano, minimizando o recrutamento maciço da população folicular. De fato, há estudos que sugerem que a associação dos GnRHa ao ciclo de quimioterapia aumenta a chance do retorno das menstruações e melhora o perfil hormonal ovariano após o tratamento.⁽¹⁶⁾ Entretanto, ainda não há estudos que comprovem um benefício real sobre a capacidade reprodutiva dessas mulheres, uma vez que menstruar não garante fertilidade preservada. A principal desvantagem dessa medicação está no alto custo.

Na impossibilidade do uso de análogos de GnRH, podem-se prescrever contraceptivos orais combinados (COCs) com comprimidos de 30 mcg de etinilestradiol, em uso contínuo, até a normalização dos níveis plasmáticos. Entretanto, devemos destacar que, nessas pacientes transplantadas, o uso desses contraceptivos aumenta o risco de doença tromboembólica com frequência de 3,4% a 4,6%, uma vez que se somam a essas altas doses de estrogênio os longos períodos de hospitalização, a DECH e o uso de corticoides.^(17,18)

Nesse sentido, também podem ser prescritos contraceptivos orais à base de progestagênios sintéticos ou naturais para a parada de sangramentos agudos, bem como para a indução de amenorreia.⁽¹⁸⁾ É sabido que progestagênios isolados não provocam aumento do risco de tromboembolismo,⁽¹⁹⁾ embora haja relato isolado na literatura de que o uso de noretisterona contínuo em altas doses resultou em aumento de doença venoclusiva hepática em mulheres transplantadas,⁽²⁰⁾ independentemente do seu efeito não trombogênico.

Se a paciente fizer uso de anel vaginal ou de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, eles deverão ser retirados, eliminando-se uma possível porta de entrada para o processo infeccioso. Os sistemas intrauterinos (SIU) de levonorgestrel ou implantes podem ser preservados, mas não inseridos com a finalidade de indução de amenorreia.⁽¹⁾

Orientação de contracepção – O efeito teratogênico das drogas empregadas durante todo o tratamento e o risco de falha terapêutica nos dois primeiros anos após o TMO justificam o emprego de métodos seguros de contracepção adequados para cada caso. O contraceptivo oral, embora possa causar elevação de enzimas hepáticas quando associado aos muitos outros medicamentos necessários nessa fase, ainda é o método de escolha, por ser de fácil administração e manter a amenorreia até a recuperação hematológica, como já citado anteriormente.

Esclarecimento sobre a IOP e orientação sobre a preservação da fertilidade – É de extrema importância abordar a questão do impacto do tratamento sobre o potencial reprodutivo da paciente. Como já citado, pode

ocorrer a destruição dos folículos ovarianos, com perda parcial ou total da função gonadal, determinando o quadro de IOP, que, na maioria das vezes, é irreversível. Nesse sentido, além de conscientizar a paciente sobre os principais sintomas que provavelmente advirão do hipoestrogenismo (fogachos, redução de libido e sintomas geniturinários), deve-se oferecer a ela aconselhamento reprodutivo, informá-la sobre opções de preservação de fertilidade e, caso ela tenha interesse, encaminhá-la para um serviço especializado de reprodução assistida.

Preservação da fertilidade – Entre as opções para a tentativa de preservar a fertilidade, está o congelamento de embriões, de óvulos e de tecido ovariano (este último ainda considerado como técnica experimental).⁽²¹⁾ Caso a paciente tenha interesse em tentar preservar a fertilidade, o tempo é elemento crucial para o sucesso dos procedimentos disponíveis, uma vez que a indução de ovulação para a obtenção de óvulos maduros (no caso do congelamento de óvulos e embriões) demanda tempo (10-15 dias) e é preciso agir em sincronia com o serviço de TMO. Além disso, na prática, há limitação de recursos financeiros, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não oferece procedimentos de reprodução assistida e as drogas indutoras são caras. São escassos os centros brasileiros de reprodução assistida que oferecem esses procedimentos gratuitamente.

Cuidados com a função sexual – Devido ao hipoestrogenismo, a dispareunia e o desejo sexual hipoativo são queixas comuns em mulheres transplantadas, sendo a dor na relação sexual uma consequência também da DECH. As pacientes devem ser orientadas quanto à possibilidade da ocorrência da DECH e seus sinais precoces, a fim de que fiquem atentas às suas manifestações, já que muitas vezes esses sinais e sintomas acabam não abordados pela equipe de hematologia que a assiste. É importante ressaltar que as sequelas que podem limitar a atividade sexual futura também podem ser evitadas com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Quando o diagnóstico é tardio, depois de instalada a fibrose local, os resultados do tratamento são limitados e pouco satisfatórios.

Em mulheres que não necessitam de indução medicamentosa de amenorreia, como as que já se encontram na menopausa, com IOP prévia ou mesmo histerectomizadas com função ovariana normal, é necessária a prescrição de estrogênios no período de supressão ovariana durante e após a quimioterapia condicionadora. A administração pode ser tópica, com óvulos vaginais manipulados contendo 0,5 a 1 mg de estriol, cujo uso deve ser iniciado já na avaliação pré-TMO e mantido durante toda a internação, em noites alternadas, com a finalidade de preservar o trofismo do trato geniturinário e prevenir infecções urinárias e lesões de DECH.

As pacientes são ainda orientadas a intensificar cuidados de higiene para se protegerem de contaminações e de infecções.

Cuidados durante o período do transplante

Sangramento vaginal – As medidas para a manutenção da amenorreia nem sempre são eficazes em situações de plaquetopenia importante, podendo ocorrer sangramento vaginal em volume aumentado. Nesse caso, a primeira conduta é aumentar o aporte de estrógeno dobrando a dose do contraceptivo em uso. Se houver aumento de enzimas hepáticas, a alternativa é o uso de estradiol na forma transdérmica – 100 a 200 microgramas em adesivos, trocados duas vezes por semana.⁽²²⁾ Se houver contraindicação para o uso de COC, o acetato de medroxiprogesterona na dose de 20 mg pode ser administrado três vezes ao dia por uma semana e depois mantido uma vez ao dia por mais três semanas. Outra opção para o controle do sangramento é o ácido tranexâmico 500 mg por via endovenosa a cada seis a oito horas, que pode ser administrado como terapêutica alternativa ou complementar.⁽²³⁾ Em vigência de trombose no cateter, a inserção de balão intrauterino pode ser uma opção. Essas condutas são mantidas em paralelo à administração de plaquetas até o controle do quadro, quando as doses podem ser reduzidas gradualmente. A ocorrência de vômitos ou diarreia decorrentes do uso de medicamentos ou induzidos pela DECH do trato digestivo compromete a absorção dos hormônios por via oral, favorecendo a mudança para a via transdérmica, nas doses já citadas.

Cuidados após a alta da enfermaria até D+100

Controle de sangramento vaginal – A supressão menstrual deve ser mantida até que haja normalização do nível das plaquetas. A administração de GnRHa por mais de 90 dias deve ser evitada, sendo preferido o uso de COC, que, além de evitar gravidez, melhora os sintomas da supressão ovariana e protege contra a perda de massa óssea.⁽²⁰⁾ A relação sexual pênis-vagina poderá ser liberada quando houver recuperação, ao menos parcial, dos níveis plaquetários, com redução do risco de sangramentos por trauma, sendo indicado o uso de preservativos lubrificados para evitar lesões, gestação e contaminação em situação de imunossupressão.

Monitorização e tratamento das lesões de DECH – A paciente é orientada a atentar para os sinais de alerta, como dispareunia, sinusorragia ou presença de lesões vulvares. Nessa fase, os principais sintomas de DECH genital são semelhantes aos decorrentes do hipoestrogenismo secundário à IOP, como ressecamento vaginal, sensibilidade e ardor no vestibulo vaginal, disúria externa, corrimento vaginal fluído sem odor, dispareunia e sangramento.⁽²⁴⁾ Daí a importância de medidas que visem ao tratamento imediato dos sintomas genitais do hipoestrogenismo da IOP, o que facilita o diagnóstico precoce da DECH. Nessas mulheres, o exame de inspeção da vulva pode revelar lesões similares ao líquen plano erosivo vulvar, como erosões, eritema vítreo, fissuras interlabiais (Figura 1A) ou sinequias frouxas (Figura 1B). O exame especular, quando possível, pode revelar áreas

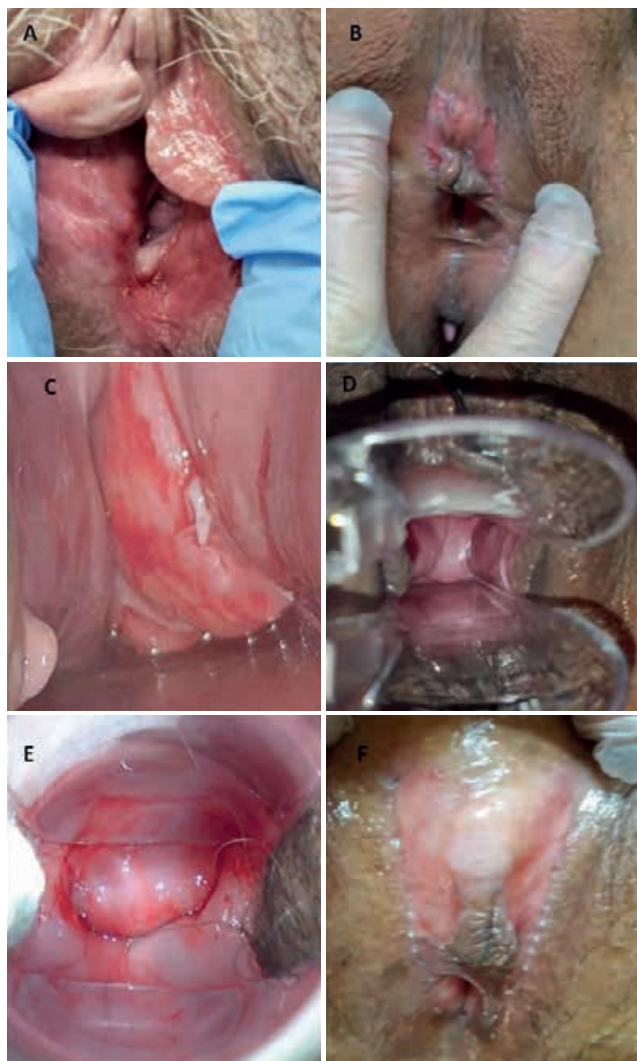


Figura 1. Lesões de DECH genital comprometendo vulva e vagina em estágios iniciais e sequelas. (A) Lesões semelhantes ao líquen plano erosivo, como erosões, eritema vítreo e fissuras interlabiais. (B) Fissuras, erosões e sinequias frouxas. (C) Sinais de comprometimento vaginal como áreas de erosão. (D) Septo espesso em 1/3 superior da vagina ocultando parcialmente o colo. (E) Sepultamento do colo, encurtamento e estreitamento da vagina. (F) Arquitetura totalmente alterada com reabsorção de ninfas, sepultamento de clitóris e obliteração do vestibulo e do meato uretral

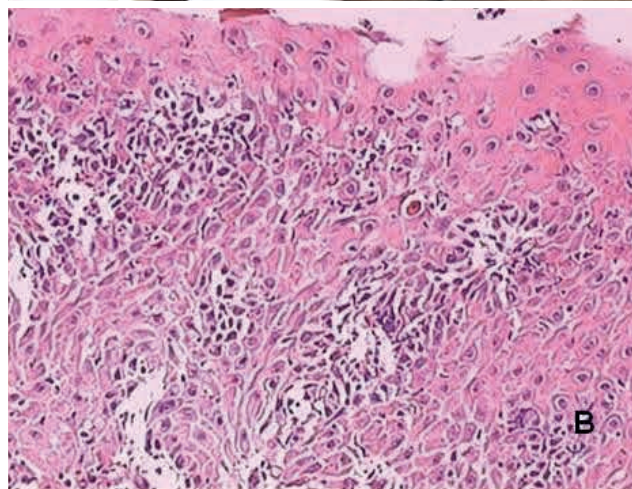
de erosão na parede vaginal, nos fórnices e no colo uterino (Figura 1C), sendo comum a ocorrência de corrimento fluido em grande quantidade e de sinequias frouxas que sangram com a manipulação.

Muitas vezes, as lesões podem ter aspecto de úlcera e, embora as pacientes estejam recebendo terapia antiviral, antifúngica e antibacteriana de amplo espectro, pode ser necessária uma biópsia para diagnóstico final (Figura 2).

Na ausência de sintomas, a avaliação clínica deve ocorrer a cada seis meses. Para as pacientes sem vida sexual ativa, recomenda-se o autoexame da genitália

externa à procura de lesões e a identificação da permeabilidade vaginal pela introdução do aplicador com creme vaginal ou óvulo de estriol. Em caso de estreitamento do canal, dificuldade de progressão do aplicador, lesões ou aumento de sensibilidade em vestibulo vaginal, as mulheres devem procurar atendimento ginecológico imediatamente.

Tratamento da DECH genital – Identificada a DECH genital, associada ou não à DECH em outros órgãos, ainda que muitas mulheres já estejam em uso de imunossuppressores sistêmicos, no caso de lesões vulvares, a primeira conduta é a aplicação tópica de corticoide de alta potência – clobetasol a 0,05% em forma de pomada – uma a duas vezes ao dia nas áreas acometidas da vulva, associada a cuidados locais como banhos com água morna, aplicação de lidocaína gel a 2% e hidratantes ou protetores de barreira, por exemplo, dexpanthenol



Fonte: Imagem e descrição cedidas pelo Dr. Francisco Alves Moraes Neto (Hospital Amaral Carvalho)

Figura 2. Lesão em forma de úlcera em área queratinizada. (A) Úlcera em grande lábio sem lesões mucosas. (B) O exame microscópico das lesões revela alteração vacuolar focal ou difusa da camada basal da epiderme, queratinócitos apoptóticos associados a infiltrado linfocitário satélite que invariavelmente se estende à epiderme (exocitose), compatível com DECH em fase aguda

ou óleo vegetal. Esse tratamento pode ser mantido por 60 dias, avaliando-se a paciente a cada 15 dias, quando possível, para a adequação da dose se necessário.⁽²⁵⁾

Havendo comprometimento vaginal, óvulos de hidrocortisona manipulados na dose de 25 mg aplicados uma a duas vezes ao dia, de acordo com a extensão das lesões, podem ser mantidos por duas a quatro semanas.⁽²⁴⁾

Existe indicação formal para a associação do estriol em creme vaginal ou óvulos na dose de 1 mg aplicados duas a três vezes por semana, mesmo que a paciente esteja fazendo uso de terapia hormonal (TH) sistêmica para contrapor a ação local do corticoide sobre a flora vaginal e a espessura do epitélio. O uso de clindamicina a 2% em creme ou óvulos vaginais, associada à hidrocortisona, melhora os quadros inflamatórios mais persistentes e deve ser realizado por 15 dias, com manutenção duas vezes por semana.⁽³⁾ Após 60 dias, se houver estabilização dos sintomas, a regressão da dose é feita progressivamente a cada 15 dias, idealmente com reavaliação clínica.

A relação sexual deve ser estimulada, quando possível, para ocorrer ao menos uma vez por semana. Na ausência de parceiro, pode ser prescrito o uso de dilatadores vaginais ou a automassagem vaginal para desfazer sinequias e manter a funcionalidade da vagina.

Mesmo após o desaparecimento das lesões, a manutenção de doses únicas semanais de hidrocortisona em óvulos e/ou pomada por mais dois a seis meses, além do uso por tempo indefinido do estriol tópico, ajuda a evitar recidivas e a detectá-las precocemente. Os inibidores de calcineurina em gel vaginal a 0,1%, embora eficazes, são menos suportados, pois algumas mulheres se queixam de ardor após a aplicação.

Eles são mais indicados em fase de manutenção ou regressão, na ausência de lesões extensas e erosivas, por não causarem atrofia do epitélio.⁽²⁶⁾

SEGUIMENTO DE MÉDIO E LONGO PRAZO APÓS TMO (APÓS D+100)

Uma vez que o uso de imunossupressores pode facilitar a ocorrência de infecções fúngicas e virais, além de vigilância e tratamento oportuno, medidas profiláticas são indicadas, como uso de preservativos, antifúngicos, vacina contra HPV e exame colpocitológico anual.

Nessa fase, são diagnosticados os quadros de DECH genital mais tardios, com obliteração do orifício externo do colo, aderências firmes em vagina causando sepultamento do colo ou obliteração em graus variáveis (Figuras 1D e 1E). A vulva pode ter sua arquitetura totalmente alterada com sinequias interlabiais, sepultamento de clitóris e obliteração de vestibulo e até mesmo de meato uretral (Figura 1F). O comprometimento vulvar é mais frequente, mas pode estar associado a lesões vaginais subsequentes; o comprometimento vaginal isolado pode significar um subdiagnóstico da lesão vulvar prévia.⁽²⁷⁾ Embora haja carência de informações sobre casos de DECH genital em crianças, os sintomas

são semelhantes aos das mulheres adultas, podendo haver erosões e sinequias (Figura 3A); esses casos são geralmente subestimados e subdiagnosticados, favorecendo o aparecimento tardio de sequelas (Figura 3B).⁽²⁸⁾

A diminuição da elasticidade do vestibulo vaginal ou de toda a vagina, quando presente, dificulta a relação sexual pênis-vagina, sendo indicada a prescrição de exercícios de pressão e rotação de dilatadores vaginais de calibre progressivo, duas a três vezes por semana, por 10 minutos. A obliteração do orifício externo ou interno do colo em mulheres fazendo uso de TH pode levar a hematometria, detectável por ultrassonografia transvaginal (USTV). A dilatação do colo, após bloqueio cervical ou locorregional com raquianestesia, possibilita a drenagem do conteúdo uterino e alivia os sintomas; já foram descritos casos em que foi necessária a realização de histerectomia.⁽²⁹⁾ Quando presente estenose cervical ou hematometria inicial, se indicada reposição hormonal, esta deve ser feita de forma contínua. Sinequias vaginais densas são indicação de procedimento cirúrgico com posterior uso de corticoterapia tópica e dilatadores vaginais.⁽¹⁵⁾

Terapia hormonal – A falência ovariana pós-TMO varia entre 65% e 90% das mulheres,^(15,30) com consequente infertilidade. O tratamento mais eficiente para o controle dos sintomas de hipoestrogenismo decorrentes da falência ovariana é a TH. Não há contraindicação para o uso de hormônios na fase pós-TMO, e a reposição deve ser iniciada o mais precocemente possível, geralmente após 100 dias do procedimento. Há exceção para os casos de persistência da doença de base, hepatotoxicidade induzida pela droga ou DECH hepática com colestase, quando, então, haverá contraindicação para a TH. As pacientes devem ser estimuladas, porque, em geral, a adesão à TH não é total. Em estudo de Piccioni *et al.*, 29% das mulheres por ele avaliadas recusaram o uso de hormônios por ansiedade e medo de câncer de mama.⁽¹⁶⁾

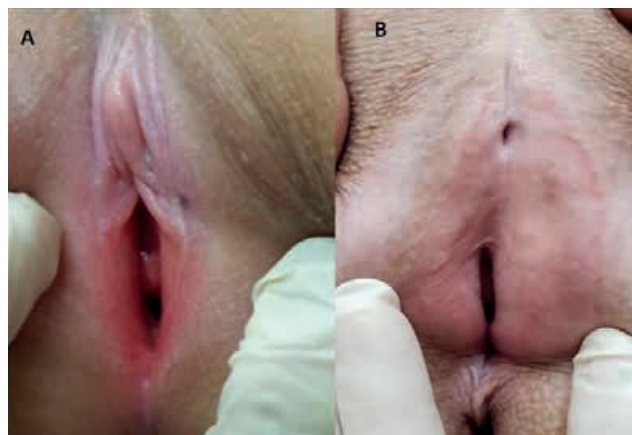


Figura 3. (A) 12 anos, TMO alógeno não aparentado há 1 ano e 3 meses – eritema em vestibulo, sinequias interlabiais. (B) 14 anos, TMO alógeno aparentado há 3 anos, dificuldade para urinar; sem atendimento ginecológico prévio: sepultamento do clitóris, reabsorção de pequenos lábios e fechamento do meato uretral

Quando houver necessidade de contracepção, o uso de anticoncepcionais hormonais, em especial os COCs, já são uma boa opção de reposição hormonal. Caso não haja demanda de contracepção, a associação de estradiol – oral 2 mg contínuo, ou transdérmico 100 mcg, duas vezes por semana, ou 2 mg em gel de aplicação diária – com progesterona micronizada 100 ou 200 mg ou medroxiprogesterona 5 a 10 mg em uso contínuo ou cíclico é uma boa alternativa.⁽¹⁷⁾ Por se tratar de mulheres politransfundidas, muitas vezes com aumento de ferritina sérica, a opção por terapia cíclica com sangramento programado auxilia no controle do quadro. No Brasil, a reposição cíclica com valerato de estradiol 2 mg por 11 dias, associado ao levonorgestrel 0,25 mg por 10 dias, é eficaz, e esses medicamentos são comercializados com custo acessível.

A TH sistêmica, quando indicada, pode restaurar o desejo sexual nessas mulheres, podendo ser necessária a adição da testosterona tópica ou transdérmica, sugerindo-se a dose de 300 µg/dia.⁽¹⁷⁾

Aspectos reprodutivos (concepção e contracepção) –

A avaliação da função ovariana não deve ser realizada antes de um ano pós-transplante e durante esse período, deve-se considerar mulheres jovens como férteis e, prescrever COC é mais seguro.

As dosagens sanguíneas de FSH e hormônio anti-mülleriano, além da contagem de folículos antrais pela USTV, são o método mais empregado para avaliar a recuperação ovariana.⁽¹⁵⁾ Se a paciente estiver em uso de ACO, deve-se aguardar no mínimo 60 dias, preferencialmente 90 dias, para essa avaliação hormonal.

A recuperação de níveis hormonais não significa fertilidade, e a gestação espontânea ocorre em apenas 0,87% das mulheres submetidas a TMO alogênico e em 0,36% após TMO autólogo.⁽¹⁸⁾

As pacientes que tiveram seus oócitos ou embriões criopreservados pré-tratamento precisam manter o estímulo endometrial e uterino com o uso de hormônios. A transferência de embriões não deverá ser realizada antes de dois anos do término do tratamento.⁽¹⁰⁾ Considerar que há relatos de redução significativa do volume uterino em mulheres submetidas ao TMO durante a infância.⁽¹⁸⁾

Vacina contra o HPV – As mulheres submetidas ao TMO estão mais suscetíveis às manifestações clínicas do HPV, por causa da diminuição da imunidade na fase do transplante e do uso, em grande parte delas, de imunossupressores tópicos e/ou sistêmicos.⁽¹⁹⁾ Há ainda perda da sororreatividade adquirida pré-TMO. A resposta imune foi testada em mulheres de 18 a 50 anos após vacina imunizante para os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV e mostrou-se adequada, com índices de proteção semelhantes aos das mulheres da população geral,⁽²⁰⁾ portanto há indicação de vacina para todas as transplantadas a partir do D+100 ou a partir de 6 a 12 meses pós-TMO, em qualquer faixa etária ou seguindo os protocolos de cada país.⁽²¹⁾ Devem ser administra-

das três doses em 0, 2 e 6 meses da vacina disponível, quadrivalente ou nonavalente.⁽¹⁴⁾ No Brasil, o SUS disponibiliza a vacina quadrivalente em três doses para as mulheres submetidas a transplante de órgãos sólidos ou medula óssea, até os 45 anos.⁽²²⁾

Rastreamento de segundo tumor – Mulheres submetidas ao TMO são mais suscetíveis ao aparecimento de um segundo tumor; dentre os tumores ginecológicos, destacam-se o câncer do colo do útero, com suas lesões precursoras, e o câncer de mama. Por isso, faz parte da rotina de seguimento mais tardio dessas pacientes o rastreio de um segundo tumor ginecológico.

Câncer do colo do útero e suas lesões precursoras induzidas por HPV – O exame ginecológico anual com coleta de colpocitologia oncótica também anual garante segurança nessas mulheres. Novas recomendações para mulheres imunossuprimidas e transplantadas permitem espaçar a coleta de exames citológicos para cada três anos se a pesquisa do DNA de HPV e a citologia em meio líquido forem normais.⁽²³⁾

Rastreamento do câncer de mama – Além de ser o câncer mais comum entre as mulheres, o câncer de mama é mais frequente entre as mulheres transplantadas, principalmente se o TMO foi realizado antes dos 18 anos. O risco aumenta de 0,8%, em 10 anos, para 4,6%, em 20 anos, atingindo 11% 25 anos após o TMO. Quando receberam TBI, o rastreamento por mamografia, ultrassom e/ou ressonância nuclear magnética das mamas deve ser iniciado aos 25 anos ou oito anos após a TBI, o que acontecer primeiro, sempre antes do 40 anos.⁽²⁶⁾ Para o rastreamento, deve-se utilizar o protocolo conjunto da Febrasgo, da Sociedade Brasileira de Mastologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia.⁽³¹⁾ A seguir, outras doenças que também merecem ser rastreadas nessas pacientes.

Rastreamento de osteoporose – A osteopenia ocorre em 50% dos adultos em média quatro a seis anos após o TMO e a osteoporose, em até 20% em dois anos. Entre as crianças, em cinco anos, observou-se 26% de osteopenia e 21% de osteoporose.⁽⁴⁾ A perda da densidade mineral óssea ocorre mais rapidamente no primeiro ano após o transplante e em pacientes com outros fatores de risco associados como idade, período de internação prolongado, idade mais avançada, maior dose cumulativa de corticoide e menor peso corporal, desnutrição, inatividade física e sexo feminino. Para o rastreamento, sugerimos que sejam seguidas as recomendações da Comissão Nacional Especializada de Osteoporose da Febrasgo ou da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (Abrasso).⁽³⁰⁾

Hipotireoidismo – É mais frequente entre pacientes transplantados em idade precoce, submetidos à radioterapia de corpo total ou em região e em mulheres. O hipotireoidismo subclínico até dois anos pós-TMO é de 25% a 30%, e a deficiência clínica ocorre em 3,4% a 9% dos pacientes, em média 2,7 anos após o transplan-

te.⁽³²⁾ Para a prevenção e o manejo das tireopatias de pacientes, deve-se seguir o protocolo do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM).⁽³³⁾

Síndrome metabólica – Em particular, a hiperglicemia, a hipertensão arterial e a intolerância à glicose são intensificadas pelo uso prolongado de imunossuppressores como ciclosporina, sirolimo, micofenolato e corticoides. Entre os pacientes transplantados, 34% a 49% têm um ou mais componentes da síndrome metabólica, sendo o risco de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial 3,7 e 2,1 vezes maior, respectivamente, do que na população geral.⁽³³⁾ Portanto, deve-se avaliar periodicamente a presença dos componentes da síndrome metabólica: pressão arterial, medida da cintura, dosagens de triglicerídeos, HDL-colesterol e glicemia.

Deficiência de vitamina D – As pacientes submetidas a TMO permanecem por longos períodos em ambiente hospitalar ou repouso domiciliar, sendo orientadas a evitar exposição solar e a usar protetores solares e hidratantes de alta potência a fim de evitar a DECH cutânea. A deficiência de vitamina D é muito comum entre elas e deve ser pesquisada e mantida acima de 30 mcg/mL, pois, embora isso não interrompa a perda

óssea mais intensa nos primeiros anos após o TMO, pode reduzir a intensidade dessa perda.⁽³³⁾

As principais ações e condutas nas diferentes fases do TMO estão resumidas na figura 4, adaptada de Murphy *et al.*⁽¹⁴⁾

CONCLUSÃO

As mulheres submetidas ao TMO necessitam de seguimento ginecológico adequado para a detecção e manejo das alterações precoces e tardias desencadeadas pelo transplante. Em particular, as ocorrências da IOP e da DECH genital impactam negativamente a qualidade de vida e a sobrevida das mulheres transplantadas. As duas condições – IOP e DECH – se somam, portanto é desejável que os centros transplantadores incluam em seus protocolos o encaminhamento rotineiro para avaliação ginecológica, preferencialmente antes do início do tratamento, a fim de prevenir ou amenizar sequelas, evitando complicações futuras. O conhecimento e o envolvimento do ginecologista que acompanha a paciente e idealmente a presença de um ginecologista na equipe multidisciplinar dos serviços de transplante são imprescindíveis para o sucesso total do tratamento realizado.

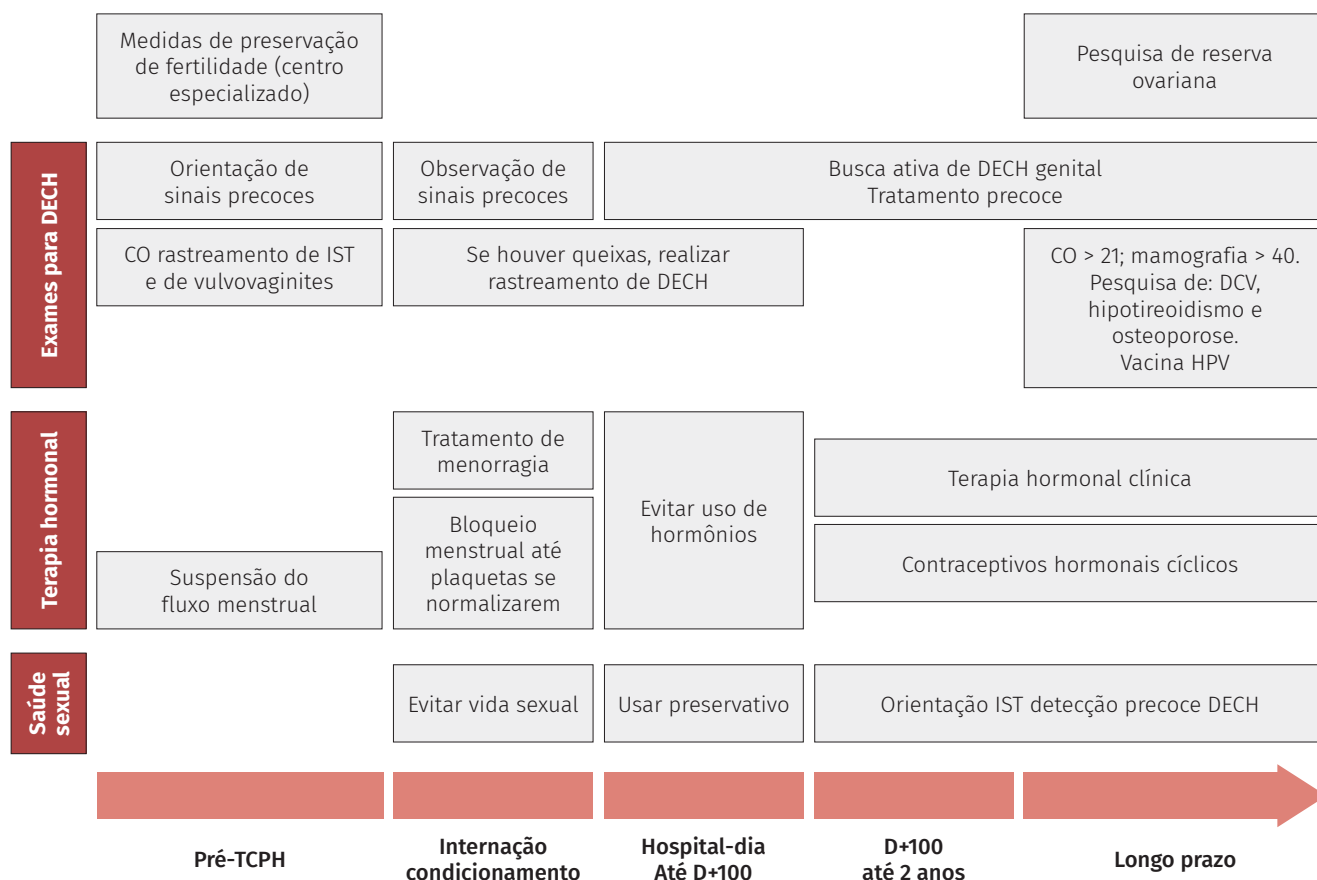


Figura 4. Linha do tempo de cuidados ginecológicos das mulheres submetidas ao TMO

REFERÊNCIAS

- Chang K, Merideth MA, Stratton P. Hormone Use for Therapeutic Amenorrhea and Contraception During Hematopoietic Cell Transplantation. *Obst Gynecol*. 2015;126:779-84. doi.org/10.1016/j.bbmt.2019.07.038
- Carreras E, Dufour C, Mohty M, Kroger N. Preface. *The EBMT Handbook*. doi.org/10.1007/978-3-030-02278-5
- Majhail NS. Long-term complications after hematopoietic cell transplantation. *Hematol Oncol Stem Cell Ther*. 2017;10:220-7. doi.org/10.1016/j.hemonc.2017.05.009
- Bahtia S. Long-term health impacts of hematopoietic stem cell transplantation inform recommendations for follow-up. *Expert Rev Hematol*. 2011;4(4):437-54. doi.org/10.1586/ehm.11.39
- Carreras E, Rambaldi A. Evaluation and Counseling of Candidates. *The EBMT Handbook*. doi.org/10.1007/978-3-030-02278-5-11
- Kornik RI, Rustagi AS. Vulvovaginal Graft-Versus-Host Disease. *Obstetrics and Gynecology. Clin N Am*. 2017;44:457-92. doi.org/10.1016/j.ogc.2017.05.007
- Lee S, Klein JP, Barrett AJ, Ringden O, Antin JH, Cahn JY, et al. Severity of chronic graft-versus-host disease: association with treatment-related mortality and relapse. *Blood*. 2002;100(2):406-14. doi.org/10.1182/blood.V100.2.406
- Lee SJ, Vogelsang G, Gilman A, Weisdorf DJ, Pavletic S, Antin JH, et al. A survey of diagnosis, management and grading of chronic GVHD. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2002;8:32-39. https://doi.org/10.1053/bbmt.2002.v8.pm11846354
- Negrin RS, Chao N J, Rosmarin AG. Donor Selection for hematopoietic cell transplantation. *UpToDate*. 2021.
- Sonigo C, Beau I, Binart N, Grynberg M. The Impact of Chemotherapy on the Ovaries: Molecular Aspects and the Prevention of Ovarian Damage. *Int J Mol Sci*. 2019;20(21):5342. doi: 10.3390/ijms20215342
- Kalich-Philosoph L, Roness H, Carmely A, Fishel-Bartal M, Ligumsky H, Paglin S, et al. Cyclophosphamide triggers follicle activation and "burnout"; AS101 prevents follicle loss and preserves fertility. *Sci Transl Med*. 2013;5(185):185ra62. doi: 10.1126/scitranslmed.3005402
- Tauchmanová L, Selleri C, De Rosa G, Esposito M, Orio F Jr, Palomba S, et al. Gonadal status in reproductive age women after haematopoietic stem cell transplantation for haematological malignancies. *Hum Reprod*. 2003;18:1410-16. doi.org/10.1093/humrep/deg295
- Overbeek A, van den Berg MH, van Leeuwen FE, Kaspers GJ, Lambalk CB, van Dulmen-den Broeder E. Chemotherapy-related late adverse effects on ovarian function in female survivors of childhood and young adult cancer: A systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2017;53:10-24. doi: 10.1016/j.ctrv.2016.11.006. Epub 2016 Nov 24. PMID: 28056411
- Murphy J, McKenna M, Abdelazim S, Battiwalla M, Stratton P. A Practical Guide to Gynecologic and Reproductive Health in Women Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2019;25:331-43. doi: https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2019.07.038
- Jacobson M, Wong J, Li A, Wolfman WL. Vulvovaginal graft-versus-host disease: a review. *Climacteric*. 2019;22(6):603-9. DOI: 10.1080/13697137.2019.1635580
- Aki SZ, Inamoto Y, Carpenter PA, Storer BE, Sandmaier BM, Lee SJ, et al. Confounding factors affecting the National Institutes of Health (NIH) chronic graft-versus-host disease organ-specific score and global severity. *Bone Marrow Transplant*. 2016;51:1350-3.
- Stratton P, Turner ML, Childs R, Barret J, Bishop M, Wayne AS, et al. Vulvovaginal Chronic Graft-Versus-Host Disease with Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1041-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000285998.75450.86
- Frey Tirri B, Häusermann P, Bertz H, Greinix H, Lawitschka A, Schwarze CP, et al. Clinical guidelines for gynecologic care after hematopoietic SCT. Report from the international consensus project on clinical practice in chronic GVHD. *Bone Marrow Transplant*. 2015;50:3-9. doi:10.1038/bmt.2014.242
- Spiroyda LB, Laufer MRm, Soiffer RJ, Antin JA. Graft-versus-host disease of the vulva and/or vagina: diagnosis and treatment. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2003;9(2):760-5. doi.org/10.1016/j.bbmt.2003.08.001
- Joshi S, Savani BN, Chow EJ, Gilleece MH, Halte RJ, Jacobsohn DA, et al. Clinical guide to fertility preservation in hematopoietic cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant*. 2014;49:477-84. doi.org/10.1038/bmt.2013.211
- Piccioni P, Scirpa P, D'Emili I, Sora F, Scarciglia M, Laurenti L, et al. Hormonal replacement therapy after stem cell transplantation. *Maturitas*. 2004;49(4):327-33. doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.02.015
- Patel A, Schwarz EB. Cancer and contraception. *Contraception*. 2012;86:191-8. doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.008
- Salooja N, Szydlo RM, Socie G, Rio B, Chatterjee R, Ljungman P, et al. Pregnancy outcomes after peripheral blood or bone marrow transplantation: a retrospective survey. *Lancet*. 2001;358(9278):271-6. doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05482-4
- Sri T, Merideth MA, Pulanic TK, Childs R, Stratton P. Human papillomavirus reactivation following treatment of genital graft-versus-host disease. *Transpl Infect Dis*. 2013;15:E148-51. DOI: 10.1111/tid.12098
- Stratton P, Battiwalla M, Abdelazim S, Wood LV, Yu Q, Pinto L, et al. Immunogenicity of HPV Quadrivalent Vaccine in Women after Allogeneic HCT is Comparable to Healthy Volunteers. *Abstracts/ Biol Blood Marrow Transplant*. 2018;24(3 Suppl):S25-S118. doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.12.656
- Cordonnier C, Einarsdottir S, Cesaro S, Di Blasi R, Mikulska M, Rieger C, et al. Vaccination of haemopoietic stem cell transplant recipients: guidelines of the 2017 European Conference on Infections in Leukaemia (ECIL7). *Lancet Infect Dis*. 2019;19(6):200-12.
- Fontana F, Cruz L, Pereira G. Ofício nº 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 03/03/2021. Available from: https://sei.saude.gov.br/sei
- Tanweer MS, Aljurf M, Savani BN, Iqbal PK, Hashmi S. Lower Genital Tract Precancer and Cancer in Hematopoietic Cell Transplant Survivors and the Role of HPV: A Systematic Review and Future Perspectives. *Clin Hematol Int*. 2019;1(3):142-53. doi: org/10.2991/chi.d.190519.001
- Moscicki AB, Flowers L, Huchko MJ, Long ME, MacLaughlin KL, Murphy J, et al. Guidelines for cervical cancer screening in immunosuppressed women without HIV infection. *J Low Genit Tract Dis*. 2019;23:87-101. doi: 10.1097/LGT.0000000000000468
- Inamoto Y, Shah NN, Savani BN, Shaw BE, Abraham AA, Ahmed IA, et al. Secondary solid cancer screening following hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2015;50:1013-23. doi.org/10.1038/bmt.2015.63
- Urban LABD, Chala LF, Bauab SDP, Schaefer MB, Santos RPD, Maranhão NMA, et al. Breast Cancer Screening: Updated Recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(10):569-75.
- Salooja N, Shoham Z, Dalle JH. Endocrine Disorders, Fertility and Sexual Health. In: Carreras E, Dufour C, Mohty M, Kröger N (Eds.). *Cham: Springer*; 2019.
- Sgarbi JA, Teixeira PF, Maciel LM, Mazeto GM, Vaisman M, Montenegro Junior RM, et al. The Brazilian consensus for the clinical approach and treatment of subclinical hypothyroidism in adults: recommendations of the thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013;57(3):166-83.

Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

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

2 IMPORTÂNCIA

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

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

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

4 COMO VAI FUNCIONAR?

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



Confira as publicações em nosso portal!

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



ENTREVISTA

DECH: olhar atento para as mulheres transplantadas

Condição que ocorre em até 50% das pessoas com transplante de medula óssea pode causar sequelas no trato genital feminino e impactar a saúde sexual e reprodutiva

Por Letícia Martins

Pessoas com leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda, mieloma múltiplo, linfomas de alto risco, entre outras doenças do sangue não malignas, podem receber como indicação de tratamento um transplante de medula óssea alogênico (aparentado ou não aparentado). Essa alternativa pode ser muito positiva e até mesmo curar a doença, mas é possível que os pacientes apresentem uma complicação peculiar chamada DECH, sigla para doença do enxerto contra o hospedeiro.

“A DECH ocorre quando as células da medula óssea ou células-tronco do doador atacam o receptor”, define o médico hematologista **Renato Cunha**, coordenador do Centro de Transplante de Medula Óssea e Terapia Celular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto. O médico explica que o paciente que precisa receber o transplante é submetido a uma quimioterapia e/ou



“É fundamental que a paciente com transplante de medula óssea seja sempre avaliada por um ginecologista, pois ele pode achar alterações relacionadas a DECH.”

Renato Cunha

radioterapia de alta intensidade, que destrói a medula óssea localizada no interior dos ossos do braço, perna e quadril, por exemplo.

Para que o sangue seja recuperado após as sessões de quimioterapia, o paciente precisa receber uma infusão de células-tronco extraídas da cavidade óssea do doador. Essas células irão circular no organismo do paciente-receptor e se alojar na cavidade óssea que anteriormente foi alvo de quimioterapia de alta intensidade. “Cerca de duas ou três semanas depois desse processo, a medula óssea do paciente volta a produzir sangue e todas as células que o compõem, incluindo aquelas de defesa do organismo, como os linfócitos, responsáveis por destruírem a leucemia”, expõe o Dr. Renato.

Se por um lado essas células respondem pelo sucesso do transplante, por outro elas também podem estranhar não apenas a leucemia e o linfoma, mas outras células saudáveis do organismo do receptor, como o intestino, a pele, o estômago, o fígado e o pulmão. “Esse estranhamento do sistema de defesa aos tecidos normais do receptor é chamado de DECH”, completa o hematologista.

Portanto, a DECH só ocorre em pacientes submetidos ao transplante de medula óssea e estima-se que entre 40% e 50% deles desenvolverão o problema.

Existem dois tipos de DECH: a aguda, que acontece até 100 dias pós-transplante; e a crônica, que ocorre após esse período e pode se manifestar de diversas formas, em uma ou mais regiões do corpo, como pele, boca, fígado, pulmão e partes genitais.

Os sintomas variam de acordo o tempo de duração da doença, mas podem incluir úlceras na boca, dor ab-

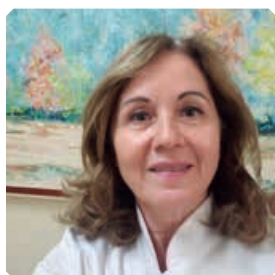
dominal e irritação na pele. Na mulher, a DECH pode causar sequelas variáveis no trato genital, desde a diminuição da elasticidade vaginal e sinequias vaginais e vulvares até o sepultamento do colo e do clitóris, redução do comprimento da vagina e estenose de introito vaginal. “Nos quadros iniciais, a dor causada pelas erosões de vestibulo são bem limitantes. Há comprometimento importante da vida sexual e muito impacto na qualidade de vida”, argumenta a ginecologista **Lenira Maria Queiroz Mauad**, coordenadora do Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico do Hospital Amaral Carvalho (HAC), onde também atua no Serviço de Transplante de Medula Óssea.

A médica começou a atender pacientes transplantadas de medula óssea em 2004 a pedido dos hematologistas da equipe do HAC para resolver queixas da falência ovariana, como ondas de calor, dispareunia e amenorreia. “Fui compreendendo a magnitude das complicações e das consequências do transplante no sistema reprodutor e estudando muito para montar os protocolos de atendimento. Na época eram poucos os serviços no mundo que atendiam essas mulheres e a DECH genital nem era diagnosticada, visto que não havia muitos dados na literatura. As pacientes que eu diagnosticava estavam com complicações bem limitantes para a função sexual, muitas com fechamento total da vagina”, conta a Dra. Lenira.

DESAFIOS DA DECH

Por ser pouco comum, a maioria dos ginecologistas não tem familiaridade com a DECH. “A DECH se assemelha ao comprometimento genital pelo líquen plano erosivo, que é uma doença rara na rotina dos ginecologistas”, argumenta a Dra. Lenira. Segundo ela, no contexto do transplante, o diagnóstico costuma ser fácil, no entanto, para quem não está habituado ao quadro, torna-se difícil reconhecer a doença. “Eu mesma não esperava me deparar com esses casos e precisei estudar para entender e aprender a tratar, diagnosticar precocemente e evitar sequelas”, disse.

O Dr. Renato Cunha observa que um dos motivos para a DECH ainda ser subdiagnosticada é porque as pacientes nem sempre se queixam para os médicos de sentir dor durante a relação sexual, um dos sintomas da doença. “Além disso, há uma tendência em deixar essa doença de lado por acreditar que o maior problema da paciente que fez quimioterapia de alta dose é a falência ovariana. Esse é, sem dúvida, um problema importante, mas não o único”, alerta o hematologista.



“É gratificante devolver a qualidade de vida após a batalha que as pacientes travam contra a doença e durante a fase difícil do transplante.”

Lenira Maria Queiroz Mauad

A Dra. Lenira acrescenta que a fertilidade fica quase sempre irremediavelmente comprometida devido à falência ovariana precoce causada pela ação dos quimioterápicos e “a falta de hormônios pode confundir ou levar à menor valorização da queixa, atrasando o diagnóstico. Por isso, é importante manter o nível hormonal adequado e se, mesmo assim, a paciente desenvolver desconforto, a probabilidade de estar com DECH é alta”.

Destacando a importância da avaliação ginecológica nessas pacientes, o Dr. Renato Cunha completa: “É fundamental que a paciente com transplante de medula óssea seja sempre avaliada por um ginecologista, pois ele pode achar alterações relacionadas a DECH”.

TRATAMENTO

Baseado em imunossupressores, que atuam diminuindo a reação dos linfócitos contra as células do receptor, o tratamento da DECH também é um grande desafio, pois, segundo o Dr. Renato, mais da metade dos pacientes não respondem a ele de forma adequada, necessitando de medicamentos de segunda linha,

que estão indisponíveis no mercado. “Logo, a doença de enxerto contra o hospedeiro é uma causa de morte bastante importante. Temos que ficar muito atentos para diagnosticar precocemente e tratar o mais rápido possível”, alerta o hematologista.

A Dra. Lenira recomenda que, antes do transplante de medula óssea, as pacientes sejam avaliadas e tratadas para infecções vaginais, se houver, e que seja realizado bloqueio hormonal do fluxo menstrual para evitar hemorragias durante e até a fase de plaquetopenia, que ocorre no início do transplante. “Também é importante orientar sobre a possibilidade da DECH e alertar sobre os sintomas iniciais”, destaca a médica do Hospital Amaral Carvalho.


Na fase imediata pós-transplante, o ginecologista deve dar assistência a sintomas da falência ovariana, infecções na fase de redução da imunidade, reposição hormonal tópica contínua e valorização de queixas sugestivas de DECH inicial. “Mais tardiamente, ainda no primeiro ano pós-transplante, pode recomendar a reposição hormonal sistêmica e a orientação contraceptiva e de retomada da vida sexual com segurança”, pontua.

A partir do primeiro ano e em longo prazo, além da reposição hormonal, a paciente deve receber a vacina contra o HPV, fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres transplantadas até os 45 anos, e ser rastreada para segundo tumor e complicações da falência ovariana precoce. “Elas devem, então, ter um acompanhamento adequado por toda a vida, adaptado à sua idade, às complicações apresentadas e às sequelas. É gratificante devolver a qualidade de vida após a batalha que elas travam contra a doença e durante a fase difícil do transplante. Mais do que sobreviventes, elas querem viver, ter de volta seu relacionamento conjugal e sua condição de mulher”, finaliza a Dra. Lenira.



Dia Mundial do Doador de Medula Óssea

Todo terceiro sábado do mês de setembro é comemorado o Dia Mundial do Doador de Medula Óssea. O transplante pode ser indicado para tratamento de um conjunto de cerca de 80 doenças, incluindo casos de leucemia, mieloma múltiplo, linfomas e doenças autoimunes. É possível se cadastrar como doador voluntário de medula óssea nos hemocentros em todos os estados do país.



ENTREVISTA

Dezembro Vermelho e o desafio do diagnóstico precoce do HIV

O Dia Mundial de Luta contra a Aids sela o compromisso de toda a sociedade para evitar novos casos e manter o tratamento das pacientes

Por Letícia Martins

O primeiro dia de dezembro é lembrado como o Dia Mundial de Luta contra a Aids, definido em 1987 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por sua vez, aqui no Brasil, a Lei Federal nº 13.504, de 2017, definiu que o último mês do ano passaria a ser chamado de Dezembro Vermelho em alusão ao esforço do Ministério da Saúde visando ao controle dessa infecção.

O alerta é necessário, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, há cerca de 920 mil pessoas com HIV no Brasil; em 2020, foram notificados 32.701 novos casos de infecção pelo HIV, dos quais 30,2% eram em mulheres.

Para o presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Doenças Infectocontagiosas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Dr. Geraldo Duarte, o Dia Mundial de Luta contra a Aids é um marco histórico para nos lembrar do compromisso da ciência, da medicina e da sociedade no combate a essa doença. “A criação desta data sela o compromisso da humanidade para que se evite a perda

de inúmeras vidas para essa infecção, a qual é claramente prevenível”, declarou o Dr. Geraldo. Segundo ele, o papel do ginecologista nessa missão transcende, no entanto, o período da campanha. “No consultório, sobretudo no pré-natal, temos a oportunidade de testar e diagnosticar todas as infecções sexualmente transmissíveis e iniciar o tratamento o mais precocemente possível. Considerando especificamente a infecção pelo HIV, devemos sempre orientar a mulher sobre a importância de manter o tratamento, mesmo quando a carga viral está indetectável”, pontua.

O médico destaca que, a partir da instituição do Programa Nacional de DST/Aids, o Brasil acelerou o acesso a medicamentos e antirretrovirais, disponibilizando a terapia de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as pessoas. “Com isso, o país se tornou modelo mundial no tratamento da doença, além de ter avançado muito mais do que outros países na testagem dos pacientes”, afirmou Duarte, que também é professor

Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e chefe do Setor de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Considerando o período de 2007 a junho de 2020, a maior concentração de casos da infecção pelo HIV no país (52,7%) está entre os jovens de 25 a 39 anos, fato que reforça a importância de aumentar a conscientização sobre a prevenção da doença e detectá-la o mais breve possível. “O diagnóstico precoce e o tratamento adequado para a infecção pelo HIV são fundamentais para eliminarmos a transmissão vertical de HIV”, afirma a coordenadora-geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, Dra. Angélica Espinosa Miranda, que também integra a CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo. Ela cita que, em 2020, foram notificadas 7.814 gestantes com a infecção pelo HIV, verificando-se que nos últimos 10 anos houve aumento de 30,3% na taxa de detecção do HIV nesse segmento populacional. “Este dado mostra uma melhor qualidade da assistência pré-natal no país”, enfatiza.

Eliminar a transmissão vertical do HIV é um compromisso estratégico para atingir as metas dos objetivos de desenvolvimento sustentável até 2030. Um desses objetivos está relacionado ao alcance das metas 90-90-90, que corresponde a:

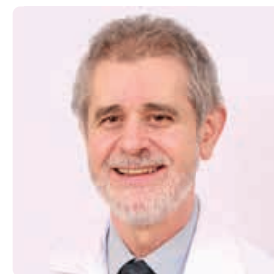
- pelo menos 90% da população infectada deve ser diagnosticada;
- pelo menos 90% das pessoas diagnosticadas devem estar em tratamento;
- pelo menos 90% dos pacientes tratados devem ter supressão da carga viral.

“Em 2020, o *status* do país em relação ao alcance dessas metas foi de 88% das Pessoas Vivendo com o HIV diagnosticadas, 81% em uso de terapia antirretroviral (TARV) e 95% com supressão viral. Apesar de estar próximo, ainda não atingimos as metas nos dois primeiros critérios e, por isso, precisamos manter e ampliar a atual política de testagem para HIV, principalmente entre o grupo mais vulnerável”, explica a Dra. Angélica.

A professora do curso de Medicina e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual da Bahia (UNEB), Dra. Ana Gabriela Alvares Travassos, que também é membro da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo, observa que, além dos exames laboratoriais usuais da atenção pré-natal, o acesso ao teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV (disponível na atenção primária do SUS) possibilitou identificar um número maior de gestantes com esse diagnóstico e, conseqüentemente, aumentaram as taxas de início precoce do tratamento e a redução das taxas de transmissão vertical do vírus. “Quanto mais cedo a mulher começa a fazer o tratamento com os antirretrovirais, maiores são as chances de recuperar o sistema imunológico da gestante e atingir uma

“A CRIAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA A AIDS SELA O COMPROMISSO DA HUMANIDADE PARA QUE SE EVITE A PERDA DE INÚMERAS VIDAS PARA ESSA INFECÇÃO QUE É TOTALMENTE PREVENÍVEL”,

declara o Dr. Geraldo Duarte.



carga viral indetectável, aproximando de zero o risco de transmissão vertical”, esclarece a Dra. Ana Gabriela.

“Infecção aguda durante a gravidez é “um veneno”, porque o vírus atinge o feto antes de o organismo materno produzir anticorpos. Por isso, o risco de transmissão vertical é superior a 60%”, alerta o Dr. Geraldo, que ressalta ainda a importância de sempre testar o parceiro e, caso ele seja positivo, entrar com todas as medidas de controle.

Se testar a gestante e seu parceiro é fundamental para evitar a transmissão vertical, a Dra. Ana Gabriela também lembra que o teste deve ser feito em todas as mulheres que já iniciaram a vida sexual, mesmo que não apresentem nenhum sintoma. “Atualmente, o diagnóstico ocorre muitas vezes na gestante, porque preconiza-se o teste durante o pré-natal e antes do parto. Mas mesmo a mulher que não está grávida, que tem parceiro fixo e não apresenta nenhum sintoma também precisa ser testada. Esse é o papel importante do ginecologista: pedir o teste anti-HIV para todas as mulheres que têm vida sexual ativa. Lembra que, para contrair HIV, basta ter uma relação sexual desprotegida com uma pessoa com infecção e carga viral alta”, argumenta.

Muitas vezes, observa a Dra. Ana Gabriela, o parceiro não sabe que está infectado e só descobre quando adoece em decorrência do comprometimento do seu sistema imunológico.

AVANÇOS E NOVIDADES NO TRATAMENTO

Quando surgiram os primeiros casos de HIV no mundo, a doença foi associada imediatamente à sentença de morte. Mas hoje, embora ainda não exista cura para a Aids, existem terapias que conseguem controlar a infecção. Por essa razão, as pesquisas por vacinas e novos medicamentos permanecem ativas no cenário científico. Desde o lançamento do primeiro antirretroviral em 1987, a zidovudina, muitos avanços foram obtidos no tratamento da Aids com o desenvolvimento de vários medicamentos e o uso da terapia antirretroviral combinada (TARV). “Houve mudança desde o número de comprimidos a serem ingeridos por dia até a diminuição dos efeitos colaterais. Os objetivos da TARV são a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida das PVHIV, evitando o surgimento da imunodeficiência. Havendo adesão ao tratamento, esses objetivos têm sido atingidos”, comemora a Dra. Angélica Espinosa Miranda.



“ENQUANTO A CURA NÃO É ENCONTRADA, A INFECÇÃO PELO HIV PODE SER CONTROLADA COM CUIDADOS MÉDICOS APROPRIADOS”,

destaca a Dra. Angélica Espinosa Miranda.

“Enquanto a cura não é encontrada, a infecção pelo HIV pode ser controlada com cuidados médicos apropriados. O tratamento com antirretroviral pode prolongar as vidas das PVHIV e diminuir as chances de transmissão da infecção. Atualmente, as pessoas diagnosticadas com a infecção pelo HIV e que recebem tratamento adequada antes do avanço da doença podem ter uma expectativa de vida quase igual a de uma pessoa sem HIV”, completa a coordenadora do Ministério da Saúde.

Novidade recente é a indicação do uso do dolutegravir a partir do início da gravidez. O dolutegravir é um medicamento antirretroviral que bloqueia a multiplicação do vírus HIV, diminuindo significativamente a carga viral no sangue. “Ele impede a replicação viral mais precocemente e tem menos efeitos colaterais. Neste sentido o uso do dolutegravir para as gestantes pode ser considerado um avanço”, avalia a Dra. Ana Gabriela. Mas é importante destacar que o medicamento ainda precisa ser incluído no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para tratamento de gestantes vivendo com HIV/Aids no primeiro trimestre.

O medicamento não era indicado para gestantes no início da gravidez, porque alguns estudos sugeriam que seu uso poderia estar relacionado à formação de defeitos no tubo neural do bebê no primeiro trimestre. O Ministério da Saúde analisou as evidências científicas mais recentes e não verificou risco associado ao uso desse medicamento, que, inclusive, já é utilizado em outros países, como os Estados Unidos da América.

VACINA CONTRA HPV

Outra recomendação importante que os ginecologistas devem fazer às mulheres com idade até 45 anos e portadoras de HIV/Aids é se vacinarem contra o HPV, vírus causador do câncer de colo de útero.

A vacina é fornecida pelo SUS e, seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser realizada com a aplicação de três doses. O intervalo entre a primeira e a segunda dose é de dois meses, e a terceira dose deve ser administrada seis meses após a primeira aplicação. “A imunossupressão é um dos principais fatores de risco para infecção pelo HPV e para o desenvolvimento de lesões tumorais e verrugas genitais em mulheres vivendo com HIV/Aids. Por isso, precisamos orientar as pacientes a tomarem a vacina, que está disponível no SUS”, destacou a Dra. Ana Gabriela.

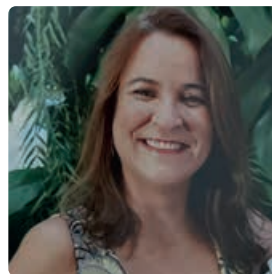
DESAFIOS E IMPORTÂNCIA DO GINECOLOGISTA

A pandemia de COVID-19 multiplicou os desafios na área da saúde. Segundo a Dra. Angélica, houve dificuldade geral de acesso aos serviços de saúde durante a pandemia. Essa dificuldade de acesso afetou também os cuidados de saúde para as infecções sexualmente transmissíveis de forma geral, incluindo a infecção pelo HIV. “Em relação ao atendimento ginecológico, precisamos aprimorar os modelos de prestação de serviços, promovendo uma atenção pré-natal integrada com a saúde sexual e reprodutiva e atendimento ao HIV e outras ISTs. A priorização da prevenção primária e melhoria de acesso aos serviços de saúde materna, do recém-nascido e da criança, com olhar especial para os grupos vulneráveis, é uma medida relevante. Faz-se importante fortalecer os sistemas de saúde e ofertar serviços que atendam o usuário de forma integral. Apesar de registrar aumento importante no acesso à TARV durante a gravidez no Brasil, a cobertura estimada ainda não ultrapassou 92%”, pondera.

Em 2021, 45 mil pessoas iniciaram tratamento com TARV no Brasil, e um total de 666 mil estava em tratamento. A Dra. Angélica esclarece: “Por causa da dificuldade de acesso aos serviços de saúde neste período de pandemia de COVID-19, houve ampliação do tempo de dispensa dos antirretrovirais para o tratamento de HIV para até 90 dias, o que facilitou a adesão ao tratamento e a redução da taxa de abandono da terapia”.

Muito antes da pandemia, no entanto, outro desafio já era sentido pelos ginecologistas. “Apesar de o tratamento ser gratuito, hoje, o maior problema que encontramos com as grávidas é a adesão. Muitas recebem o tratamento, mas não dão continuidade”, aponta o Dr. Geraldo Duarte, acrescentando que o principal grupo que abandona o tratamento é o das usuárias de drogas. “Mas também se observa que algumas mulheres param de tomar as antirretrovirais depois do parto, porque se esquecem de cuidar de si mesmas. Em todos os casos, é fundamental que os ginecologistas expliquem para as mulheres o quanto é importante continuar usando os antirretrovirais para proteção dela e do bebê e para que não transmitam o vírus para outras pessoas”, orienta a Dra. Ana Gabriela.

Como salienta o Dr. Geraldo, o Dia Mundial de Luta contra a Aids deve ser um compromisso de todos nós.



“ESSE É O PAPEL IMPORTANTE DO GINECOLOGISTA: PEDIR O TESTE ANTI-HIV PARA TODAS AS MULHERES QUE TÊM VIDA SEXUALMENTE ATIVA”,

recomenda a Dra. Ana Gabriela Alvares Travassos.



Homenagem merecida

Médicos recebem medalha em reconhecimento à trajetória profissional e contribuição científica para as áreas de ginecologia e obstetrícia no Brasil

Por Letícia Martins

Uma extensa trajetória profissional dedicada à saúde da mulher e ao desenvolvimento científico une os seis médicos homenageados pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) durante a cerimônia de abertura do 59º Congresso Brasileiro de Obstetrícia (CBGO), ocorrida no dia 17 de novembro.

No evento transmitido ao vivo pela internet, os médicos Dr. Carlos Alberto Sá Marques, Dr. Edmund Chada Baracat, Dr. Fernando Monteiro de Freitas, Dr. José de Souza Costa, Dr. Ricardo da Cunha Cavalcanti e Dr. Rosires Pereira de Andrade receberam o Prêmio Mérito Febrasgo 2021.

Os homenageados foram anunciados pela diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo, Dra. Maria Celeste Osório Wender, e pelos vice-presidentes de cada regional: Dr. Carlos Augusto Pires Costa Lino (Nordeste), Dr. Jan Pawel Andrade Pachnicki (Sul), Dr. Marcelo Zugaib (Sudeste), Dra. Marta C. Carvalho Franco Finotti (Centro-Oeste) e Dr. Ricardo de Almeida Quinteiros (Norte).

Conheça a seguir os homenageados do **Prêmio Mérito Febrasgo 2021** e como eles se sentiram com o reconhecimento dos colegas de profissão.



Dr. José de Souza Costa
Salvador (BA)

Graduado em Medicina em 1958 pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, o Dr. José frequentou os estágios obrigatórios de obstetrícia em maternidades públicas, de emergência e urgência no pronto-socorro. Logo se interessou e se envolveu nas práticas da maternidade e tornou-se um apaixonado pela área. No Memorial de Concurso para Professor Titular de Ginecologia, quarenta anos depois, ele escreveu: “Trabalhei muito em Obstetrícia. Sempre dizia que não sabia o que ia acontecer com a minha vida, mas uma certeza eu tinha: sabia fazer parto muito bem”.

Em 1960 e 1961, fez residência médica em cirurgia no Hospital Universitário da Bahia. Já a pós-graduação foi realizada na Universidade de Pensilvânia, em Filadélfia, nos Estados Unidos. Lá trabalhou no Jefferson Hospital.

Ao voltar para o Brasil, atuou como professor substituto e depois foi admitido no corpo docente da Ginecologia, onde permaneceu como professor titular até se aposentar por idade, em 2002.

O Dr. José recebeu o Prêmio Mérito Febrasgo com muita satisfação. “Apesar de não ser a primeira vez, esta homenagem me tocou profundamente por duas razões. A primeira delas, por ser concedida pela Febrasgo, nossa associação 'mater', da qual participei durante muitos anos em diferentes atribuições, que culminaram com minha eleição para presidente, no exercício em que tive atuação pioneira, reconhecida no fidedigno, fabuloso e oportuno livro comemorativo dos 60 anos da instituição. A segunda razão é porque esta homenagem vem em uma fase da vida em que somos, discreta e gradativamente, relegados ao *oblivion*. Gozar do reconhecimento de que seu trajeto deixou marca e lembrança faz muito bem ao espírito e à autoestima.”



**Dr. Carlos Alberto
Sá Marques**
Recife (PE)

Uma medalha para ser dividida com muitas pessoas. É assim que o Dr. Carlos Alberto se sentiu ao receber o Prêmio Mérito Febrasgo 2021. Com 46 anos de formação na área médica, o professor assistente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) se declarou feliz e emocionado ao ser lembrado pela Febrasgo:

“Divido esta medalha com minha esposa, Iara Coelho, que é ginecologista e colega do dia a dia, e com meus três filhos, Carla, Naldo e Rodrigo, que ficaram felicíssimos. Mais do que isso: dedico este prêmio aos meus colegas de especialidade, aos mestres que me ensinaram e continuam me ensinando, aos meus alunos e residentes que comigo aprendem e aprenderam. Especialmente, às minhas pacientes, pois, sem elas, eu não teria como aprender e exercer a minha profissão”, declarou o Dr. Carlos, que relembrou o começo da vida profissional. “Eu me dediquei muito à ginecologia, pois ainda no início, como estudante, me apeguei a um amigo professor, que me adotou como o filho que ele não tinha. Aprendi muito com ele e depois de formado me dediquei à parte de cirurgias ginecológicas, especialmente às videocirurgias”.

O Dr. Carlos disse se sentir representando todos os ginecologistas e obstetras de Pernambuco, em especial aqueles que atuam nas cidades do interior do Brasil, onde, muitas vezes, as condições de trabalho são precá-

rias. “Ainda assim, meus colegas de especialidade se dedicam e prestam assistência da melhor forma possível, e lutam contra a falta de condições para prestar atendimento de qualidade. Acho que para essas pessoas eu devo muito o que aprendi e exerci a vida toda. Amo a minha especialidade e, se fosse começar tudo de novo, faria com muito gosto”, concluiu.



**Dr. Rosires Pereira
de Andrade**
Campo Largo (PR)

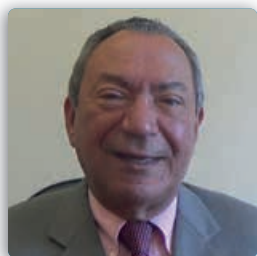
Professor de Reprodução Humana e Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e gerente de ensino e pesquisa do Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/Ebserh, o Dr. Rosires tem uma longa jornada na área da educação, da reprodução humana e do associativismo e se diz realizado nas três.

Foi presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Violência Sexual e Interrupção na Gestaçã Prevista em Lei da Febrasgo e presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná (Sogipa), cargos que o desafiaram a abordar temas importantes que não estavam em pauta nem nos cursos de medicina. “Na Sogipa, por exemplo, ministrei diversas aulas, participei de inúmeros eventos e reunimos um time nacional de especialistas para debater temas pouco abordados até então, como contracepção e sexologia. Desenvolvemos aulas no currículo de medicina e, posteriormente, começamos a discutir esses temas em congressos, ampliando o debate”, conta o Dr. Rosires.

Por conta dessa atuação, o médico se sentiu lisonjeado em receber o Prêmio Mérito Febrasgo e afirmou que “há várias outras pessoas que mereceriam este prêmio”. “Eu o recebi com muita honra e foi um prazer enorme saber que a Febrasgo reconhece nossa atuação.”

À frente da Federada, o Dr. Rosires também atuou nas secretarias de saúde tanto municipal quanto estadual, promovendo cursos de atualização e capacitação dos profissionais de saúde. “Durante muitos anos, até o início da pandemia, viajei para vários locais para ministrar esses cursos e sempre me senti muito realizado nessas atividades”, completou o médico, que se formou em 1973, fez residência na França e divide seu tempo entre a família, a medicina e a poesia. “Tenho uma página na internet onde, semanalmente, escrevo um artigo e insiro um vídeo, com uma música escolhida e cantada por mim. O acesso é gratuito para quem quiser prestigiar”, diz, orgulhoso.

Acesse: www.rosiresandrade.com.br



**Dr. Edmund
Chada Baracat**
São Paulo (SP)

“A Febrasgo é muito importante para mim e, por isso, me senti muito lisonjeado por receber esta homenagem durante o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia”. A declaração é de um ex-presidente da Febrasgo que fez história no associativismo e na luta pela valorização da especialidade. Depois de ter sido presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (Sogesp), o Dr. Baracat foi o primeiro presidente reeleito da Febrasgo, ficando no cargo de 1997 a 2005.

Formado em 1976 pela Escola Paulista de Medicina, fez três anos de residência no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, onde iniciou a carreira profissional e acadêmica como ginecologista e obstetra. “Na Escola Paulista de Medicina fiz toda a minha formação: mestrado, doutorado e livre-docência. Depois fui professor titular de ginecologia e pró-reitor de graduação da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Hoje sou professor emérito da Escola Paulista de Medicina com muito orgulho”, disse o Dr. Baracat.

Em 2005, foi indicado como professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e como pró-reitor de pós-graduação da USP. Também foi secretário-geral e diretor científico da Associação Médica Brasileira. A experiência em diversas áreas permite a ele olhar para a homenagem e fazer uma reflexão sobre os desafios da especialidade. “Hoje, o maior desafio é o exercício profissional pleno. Apesar de todas as dificuldades que nós temos no mercado de trabalho, entre elas o sucateamento da saúde no nosso país, as condições inadequadas para o exercício da profissão e a remuneração aquém da ideal, temos profissionais empenhados e comprometidos. Por isso, receber essa homenagem da minha sociedade maior é motivo de muito orgulho e estendo esse reconhecimento a todos os colegas de profissão.”



**Dr. Fernando
Monteiro de Freitas**
Porto Alegre (RS)

Fernando Freitas é professor titular aposentado de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e doutor em Ginecologia pela Universidade Estadual Paulista de Botucatu. Formado em 1963, o Dr. Fernando fez residência em Obstetrícia na Maternidade da Santa Casa de Porto Alegre e esco-

lheu essa área por admirar o trabalho do seu pai, Prof. Othon Freitas, que era, na época, o professor titular de Obstetrícia juntamente com o Prof. João Gomes da Silveira, que era o professor titular de Ginecologia. “Tive uma formação obstétrica e ginecológica de muito boa qualidade. Fiz muitos partos e cirurgias ginecológicas, sempre com boas orientações”, afirma o médico.

Ele não esconde a alegria de receber a singular homenagem da Febrasgo: “Fiquei muito feliz e honrado por ter sido agraciado com a medalha de mérito da Febrasgo 2021, na cerimônia virtual de abertura do 59º CBGO. Gostaria de dividir esta felicidade com todos os associados da Febrasgo do passado e do presente. Foi um momento fantástico e gratificante”, declarou.

O Dr. Fernando recorda-se de diversos projetos que o impulsionaram, mas um, em especial, marcou sua vida profissional. “Foi a minha atividade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no qual chefei o serviço de Ginecologia e Obstetrícia por 24 anos. Gostaria que todos imaginassem a grande satisfação que foi participar ativamente de um programa de assistência à saúde da mulher. Foram inúmeras reuniões administrativas, muito entusiasmo com a implantação dos prontuários com lista de problemas, a solicitação de exames, encaminhamentos, interconsultas e diversos desafios, mas sempre com a expectativa de que tudo daria certo. Foi um período de muita admiração pelo trabalho das equipes multiprofissionais. Todas as pessoas envolvidas tinham a certeza de que o nosso Hospital de Clínicas seria um exemplo de respeito ao ser humano por promover a saúde do povo brasileiro. Posso afirmar que, passados todos esses anos, nenhum outro hospital público, em Porto Alegre, atingiu os objetivos médicos-assistenciais alcançados pelo Hospital de Clínicas”, contou o Dr. Fernando.

O resultado desse tipo de formação refletiu em uma assistência de melhor qualidade às pacientes e uma formação médica mais sólida. “Minhas desculpas a todos os profissionais que trabalharam comigo no Hospital de Clínicas por não os citar nominalmente, mas considerem-se, por favor, reverenciados, desde os presidentes, vice-presidentes, médicos, enfermeiros e funcionários”, concluiu.



**Dr. Ricardo da
Cunha Cavalcanti**
Salvador (BA)

Médico pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista em educação a distância pela Universidade de Brasília, especialista em educação sexual pela Federação Latino-Americana de Saúde e Educação Sexual. O Dr. Ricardo também é especialista em Ginecologia pela Febrasgo, coordenador da Pós-Graduação Lato-Sensu em Sexologia Clínica do Centro de Sexologia de Brasília (CESEX)/BAIANA e diretor do CESEX.

De desafio em desafio

ASOGIAC prepara diversas ações para melhorar a saúde das mulheres do Acre e capacitar os ginecologistas e obstetras

Por Leticia Martins

Lidar com desafios se tornou algo corriqueiro, porém não trivial, para a diretoria da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Acre (ASOGIAC), a começar pelo processo de eleição da federada, que ocorreu pouco depois do início da pandemia. “Naquele momento, não tínhamos experiência na modalidade de eleições *on-line*. Por isso, precisamos nos munir de conhecimento a respeito da legalidade do pleito e adquirir a experiência necessária”, conta o Dr. Gerce Câmara, que assumiu a presidência da ASOGIAC em junho de 2020.

Se, por um lado, a modalidade *on-line* supriu a impossibilidade dos eventos presenciais, por outro foi preciso driblar obstáculos pontuais. “Apesar da maior praticidade das reuniões administrativas e dos eventos científicos, muitos associados têm dificuldade de participar devido ao fuso horário do Acre, que tem duas horas a menos que Brasília ou São Paulo, ou seja, quando termina o turno de trabalho, a atividade científica também já terminou”, argumentou o Dr. Gerce.

Na área da saúde da mulher, dois dos maiores desafios do Acre estão relacionados à gestação não planejada e ao alto número de casos de sífilis na gravidez. “Por isso, nossa associação tem projetos para aumentar o conhecimento das mulheres a respeito do planejamento reprodutivo e fará campanhas de esclarecimento por meio das redes sociais com foco na prevenção da sífilis”, afirmou o presidente da ASOGIAC.

PARCERIAS PARA O FUTURO PRÓXIMO

Para 2022, a expectativa é a volta de encontros presenciais para congregar os associados, além de eventos destinados à comunidade em geral. Segundo o Dr. Gerce, a ASOGIAC também formalizou uma parceria com o Hospital Santa Juliana e o Centro Universitário do Norte (Uninorte), que vai oferecer gratuitamente consultas e cirurgias ginecológicas, pré-natal de alto risco e acolhimento com classificação de risco para as mulheres.

“Optamos por criar um programa de Residência Médica com foco principal na ginecologia/obstetrícia (GO), cirurgia geral e anestesiologia. Na GO, todos os nossos preceptores são associados da ASOGIAC, com programa de treinamento adequado, bem como a implantação do internato pela Uninorte em convênio com o Hospital Santa Juliana, para treinamento de alunos do curso de Medicina. Logo percebemos que esse é o caminho certo, pois de imediato verificamos a elevação do nosso padrão, com melhoria significativa na qualidade da atenção dispensada às nossas pacientes”, explica o Dr. Gerce.

“Muitas são as dificuldades a serem superadas, mas estamos apenas começando”, afirma o Dr. Gerce Câmara, presidente da ASOGIAC, que conta com o apoio da vice-presidente Grace Mônica Alvim Coelho e a diretora do Departamento Científico, Dra. Sígla Sousa de França.



Gerce Câmara,
Presidente (CRM-AC: 79)



Grace Mônica Alvim Coelho,
Vice-presidente (CRM-AC: 222)



Sígla Sousa de França,
Diretora do Departamento Científico (CRM-AC: 513)

Da formação por competência às EPAs

Gustavo Salata Romão²

A formação por competências foi descrita pela primeira vez em 1978, mas a sua inserção na educação médica se tornou mais eminente a partir dos anos 2000. Os principais motivos que levaram a essa mudança de paradigma em relação à formação tradicional foram as crescentes insatisfações com a qualidade da atenção à saúde e com a segurança dos pacientes. Um levantamento realizado pelo Instituto Americano de Medicina em 1999 apontou que os erros médicos representavam grande parcela das causas de mortes hospitalares nos Estados Unidos (estimativas de até 98.000 óbitos), superando outras causas importantes de mortalidade como os acidentes automobilísticos, o câncer de mama e a Aids.⁽¹⁾

Em decorrência desses levantamentos, foram identificadas falhas estruturais na formação tradicional do médico, com ensino instrucional

centrado no professor, supervisão inadequada, blocos disciplinares pouco integrados e avaliação restrita ao componente cognitivo das competências. Esse conjunto levaria à formação de profissionais despreparados para lidar com as necessidades dos pacientes e do sistema de saúde.

A formação orientada por competências apresentou-se, então, como modelo mais ajustado às expectativas de uma sociedade mais exigente e menos tolerante às falhas e aos danos evitáveis. Trata-se de um modelo de padrões fixos e caminhos flexíveis, em que a certificação e a autorização para a prática profissional autônoma não dependem do tempo ou da estrutura do treinamento, mas da verificação das competências adquiridas pelos aprendizes, sejam eles alunos de graduação ou médicos-residentes. Portanto, a avaliação das competências durante a formação e a residência médica e ao término delas torna-se imprescindível.⁽²⁾

As Matrizes de Competência passaram a figurar como o grande referencial para o ensino, o treinamento e a avaliação dos aprendizes, definindo os conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas para o médico generalista e para os especialistas ao final dos programas de formação e residência.⁽³⁾

Porém, no processo de implantação do conteúdo das Matrizes no dia a dia dos cursos de graduação e pro-

gramas de residência, verificou-se um número excessivo de componentes e subcomponentes das competências, o que tornaria o treinamento e a avaliação processos educacionais muito complexos e muitas vezes inviáveis. Diante desse desafio, emergiu em 2005 o conceito de “*Entrustable Professional Activities*” ou “EPAs”, traduzido para o português como “Atividades Profissionais Confiabilizadoras” ou “APCs”, que corresponde a atividades, tarefas ou unidades da prática profissional do médico que devem ser executadas pelo aprendiz ao final da formação de maneira proficiente e autônoma (sem supervisão). A verificação da execução de uma EPA é necessária para que um aprendiz seja ou não autorizado para a prática não supervisionada ou com um determinado nível de supervisão naquela EPA. O processo de autorização para execução de uma EPA é denominado “Confiabilização” e depende de um conjunto de avaliações e informações sobre o aprendiz ao longo de seu programa de formação ou treinamento.⁽⁴⁾

A execução de cada EPA requer a mobilização de um conjunto de competências, incluindo os seus subcomponentes cognitivo, psicomotor e atitudinal.⁽⁵⁾ É presumível que um aprendiz que seja capaz de realizar uma atividade profissional de maneira proficiente tenha adquirido as competências necessárias para executá-la

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

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

Como citar:

Romão GS. Da formação por competência às EPAs. *Femina*. 2021;49(12):669-70.

e, nesse caso, pode-se prescindir da avaliação de todos os componentes e subcomponentes de Matriz.

Sendo assim, a confiabilização nas EPAs viabiliza e simplifica a avaliação das competências, tornando a prática profissional mais qualificada e segura. Além disso, a confiabilização proporciona maior transparência da formação médica perante a sociedade.

No Brasil, estima-se que a cada hora ocorram cerca de seis mortes decorrentes de eventos adversos graves ocasionados por erros ou falhas assistenciais, das quais pelo menos quatro seriam evitáveis. De acordo com o Segundo Anuário de Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, em 2017 ocorreram 54.076 óbitos em consequência de má conduta profissional. Em 2018, foram registradas, no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 26 mil ações judiciais por erro médico, o que equivale a uma média de três processos por hora no país.⁽⁶⁾

Diante desses dados alarmantes, torna-se necessário rever a estrutura da formação do médico e de outros profissionais de saúde no Brasil. O modelo tradicional de formação mostrou-se inefetivo para garantir a

prática profissional segura. A formação por Competências e a confiabilização nas EPAs se apresentam como o novo paradigma da educação médica, tendo sido adotadas como estratégia para a redução de erros médicos em diversos países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, entre outros.

No Brasil, entre 2018 e 2021, as Matrizes de Competência nas principais especialidades médicas foram definidas e aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (MEC – Ministério da Educação). Entretanto, é preciso avançar na formação por competências e incorporar o conteúdo das Matrizes no cotidiano dos Programas de Residência. Nesse sentido, é necessário definir e validar as EPAs em cada especialidade, para que futuramente os médicos residentes possam ser confiabilizados nessas atividades.

A Comissão de Residência Médica da Febrasgo está se antecipando a essa necessidade e, por meio de um processo de validação por painel de especialistas envolvendo mais de 300 *experts* em diferentes áreas de atuação, está definindo as EPAs em

Ginecologia e Obstetrícia no Brasil. Em breve, as EPAs serão divulgadas e disponibilizadas aos Programas de Residência Médica em todo o Brasil. Trata-se de mais um trabalho pioneiro da Febrasgo, que acredita e apoia a profissionalização da educação médica para promover melhor assistência à saúde das mulheres brasileiras.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
2. Irby D. Educating physicians for the future: Carnegie's calls for reform. *Med Teach*. 2011;33(7):547-50. doi: 10.3109/0142159X.2011.578173
3. Romão GS, Silva de Sá MF. Competency-based training and the competency framework in gynecology and obstetrics in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):272-88. doi: 10.1055/s-0040-1708887
4. 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
5. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43(10):1106-14. doi: 10.1080/0142159X.2020.1838465
6. Caligari R. Erro médico causa seis mortes por hora no Brasil [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://pebmed.com.br/erro-medico-e-causa-de-seis-mortes-por-hora-no-brasil>

LANÇAMENTO NO 59º CBGO

RESIDÊNCIA MÉDICA: ENSINO E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

Nas últimas décadas, a educação médica passou por grandes transformações, mais do que em todo o século 20, com novos métodos de ensino e novas

técnicas de treinamento e avaliação. Para acompanhar todas essas mudanças e aplicá-las nos programas de formação e residência médica, é preciso construir uma base sólida de conhecimento sobre o assunto.

O livro “Residência Médica: Ensino e Avaliação das Competências”, lançado no 59º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), é o primeiro no Brasil que se destina à formação de educadores médicos, sendo uma importante referência para professores, preceptores, supervisores e médicos-residentes. Trata-se de uma obra pioneira idealizada pela Comissão de Residência Médica da Febrasgo (Coreme-Febrasgo) e que contou com o apoio da Febrasgo e da Associação Médica Brasileira (AMB).

Seu conteúdo abrangente trata de temas fundamentais da formação por competências, incluindo um resgate histórico da educação médica e residência, matrizes de competências, técnicas de preceptoria, treinamento

e supervisão, uso da simulação de baixa e alta fidelidade, comunicação, profissionalismo, segurança do paciente, *burnout* e saúde mental do residente, avaliação formativa e somativa, teste de progresso, métodos de avaliação cognitiva, psicomotora e atitudinal, EPAs e confiabilização nas atividades profissionais, certificação e avaliação dos programas de residência.

Esperamos que o Livro “Residência Médica – Ensino e Avaliação das Competências” sirva como referência e apoio a todos aqueles que se dedicam à nobre missão de ensinar.

Em nome dos editores:

Gustavo Salata Romão
Marcos Felipe Silva de Sá
Cesar Eduardo Fernandes
Agnaldo Lopes da Silva Filho





Qualidade na assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da saúde materna e fetal

Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo

As ações para um parto seguro e respeitoso visam, além de reduzir a taxa de mortalidade materna e perinatal e promover a saúde materna, fornecer um ambiente acolhedor no período do nascimento. Essas ações englobam as dimensões dos cuidados de saúde pré-gestacional, pré-natal, de parto e de puerpério, permitindo uma experiência positiva e gratificante. Essas propostas são também defendidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* do Reino Unido e pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* dos EUA, com o slogan: “Agir agora para um parto seguro e respeitoso”.

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão possível de atenção à saúde, incluindo o direito a uma

assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez, parto e puerpério, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais e são repudiados com veemência pela Febrasgo.⁽¹⁾

Ao se fazer referência aos cuidados de saúde e intervenções médicas no parto e puerpério, um termo que vem sendo muito utilizado nos últimos anos é o de “Violência Obstétrica”. Trata-se de uma expressão criada com evidente conotação preconceituosa que, sob o falso manto de proteger a parturiente, criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros na nobre e difícil tarefa de atendimento ao parto.

O primeiro, e talvez maior erro do conceito de “violência obstétrica”, é tentar transformar em regra a exce-

ção, dando a impressão de que médicos e enfermeiros habitualmente tratam parturientes de modo violento. Nada pode ser mais injusto do que isso. A imensa maioria das pessoas que cuidam e auxiliam mulheres a parir são pessoas dedicadas, corteses e comprometidas com as boas práticas.

O segundo, e não menos grave, erro do preconceituoso termo “violência obstétrica” é o de colocar num mesmo contexto atitudes de desrespeito e descortesia, inaceitáveis por qualquer ângulo que se olhe, e condutas médicas, muitas delas controversas, até passíveis de discussão científica, mas jamais devendo ser tratadas no âmbito da legislação penal.

Para se alcançar cuidado materno e perinatal respeitoso e eficaz, é necessário fornecer cuidados seguros, inclusivos e universalmente acessíveis. Para que isso possa ser alcançado, há necessidade de ações como:

- Acesso ao pré-natal e aos exames clínicos e subsidiários;
- Acesso aos centros de tratamento de alto risco, quando se fizer necessário;
- Acesso às maternidades com ambiência adequada à moderna e respeitosa assistência obstétrica;
- Garantia de cuidados maternos prestados de modo igualitário, independentemente de raça, etnia, religião, contexto socioeconômico, idade, estado civil, identidade sexual ou presença de necessidades especiais;
- Promoção de cuidados respeitosos que reconheçam os direitos e desejos do indivíduo, dentro de um quadro ético de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia;
- Fornecimento de suporte de saúde mental adequado durante a gravidez, o parto e o puerpério;
- Garantia do parto em maternidades com equipes completas (obstetras, neonatologistas, anestesistas, enfermagem obstétrica), com banco de sangue no local ou acesso a sangue e hemoderivados para situações de urgência e com os recursos necessários para a segurança da paciente e de seu feto/recém-nascido;
- Tomada de condutas médicas corretas e atualizadas;
- Prática de intervenções comprovadamente benéficas para mãe e para o feto;
- Respeito à individualidade das pacientes, seus hábitos e crenças, preservando e priorizando sempre a saúde materna e fetal;
- Métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor do trabalho de parto;
- Oferta de serviços de saúde em condições de um parto seguro;
- Permissão da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério, conforme previsto em lei;
- Oferta de pessoas treinadas para apoiar a amamentação exclusiva no peito;
- Fornecimento de vigilância adequada durante o período pós-parto para complicações relacionadas à gravidez conhecidas por resultar em morbidade e mortalidade durante o período pós-parto, como hemorragia, hipertensão arterial, tromboembolismo, infecção puerperal, doenças cardiovasculares e depressão;
- Oferta de escolha abrangente de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes logo após o nascimento, adequados ao indivíduo, de uma maneira que a paciente possa compreender;
- Registro e investigação de todos os incidentes, eventos adversos e mortes que possam ocorrer durante assistência e trabalho em conjunto com as secretarias de saúde para a redução de todas as causas evitáveis de morte materna, especialmente as mais prevalentes, como hipertensão, hemorragia e infecção.

No afã de combater abusos, maus-tratos, negligência e desrespeito durante o ciclo gravídico-puerperal, procedimentos e intervenções que são importantes para uma assistência obstétrica segura, quando utilizados no momento correto e com indicações precisas, têm sido arrolados como fazendo parte do (pré)conceito de “violência obstétrica”. Dentre eles, destacamos alguns a seguir.

USO DE OCITOCINA

A introdução da ocitocina na prática obstétrica foi um dos marcos na redução da mortalidade materna. A ocitocina tem sido utilizada no manejo do parto e na prevenção e tratamento da hemorragia puerperal e apresenta vários benefícios: corrige o trabalho de parto disfuncional, permitindo um nascimento saudável por via vaginal; diminui as taxas de cesárea; reduz sangramento e necessidade de transfusões sanguíneas – aproximadamente 3% a 5% das pacientes obstétricas terão hemorragia pós-parto, que é a causa de um quarto das mortes maternas em todo o mundo.^(2,3) Desse modo, vincular o uso da ocitocina no trabalho de parto à prática de “violência” significa desconhecimento completo sobre atendimento seguro ao parto.

AMNIOTOMIA

A amniotomia, ou ruptura artificial das membranas ovulares, é um recurso médico que tem comprovada utilidade na correção de disfunção contrátil durante o primeiro período do parto e na redução da duração do trabalho de parto.^(4,5) O benefício de sua utilização está em alcançar com sucesso um parto por via baixa quando há para-

da ou retardo na fase ativa e, nos casos de desproporção cefalopélvica, permitir que esse diagnóstico seja feito em tempo hábil, evitando a realização de uma cesariana tardia, com excesso de morbimortalidade.⁽⁵⁾ Seu uso abusivo, com intuito apenas de apressar o parto, deve ser evitado, não sendo prática recomendada.⁽⁶⁾ Mesmo assim, alguns autores recomendam o manejo ativo do trabalho de parto como uma boa prática, pois está desacompanhado de dano perinatal e diminui a taxa de cesariana por distocia.⁽⁷⁾ Desse modo, seu uso mais ou menos frequente pode ser passível de discussão científica, mas jamais enquadrado como prática de “violência”, pois, embora o benefício seja controverso em alguns casos, não há prejuízo comprovado com seu uso.

CARDIOTOCOGRAFIA

A cardiotocografia, ou monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal, é procedimento utilizado para vigilância da saúde fetal e identificação de risco de hipoxia fetal durante o trabalho de parto. É uma evolução evidente da prática de ausculta intermitente dos batimentos cardíacos do bebê durante o parto. Seu uso em gestantes de alto risco é prática rotineira, sendo recomendada por todas as diretrizes obstétricas. As evidências dos benefícios da cardiotocografia contínua em gestantes de risco habitual são controversas.⁽⁸⁾ Em gestantes de risco habitual, quando comparada com a ausculta intermitente, a cardiotocografia contínua diminui em 50% a ocorrência de convulsões neonatais, mas não diminui a taxa de mortalidade perinatal e de paralisia cerebral (95% das causas de paralisia cerebral são por motivos anteparto e não devido à hipóxia aguda no parto).⁽⁹⁾ Contudo, os estudos que não mostraram benefícios na monitorização de fetos de gestantes de risco habitual foram realizados nos anos 1970 e 1980, quando os equipamentos, a experiência clínica e os critérios de interpretação eram muito diferentes dos de agora, e eles claramente não têm o poder para avaliar desfechos graves como encefalopatia hipóxico-isquêmica e morte.⁽¹⁰⁾ Quanto ao risco de resultados falso-positivos desse exame, é certo que a solução vem sendo trazida pela melhoria dos equipamentos, como os de telemetria por WI-FI que permite a deambulação, melhor qualidade dos traçados e mais treinamento na sua interpretação. “Esconder o diagnóstico” nunca deve ser considerado boa prática. Portanto, pode-se discutir, no âmbito científico, o benefício ou não da cardiotocografia nas gestantes de risco habitual, mas classificar essa prática como indevida, danosa ou violenta é claramente um erro grosseiro de interpretação.

EPISIOTOMIA

A episiotomia (cirurgia realizada sob anestesia nos músculos do assoalho pélvico) visa facilitar a liberação da cabeça fetal no parto difícil. É certamente a cirurgia obstétrica mais realizada no mundo e sua prevalência

é bem variada dependendo da região que se analisa. A OMS,⁽¹¹⁾ o *American College of Obstetrics and Gynecology*,⁽¹²⁾ a reconhecida Cochrane Library,⁽¹³⁾ e o Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾ preconizam que seu uso seja “restritivo”, o que foi definido nos estudos como uma taxa de episiotomia de até 30% dos partos.^(13,15) Em algumas situações, como no parto instrumentado, a episiotomia pode proteger a parturiente de lesões no seu esfíncter anal,⁽¹⁶⁾ evitando a grave sequela de incontinência fecal; noutras, como na suspeita de sofrimento fetal durante a expulsão, a episiotomia pode ser essencial para evitar a asfixia do bebê e suas principais sequelas, a encefalopatia e a morte. Dessa maneira, incluir a episiotomia no rol dos procedimentos de “violência obstétrica” não é apenas injusto com os(as) parteiros(as), mas perigoso para mulheres e bebês.

CESARIANAS

A cesariana, como uma alternativa ao parto vaginal, é uma das intervenções que mais têm salvado vidas de mulheres e bebês ao longo da história. Realizar uma cesariana sem indicação médica e sem o consentimento livre e esclarecido da gestante é má prática médica. Recentemente o Conselho Federal de Medicina considerou que é ética a realização de cesariana por desejo materno, sem indicação médica precisa, desde que ela não seja realizada antes de completada a 39ª semana e seja precedida de termo de consentimento livre e esclarecido sobre os riscos e benefícios do procedimento, inclusive para futuras gestações.⁽¹⁷⁾ Em países com taxas de cesariana superiores a 19%, há uma relação inversa entre o percentual de cesariana e a mortalidade materna e perinatal.⁽¹⁸⁾ O Brasil é um país com as mais altas taxas de cesariana no mundo, já tendo ultrapassado a marca de 50% de todos os nascimentos por essa via de parto. Combater o excesso de cesariana é tarefa difícil e que compete aos gestores dos nossos sistemas de saúde, pública e suplementar, mas de nenhum modo um procedimento de tamanha relevância clínica e social deve fazer parte de listas de intervenções identificadas como “violência”.

ESCOLHA DO LOCAL DO PARTO

A Febrasgo, assim como a Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, defende que o hospital e as maternidades são os locais mais seguros para o nascimento. Hospitais e maternidades devem ser dotados de equipe de saúde completa, com obstetras, neonatologistas/pediatras, anestesistas, enfermeiras, técnicas de enfermagem e demais profissionais. A defesa do parto hospitalar tem como base os resultados de estudos científicos robustos que demonstram, sem sombra de dúvida, que o parto realizado dentro de um ambiente hospitalar é mais seguro para parturientes e bebês.⁽¹⁹⁻²⁴⁾ Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), avaliando 2.280.044 partos hospitalares e 177.156 partos domiciliares planejados de

recém-nascidos a termo pesando mais do que 2.500 g entre 2010 e 2017, mostram que a mortalidade neonatal nos partos hospitalares atendidos por *midwives* foi de 3,27 por 10.000, ao passo que nos partos planejados que ocorreram fora dos hospitais essa mortalidade subiu para 13,66, por 10.000, um incremento de 4,19 ($p < 0,0001$). Parto fora do hospital, sim, deveria ser considerado prática de “violência”, pois, na busca de evitar intervenções médicas (que podem ser salvadoras), foi aumentada em quase cinco vezes a mortalidade de crianças a termo que não tinham nenhuma comorbidade, além da escolha indevida do local do parto feita pelos seus pais, com a convivência do sistema de saúde.⁽²⁴⁾ Desse modo, a Febrasgo vê com extrema ressalva a decisão de gestantes pelo parto fora do hospital, como uma tentativa de torná-lo mais acolhedor e humanizado. O respeito, a humanização e o cuidado individualizado não prescindem da segurança e podem ser obtidos dentro de instituições hospitalares.

CONCLUSÃO

Pelos motivos acima exemplificados, a Comissão Nacional Especializada de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo se posiciona em defesa de uma assistência ao parto com enfoque na qualidade dos cuidados de saúde materna e fetal, no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência e contrária ao uso do termo “violência obstétrica” em qualquer circunstância. Ainda, a Febrasgo recomenda que, naquelas situações de inadequação de condutas, deve ser empregado o termo “má-prática”, como é usado em todas demais especialidades médicas.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Recomendações Febrasgo parte II – Cuidados Gerais na Assistência ao Parto (assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito) [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-cuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito>
2. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Collé MH, Ford JB, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:55. doi: 10.1186/1471-2393-9-55
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Postpartum haemorrhage, prevention and management. London: RCOG Press; 2016. (Green-top Guideline No. 52).
4. Rouse DJ, McCullough C, Wren AL, Owen J, Hauth JC. Active-phase labor arrest: a randomized trial of chorioamniotic management. *Obstet Gynecol*. 1994;83(6):937-40. doi: 10.1097/00006250-199406000-00007
5. De Vivo V, Carbone L, Saccone G, Magoga G, De Vivo G, Locci M, et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(4):320-9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.07.049
6. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4
7. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol*. 1984;63(4):485-90.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of electronic fetal monitoring. London: RCOG Press; 2001. (Evidence-Based Clinical Guideline; No. 8).
9. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3
10. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraran E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(1):13-24. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020
11. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists No. 71. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):957-62.
13. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2017;(2):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
15. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1993;342(8886-8887):1517-8. doi: 10.1016/S0140-6736(05)80085-6
16. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative delivery. *BJOG*. 2008;115(1):104-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01554.x
17. Conselho Federal de Medicina CFM Nº 2.284, de 22 de outubro de 2020. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138. *Diário Oficial da União*. 2021 Maio 24;Seç. 1:143.
18. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean section delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*. 2015;314(21):2263-70. doi: 10.1001/jama.2015.15553
19. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, van Egmond-Linden A, et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ*. 2010;341:c5639. doi: 10.1136/bmj.c5639
20. Committee on Fetus and Newborn; Watterberg KL, Papile LA, Baley JE, Benitz W, Cummings J, et al. Planned home birth. *Pediatrics*. 2013;131(5):1016-20. doi: 10.1542/peds.2013-0575
21. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400
22. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol*. 2017;129(4):e117-22. doi: 10.1097/AOG.0000000000002024
23. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 669: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol*. 2016 Aug;128(2):e26-31. doi: 10.1097/AOG.0000000000001586
24. Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B, Chervenak FA. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(2):254.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.045

CADERNO CIENTÍFICO *Femina*[®]

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

CONSELHO EDITORIAL: Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaoneta, Alex Sandro Rolland de Souza, Almir Antonio Urbanetz, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibalde Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieke 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

FEBRASGO POSITION STATEMENT

676 Uso de androgênios nas diferentes fases da vida: período reprodutivo

Andrea Prestes Nâcul, Gabriela Pravatta Rezende, Daniela Angerame Yela Gomes, Têcia Maranhão, Laura Olinda Bregieiro Fernandes Costa, Fernando Marcos dos Reis, Gustavo Arantes Rosa Maciel, Lia Cruz Vaz a Costa Damásio, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Vinicius Medina Lopes, Maria Cândida Baracat, Gustavo Mafaldo Soares, José Maria Soares Junior, Cristina Laguna Benetti-Pinto

ARTIGO ORIGINAL

682 Perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital de referência no oeste do Paraná

Anna Luiza Maffessoni, Naura Tonin Angonese, Brenda Malucelli Rocha

ARTIGOS DE REVISÃO

690 Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa

Carolina Barbosa Carvalho do Carmo, Lucas Caetano Melo, Thamyres Ferreira da Silva, Enrique Meireles Bitencourt de Souza, Claudia Mendonça Magalhães Gomes Garcia

699 Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais

Elaine Cristina Fontes de Oliveira, Inês Katerina Damasceno Cavallo Cruzeiro, Gabriela Martins Perez Garcia, Sara de Pinho Cunha Paiva

Uso de androgênios nas diferentes fases da vida: período reprodutivo

Número 11 – Dezembro 2021

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

PONTOS-CHAVE

- Embora existam diversas situações que podem potencialmente levar à redução dos níveis de androgênios, até o momento não há uma síndrome definida nem um critério bioquímico para diagnosticar deficiência de androgênios em mulheres. Os benefícios da terapia androgênica nessas situações são controversos.
- Meninas com atraso puberal manifestando-se principalmente por ausência de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e amenorreia primária podem apresentar deficiência de produção de hormônios sexuais, incluindo deficiência de produção de androgênios.
- Em decorrência de menopausa cirúrgica e de insuficiência ovariana prematura (IOP), pode haver redução dos níveis de androgênio em relação a controles normais de mesma idade.
- Mulheres jovens com hipopituitarismo, anorexia nervosa e insuficiência adrenal podem ter níveis séricos de androgênios diminuídos.
- O uso de androgênios e esteroides anabolizantes para fins estéticos tem aumentado consideravelmente em virtude de questões de culto ao corpo e à beleza, porém associa-se a manifestações estéticas indesejáveis e potencialmente irreversíveis, além de aumento de morbidades.

RECOMENDAÇÕES

- Não há evidência para uso de terapia androgênica em mulheres na adolescência, mesmo em casos de hipogonadismo por causas ovarianas (IOP) ou centrais.
- Não há evidência para terapia androgênica de rotina em mulheres adultas com hipopituitarismo, hipogonadismo hipogonadotrófico, insuficiência adrenal e anorexia nervosa.
- A terapia androgênica, preferencialmente pela via transdérmica, pode ser considerada para mulheres com IOP ou menopausa cirúrgica com queixas de disfunção sexual feminina (DSF), em adição à terapia estroprogestagênica.
- Não se recomenda o uso de androgênios e esteroides anabolizantes para fins estéticos.
- A dosagem de testosterona total ou o cálculo do índice de androgênios livres podem ser utilizados para controle da reposição androgênica em mulheres, porém as técnicas laboratoriais disponíveis não apresentam sensibilidade adequada. A técnica de espectrometria de massa, embora com maior sensibilidade, tem alto custo, o que limita sua utilização na prática clínica.

CONTEXTO CLÍNICO

A produção androgênica no sexo feminino é realizada pelos ovários, pelas suprarrenais e pela conversão periférica, e os níveis de testosterona circulantes desempenham papel importante na saúde musculoesquelética e cardiovascular e na função sexual (FS).⁽¹⁾ Alguns autores tentaram definir uma síndrome de deficiência

de androgênios em mulheres com sintomas como baixa libido e diminuição global do desejo, fantasias e excitação, além de fadiga e diminuição do bem-estar.⁽²⁾ Porém, várias entidades internacionais, como a *Endocrine Society*, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), a *European Society*

of Endocrinology (ESE) e a *International Menopause Society* (IMS), por meio de suas recomendações para prática clínica, posicionaram-se contra o diagnóstico clínico e laboratorial da deficiência androgênica, pela falta de uniformidade nos critérios clínicos e de padronização dos níveis séricos de testosterona nas mulheres de acordo com a faixa etária.⁽³⁾ Considerando a dificuldade de diagnóstico, o tratamento por meio da reposição androgênica em mulheres climatéricas tem indicação mais difundida na presença de DSF, porém existem outras situações que podem potencialmente causar redução nos níveis de androgênios em mulheres na pré-menopausa e que geram dúvidas quanto à necessidade de reposição.^(3,4) Essas situações incluem, por exemplo, o uso de androgênios na manutenção da massa óssea e prevenção da osteoporose, na IOP, no hipopituitarismo e na insuficiência adrenal.

Desse modo, neste documento, que será dividido em duas partes, revisaremos evidências atuais para indicações e contraindicações do uso de androgênios em diferentes situações da vida da mulher – no período reprodutivo (1ª parte) e no climatério (2ª parte).

PARA DIAGNOSTICAR DEFICIÊNCIA ANDROGÊNICA, HÁ INDICAÇÃO DE DOSAGEM DE ANDROGÊNIOS EM MULHERES?

O androgênio mais comumente dosado em mulheres é a testosterona. Em mulheres pré-menopáusicas, os níveis de testosterona não variam significativamente com a fase do ciclo, apresentando apenas um aumento modesto durante o pico do hormônio luteinizante (LH) nos ciclos ovulatórios.⁽⁵⁾ Esse hormônio circula no organismo de três formas: ligado à globulina ligadora de hormônios sexuais – SHBG (66%), ligado à albumina (33%) e na forma livre (1%). A forma livre e a forma ligada à albumina são consideradas as formas ativas da testosterona.⁽⁶⁾ Diversas situações podem aumentar os níveis da SHBG, levando à diminuição da fração livre da testosterona. Nesses casos, a dosagem da testosterona livre ou o cálculo do índice de androgênios livres é mais adequada para avaliação da testosterona circulante na sua forma biologicamente ativa.⁽⁷⁾

Os ensaios mais utilizados para dosagem de testosterona, como, por exemplo, os ensaios imunométricos e radioimunoensaio, apresentavam limitações, com baixa acurácia para detectar níveis fisiologicamente baixos em mulheres. Atualmente, o ensaio de espectrometria de massa-cromatografia líquida, por apresentar maior sensibilidade para dosagem de testosterona, é o exame padrão-ouro.^(7,8) No entanto, o custo mais elevado, a baixa disponibilidade desse método e a necessidade de pessoal altamente especializado limitam seu uso. Os resultados da dosagem de testosterona devem ser analisados com cautela em razão de os níveis séricos não refletirem a concen-

tração nos tecidos-alvo, bem como a variabilidade individual na sensibilidade dos receptores periféricos.⁽⁹⁾ Além disso, os efeitos clínicos dependem também da conversão da testosterona pela aromatase e pela 5 α -redutase, em estrona e di-hidrotestosterona, respectivamente.⁽¹⁰⁾ Não há indicação para dosagem de di-hidrotestosterona.

Embora exista uma associação entre níveis séricos de androgênios com desejo sexual, seus baixos níveis em mulheres não predizem de forma confiável sintomas clínicos. Além disso, níveis de testosterona não são preditores independentes da FS na mulher. Assim, não há um critério diagnóstico bioquímico para diagnosticar deficiência de androgênios em mulheres.⁽³⁾

1ª PARTE: USO DE ANDROGÊNIOS NO PERÍODO REPRODUTIVO

Há evidências para o uso de androgênios durante a adolescência?

Na adolescência, a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano estimula a produção dos hormônios ovarianos, sobretudo estrogênios, responsáveis pela telarca, pubarca e menarca na menina. Em paralelo, essa ativação também aumenta os níveis de testosterona circulantes que, durante a adolescência e anos reprodutivos, é produzida de maneira equivalente pelas células da teca e pelo córtex adrenal, na concentração de aproximadamente 300 mcg ao dia.^(11,12) Os níveis séricos dos androgênios são maiores durante a adolescência, com decréscimo progressivo a partir dos 25 anos de idade.⁽¹³⁾ Nessa fase da vida, desempenham papel importante para a puberdade normal e o crescimento esquelético.

Na adolescência, o crescimento esquelético e o ganho de massa óssea são influenciados pelos estrogênios e androgênios, havendo uma interação importante entre os androgênios, o hormônio de crescimento (GH) e o fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1).^(14,15) Deficiências androgênicas podem resultar em atraso da puberdade, manifestado principalmente por ausência de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e amenorreia primária, sendo a reposição hormonal a primeira escolha de tratamento. O uso de terapia hormonal (TH) estroprogestagênica em adolescentes diagnosticadas com hipogonadismo é validado para estímulo puberal, proteção cardiovascular e prevenção de osteoporose.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ O uso de androgênios nesse período da vida, no entanto, é validado apenas para puberdade atrasada no sexo masculino, para promover crescimento e ganho de massa muscular, não havendo evidências fortes o suficiente para sustentar sua administração em mulheres na adolescência.

Estudos prévios com diferentes esquemas de terapia androgênica nessa faixa etária em mulheres com síndrome de Turner e pan-hipopituitarismo, embora

tenham mostrado alguns resultados positivos como ganho de massa óssea e muscular e melhora na qualidade de vida, não apresentam evidência suficiente para recomendar seu uso em adolescentes do sexo feminino.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Sendo assim, não há recomendação para uso de terapia androgênica em mulheres na adolescência, em nenhuma formulação ou via de administração, pela ausência de evidências que confirmem sua eficácia e segurança nessa faixa etária.

Quando há indicação para o uso de androgênios durante o período reprodutivo? IOP e menopausa cirúrgica

A IOP e a menopausa cirúrgica são duas situações em que ocorre redução dos níveis de androgênio em relação a controles normais de mesma idade, bem como em relação a mulheres com menopausa natural.⁽²¹⁾ A adição de androgênios na TH em mulheres com IOP não parece melhorar significativamente a qualidade de vida, a autoestima ou o humor. A adição de testosterona à TH, embora com evidências limitadas, também parece não adicionar benefícios sobre a massa óssea. Por outro lado, também parece não aumentar eventos ou efeitos adversos como alterações na pele, hirsutismo, acne ou frequência na depilação.⁽²²⁾ Mulheres pré-menopáusicas submetidas à ooforectomia bilateral costumam apresentar disfunções sexuais relacionadas aos baixos níveis hormonais. Evidências demonstram melhora da FS com adição de testosterona à TH nesses casos, preferencialmente pela via transdérmica, com efeitos adversos mínimos ou leves. Entretanto, os efeitos a longo prazo ainda não são claros.⁽²³⁻²⁵⁾ Em nosso país, não há produtos aprovados pelas agências regulatórias para prescrição de testosterona, assim, pode-se aceitar a utilização de produtos manipulados, ressaltando-se a dificuldade de controle de doses. Pode-se prescrever testosterona a 1%, formulada em gel de alta absorção (por exemplo, Pentravan), para uso transdérmico, na dose de 0,5 g de gel por dia, por três a seis meses. Como sugestão, recomenda-se prescrever testosterona 5 mg por mL em frasco dosador contendo 30 mL de gel, com liberação de 1 mL por dia. Essa dose pode ser individualizada com variação entre 1 e 5 mg. Dosar testosterona antes de iniciar, após três a seis semanas de uso e enquanto durar o tratamento, para evitar níveis plasmáticos supra fisiológicos, e monitorar o aparecimento de sinais clínicos de hiperandrogenismo, porque a resposta clínica nem sempre se correlaciona com os níveis plasmáticos de testosterona. Se houver melhora, reforçar para a paciente que não há evidências de eficácia e segurança no uso por tempo maior que 24 meses.⁽²³⁾

Hipopituitarismo

O hipopituitarismo frequentemente inclui o hipogonadismo hipogonadotrófico e a insuficiência adrenal de causa central, havendo deficiência na produção de androgênios nas duas maiores fontes – ovários e adrenais. Um estudo que avaliou o uso de *patches* de 300 mcg de testosterona por um ano em 51 mulheres com hipopituitarismo mostrou aumento na massa óssea no quadril e no rádio, e da massa muscular, bem como melhora do humor e da FS nesse grupo de mulheres.⁽²⁴⁾ Assim, se for considerada a terapia androgênica para mulheres com hipopituitarismo, o acompanhamento deve ser feito da mesma forma que em mulheres com DSF, porém a segurança a longo prazo é desconhecida, não havendo uma recomendação formal para essa reposição.^(3,25)

Insuficiência adrenal

Mulheres com insuficiência adrenal apresentam níveis mais baixos de deidroepiandrosterona (DHEA) e da sua forma sulfatada (SDHEA). Muitas mulheres com insuficiência adrenal primária e secundária apresentam deterioração do estado geral de saúde apesar da reposição de glicocorticoides e mineralocorticoides.⁽²⁶⁾ Embora alguns estudos demonstrem que a reposição de DHEA melhore os escores de depressão e ansiedade, sensação de bem-estar, libido e FS, uma revisão sistemática e metanálise mostrou apenas melhora modesta nos escores de qualidade de vida e depressão. O DHEA, suplemento alimentar sem controle regulatório, não possui evidências robustas para se indicar seu uso rotineiro na insuficiência adrenal.⁽²⁷⁾ Na prática, a reposição androgênica com DHEA por vezes é utilizada para mulheres que apresentam sintomas de deficiência androgênica e baixos níveis plasmáticos de DHEA, com doses iniciais entre 25 e 50 mg por dia por um período de três a seis meses e ajustes da dose de acordo com os níveis circulantes de DHEA e sintomas clínicos. Na ausência de resultado terapêutico satisfatório ou na presença de efeitos adversos, a terapia deve ser suspensa.⁽²⁸⁾

Anorexia nervosa

Mulheres com anorexia nervosa apresentam níveis de testosterona total e livre mais baixos do que mulheres normais.⁽²⁹⁾ Os níveis de testosterona livre têm uma correlação positiva com o índice de massa corporal (IMC) e com a densidade mineral óssea na coluna e uma correlação negativa com níveis de depressão nessas mulheres.⁽³⁰⁾ Embora estudos tenham mostrado elevação de marcadores de formação óssea com o uso de *patches* de testosterona, esse aumento não se refletiu em aumento da massa óssea.^(29,30) Ainda que possa haver aumento da massa magra, o uso de testosterona pode inclusive levar à diminuição no IMC.⁽³¹⁾ A reposição de testosterona também não mostrou efeitos positivos nos índices de depressão e ansiedade.⁽³¹⁾ Assim, a reposição de testosterona não deve ser recomendada para prevenção de

perda de massa óssea, aumento de peso e distúrbios emocionais associados à anorexia nervosa.

O que podemos dizer sobre o uso de androgênios anabolizantes com finalidade estética/recreativa?

Atualmente, existe um culto exagerado ao corpo e à beleza estética que tem feito muitas pessoas buscarem resultados rápidos por meio do abuso de substâncias com a promessa da melhora da imagem corporal e do desempenho físico. Entre essas substâncias, estão os esteroides androgênicos anabolizantes (EAAs).⁽³²⁾ Os EAAs incluem a testosterona e seus derivados sintéticos. Os EAAs são tipicamente administrados em doses suprafsiológicas por períodos, chamados ciclos, ou usados continuamente com dosagens constantes ou diversas. Essas substâncias são eficientes na promoção do aumento do tamanho e da força muscular, na busca de uma imagem corporal idealizada, como resultado de estímulos culturais ou, para alguns, como resultado de distúrbios dismórficos do corpo.⁽³³⁾

Evidências empíricas sugeriam que os EAAs eram usados principalmente por atletas competitivos de nível superior e, especialmente, levantadores de peso, fisiculturistas e atletas de pista. No entanto, atualmente, os EAAs são amplamente utilizados, não apenas por atletas envolvidos em esportes recreativos e de ligas menores, mas também por não atletas.⁽³⁴⁾

No Brasil, a gestrinona, anteriormente utilizada para tratamento da endometriose e descontinuada por causa de seus paraefeitos androgênicos, passou a ser comercializada novamente na forma de implante e chamada de “chip da beleza”, por um possível efeito estético (reduzir a gordura corporal e favorecer o ganho de massa magra). Não existem estudos avaliando a gestrinona para melhora da libido ou ganho de massa magra, bem como seus efeitos a longo prazo, como possível risco carcinogênico ou infertilidade secundária. Esse dispositivo não é liberado para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e o Conselho Federal de Medicina só recomenda o uso de implantes hormonais para fins médicos, pois desconhece evidências sobre os benefícios estéticos prometidos.

Acredita-se que os usuários façam associação entre diferentes EAAs, bem como com outros produtos potencialmente anabolizantes, como o GH e a insulina para incremento dos resultados, porém com aumento de paraefeitos androgênicos e metabólicos.⁽³⁵⁾

No sexo feminino, as alterações mais frequentemente atribuídas ao abuso de EAAs são irregularidades menstruais (menarca tardia, oligomenorreia, amenorreia secundária), dismenorreia, anovulação, acne, alopecia, hipertrofia do clitóris, alterações da libido, atrofia do tecido mamário e atrofia uterina, sendo muitas delas perma-

nentes.⁽³⁶⁾ Na adolescente, pode causar maturação esquelética precoce com fechamento das epífises ósseas, baixa estatura e puberdade acelerada, levando a crescimento dismórfico. O uso de EAAs tem sido associado a uma série de efeitos colaterais médicos e psicológicos, incluindo distúrbios de saúde mental, função cognitiva, distúrbios metabólicos e endócrinos, e patologia cardiovascular.^(37,38)

Dessa forma, recomendamos que não se deve usar os EAAs com finalidade estética. Esse uso é ilegal e pode causar dependência, além dos inúmeros efeitos deletérios colaterais existentes.

Há indicação para o uso de androgênios em usuárias de contraceptivos orais combinados (COCs)?

Os efeitos dos COCs na FS permanecem controversos. Com o intuito de melhorar a FS, alguns autores propuseram o uso concomitante de androgênios, especialmente de DHEA, sendo também sugerida a troca do etinilestradiol por 17 β -estradiol, com menor elevação da SHBG e aumento do índice de androgênios livres, porém faltam evidências sobre o impacto dos COCs sobre a FS, bem como de que essa disfunção seja causada por redução na atividade androgênica.⁽³⁹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há limitadas evidências para o uso de androgênios em mulheres durante a idade compatível com o período reprodutivo, indicando para o uso em situações de ooforectomia bilateral e IOP. Faltam evidências que embasem outras indicações. A utilização de androgênios com finalidade estética não deve ser recomendada.

REFERÊNCIAS

1. Davis SR. Androgen therapy in women, beyond libido. *Climacteric*. 2013;16 Suppl 1:18-24. doi: 10.3109/13697137.2013.801736
2. Barrett-Connor E, Young R, Notelovitz M, Sullivan J, Wiita B, Yang HM, et al. A two-year, double-blind comparison of estrogen-androgen and conjugated estrogens in surgically menopausal women. Effects on bone mineral density, symptoms and lipid profiles. *J Reprod Med*. 1999;44(12):1012-20.
3. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3489-510. doi: 10.1210/jc.2014-2260
4. Bolour S, Braunstein G. Testosterone therapy in women: a review. *Int J Impot Res*. 2005;17(5):399-408. doi: 10.1038/sj.ijir.3901334
5. Bui HN, Sluss PM, Blincko S, Knol DL, Blankenstein MA, Heijboer AC. Dynamics of serum testosterone during the menstrual cycle evaluated by daily measurements with an ID-LC-MS/MS method and a 2nd generation automated immunoassay. *Steroids*. 2013;78(1):96-101. doi: 10.1016/j.steroids.2012.10.010
6. Rosner W, Hryb DJ, Khan MS, Nakhla AM, Romas NA. Sex hormone-binding globulin mediates steroid hormone signal transduction at the plasma membrane. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 1999;69(1-6):481-5. doi: 10.1016/s0960-0760(99)00070-9

7. Vesper HW, Botelho JC. Standardization of testosterone measurements in humans. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2010;121(3-5):513-9. doi: 10.1016/j.jsbmb.2010.03.032
8. Goodman N, Guay A, Dandona P, Dhindsa S, Faiman C, Cunningham GR, et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology position statement on the association of testosterone and cardiovascular risk. *Endocr Pract*. 2015;21(9):1066-73. doi: 10.4158/EP14434.PS
9. Simpson ER. Aromatization of androgens in women: current concepts and findings. *Fertil Steril*. 2002;77 Suppl 4:S6-10. doi: 10.1016/s0015-0282(02)02984-9
10. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*. 2005;294(1):91-6. doi: 10.1001/jama.294.1.91
11. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1
12. Rothman MS, Carlson NE, Xu M, Wang C, Swerdloff R, Lee P, et al. Reexamination of testosterone, dihydrotestosterone, estradiol and estrone levels across the menstrual cycle and in postmenopausal women measured by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Steroids*. 2011;76(1-2):177-82. doi: 10.1016/j.steroids.2010.10.010
13. Longcope C. Adrenal and gonadal androgen secretion in normal females. *Clin Endocrinol Metab*. 1986;15(2):213-28. doi: 10.1016/s0300-595x(86)80021-4
14. Zumoff B, Strain GW, Miller LK, Rosner W. Twenty-four-hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995;80(4):1429-30. doi: 10.1210/jcem.80.4.7714119
15. Weiss RV, Hohl A, Athayde A, Pardini D, Gomes L, Oliveira M, et al. Testosterone therapy for women with low sexual desire: a position statement from the Brazilian society of endocrinology and metabolism. *Arch Endocrinol Metab*. 2019;63(3):190-8. doi: 10.20945/2359-3997000000152
16. Vanderschueren D, Vandenput L, Boonen S. Reversing sex steroid deficiency and optimizing skeletal development in the adolescent with gonadal failure. *Endocr Dev*. 2005;8:150-65. doi: 10.1159/000084100
17. Mason KA, Schoelwer MJ, Rogol AD. Androgens during infancy, childhood, and adolescence: physiology and use in clinical practice. *Endocr Rev*. 2020;41(3):bnaa003. doi: 10.1210/edrv/bnaa003
18. Zuckerman-Levin N, Frolova-Bishara T, Militianu D, Levin M, Aharon-Peretz J, Hochberg Z. Androgen replacement therapy in turner syndrome: a pilot study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(12):4820-7. doi: 10.1210/jc.2009-0514
19. Rosenfeld RG, France J, Attie KM, Brasel JA, Burstein S, Cara JF, et al. Six-year results of a randomized, prospective trial of human growth hormone and oxandrolone in Turner syndrome. *J Pediatr*. 1992;121(1):49-55. doi: 10.1016/s0022-3476(05)82540-5
20. Bilger M, Speraw S, LaFranchi SH, Hanna CE. Androgen replacement in adolescents and young women with hypopituitarism. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2005;18(4):355-62. doi: 10.1515/jpem.2005.18.4.355
21. Janse F, Tanahatoo SJ, Eijkemans MJ, Fauser BC. Testosterone concentrations, using different assays, in different types of ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2012;18(4):405-19. doi: 10.1093/humupd/dms013
22. Webber L, Anderson RA, Davies M, Janse F, Vermeulen N. HRT for women with premature ovarian insufficiency: a comprehensive review. *Hum Reprod Open*. 2017;2017(2):hox007. doi: 10.1093/hropen/hox007
23. Vegunta S, Kling JM, Kapoor E. Androgen therapy in women. *J Womens Health*. 2020;29(1):57-64. doi: 10.1089/jwh.2018.7494
24. Miller KK, Biller BM, Beauregard C, Lipman JG, Jones J, Schoenfeld D, et al. Effects of testosterone replacement in androgen-deficient women with hypopituitarism: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(5):1683-90. doi: 10.1210/jc.2005-2596
25. Miller KK, Lawson EA, Mathur V, Wexler TL, Meenaghan E, Misra M, et al. Androgens in women with anorexia nervosa and normal-weight women with hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(4):1334-9. doi: 10.1210/jc.2006-2501
26. Hahner S, Loeffler M, Fassnacht M, Weismann D, Koschker AC, Quinkler M, et al. Impaired subjective health status in 256 patients with adrenal insufficiency on standard therapy based on cross-sectional analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(10):3912-22. doi: 10.1210/jc.2007-0685
27. Alkatib AA, Cosma M, Elamin MB, Erickson D, Swiglo BA, Erwin PJ, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of DHEA treatment effects on quality of life in women with adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(10):3676-81. doi: 10.1210/jc.2009-0672
28. Castinetti F, Guignat L, Bouvattier C, Samara-Boustani D, Reznik Y. Group 4: replacement therapy for adrenal insufficiency. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2017;78(6):525-34. doi: 10.1016/j.ando.2017.10.007
29. Miller KK, Meenaghan E, Lawson EA, Misra M, Gleysteen S, Schoenfeld D, et al. Effects of risdronate and low-dose transdermal testosterone on bone mineral density in women with anorexia nervosa: a randomized, placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(7):2081-8. doi: 10.1210/jc.2011-0380
30. Miller KK, Grieco KA, Klibanski A. Testosterone administration in women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(3):1428-33. doi: 10.1210/jc.2004-1181
31. Kimball A, Schorr M, Meenaghan E, Bachmann KN, Eddy KT, Misra M, et al. A randomized placebo-controlled trial of low-dose testosterone therapy in women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(10):4347-55. doi: 10.1210/jc.2019-00828
32. Hanley Santos G, Coomber R. The risk environment of anabolic-androgenic steroid users in the UK: examining motivations, practices and accounts of use. *Int J Drug Policy*. 2017;40:35-43. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.11.005
33. Kicman AT. Pharmacology of anabolic steroids. *Br J Pharmacol*. 2008;154(3):502-21. doi: 10.1038/bjp.2008.165
34. Sagoe D, Molde H, Andreassen CS, Torsheim T, Pallesen S. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Ann Epidemiol*. 2014;24(5):383-98. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.01.009
35. Anderson LJ, Tamayose JM, Garcia JM. Use of growth hormone, IGF-I, and insulin for anabolic purpose: pharmacological basis, methods of detection, and adverse effects. *Mol Cell Endocrinol*. 2018;464:65-74. doi: 10.1016/j.mce.2017.06.010
36. Nieschlag E, Vorona E. Mechanisms in endocrinology: medical consequences of doping with anabolic androgenic steroids: effects on reproductive functions. *Eur J Endocrinol*. 2015;173(2):R47-58. doi: 10.1530/EJE-15-0080
37. Gruber AJ, Pope HG Jr. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychother Psychosom*. 2000;69(1):19-26. doi: 10.1159/000012362
38. Rasmussen JJ, Schou M, Selmer C, Johansen ML, Gustafsson F, Frystyk J, et al. Insulin sensitivity in relation to fat distribution and plasma adipocytokines among abusers of anabolic androgenic steroids. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2017;87(3):249-56. doi: 10.1111/cen.13372
39. de Castro Coelho F, Barros C. The potential of hormonal contraception to influence female sexuality. *Int J Reprod Med*. 2019;2019:9701384. doi: 10.1155/2019/9701384

Como citar:

Nácul AP, Rezende GP, Gomes DA, Maranhão T, Costa LO, Reis FM, et al. Uso de androgênios nas diferentes fases da vida: período reprodutivo. *Femina*. 2021;49(12):676-81.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Use of androgens at different stages of life: reproductive period", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(12):988-93.

Andrea Prestes Nácul

Unidade de Reprodução Humana, Hospital Fêmina, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Gabriela Pravatta Rezende

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Daniela Angerame Yela Gomes

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Técia Maranhão

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Laura Olinda Bregieiro Fernandes Costa

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Fernando Marcos dos Reis

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

Gustavo Arantes Rosa Maciel

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

Lia Cruz Vaz a Costa Damásio

Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Vinicius Medina Lopes

Universidade de Brasília, Brasília DF, Brasil.

Maria Cândida Baracat

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

Gustavo Mafaldo Soares

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

José Maria Soares Junior

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

Cristina Laguna Benetti-Pinto

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

nada a declarar.

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

Cristina Laguna Benetti Pinto

Vice-presidente:

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Secretário:

José Maria Soares Júnior

Membros:

Andrea Prestes Nácul
Daniela Angerame Yela
Fernando Marcos dos Reis
Gabriela Pravatta Rezende
Gustavo Arantes Rosa Maciel
Gustavo Mafaldo Soares
Laura Olinda Rezende Bregieiro Costa
Lia Cruz Vaz da Costa Damásio
Maria Candida Pinheiro Baracat Rezende
Sebastião Freitas de Medeiros
Tecia Maria de Oliveira Maranhão
Vinicius Medina Lopes

Perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital de referência no oeste do Paraná

Epidemiological profile of unplanned pregnancies in a reference hospital in the west of Paraná

Anna Luiza Maffessoni¹, Naura Tonin Angonese¹, Brenda Malucelli Rocha¹

Descritores

Planejamento familiar; Obstetrícia; Contracepção; Gravidez não planejada; Gravidez indesejada

Keywords

Family planning; Obstetrics; Contraception; Unplanned pregnancy; Unwanted pregnancy

Submetido:

25/03/2021

Aceito:

16/08/2021

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Anna Luiza Maffessoni
Rodovia PR 182, s/n, km 320/321,
Caixa Postal 2028, 85919-899, Toledo,
PR, Brasil
anna.maffessoni@ufpr.br

Como citar?

Maffessoni AL, Angonese NT, Rocha BM. Perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital de referência no oeste do Paraná. Femina. 2021;49(12):682-9.

RESUMO

Objetivo: Delinear o perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital na cidade de Toledo-PR, comparando características socioeconômicas, uso de métodos contraceptivos, adesão ao pré-natal e desfechos maternos e fetais, entre as gestações planejadas e não planejadas. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas com puérperas, por meio da aplicação de questionário criado especificamente para este estudo. Realizaram-se análise descritiva e comparação por análise bivariada. Foi considerado o nível de significância de 5%. **Resultados:** O total de participantes entrevistadas foi de 327. A prevalência de gestações não planejadas foi de 51,6% (n = 169). Do total, 10,3% (n = 34) eram adolescentes. As participantes com gestações não planejadas apresentaram 0,4 gestação a mais (p = 0,004); 68% (n = 98) desse grupo era não branca (p = 0,009); 60,9% (n = 103) eram casadas ou em união estável; 17,2% (n = 29) possuíam renda até um salário mínimo (p = 0,007); 50,3% (n = 85) não utilizavam métodos contraceptivos. A proporção de anemia entre as gestações não planejadas foi de 8,3% (n = 14), enquanto nas planejadas foi de 1,9% (n = 3) (p = 0,02). **Conclusão:** As participantes cujas gestações não são planejadas são múltiparas, mais jovens e não brancas, possuem menor renda e escolaridade, maior proporção de não casadas e maior prevalência de anemia gestacional. A intenção da gestação não apresentou influência sobre o conceito ou desfechos puerperais. Para alterar esse perfil, são primordiais aconselhamento reprodutivo individualizado e medidas de saúde pública voltadas a métodos contraceptivos eficazes.

RESUMO

Objective: To outline the epidemiological profile of unplanned pregnancies in a hospital in the city of Toledo/Paraná, comparing socioeconomic characteristics, use of contraceptive methods, adherence to prenatal care and maternal and fetal outcomes among planned and unplanned pregnancies. **Methods:** Interviews were conducted with puerperal participants, through the application of a form designed by the authors. A descriptive analysis was done and the data were compared between groups through a bivariate analysis. The significance level was set at 5%. **Results:** The total number of interviewed participants was 327. The incidence of unplanned pregnancies was 51.6% (n = 169). Of the total, 10.3% (n = 34) were adolescents. Participants with unplanned pregnancies averaged 0.4 more pregnancies (p = 0.004), 68% (n = 98) of

this group were non-white ($p = 0.009$); 60.9% ($n = 103$) married or in a stable relationship; 17.2% ($n = 29$) had an income of up to 1 minimum wage ($p = 0.007$); 50.3% ($n = 85$) did not use contraceptive methods. The proportion of anemia among unplanned pregnancies was 8.3% ($n = 14$), while in planned pregnancies, it was 1.9% ($n = 3$) ($p = 0.02$). **Conclusion:** Participants whose unplanned pregnancies occur, are multiparous, younger and non-white, they have lower income and education access, higher proportion of unmarried women and gestational anemia. The intention of the pregnancy does not influence the conceptus or postpartum outcomes. To change this profile, individualized reproductive counseling and public health measures aimed at more effective contraceptive methods are essential.

INTRODUÇÃO

As gestações não planejadas dividem-se em indesejadas, quando a mãe não desejava aquela gravidez sob quaisquer circunstâncias, e *mistimed*, quando são desejadas, mas ocorrem no momento inapropriado.⁽¹⁾ Estima-se que a prevalência mundial das gestações não planejadas seja em torno de 44%, chegando a 55% no Brasil e a 69% na América Latina.^(2,3) Diversas consequências advêm dessas gestações. No âmbito materno, acarretam maior índice de depressão pós-parto e estresse parental, além de possuírem correlação positiva com violência doméstica, comportamento de risco, como uso de álcool e tabaco, durante a gestação e abortamentos.⁽⁴⁻⁶⁾

No que tange ao conceito, as evidências disponíveis atestam aumento de desfechos desfavoráveis, como prematuridade, baixo peso ao nascer e necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal.⁽⁷⁾ O estudo de coorte de Hall et al. (2017),⁽⁸⁾ realizado em um país de baixa renda, detectou maior prevalência de natimortos decorrentes de gestações não desejadas em relação às desejadas. Ademais, as gestações não planejadas geram custos ao sistema de saúde, atingindo US\$ 11,3 bilhões nos Estados Unidos e até R\$ 4,1 bilhões no Brasil.^(3,9) Apesar do aumento progressivo do acesso a métodos contraceptivos em escala mundial, a prevalência de gestações não planejadas mostrou-se crescente na América Latina, sobretudo entre as populações socioeconomicamente desfavorecidas.^(6,10)

O município de Toledo-PR tem uma população estimada de 140.635 habitantes, com índice de desenvolvimento humano alto, de 0,768 (IDHM 2010). O IDH médio da microrregião de Toledo, em 2000, foi de 0,791. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010) foi de 98,8%. Em 2018, o salário médio mensal era de 2,5 salários mínimos. A maternidade do hospital no qual o presente estudo foi realizado está localizada município de Toledo-PR, local onde está sediada a 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que abrange 18 municípios e é referência para as gestantes de todos esses municípios.

Considerando-se a relevância desse tópico, o estudo teve como objetivo delinear o perfil epidemiológico das

gestações não planejadas em um hospital de referência em obstetrícia na cidade de Toledo, estado do Paraná, comparando as características socioeconômicas das puérperas, o uso de métodos contraceptivos, a adesão ao pré-natal e as prevalências de desfechos maternos e fetais, entre as gestações planejadas e não planejadas.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo analítico transversal. Os dados foram coletados em todos os dias pares do mês, entre os dias 2 de dezembro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020, por meio de ficha de elaboração própria. As participantes do estudo foram todas as puérperas internadas na maternidade do hospital de referência em Toledo-PR, que falassem a língua portuguesa, com condições clínicas e que aceitassem participar da pesquisa. A ficha é composta de três etapas: questionário, análise da carteira da gestante e análise do prontuário do hospital. O questionário inclui dados socioeconômicos, uso de métodos contraceptivos e análise da intenção da gestação. Por meio da carteira da gestante, foram coletados dados referentes ao pré-natal. No prontuário do hospital, foram coletados dados referentes ao parto e ao neonato. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, sob Parecer nº 3.728.112, na data de 27 de novembro de 2019.

Foram coletados dados referentes a 327 participantes puérperas. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, estado civil, etnia, paridade, escolaridade, renda, modalidade de internamento (convênio, particular ou Sistema Único de Saúde – SUS), número de consultas realizadas no pré-natal, comorbidades (infecção do trato urinário, síndrome hipertensiva, diabetes gestacional, depressão, anemia, infecções, alterações do líquido amniótico e alterações no crescimento fetal), complicações puerperais durante o internamento, via do parto, idade gestacional no momento do parto e condições fetais ao nascimento (Apgar, peso ao nascer, internamento em UTI/unidade de cuidados intensivos – UCI).

As questões contidas no tópico de intenção de gestação foram traduzidas e adaptadas a partir de questionário do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), padrão utilizado pelo governo americano em pesquisas relativas a gestações não planejadas e planejamento familiar desde 1987. Nos casos em que as carteiras de gestante ou prontuários não estavam disponíveis no momento da coleta, ou quando as puérperas se recusaram a responder determinadas perguntas, a resposta aos tópicos foi considerada “não informada”. As fichas coletadas foram divididas em dois grupos: “planejadas” e “não planejadas”, conforme resposta à pergunta de número 11 da ficha: “a sua última gestação foi planejada?”.

As variáveis quantitativas foram representadas pela média (desvio-padrão) e comparadas entre os dois grupos por meio do teste *t* de Student. As variáveis qualita-

tivas foram representadas pelas frequências absolutas e relativas e comparadas entre os dois grupos pelos testes qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme apropriado. Foi considerado o nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software R 3.6.1*. Os valores foram apresentados em valores absolutos e percentuais.

RESULTADOS

Foram analisadas as fichas de 327 puérperas provenientes de 27 municípios, sendo 54,7% ($n = 179$) provenientes do município de Toledo. Do total, 48,3% ($n = 158$) tiveram gestações planejadas e 51,6% ($n = 169$), não planejadas. No que tange à intenção das gestações, entre as planejadas, 75,3% ($n = 119$) gostariam de engravidar naquele momento, 15,2% ($n = 24$) gostariam de ter engravidado mais cedo, 5,1% ($n = 8$) gostariam de engravidar, porém mais tarde, e 4,4% ($n = 7$) não tinham certeza do que queriam.

No grupo das gestações não planejadas, 53,8% ($n = 91$) gostariam de engravidar, porém mais tarde, 5,9% ($n = 10$) gostariam de ter engravidado mais cedo, 5,3% ($n = 9$) gostariam de engravidar naquele momento, 24,3% ($n = 41$) não gostariam de engravidar naquele momento ou em qualquer momento do futuro e 10,7% ($n = 18$) não tinham certeza do que queriam (Tabela 1).

A maior idade encontrada foi de 45 anos e a menor foi de 14 anos. A idade média das participantes cujas gestações não foram planejadas foi de 26,7 anos, 2,3 anos menor do que a das participantes cujas gestações foram planejadas, que foi de 29 anos (intervalo de confiança [IC] de 95%: -3,7 a -0,9; $p = 0,001$). Quanto ao estado civil, no grupo de gestações planejadas, a proporção de participantes casadas ou em união estável foi de 82,3% ($n = 130$), enquanto, no grupo de não planejadas, foi de 60,9% ($n = 103$) (Figura 1).

Quanto à cor da pele, no grupo de gestações planejadas, a maior parte das gestantes [57% ($n = 90$)] era branca, enquanto, nas gestações não planejadas, a maioria [58% ($n = 98$)] era não branca. Quanto à paridade, as gestantes com gestações não planejadas tiveram, em

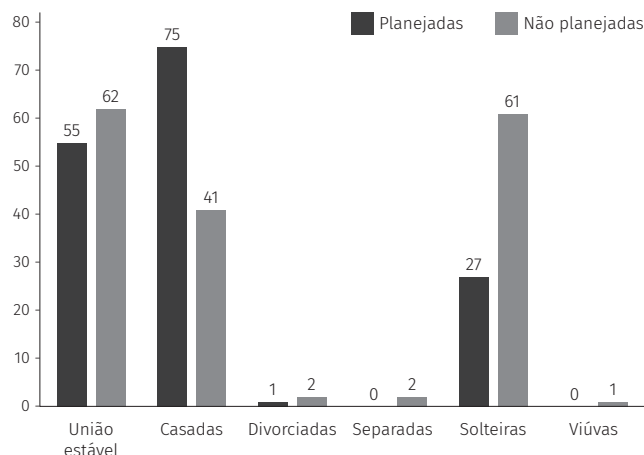


Figura 1. Comparação do estado civil entre os grupos de gestações planejadas e não planejadas

média, 0,4 gestação a mais do que no grupo das gestações planejadas (IC de 95%: 0,1 a 0,6; $p = 0,004$).

A diferença entre as proporções de nível de escolaridade entre os grupos foi significativa. O grupo de gestações não planejadas teve maior proporção de ensino médio incompleto, 19,5% ($n = 33$), em relação a 12,7% ($n = 20$) das gestações planejadas ($p = 0,004$). Já o grupo das gestações planejadas teve maior proporção de ensino superior completo, 20,3% ($n = 32$), em relação a 7,7% ($n = 13$) das gestações não planejadas. Além disso, a maior proporção de pós-graduação (5,1% [$n = 8$]) estava no grupo das gestações planejadas, em relação a 1,8% ($n = 3$) das não planejadas ($p = 0,004$).

A média do número de consultas no grupo das gestações planejadas foi de 10,6, enquanto no grupo das gestações não planejadas foi de 9,9. Não houve significância estatística nessa diferença. No grupo das gestações não planejadas, 17,3% ($n = 28$) realizaram menos de sete consultas, enquanto no grupo das gestações planejadas, 9,8% ($n = 15$) realizaram menos de sete consultas. Não houve significância estatística na comparação do número de consultas (Tabela 2).

Tabela 1. Quantificação das respostas de cada item relativo à intenção da gestação, conforme grupos de gestações planejadas e não planejadas

Respostas	Total	Gestações		p-value
		Planejadas n (%)	Não planejadas n (%)	
Eu gostaria de engravidar, porém mais tarde.	99	8 (5,1)	91 (53,8)	<0,001
Gostaria de ter engravidado mais cedo.	34	24 (15,2)	10 (5,9)	
Gostaria de engravidar naquele momento.	128	119 (75,3)	9 (5,3)	
Não gostaria de engravidar naquele momento ou em qualquer outro momento.	41	0	4 (24,3)	
Não tinha certeza do que queria.	25	7 (4,4)	18 (10,7)	

n: número da amostra; %: frequência.

Tabela 2. Dados do pré-natal

Variáveis	Gestações			p-value
	Total	Planejadas Média (DP)	Não planejadas Média (DP)	
Total de consultas realizadas	313	10,6 (3,4)	9,9 (3,8)	0,070
Consultas realizadas	Total	n (%)	n (%)	p-value
Menos que 7	43	15 (9,8)	28 (17,4)	0,070
7 ou mais	270	137 (90,2)	133 (82,6)	

DP: desvio-padrão; n: número da amostra; %: frequência.

A diferença entre as proporções de renda mensal entre os grupos foi significativa. A proporção de renda até um salário mínimo nas gestações não planejadas foi de 17,2% (n = 29) contra 10,1% (n = 16) das gestações planejadas. A proporção de renda entre três e seis salários mínimos foi de 32,3% (n = 51) entre as gestações planejadas, em relação a 16,6% (n = 28) das gestações não planejadas (Tabela 3).

No grupo das gestações não planejadas, 50,3% (n = 85) das puérperas relataram não utilizar métodos contraceptivos no momento em que engravidaram. Entre as 49,7% (n = 84) que utilizaram, 31,9% (n = 54) utilizavam apenas anticoncepcional oral, 5,3% (n = 9)

relataram utilizar apenas *condom* e 4,1% (n = 7), apenas método injetável. Apenas uma participante do grupo das gestações não planejadas possuía dispositivo intrauterino (DIU) de cobre anteriormente à gestação e 5,3% (n = 9) das participantes realizavam associação de dois métodos. Nas gestações planejadas, 88% (n = 139) das participantes relataram não utilizar métodos contraceptivos (Figura 2).

No período gestacional, a patologia mais comumente encontrada foi a hipertensão, em 14% (n = 46) dos registros das participantes, seguida pelo hipotireoidismo, em 10% (n = 33), e infecções do trato urinário, em 8,2% (n = 27). A proporção de anemia entre as gestações não

Tabela 3. Dados socioeconômicos

Variáveis	Total	Planejadas n (%)	Não planejadas n (%)	p-value
Cor da pele				
Branças	161	90 (57)	71 (42)	0,009
Não brancas	166	68 (43)	98 (58)	
Escolaridade				
Fundamental incompleto	40	20 (12,7)	20 (11,8)	0,004
Fundamental completo	32	9 (5,7)	23 (13,6)	
Ensino médio incompleto	53	20 (12,7)	33 (19,5)	
Ensino médio completo	121	56 (35,4)	65 (38,5)	
Ensino superior incompleto	23	12 (7,6)	11 (6,5)	
Ensino superior completo	45	32 (20,3)	13 (7,7)	
Pós-graduação	11	8 (5,1)	3 (1,8)	
Sem escolaridade	1	0	1 (0,6)	
Não informado	1	1 (0,6)	0	
Renda familiar mensal (salários mínimos)				
Até 1	45	16 (10,1)	29 (17,2)	0,007
Entre 1 e 3	149	66 (41,8)	83 (49,1)	
Entre 3 e 6	79	51 (32,3)	28 (16,6)	
Mais que 6	15	9 (5,7)	6 (3,6)	
Sem renda	39	16 (10,1)	23 (13,6)	

n: número da amostra; %: frequência.

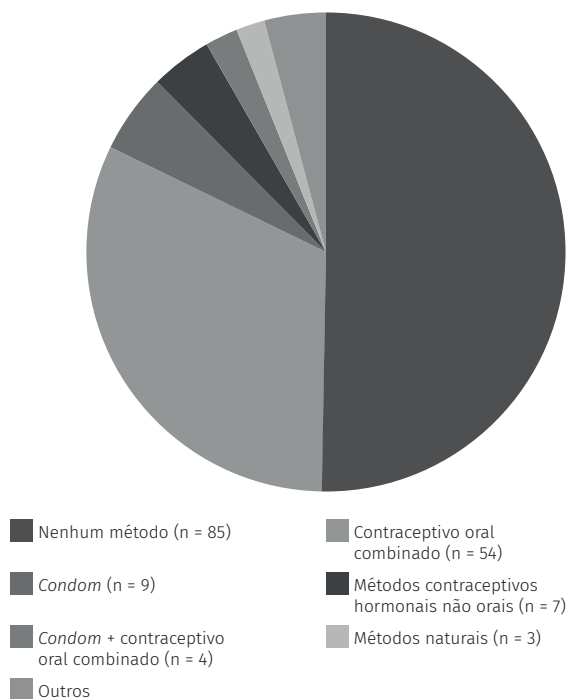


Figura 2. Métodos contraceptivos utilizados no grupo das gestações não planejadas

planejadas foi de 8,3% (n = 14), enquanto nas planejadas foi de 1,9% (n = 3) (p = 0,02).

Quanto às complicações puerperais imediatas, três participantes apresentaram hemorragia puerperal, sendo duas das gestações não planejadas e uma das planejadas. Uma participante apresentou infecção puerperal, sendo do grupo das gestações não planejadas. Uma participante apresentou transtorno psiquiátrico no puerpério, sendo do grupo das gestações planejadas. Quatro participantes apresentaram descompensação de doenças gestacionais prévias, sendo todas do grupo das gestações planejadas. Não houve significância estatística na comparação das complicações puerperais imediatas entre os grupos.

O total de recém-nascidos foi de 332, sendo seis decorrentes de gestações gemelares, quatro do grupo das gestações não planejadas e duas do grupo das gestações planejadas. A via de parto documentada mais comum foi cesárea, totalizando 65,3% dos partos (n = 215). Dos 332 recém-nascidos, 13,5% (n = 45) eram prematuros, sendo 5,1% (n = 17) das gestações planejadas e 8,4% (n = 28) das não planejadas, não havendo significância estatística na comparação entre os grupos. Dos 319 recém-nascidos, cujo Apgar no primeiro e quinto minuto estava documentado, os valores foram, respectivamente, de 8,3 e 9,5, nas gestações planejadas, e de 8,2 e 9,4, nas gestações não planejadas. Dos 328 recém-nascidos, dos quais o peso ao nascer estava registrado, 10% (n = 33) pesavam menos de 2,5 kg, sendo 4,5% (n = 15) das gestações planejadas e 5,5% (n = 18) das não planejadas. Apenas três recém-nascidos possuíam peso maior que 4,5 kg, todos do grupo das gestações planejadas.

Não houve significância estatística na comparação de intercorrências perinatais entre os dois grupos.

DISCUSSÃO

A prevalência de gestações não planejadas na amostra foi de 51,6% (n = 169), o que se aproxima da média nacional de 55%, sendo superior à média mundial de 44%.^(2,3) Quanto à idade das puérperas, no grupo das gestações não planejadas, as participantes eram mais jovens (em média, 2,3 anos mais jovens). Mallard e Houghton (2013)⁽¹¹⁾ constataram que mulheres mais jovens tinham mais probabilidade de ter gestações não planejadas.^(11,12)

Do total, 10,3% (n = 34) das entrevistadas possuíam idade entre 10 e 19 anos, faixa considerada gestação na adolescência, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS). Dessas participantes, seis eram do grupo das gestações planejadas e 28, do grupo das gestações não planejadas (p < 0,001). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2015,⁽¹³⁾ 11% dos nascidos vivos na região Sul eram filhos de mães adolescentes. Esse número se assemelha ao encontrado na presente pesquisa. No entanto, se comparado à realidade nacional, o valor encontrado é inferior – conforme levantamento da OMS, em 2018, cerca de 18% dos nascidos vivos, no Brasil, são filhos de mães adolescentes.⁽¹³⁾ Não houve nenhum caso de abortamento ou óbito fetal no grupo das adolescentes contabilizado em nossa pesquisa.

Cerca de 12 milhões de meninas entre 15 e 19 anos e pelo menos 10 milhões de meninas com menos de 15 anos dão à luz, anualmente, em países em desenvolvimento.⁽¹³⁾ As complicações durante a gravidez e parto constituem a principal causa de morte de meninas entre 15 e 19 anos mundialmente. Adicionalmente, a gravidez na adolescência é fator de risco conhecido, por inúmeras complicações, como eclâmpsia e infecções puerperais, além de complicações fetais, como baixo peso ao nascer, prematuridade e doenças graves do recém-nascido. Ademais, as gestações não planejadas na adolescência podem levar à evasão escolar, além de aumentar o risco para doenças psicológicas, suicídio e abortos inseguros.^(14,15)

Foi observada uma porcentagem de participantes não brancas nas gestações não planejadas de 68% (n = 98), superior ao grupo das gestações planejadas, que foi de 43% (n = 68). Prietsch *et al.* (2011)⁽¹⁵⁾ concluíram que as etnias preta e parda são fatores de risco para gestações não planejadas. Estudos subsequentes confirmaram esses achados.⁽⁶⁾

Havia, entre as gestações não planejadas, menor número de mulheres casadas ou em união estável. No grupo de gestações planejadas, foram 130 (82,3%). Já no grupo de gestações não planejadas, foram 103 (60,9%) (p < 0,001). Mulheres sem companheiro apresentam mais risco para gestações não planejadas.⁽¹⁶⁾

As participantes do grupo das gestações não planejadas apresentaram em média 0,4 gestação a mais,

o que está em conformidade com a literatura, a qual demonstra que a multiparidade estava positivamente associada às gestações não planejadas.⁽⁶⁾ O estudo de caso-controle de Afkhamzadeh *et al.* (2019)⁽¹⁶⁾ também demonstrou associação positiva entre multiparidade e gestações não planejadas.

A renda familiar mensal no grupo das gestações familiares foi significativamente menor. Afkhamzadeh *et al.* (2019)⁽¹⁶⁾ demonstraram uma associação positiva entre gestações não planejadas e menor renda familiar. Um estudo americano de 2011 também demonstrou que mulheres pobres tinham duas a três vezes mais chances de gestações não planejadas.⁽¹⁷⁾

Apesar de o grupo de gestações não planejadas apresentar menor grau de escolaridade, a proporção de participantes com ensino fundamental incompleto foi de apenas 11,8% (n = 20), e apenas uma participante relatou não ter escolaridade. Dessa forma, 87,6% (n = 148) das participantes possuíam, no mínimo, nível fundamental completo. Inclusive, 54,5% (n = 92) das participantes haviam completado pelo menos o ensino médio, demonstrando que tiveram acesso à educação básica.

Não obstante, 83% (n = 133) das participantes do grupo das gestações não planejadas realizaram o mínimo previsto de consultas de pré-natal. Além disso, apenas uma participante não realizou nenhuma consulta de pré-natal. Isso demonstra que a ampla maioria das participantes tem acesso aos serviços de saúde.

Apesar de os níveis de anemia gestacional estarem mais elevados no grupo de gestações não planejadas, em ambos os grupos os níveis se mostraram baixos, em comparação com a literatura atual. Rocha *et al.* (2005),⁽¹⁸⁾ em um estudo com mulheres brasileiras de baixo nível socioeconômico e de baixa escolaridade, encontraram uma prevalência de anemia de 21,4%.^(18,19) Já o estudo internacional de Masukume *et al.* (2015),⁽²⁰⁾ em gestantes provenientes de países de alta renda, demonstrou uma prevalência de apenas 2,2% de anemia. Grum *et al.* (2018)⁽²¹⁾ constataram que gestações não planejadas possuíam risco 2,5 vezes maior de desenvolver anemia. A menor prevalência de anemia gestacional no presente estudo pode ser explicada pela disparidade no registro das taxas de hemoglobina nas carteirinhas de pré-natal, pela não padronização da idade gestacional da coleta de dados e pelos registros.

Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada em relação aos desfechos maternos e neonatais. Isso diverge da maior parte da literatura atual, que demonstra associação positiva entre gestações não planejadas e intercorrências maternas e neonatais.^(17,22)

No grupo das gestações não planejadas, 50,3% (n = 85) das puérperas relataram não utilizar métodos contraceptivos no momento em que engravidaram. Entre as que utilizaram, muitas relataram uso isolado de camisinha, anticoncepcional oral ou anticoncepcional injetável.

A metanálise de Bradley *et al.* (2019)⁽²³⁾ demonstrou que as taxas de falha são maiores para métodos reversí-

veis de curto prazo, como anticoncepcionais orais e preservativos masculinos. O índice de falha – calculado a partir do número de mulheres que engravidaram a cada 100 mulheres por ano – do anticoncepcional oral foi de 6,3 e do preservativo masculino, de 8,6. Nas usuárias de métodos injetáveis, 2% apresentaram falha. Este estudo também atentou para o fato de que mulheres mais jovens são até 10 vezes mais suscetíveis à falha de contraceptivos e, quanto ao uso de anticoncepcionais orais, mulheres mais pobres apresentam o dobro do risco de falha do método, quando comparadas às mais ricas. Em nosso estudo, as participantes do grupo das gestações não planejadas eram mais jovens, com menor escolaridade e menor poder socioeconômico, em conformidade com o estudo mencionado.

Tendo em vista as taxas de falha habituais desses métodos, o uso dos mencionados medicamentos pode ter sido realizado de maneira inadequada. O estudo de Trussell (2011)⁽²⁴⁾ demonstrou que, nas entrevistas realizadas pessoalmente, as participantes relataram de forma exagerada o uso de contraceptivos anteriormente à gestação. Essa situação pode ter sido reproduzida no presente estudo, considerando-se o constrangimento em relatar o não uso ou o uso inadequado de método contraceptivo previamente à gestação.

A separação entre os grupos foi determinada, unicamente, pela resposta à questão “a sua última gestação foi planejada?”. As participantes foram sistematicamente informadas do significado de cada termo, além da diferença entre uma gestação desejada e bem recebida e uma gestação planejada. Apesar disso, 5,3% (n = 9) das participantes do grupo das gestações não planejadas enfatizaram que, apesar de a gestação não ter sido planejada, elas gostariam de engravidar naquele momento, e 5,1% (n = 8) das participantes do grupo das planejadas gostariam de engravidar mais tarde.

Em nossa pesquisa, considerando-se os graus de escolaridade supracitados e os dados da realização do mínimo de consultas de pré-natal, fica claro que a maioria das participantes da região analisada possui acesso à educação básica e aos serviços de saúde. Sendo assim, por que razão 50,3% (n = 85) das participantes que afirmaram não ter planejado aquela gestação não utilizaram métodos contraceptivos? Nettleman *et al.* (2007)⁽²⁵⁾ analisaram, de forma qualitativa, as razões pelas quais mulheres adultas têm relações sexuais desprotegidas. Os resultados foram divididos em quatro categorias: razões relacionadas ao método, à usuária, ao parceiro/relacionamento e ao custo/acesso. Muitas mulheres acreditavam que o uso de métodos contraceptivos interferia na qualidade da vida sexual, diminuindo a espontaneidade das relações. Outras acreditavam ser improvável que engravidassem, por experiência pessoal ou desconhecimento relativo à própria fertilidade.

Uma parcela das mulheres relatou não fazer uso dos métodos por recusa do parceiro, associação do uso de *condom* pelos parceiros à infidelidade, desconforto do

parceiro, medo de que a parceira engordasse ao utilizar métodos contraceptivos hormonais, entre outros. Algumas participantes relataram que o medo de possíveis efeitos colaterais, como ganho de peso, perda de cabelo e infertilidade futura, influenciou na descontinuação do uso.

Ademais, o estudo de Mosher *et al.* (2015)⁽²⁶⁾ avaliou os motivos pelos quais mulheres que tiveram gestações não planejadas não utilizaram métodos contraceptivos e constatou que 41% não acreditavam que poderiam engravidar, 24% não esperavam ter relações sexuais, 20% não se importavam em engravidar, 12% afirmaram que os parceiros não queriam que elas utilizassem métodos contraceptivos ou eles mesmos não queriam utilizar e 10% estavam preocupadas com os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos. Em nossa pesquisa, 10,7% (n = 18) não tinham certeza do que queriam. Isso pode apontar que, apesar de não terem planejado a gestação, também não se importavam em engravidar. É possível que essas condições expliquem parte da negligência das participantes de nosso estudo no planejamento gestacional.

O artigo de Christine Dehlendorf (2020)⁽²⁷⁾ trouxe uma nova perspectiva sobre as gestações não planejadas e métodos de planejamento familiar. Segundo Dehlendorf (2020),⁽²⁷⁾ dados atuais sugerem que o foco do planejamento familiar não deve ser unicamente a prevenção de gestações não planejadas. Em vez disso, ela indica que um método de aconselhamento reprodutivo focado na paciente, por meio de tomada de decisão compartilhada e informada, produz resultados mais positivos na adesão a métodos contraceptivos a longo prazo. O aconselhamento reprodutivo deve, conforme Dehlendorf (2020),⁽²⁷⁾ ser realizado de maneira individual, considerando-se os valores e necessidades de cada mulher e respeitando sua autonomia no processo de escolha do método.

É preciso que os profissionais de saúde, idealmente, encarem cada consulta com uma mulher em idade reprodutiva como uma oportunidade para aconselhamento reprodutivo, avaliando a intenção da paciente de gestar, suas características pessoais, comorbidades, além de explicar detalhadamente cada método, seus riscos, benefícios não contraceptivos, possíveis efeitos colaterais, periodicidade do uso e efeitos na menstruação e na fertilidade futura.

O artigo desmistifica a preconcepção de que toda gestação não planejada é indesejada. Isso se traduz nos dados do presente artigo, no qual 5,3% (n = 9) participantes do grupo das gestações não planejadas relataram que, apesar de não terem planejado a gestação, possuíam o desejo de engravidar naquele momento. Além disso, 5,9% (n = 10) das participantes entrevistadas gostariam de ter engravidado mais cedo, o que significa que a gestação atual, apesar de *mistimed*, ou seja, em momento diferente do desejado, pode ser desejada. Outro fator levantado pelo artigo é que nem sempre as

gestações não planejadas não são saudáveis. Os dois grupos de gestações, no presente artigo, se mostraram similares no quesito das morbidades gestacionais, a despeito da maior prevalência de anemia gestacional no grupo das gestações não planejadas. Também não foi demonstrado maior número de intercorrências maternas puerperais ou intercorrências neonatais no grupo das gestações não planejadas.

CONCLUSÃO

A maioria das participantes da pesquisa cujas gestações não são planejadas é multipara, possui menor renda e menor escolaridade, não é casada e é mais jovem e não branca. Essas mulheres possuem maior prevalência de anemia gestacional. Em nosso estudo, a intenção da gestação não apresentou influência sobre as condições do conceito ou sobre a prevalência de desfechos maternos puerperais desfavoráveis. A educação em saúde nas escolas e o acesso aos serviços de saúde, apesar de serem medidas primordiais no planejamento familiar, são insuficientes por si só. Faz-se necessário um aconselhamento reprodutivo personalizado, que incentive a tomada de decisões compartilhadas entre médico e paciente, levando-se em consideração as preferências e metas reprodutivas de cada mulher ou família. Além disso, o sistema de saúde pública necessita estruturar o acesso a métodos contraceptivos de maior eficácia, que não sejam anticoncepcionais orais ou *condom*, como a inserção de DIU e sistema intrauterino (SIU), além de anel vaginal, implantes subdérmicos e métodos irreversíveis. Dessa forma, serão ampliadas as possibilidades oferecidas durante o aconselhamento contraceptivo, possibilitando uma melhor escolha e aderência ao método. Sem essa ação pública, não será possível modificar o perfil das gestações não planejadas, mesmo que estejamos avaliando populações socialmente privilegiadas como a estudada.

REFERÊNCIAS

1. D'Angelo DV, Gilbert BC, Rochat RW, Santelli JS, Herold JM. Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. *Perspect Sex Reprod Health.* 2004;36(5):192-7. doi: 10.1363/psrh.36.192.04
2. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health.* 2018;6(4):e380-9. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30029-9
3. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health.* 2014;6:663-70. doi: 10.2147/IJWH.S61543
4. Brito CN, Alves SV, Ludermit AB, Araújo TV. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:33. doi: 10.1590/s0034-8910.2015049005257
5. McCrory C, McNally S. The effect of pregnancy intention on maternal prenatal behaviours and parent and child health: results of an Irish cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2013;27(2):208-15. doi: 10.1111/ppe.12027

6. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga AC, Ayers S, da Gama SG, Leal MD. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 3:118. doi: 10.1186/s12978-016-0227-8
7. McCloskey LA. The effects of gender-based violence on women's unwanted pregnancy and abortion. *Yale J Biol Med*. 2016;89(2):153-9.
8. Hall JA, Benton L, Copas A, Stephenson J. Pregnancy intention and pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2017;21(3):670-704. doi: 10.1007/s10995-016-2237-0
9. Monea E, Thomas A. Unintended pregnancy and taxpayer spending. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(2):88-93. doi: 10.1363/4308811
10. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7
11. Mallard SR, Houghton LA. Socio-demographic characteristics associated with unplanned pregnancy in New Zealand: implications for access to preconception healthcare. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013;53(5):498-501. doi: 10.1111/ajo.12074
12. Centers for Disease Control and Prevention. PRAMS Phase 7 Questionnaire [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.cdc.gov/prams/pdf/questionnaire/Phase-7-Topics-Reference_508tagged.pdf
13. Ministério da Saúde. Informações sobre gravidez na adolescência [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-adolescente-e-do-jovem/informacoes-sobre-gravidez-na-adolescencia2>
14. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. *Iran J Public Health*. 2015;44(1):12-21.
15. Prietsch SO, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1906-16. doi: 10.1590/S0102-311X2011001000004
16. Afkhamzadeh A, Rahmani K, Felehgary M, Farhadifar F, Faraji O. Risk factors for unintended pregnancy in women: a nested case-control study. *Shiraz E-Med J*. 2019;21(1):e89984. doi: 10.5812/semj.89984
17. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84(5):478-85. doi: 10.1016/j.contraception.2011.07.013
18. Rocha DS, Netto MP, Priore SE, Lima NM, Rosado LE, Franceschini SC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Rev Nutr*. 2005;18(4):481-9. doi: 10.1590/S1415-52732005000400004
19. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Hum Reprod*. 2016;31(12):2821-33. doi: 10.1093/humrep/dew266
20. Masukume G, Khashan AS, Kenlçony LC, Baker PN, Nelson G; SCOPE Consortium. Risk factors and birth outcomes of anaemia in early pregnancy in a nulliparous cohort. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122729. doi: 10.1371/journal.pone.0122729
21. Grum T, Brhane E, Hintsa S, Kahsay G. Magnitude and factors associated with anemia among pregnant women attending antenatal care in public health centers in central zone of Tigray region, northern Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):433. doi: 10.1186/s12884-018-2063-z
22. Orr ST, Miller CA, James SA, Babones S. Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000;14(4):309-13. doi: 10.1046/j.1365-3016.2000.00289.x
23. Bradley SE, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global contraceptive failure rates: who is most at risk? *Stud Fam Plann*. 2019;50(1):3-24. doi: 10.1111/sifp.12085
24. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
25. Nettleman M, Brewer J, Ayoola A. Reasons for unprotected intercourse in adult women: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):148-52. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.10.019
26. Mosher W, Jones J, Abma J. Nonuse of contraception among women at risk of unintended pregnancy in the United States. *Contraception*. 2015;92(2):170-6. doi: 10.1016/j.contraception.2015.05.004
27. Dehlendorf C. Contraception: counseling and selection [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-and-selection>

Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa

Challenges in the gestational process of black women: hia narrative review

Carolina Barbosa Carvalho do Carmo¹, Lucas Caetano Melo¹, Thamyres Ferreira da Silva¹, Enríque Meireles Bitencourt de Souza¹, Cláudia Mendonça Magalhães Gomes Garcia¹

Descritores

Racismo; Parto; Obstetrícia; Violência étnica; Grupo com ancestrais do continente africano

Keywords

Racism; Labor; Obstetrics; Ethnic violence; African continental ancestry group

Submetido:

24/03/2021

Aceito:

29/11/2021

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Carolina Barbosa Carvalho do Carmo
Av. Jacarandá, Lt. 22, 71927-540,
Águas Claras Sul, DF, Brasil
carolbcarmo@gmail.com

Como citar:

Carmo CB, Melo LC, Silva TF, Souza EM, Garcia CM. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. Femina. 2021;49(12):690-8.

RESUMO

Esta revisão narrativa procura discutir aspectos concernentes ao processo gestacional de mulheres negras, quais sejam: se existem diferenças de tratamento entre mulheres brancas e negras durante a gravidez e nos momentos do parto e pós-parto, como essas diferenças são influenciadas pelos aspectos fisiológicos de cada grupo étnico e como isso afeta as taxas de morbimortalidade. Para esta revisão, quatro bases de dados foram usadas (SciELO, LILACS, PubMed e MEDLINE) e 23 artigos foram lidos na íntegra, depois de selecionados por data de publicação, língua, país da pesquisa e análise dos títulos e resumos. Como principais resultados, os autores encontraram diferenças claras entre mulheres brancas e negras quanto ao acesso à saúde, sendo as negras mais propensas a usar os sistemas públicos e ter menos consultas pré-natal. Também foi observado que as mulheres negras reportaram maus-tratos mais vezes, tinham maiores chances de serem proibidas de ter um acompanhante durante o parto e recebiam menos anestesia para episiotomias. As características fisiológicas também foram apontadas várias vezes. Nesse sentido, altas taxas de anemia ferropriva e hipertensão durante a gravidez foram mais comuns entre as negras. Além disso, em se tratando de taxas de morbimortalidade, mulheres negras tinham uma chance consideravelmente maior de serem readmitidas pós-parto e maiores taxas de mortalidade, quando comparadas com mulheres brancas.

RESUMO

This review aims to discuss aspects related to the gestational process of black women, namely: if there is a difference in how black and white women are treated throughout pregnancy, partum and postpartum moments, how this difference is influenced by the physiological aspects of each ethnical group and how it affects their morbidity and mortality rates. For this review, four databases were used (SciELO, LILACS, PubMed and MEDLINE) and 23 articles were fully read, after being selected by publishing date, language, country of research, title and abstract analysis. The authors found as the main results clear differences between black women's and white women's access to health care, as black women are more likely to use public health care systems and have fewer prenatal appointments. It was also noticed that black women reported maltreatment more frequently, had a higher chance of being prohibited from keeping a companion during labor and suffering from less local anesthesia for episiotomy. The physiological characteristics were also pointed out several times, with high rates of iron deficiency anemia and hypertension during pregnancy being more common among black women. Moreover, when it comes to morbidity and mortality rates, black women had an extremely higher chance of being readmitted postpartum, and a higher mortality rate, when compared to white women.

INTRODUÇÃO

A população negra é, historicamente, menos favorecida do ponto de vista econômico do que a população branca. As condições precárias de vida às quais famílias negras estão submetidas podem ser determinantes para a saúde dessas pessoas. Além da pobreza, violências cotidianas relacionadas ao racismo afetam as mulheres negras e as inserem num cenário de dupla vulnerabilidade.⁽¹⁾

Esse contexto de fragilidade perpetua-se, também, no imaginário coletivo da sociedade, já que a construção histórica favoreceu, sobretudo, a camada branca da população brasileira. Como desdobramento, há, na formação médica, lacunas no que diz respeito à diversidade e à importância do tratamento com equidade em todos os equipamentos de saúde.⁽¹⁾ Entre vários exemplos que demonstram essa desigualdade, há pesquisas, como o artigo de Leal *et al.* (2017),⁽²⁾ que indicam que mulheres negras geralmente recebem menos anestesia local para episiotomia, em comparação com mulheres brancas.

Ainda que existam poucos trabalhos científicos relacionando a raça/cor ao processo de gestação e de parto, a presente revisão narrativa da literatura visa trazer à tona questionamentos acerca dessa possível relação.

Portanto, devido à importância do debate, este trabalho objetiva avaliar, de forma ampla, os resultados obtidos em 23 estudos realizados no continente americano, os quais demonstraram as dificuldades no acesso e no atendimento em saúde das mulheres pretas/negras, bem como a discriminação — intencional ou inconsciente — dos assistentes para com as pacientes durante o período gestacional, o parto e o pós-parto, de acordo com a raça delas.⁽³⁾

MÉTODOS

Foram incluídos, na presente revisão narrativa, estudos acerca dos ciclos gestacional e puerpério de mulheres negras do continente americano e das peculiaridades vividas nesses períodos. Trata-se de uma pesquisa de modalidade bibliográfica, com abordagem qualitativa, que objetiva a uma análise crítica da literatura publicada. Em julho de 2020, quatro revisores independentes pesquisaram quatro bancos de dados eletrônicos (SciELO, LILACS, PubMed e MEDLINE) em busca de artigos publicados entre 2010 e 2020, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, usando as seguintes palavras-chave pesquisadas no DeCS: *racism, labor, obstetrics, ethnic violence, African Continental Ancestry Group* e suas correlatas em português e espanhol. A pesquisa inicial *on-line* levou à recuperação de 3.128 referências: 686 na MEDLINE, 747 na PubMed, 655 na SciELO e 692 na LILACS. Com a aplicação dos filtros de língua, data de publicação e artigos de acesso gratuito, foram excluídos 2.191, e 27 por serem duplicatas, restando 910.

Após a análise dos títulos, foram excluídos 841, restando 69 referências. Com a leitura do resumo estrutu-

rado, foram excluídos 31, restando um total de 38 artigos que foram lidos na íntegra, e, após a leitura, foram excluídos 15, restando 23 para a análise.

Os critérios de inclusão foram estudos referentes ao Continente Americano, independentemente do tipo de estudo. Os critérios de exclusão foram estudos publicados em revistas sem Classificação Qualis Capes e que não atendiam aos objetivos da revisão.

Os artigos selecionados foram comparados segundo os seguintes parâmetros: autores, ano de publicação, local do estudo, tipo de estudo e Classificação Qualis Capes. Os dados foram extraídos de forma independente pelos quatro revisores (Quadro 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao acesso à saúde de mulheres grávidas negras e não negras no cenário brasileiro, Oliveira *et al.* (2019),⁽¹⁾ em seu estudo de coorte, relataram que mulheres pretas ou pardas apresentaram características sociodemográficas desfavoráveis, quando comparadas às de cor branca, sendo frequentemente atendidas no sistema público.⁽¹⁾ Seus resultados vão ao encontro dos de Theophilo *et al.* (2018),⁽⁴⁾ que observaram, em sua pesquisa, que mulheres pretas/pardas apresentam, em relação às brancas, uma proporção maior: de gestantes adolescentes — 18,8% e 15,1%, respectivamente ($p < 0,05$); analfabetas ou com nível fundamental incompleto — 27,2% e 21,5% ($p < 0,05$); sem renda ou recebendo menos de um salário mínimo — 33% e 21% ($p < 0,05$). Quanto à utilização da rede pública de saúde, 93,1% das mulheres negras afirmaram utilizar majoritariamente o Sistema Único de Saúde (SUS), fato também observado na pesquisa de Diniz *et al.* (2016),⁽⁵⁾ na qual 80,3% das mulheres pretas analisadas eram preferencialmente usuárias dos serviços públicos de saúde, proporção significativamente maior quando comparadas com mulheres brancas. Já Garcia *et al.* (2019)⁽⁶⁾ não identificaram influência da desigualdade social em seu estudo ($p = 0,114$). Os autores acreditam que o universo amostral, constituído por mulheres usuárias dos hospitais conveniados ao SUS e com todo o pré-natal realizado pelo SUS, teria nivelado as condições socioeconômicas das puérperas.

Essa questão também é discutida no âmbito internacional, por Howell *et al.* (2015),⁽⁷⁾ em estudo realizado nos EUA que mostra que as mulheres negras têm, geralmente, menor nível socioeconômico e moram em regiões mais afastadas dos grandes centros, fato discutido no estudo de Zhang *et al.* (2013),⁽⁸⁾ que defendem que o racismo pode limitar as oportunidades econômicas e o acesso aos recursos sociais para mulheres negras. Os autores também destacam que, na sua amostra, 73,7% dos partos de mulheres negras foram realizados em hospitais que concentraram 17,8% dos partos das mulheres brancas, indo ao encontro dos dados de Howell (2018),⁽⁹⁾ que conclui que mulheres de minorias raciais e étnicas dão à luz em hospitais de qualidade inferior

Quadro 1. Descrição dos artigos

Título	Autor(es)	Data de publicação	Local do estudo	Tipo do estudo	Qualis Capes	Referência
Resultados perinatais e do primeiro ano de vida segundo cor da pele materna: estudo de coorte/ Perinatal results and first-year of life according to maternal skin color: a cohort study	Juliana Eliseu de Oliveira, Anna Paula Ferrari, Vera Lúcia Pamplona Tonete, Cristina Maria Garcia de Lima Parada	2019	Brasil	Estudo de coorte	B3	Oliveira JE, Ferrari AP, Tonete VL, Parada CM. Resultados perinatais e do primeiro ano de vida segundo cor da pele materna: estudo de coorte. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03480. doi: 10.1590/s1980-220x2018003903480 ⁽¹⁾
A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil/The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil	Maria do Carmo Leal, Silvana Granado Nogueira da Gama, Ana Paula Esteves Pereira, Vanessa Eufrauzino Pacheco, Cleber Nascimento do Carmo, Ricardo Ventura Santos	2017	Brasil	Estudo de base populacional	A2	Leal MC, Gama SG, Pereira AP, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;33 Supl 1:e00078816. doi: 10.1590/0102-311x00078816 ⁽²⁾
The Impact of Racism and Midwifery's Lack of Racial Diversity: A Literature Review	Jyeshtha Wren Serbin, Elizabeth Donnelly	2016	EUA	Revisão de literatura	B2	Serbin JW, Donnelly E. The impact of racism and midwifery's lack of racial diversity: a literature review. J Midwifery Womens Health. 2016;61(6):694-706. doi: 10.1111/jmwh.12572 ⁽³⁾
Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa/ The vulnerability of Afro-Brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the Active Ombudsman survey	Rebecca Lucena Theophilo, Daphne Rattner, Éverton Luís Pereira	2018	Brasil	Estudo descritivo	B1	Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(11):3505-16. doi: 10.1590/1413-812320182311.31552016 ⁽⁴⁾
Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nacer no Brasil (2011-2012)/ Sociodemographic inequalities and maternity care of puerperae in Southeastern Brazil, according to skin color: data from the Birth in Brazil national survey (2011-2012)	Carmen Simone Grillo Diniz, Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Arthur O. C. Schlitz, Marcel Reis Queiroz, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho	2016	Brasil – São Paulo	Estudo observacional	B4	Diniz CS, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AO, Queiroz MR, Carvalho PC. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nacer no Brasil (2011-2012). Saúde Soc. 2016;25(3):561-72. doi: 10.1590/s0104-129020162647 ⁽⁵⁾

Título	Autor(es)	Data de publicação	Local do estudo	Tipo do estudo	Qualis Capes	Referência
Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?/ Gestational risk and social inequalities: a possible relationship?	Érica Marvila Garcia, Katrini Guidolini Martinelli, Silvana Granado Nogueira da Gama, Adauto Emmerich Oliveira, Carolina Dutra Degli Esposti, Edson Theodoro dos Santos Neto	2019	Brasil	Estudo transversal	B1	Garcia EM, Martinelli KG, Gama SG, Oliveira AE, Esposti CD, Santos Neto ET. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(12):4633-42. doi: 10.1590/1413-812320182412.31422017 ⁽⁶⁾
Black-White Differences in Severe Maternal Morbidity and Site of Care	Elizabeth A. Howell, Natalia Egorova, Amy Balbierz, Jennifer Zeitlin, Paul L. Hebert	2015	EUA	Estudo transversal	A1	Howell EA, Egorova N, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Black-white differences in severe maternal morbidity and site of care. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(1):122.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.019 ⁽⁷⁾
Racial Disparities in Economic and Clinical Outcomes of Pregnancy Among Medicaid Recipients	Shun Zhang, Kathryn Cardarelli, Ruth Shim, Jiali Ye, Karla L. Booker, George Rust	2014	EUA	Estudo transversal	B2	Zhang S, Cardarelli K, Shim R, Ye J, Booker KL, Rust G. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among Medicaid recipients. Matern Child Health J. 2013;17(8):1518-25. doi: 10.1007/s10995-012-1162-0 ⁽⁸⁾
Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality	Elizabeth A. Howell	2018	EUA	Artigo de revisão	B1	Howell EA. Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(2):387-99. doi: 10.1097/GRF.0000000000000349 ⁽⁹⁾
Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women	Katy Backes Kozhimannil, Connie Mah Trinacty, Alisa B. Busch, Haiden A. Huskamp, Alyce S. Adams	2011	EUA	Estudo de coorte	B1	Kozhimannil KB, Trinacty CM, Busch AB, Huskamp HA, Adams AS. Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women. Psychiatr Serv. 2011;62(6):619-25. doi: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0619 ⁽¹⁰⁾
Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012/ Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012	André Henrique do Vale de Almeida, Silvana Granado Nogueira da Gama, Maria Conceição Oliveira Costa, Elaine Fernandes Viellas, Katrini Guidolini Martinelli, Maria do Carmo Leal	2019	Brasil – Recife	Estudo transversal	B4	Almeida AH, Gama SG, Costa MC, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2019;19(1):43-52. doi: 10.1590/1806-93042019000100003 ⁽¹¹⁾

Título	Autor(es)	Data de publicação	Local do estudo	Tipo do estudo	Qualis Capes	Referência
Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção/ Humanization in health care and racial inequalities: an intervention proposal	Luís Eduardo Batista, Daphne Rattner, Suzana Kalckmann, Maridite Cristóvão Gomes de Oliveira	2016	Brasil – São Paulo	Proposta de Intervenção	B1	Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MC. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde Soc. 2016;25(3):689-702. doi: 10.1590/s0104-12902016146290 ⁽¹²⁾
Raça e violência obstétrica no Brasil/Race and obstetric violence in Brazil	Kelly Diogo de Lima	2016	Brasil – Recife	Estudo transversal de base populacional	Monografia	Lima KD. Raça e violência obstétrica no Brasil [TCC] [Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [cited 2020 Jul 1]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547 ⁽¹³⁾
Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira/ Institutional racism and black woman health: an analysis of Brazilian scientific production	Beatriz Muccini Costa Oliveira, Fabiana Kubiak	2019	Brasil – Salvador	Revisão sistemática	B2	Oliveira BM, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. Saúde Debate. 2019;43(122):939-48. doi: 10.1590/0103-110420191222 ⁽¹⁴⁾
The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States	Saraswathi Vedam, Kathrin Stoll, Tanya Khemet Taiwo, Nicholas Rubashkin, Melissa Cheyney, Nan Strauss, Monica McLemore, Micaela Cadena, Elizabeth Nethery, Eleanor Rushton, Laura Schummers, Eugene Declercq, and the GVTM-US Steering Council	2019	EUA	Estudo transversal	B1	Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. Reprod Health. 2019;16(1):77. doi: 10.1186/s12978-019-0729-2 ⁽¹⁵⁾
Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil/ Black women's childbirth assistance in a countryside hospital in Maranhão, Brazil	Ilka Kassandra Pereira Belfort, Suzana Kalckmann, Luís Eduardo Batista	2016	Brasil – Maranhão	Estudo transversal	B4	Belfort IK, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. Saúde Soc. 2016;25(3):631-40. doi: 10.1590/s0104-129020162571 ⁽¹⁶⁾
Racial and ethnic differences in the risk of postpartum venous thromboembolism: a population-based, case-control study	M. Blondon, L. B. Harrington, M. Righini, F. Boehlen, H. Bounameaux, N. L. Smith	2014	EUA	Caso-controle de base populacional	A1	Blondon M, Harrington LB, Righini M, Boehlen F, Bounameaux H, Smith NL. Racial and ethnic differences in the risk of postpartum venous thromboembolism: a population-based, case-control study. J Thromb Haemost. 2014;12(12):2002-9. doi: 10.1111/jth.12747 ⁽¹⁷⁾

Título	Autor(es)	Data de publicação	Local do estudo	Tipo do estudo	Qualis Capes	Referência
Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso/ Maternal mortality and race in the Brazilian State of Mato Grosso	Neuma Zamariano Fanaia Teixeira, Wilza Rocha Pereira, Dulce Aparecida Barbosa, Lucila Amaral Carneiro Vianna	2012	Brasil	Estudo epidemiológico	B3	Teixeira NZ, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LA. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2012;12(1):27-35. doi: 10.1590/S1519-38292012000100003 ⁽¹⁸⁾
Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis/Maternal mortality in the state of Paraíba-Brazil: association between variables	Ana Cristina da Nóbrega Marinho, Neir Antunes Paes	2010	Brasil – João Pessoa	Estudo transversal	B2	Marinho AC, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):732-8. doi: 10.1590/S0080-62342010000300026 ⁽¹⁹⁾
Racial-Ethnic Differences in Pregnancy-Related Weight	Irene E. Headen, Esa M. Davis, Mahasin S. Mujahid, Barbara Abrams	2012	EUA	Revisão de literatura	A1	Headen IE, Davis EM, Mujahid MS, Abrams B. Racial-ethnic differences in pregnancy-related weight. Adv Nutr. 2012;3(1):83-94. doi: 10.3945/an.111.000984 ⁽²⁰⁾
Site of Delivery Contribution to Black-White Severe Maternal Morbidity Disparity	Elizabeth A. Howell, Natalia N. Egorova, Amy Balbierz, Jennifer Zeitlin, Paul L. Hebert	2016	EUA – Nova York	Estudo de base populacional	A1	Howell EA, Egorova NN, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Site of delivery contribution to black-white severe maternal morbidity disparity. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(2):143-52. doi: 10.1016/j.ajog.2016.05.007 ⁽²¹⁾
Maternal Outcomes by Race during Postpartum Readmissions	Aleha Aziz, Cynthia Gyamfi-Bannerman, Zainab Siddiq, Jason D. Wright, Dena Goffman, Jean-Ju Sheen, Mary E. D'Alton, Alexander M. Friedman	2019	EUA	Estudo transversal	A1	Aziz A, Gyamfi-Bannerman C, Siddiq Z, Wright JD, Goffman D, Sheen JJ, et al. Maternal outcomes by race during postpartum readmissions. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(5):484.e1-10. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.016 ⁽²²⁾
Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity Prevalence and Trends	Stephanie A. Leonard, Elliott K. Main, Karen A. Scott, Jochen Profit, Suzan L. Carmichael	2019	EUA	Estudo de coorte	A1	Leonard SA, Main EK, Scott KA, Profit J, Carmichael SL. Racial and ethnic disparities in severe maternal morbidity prevalence and trends. Ann Epidemiol. 2019;33:30-6. doi: 10.1016/j.jannepidem.2019.02.007 ⁽²³⁾

aos de mulheres brancas. Nos Estados Unidos, 75% das mulheres negras deram à luz em ¼ dos hospitais, enquanto apenas 18% das mulheres brancas deram à luz nos mesmos hospitais ($p < 0,001$).⁽⁹⁾

As mulheres negras também enfrentam dificuldades quanto à saúde mental. Kozhimannil *et al.* (2011)⁽¹⁰⁾ observam que o número de tratamentos para depressão pós-parto é significativamente menor para mulheres negras, em comparação a brancas ($p < 0,001$), e estas tinham o dobro de chance de iniciar tratamentos para saúde mental.

Em relação ao acesso ao pré-natal, Theophilo *et al.* (2018)⁽⁴⁾ constataram que as mulheres de raça/cor preta/parda têm acesso dificultado. Em sua pesquisa, observou-se que 64,7% das mulheres pretas/pardas tiveram acesso às preconizadas sete consultas de pré-natal; já entre as brancas, foram 71,6% ($p < 0,001$). Em concordância, Diniz *et al.* (2016)⁽⁵⁾ demonstraram que a proporção de mulheres que tiveram seis ou mais consultas foi maior para mulheres brancas (82,3%), com um valor de 73,2% para as de cor preta ($p < 0,001$). Almeida *et al.* (2019)⁽¹¹⁾ concluíram que quanto mais escura a cor de pele da gestante, maior a probabilidade de escolaridade inadequada à idade, o que possui como desdobramento direto o menor número de consultas de pré-natal (67,6% vs. 48,8%, $p = 0,004$). Internacionalmente, Howell (2018)⁽⁹⁾ mostra que 79% das mulheres brancas iniciam o pré-natal no primeiro trimestre. Para mulheres negras, a porcentagem é de 64%.⁽²⁴⁾

Quanto ao atendimento em saúde no âmbito nacional, Theophilo *et al.* (2018)⁽⁴⁾ constataram que, para as mulheres pretas/pardas, o tempo de espera para serem atendidas foi maior, quando comparadas com mulheres brancas ($p < 0,001$). Uma proporção maior de mulheres pretas/pardas (68%) não teve acompanhante no parto, e, para mais de 50%, o motivo foi a desautorização do serviço de saúde. Diniz *et al.* (2016)⁽⁵⁾ corroboraram tais constatações quando, por meio da utilização do índice de Kotelchuck, obtiveram o dado de que há maior proporção de mulheres pretas e pardas na categoria “pré-natal inadequado”, com 16,9% e 13,1%, respectivamente ($p < 0,001$). Batista *et al.* (2016)⁽¹²⁾ reforçam a questão de as mulheres pretas e pardas não terem acompanhante na maioria das vezes e ainda relatam que as mulheres negras e pardas tiveram menor acesso a anestesia durante o parto (16,4% e 21,8%, respectivamente), quando comparadas com as mulheres brancas (13,5%) ($p < 0,001$). A pesquisa de Leal *et al.* (2017)⁽²⁾ descobriu, nos dados da plataforma *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, que, mesmo após o controle das variáveis sociodemográficas por meio do pareamento pelos escores de propensão, em comparação às brancas, puérperas de cor preta tinham maior risco de terem um pré-natal inadequado (*odds ratio* [OR]: 1,62; 1,38-1,91), falta de vinculação à maternidade (OR: 1,23; 1,10-1,54), ausência de acompanhante (OR: 1,67; 1,42-1,97), peregrinação para o parto (OR: 1,33; 1,15-1,54) e menos anestesia

local para episiotomia (OR: 1,49; 1,06-2,08).⁽²⁾ Foram identificadas disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto, que configuraram um gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas. Lima (2016)⁽¹³⁾ enfatiza em seu trabalho os toques vaginais repetitivos, em frequência superior a um toque por hora, que são 26% mais comuns em pardas do que em brancas ($p < 0,001$).

Oliveira e Kubiak (2019)⁽¹⁴⁾ relatam, em artigos de revisão, que foi identificada uma ideologia nas redes de assistência à saúde, com pensamentos como “pessoas negras são mais resistentes à dor” ou “negro não adoece”, refletindo os problemas de acesso e a pior qualidade de atendimento a que essas pessoas estão sujeitas. São as negras a maioria das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação, e são as negras ou pardas de menor escolaridade e da região Nordeste que estão mais sujeitas a algum tipo de violência (física, verbal ou psicológica). Em contrapartida, as brancas de classes A e B possuem melhor índice de satisfação no atendimento à saúde. Contudo, Leal *et al.* (2017)⁽²⁾ destacam que, apesar de as mulheres de cor preta terem sido as que mais identificaram a discriminação, elas atribuíam essas experiências a outros motivos que não somente raça/cor.

No âmbito internacional, a pesquisa conduzida por Vedam *et al.* (2019),⁽¹⁵⁾ nos EUA, demonstra que uma em cada seis mulheres afirma ter sofrido maus-tratos durante o atendimento, sendo a opção “Ser censurada aos gritos por um profissional da saúde” a mais relatada. As mulheres negras estavam mais propensas a sofrer maus-tratos do que as mulheres brancas, e 22,5% das mulheres negras assim relataram; já entre as mulheres brancas, a porcentagem foi de 14,1% (OR: 1,77; 1,31-2,40). O estudo também aponta que mulheres brancas com parceiros brancos estavam menos propensas a sofrer descuidos do que mulheres brancas com parceiros negros. Também foi observado que mulheres negras com baixo nível socioeconômico referiram maus-tratos em 26,9% da amostra, enquanto mulheres brancas na mesma condição os referiram em 17,7% (OR: 1,56; 1,24-1,96). Serbin e Donnelly (2016)⁽³⁾ completam afirmando que, em uma pesquisa realizada nos EUA, foi constatado que as populações minoritárias recebiam melhor atendimento quando os profissionais de saúde eram da mesma cor/raça.

A questão fisiológica foi discutida várias vezes como um dos principais motivos pelos quais os níveis de mortalidade de mulheres negras são superiores aos de mulheres brancas. Nacionalmente, Belfort *et al.* (2016)⁽¹⁶⁾ chegaram à conclusão de que 100% das mulheres pretas entrevistadas em um estudo ocorrido no Maranhão alegaram anemia ferropriva durante o período gestacional. Oliveira e Kubiak (2019)⁽¹⁴⁾ confirmam a questão dos altos índices de anemia ferropriva e hipertensão arterial durante a gestação.^(14,16) Similarmente, Diniz *et al.* (2016)⁽⁵⁾ verificaram, entre as mulheres negras, que a síndrome

hipertensiva na gestação foi mais frequente, atingindo 25,8% daquelas de cor preta, enquanto entre as brancas a proporção foi de 15,9% ($p < 0,001$).

Em um estudo de caso-controle no estado de Washington (EUA), Blondon *et al.* (2014)⁽¹⁷⁾ concluíram que, independentemente de outros fatores de risco, em comparação com as mulheres brancas, as mulheres negras tinham um risco de tromboembolismo venoso (TEV) pós-parto 50% maior, e várias explicações foram propostas para o maior risco de TEV em negros, incluindo níveis mais elevados de fator VIII ou de fibrinogênio, a presença de comorbidades, como doença falciforme, ou uma resistência a fibrinólise.⁽¹⁷⁾ Como revisitado por Howell (2018),⁽⁹⁾ mulheres negras têm maiores chances de desfechos letais, além de apresentarem mais comorbidades e complicações durante a gestação.

Em relação à morbimortalidade, Oliveira *et al.* (2019)⁽⁴⁾ observam que, entre os óbitos de crianças menores de 1 ano, 61,8% foram de crianças pretas e pardas, e, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade, a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil.^(1,25)

Já segundo Teixeira *et al.* (2012),⁽¹⁸⁾ morreram, entre as gestantes solteiras, principalmente as pretas (72,7%). Em contrapartida, ao se verificarem as gestantes casadas, observou-se que as mulheres brancas apresentaram a maior concentração de óbitos maternos (40%). Marinho e Paes (2010)⁽¹⁹⁾ afirmam que houve indícios significativos de que as mulheres não brancas da Paraíba tinham mais chances de morrer por morte obstétrica direta e que isso ocorre por causa da desigualdade social. Nessa pesquisa, os resultados mostraram que mulheres não brancas tiveram uma chance 3,55 vezes maior de ir a óbito por morte materna obstétrica direta, em comparação às brancas (intervalo de confiança [IC 95%]: 1,20-10,5).⁽¹⁹⁾

Serbin e Donnelly (2016)⁽³⁾ relatam que, nos Estados Unidos, crianças nascidas de mulheres negras têm chances, superiores a duas vezes ou mais, de morrer antes de seu primeiro aniversário. Zhang *et al.* (2013)⁽⁸⁾ concluíram que mulheres negras com o plano de saúde *Medicaid* tinham risco de natimortalidade 1,89 vez maior que as mulheres brancas (IC 95%: 1,81-1,99), enquanto, ao se considerarem as mulheres sem plano de saúde, o risco era 2,75 vezes maior para negras. Headen *et al.* (2012)⁽²⁰⁾ identificaram um alto risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade materna entre as mulheres negras porto-riquenhas. Os autores Howell *et al.* (2016)⁽²¹⁾ verificaram que a morbidade materna grave é mais de duas vezes mais comum em partos de mulheres negras do que de brancas (4,2% vs. 1,5%, $p < 0,001$), e, mesmo após ajuste para as características das pacientes e comorbidades, o risco permaneceu elevado para as negras (OR: 2,0; 1,89-2,17). Na pesquisa, também se confirmou que as parturientes negras têm 12 vezes mais probabilidade de sofrer uma morte relacionada à

gravidez do que as brancas na cidade de Nova York.

Aziz *et al.* (2019)⁽²²⁾ observaram em seu trabalho que as mulheres negras tinham um risco de 80% (IC 95%: 79%-82%) de serem readmitidas pós-parto, quando comparadas às mulheres brancas, que tinham um risco de 11% (IC 95%: 10%-12%). Também foi demonstrado que as mulheres negras tinham chances 27% maiores de mortalidade materna severa. Leonard *et al.* (2019)⁽²³⁾ concordam, mostrando em seu estudo que as mulheres negras apresentam índices mais altos de mortalidade materna severa e que as comorbidades, fatores de risco ou o alto número de cesarianas realizadas nessa população não explicam completamente as disparidades entre a mortalidade das mulheres negras e das brancas.⁽²³⁾

O princípio da equidade, também visado no SUS, não é alcançado em diversos espaços de saúde no Brasil, e internacionalmente ele tampouco se faz presente, principalmente quando comparadas as populações branca e preta. A forma como as relações étnico-raciais foi construída e moldada ao longo da história torna a população negra mais vulnerável aos determinantes sociais da saúde. Características como menor nível socioeconômico ou menor escolaridade, marcantes da população negra, também refletem as consequências do racismo estrutural. Cabe reconhecer que o racismo é um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experienciadas pela população negra de todas as regiões, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de suas vidas.⁽²⁶⁾

CONCLUSÃO

Os artigos revelam que mulheres negras possuem não só acesso dificultado à saúde, mas também atendimento em saúde prejudicado. Novamente, há influência do contexto histórico e das desigualdades socioeconômicas, o que se percebe no fato de que, na maioria das vezes, as mulheres pretas têm acesso somente aos hospitais públicos ou da periferia. É importante ressaltar que quando as mulheres negras possuem acesso à informação e à instrução, elas exigem bom atendimento e refutam situações que vão de encontro aos seus direitos, como a proibição de acompanhante no momento do parto. Porém, como elas ainda respondem por grande parte da população pobre e menos instruída, são destituídas de seus direitos no que diz respeito ao atendimento em saúde. Ademais, observa-se um costume estrutural, em que os profissionais da saúde reproduzem inconscientemente comportamento discriminatório. A questão fisiológica também se mostra muito relevante, uma vez que os artigos demonstram que há uma predisposição biológica das mulheres negras a comorbidades, complicações e desfechos desfavoráveis. Condições como anemia ferropriva, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia estão frequentemente associadas às gestantes negras e aumentam consideravelmente o risco gestacional e a morbimortalidade. A morbimortalidade é reflexo

do conjunto de questões acima discutidas, e no Brasil a mortalidade é duas vezes maior para negras do que para brancas. Esse cenário constitui um desdobramento direto da condição que a mulher negra enfrenta: uma mulher com predisposições biológicas a comorbidades e a complicações que já lida com um acesso dificultado à saúde e recebe atendimento precarizado.

REFERÊNCIAS

- Oliveira JE, Ferrari AP, Tonete VL, Parada CM. Resultados perinatais e do primeiro ano de vida segundo cor da pele materna: estudo de coorte. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03480. doi: 10.1590/s1980-220x2018003903480
- Leal MC, Gama SG, Pereira AP, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33 Supl 1:e00078816. doi: 10.1590/0102-311x00078816
- Serbin JW, Donnelly E. The impact of racism and midwifery's lack of racial diversity: a literature review. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(6):694-706. doi: 10.1111/jmwh.12572
- Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3505-16. doi: 10.1590/1413-812320182311.31552016
- Diniz CS, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AO, Queiroz MR, Carvalho PC. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde Soc*. 2016;25(3):561-72. doi: 10.1590/s0104-129020162647
- Garcia EM, Martinelli KG, Gama SG, Oliveira AE, Esposti CD, Santos Neto ET. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4633-42. doi: 10.1590/1413-812320182412.31422017
- Howell EA, Egorova N, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Black-white differences in severe maternal morbidity and site of care. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):122.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.019
- Zhang S, Cardarelli K, Shim R, Ye J, Booker KL, Rust G. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among medicaid recipients. *Matern Child Health J*. 2013;17(8):1518-25. doi: 10.1007/s10995-012-1162-0
- Howell EA. Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(2):387-99. doi: 10.1097/GRF.0000000000000349
- Kozhimannil KB, Trinacty CM, Busch AB, Huskamp HA, Adams AS. Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women. *Psychiatr Serv*. 2011;62(6):619-25. doi: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0619
- Almeida AH, Gama SG, Costa MC, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(1):43-52. doi: 10.1590/1806-93042019000100003
- Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MC. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde Soc*. 2016;25(3):689-702. doi: 10.1590/s0104-12902016146290
- Lima KD. Raça e violência obstétrica no Brasil [TCC] [Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [cited 2020 Jul 1]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547>
- Oliveira BM, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate*. 2019;43(122):939-48. doi: 10.1590/0103-1104201912222
- Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16(1):77. doi: 10.1186/s12978-019-0729-2
- Belfort IK, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. *Saúde Soc*. 2016;25(3):631-40. doi: 10.1590/s0104-129020162571
- Blondon M, Harrington LB, Righini M, Boehlen F, Bounameaux H, Smith NL. Racial and ethnic differences in the risk of postpartum venous thromboembolism: a population-based, case-control study. *J Thromb Haemost*. 2014;12(12):2002-9. doi: 10.1111/jth.12747
- Teixeira NZ, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LA. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2012;12(1):27-35. doi: 10.1590/S1519-38292012000100003
- Marinho AC, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):732-8. doi: 10.1590/S0080-62342010000300026
- Headen IE, Davis EM, Mujahid MS, Abrams B. Racial-ethnic differences in pregnancy-related weight. *Adv Nutr*. 2012;3(1):83-94. doi: 10.3945/an.111.000984
- Howell EA, Egorova NN, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Site of delivery contribution to black-white severe maternal morbidity disparity. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(2):143-52. doi: 10.1016/j.ajog.2016.05.007
- Aziz A, Gyamfi-Bannerman C, Siddiq Z, Wright JD, Goffman D, Sheen JJ, et al. Maternal outcomes by race during postpartum readmissions. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(5):484.e1-10. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.016
- Leonard SA, Main EK, Scott KA, Profit J, Carmichael SL. Racial and ethnic disparities in severe maternal morbidity prevalence and trends. *Ann Epidemiol*. 2019;33:30-6. doi: 10.1016/j.annepidem.2019.02.007
- U.S. Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Maternal and Child Health Bureau. Child Health USA 2014. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2015.
- Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 28]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535-49. doi: 10.1590/s0104-129020162610

Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais

Recurrent pregnancy loss: psychic aspects and behavioral therapies

Elaine Cristina Fontes de Oliveira¹, Inês Katerina Damasceno Cavallo Cruzeiro¹, Gabriela Martins Perez Garcia¹, Sara de Pinho Cunha Paiva¹

Descritores

Aborto habitual; Terapia cognitivo-comportamental; Estresse; Depressão; Protocolos clínicos

Keywords

Abortion habitual; Cognitive behavioral therapy; Stress; Depression; Clinical protocols

Submetido:

09/07/2021

Aceito:

13/09/2021

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Elaine Cristina Fontes de Oliveira
Avenida Professor Alfredo Balena,
110, Centro, 30130-100, Belo
Horizonte, MG, Brasil
emedmg@gmail.com

Como citar:

Oliveira EC, Cruzeiro IK, Garcia GM, Paiva SP. Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais. Femina. 2021;49(12):699-704.

RESUMO

A perda gestacional de repetição (PGR) é definida classicamente como três perdas consecutivas antes de 20 semanas de gestação. Ela afeta aproximadamente 3% dos casais que tentam conceber, quando se consideram pelo menos duas perdas, e cerca de 1%, quando acima de três perdas. A PGR está associada a diferentes fatores causais. Algumas mulheres não terão nenhuma anormalidade identificável nos protocolos investigativos atuais. O aborto pode causar doenças mentais, tais como depressão e ansiedade, e ser responsável por sentimentos como medo, raiva e culpa. Embora existam intervenções já estabelecidas para pacientes com perda gestacional com fator causal determinado, não existe nenhum tratamento comprovadamente efetivo em mulheres com perda gestacional inexplicada. O oferecimento do chamado *Tender Loving Care* pode levar a melhores resultados gestacionais nessas pacientes. Este artigo irá fazer uma revisão sobre os aspectos psíquicos em PGR e o cuidado suportivo que poderá ser realizado nessas pacientes.

RESUMO

Recurrent pregnancy loss (RPL) is classically defined as three consecutive losses before 20 weeks of gestation. It affects approximately 3% of couples who try to conceive, when considering at least two losses, and about 1%, when considering three or more. RPL is associated with different causal factors. Some women will have no identifiable abnormalities in current investigative protocols. Abortion can cause mental illness, such as depression and anxiety, and be responsible for feelings like fear, anger and guilt. Although there are interventions already established for patients with pregnancy loss with a determined causal factor, there is no proven effective treatment for women with unexplained pregnancy loss. The offer of the so-called Tender Loving Care can lead to better pregnancy results in these patients. This article will review the psychic aspects of recurrent pregnancy losses and the supportive care that can be performed in these patients.

INTRODUÇÃO

A perda gestacional de repetição (PGR) é definida classicamente como três perdas consecutivas antes de 20 semanas de gestação.⁽¹⁾ A definição atual mais aceita inclui apenas gestações documentadas por meio de ultrassom ou exame anatomopatológico, excluindo-se gestação molar, gravidez ectópica e falha de implantação.^(2,3) Ela afeta aproximadamente 3% dos casais que tentam conceber, quando se consideram pelo menos duas perdas, e cerca de 1%, quando acima de três perdas.⁽⁴⁾

A PGR está associada a diferentes fatores causais, tais como anomalias genéticas ou cromossômicas, tanto no casal quanto no embrião, trombofilia materna, anomalias estruturais uterinas, alterações imunes maternas, alterações endócrinas e fatores ambientais, entre outros. Cerca de 50% das mulheres não terão nenhuma anormalidade identificável nos protocolos investigativos atuais.⁽⁵⁻⁸⁾

A maioria das recomendações terapêuticas nessas mulheres é baseada na experiência clínica e em estudos observacionais. Embora existam intervenções já estabelecidas para pacientes com perda gestacional com fator causal determinado, não existe nenhum tratamento comprovadamente efetivo em mulheres com perda gestacional inexplicada. O oferecimento do chamado *Tender Loving Care* (TLC) pode levar a melhores resultados gestacionais nessas pacientes. Ele consiste em dar segurança e apoio psíquico para a paciente.⁽⁹⁾ Uma vez que o medo relacionado a uma nova gestação pode ter impacto negativo no curso da gestação e parto, as intervenções para redução de ansiedade são, portanto, altamente recomendadas.

Este artigo irá fazer uma revisão sobre os aspectos psíquicos em PGR e o cuidado suportivo que poderá ser realizado nessas pacientes.

AS PERDAS GESTACIONAIS E O IMPACTO EMOCIONAL

O aborto pode causar doenças mentais, tais como depressão e ansiedade, e ser responsável por sentimentos como medo, raiva e culpa.⁽¹⁰⁾ Estudos relatam a presença de doença mental em até 2/3 das pacientes com PGR.⁽¹¹⁾ Devem ser lembradas, também, a piora no relacionamento e a interferência na atividade sexual desses casais.^(12,13) O sofrimento psíquico pode se manter se ocorrer um novo abortamento.⁽¹⁴⁾ Por esse motivo, o cuidado mental é extremamente necessário nesse grupo de mulheres. Estudo longitudinal comparou a prevalência de estresse e depressão entre mulheres com PGR e mulheres que tentaram engravidar naturalmente sem histórico de PGR. Os escores de depressão e as medidas de estresse foram avaliados por meio do Inventário de Depressão Maior (*Major Depression Inventory* – MDI) e da Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS) de Cohen. Cerca de 8,6% das pacientes com PGR apresentaram escores de depressão maior correspondendo a quadros de depressão moderada a severa, enquanto o alto nível de estresse foi relatado em 41,2% das pacientes. A chance de depressão moderada a grave foi cinco vezes maior nas pacientes com PGR em relação às pacientes que tentaram conceber naturalmente. A prevalência de depressão nas pacientes que conceberam naturalmente foi semelhante (2,2%) à da população em geral.⁽¹⁵⁾ A quadro 1 exemplifica as questões abordadas no MDI.

Estudo de Hedegaard *et al.*⁽¹⁷⁾ avaliou a prevalência de depressão e estresse nas mulheres com PGR e em seus

Quadro 1. Estrutura interna do Inventário de Depressão Maior

Você se sentiu de baixo astral ou triste?
Você perdeu o interesse nas suas atividades diárias?
Você sentiu falta de energia ou força?
Você se sentiu menos autoconfiante?
Você sentiu peso na consciência ou sentimento de culpa?
Você sentiu que viver não vale a pena?
Você teve dificuldades de concentração? Por exemplo, ao ler jornal ou assistir à TV?
a. Você se sentiu agitado?
b. Você se sentiu desanimado ou mais lento?
Você teve problemas para dormir à noite?
a. Você esteve com o apetite diminuído?
b. Você esteve com o apetite aumentado?

Fonte: Adaptada de Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães AC, Xavier AJ. Validação da versão em português do inventário de depressão maior. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(3):164-70.⁽¹⁶⁾

parceiros masculinos. Os casais preencheram o MDI (Quadro 1) e a PSS de Cohen (Quadro 2). A prevalência de depressão moderada a grave em homens com perdas foi de 1,8% *versus* 2,0% em homens sem história de PGR (risco relativo [RR]: 0,90; intervalo de confiança [IC] 95%: 0,26-3,07, $p = 0,99$). O nível de estresse encontrado nesses homens foi de 10,7% *versus* 15,8% no grupo controle (RR: 0,67; IC 95%: 0,48-0,94, $p = 0,017$). Já as mulheres com perdas gestacionais de repetição tiveram prevalência de depressão de 8,3% *versus* 2,2% no grupo controle (RR: 3,74; IC 95%: 2,40-5,83, $p < 0,001$). Os altos níveis de estresse também foram maiores nas pacientes com perda de repetição (28,6%), em relação às mulheres do grupo controle (23,2%) (RR: 1,24; IC 95%: 1,03-1,48, $p = 0,026$).⁽¹⁷⁾

Já um estudo de He *et al.*⁽¹⁹⁾ avaliou a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com perdas de repetição e seus fatores de risco associados. As pacientes preencheram os questionários da Escala de Depressão Autorrelatada (*Self-Rating Depression Scale* – SDS) e da Escala de Ansiedade Autorrelatada (*Self-Rating Anxiety Scale* – SAS). Foram avaliadas 782 mulheres com perdas gestacionais de repetição. Elas foram comparadas com mulheres com uma perda gestacional e com mulheres sem história de perdas. Mulheres com três ou mais perdas foram significativamente mais deprimidas que aquelas com duas perdas. Em pacientes com PGR, a história de ausência de parto vivo foi significativamente associada à depressão. Fatores associados com maior risco de depressão e ansiedade em mulheres com PGR foram: baixo nível educacional, baixa renda e história de aborto induzido. Mulheres com tempo de relacionamento maior que três anos tiveram altos índices de ansiedade.⁽¹⁹⁾

Um estudo recente de Kolte *et al.*⁽²⁰⁾ acompanhou mulheres com PGR encaminhadas para um centro de referência em PGR. As pacientes foram convidadas a

Quadro 2. Escala de Estresse Percebido de Cohen

	Nunca	Pouco	Às vezes	Regularmente	Sempre
Você é incomodado por acontecimentos inesperados?					
É difícil controlar coisas importantes da sua vida?					
Você se sente nervoso e estressado?					
Você já pensou que não poderia assumir todas as suas tarefas?					
Você gerencia bem os momentos tensos?					
Você se sente irritado quando acontecimentos saem do seu controle?					
Você já se surpreendeu com pensamentos, como, por exemplo, “deveria melhorar a minha qualidade de vida?”					
Você acha que as dificuldades se acumulam a ponto de não poder controlá-las?					
Você enfrenta com sucesso os pequenos problemas do cotidiano?					
Você sente que domina bem as situações?					
Você enfrenta eficazmente as mudanças importantes que ocorrem em sua vida?					
Você se sente confiante em resolver seus problemas de ordem pessoal?					
Você gerencia bem o seu tempo?					
Você sente que as coisas avançam de acordo com a sua vontade?					

Fonte: Adaptada de Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. [Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly]. Rev Saúde Pública. 2007;41(4):606-15.⁽¹⁸⁾

preencher questionários que avaliavam os sintomas de humor (MDI) e a percepção do estresse (PSS de Cohen), um ano após o encaminhamento para esse centro de referência. A maioria das pacientes (78%) engravidou no primeiro ano de referência; dessas, 56% evoluíram para novos abortamentos. Em relação aos escores psicômétricos, não houve diferença entre pacientes com ou sem alterações na propedêutica de PGR. Não houve diferença também nos escores entre mulheres que engravidaram espontaneamente ou por meio das técnicas de reprodução assistida. Os escores de depressão não foram preditores de obter uma gestação ou de ter um parto vivo, tanto em mulheres com altos quanto baixos níveis de estresse. As mulheres que tiveram filhos após a referência apresentaram menores escores em depressão e ansiedade. Poucas mulheres com perda secundária preencheram os critérios de depressão maior em relação àquelas com perda primária. Mulheres com perda primária tiveram redução dos escores de depressão após o encaminhamento para o centro de referência.⁽²⁰⁾

Outro estudo avaliou os efeitos da PGR no ajuste psicológico dos casais, bem como o estresse psicossocial relacionado, com foco na diferença de gênero e na qualidade do relacionamento conjugal. Os casais preencheram questionários de estresse, qualidade de relacionamento conjugal, depressão (*Beck Depression Inventory*

Second Edition – BDI-II) e ansiedade (*State-Trait Anxiety Inventory*). O impacto psicossocial foi medido por meio de questões que abordavam o estresse associado à PGR nos domínios pessoal, conjugal e social. As mulheres apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade, estresse pessoal e social em relação aos homens. Não houve diferença nos escores de qualidade de percepção do relacionamento e estresse conjugal entre homens e mulheres. Porém, mulheres que apresentaram baixos escores na qualidade de relacionamento conjugal apresentaram níveis mais elevados de depressão e ansiedade. Os escores de depressão e ansiedade não interferiram com a qualidade do relacionamento conjugal nos homens. As variáveis como idade, tempo de relacionamento, renda, nível educacional, número de perdas anteriores, história de parto vivo e história de perda de segundo ou terceiro trimestre não tiveram influência no ajuste psíquico em homens e mulheres. A qualidade do relacionamento conjugal foi associada com ajuste psicológico prejudicado entre as mulheres, mas não entre os homens.⁽²¹⁾

O PAPEL DO CUIDADO SUPORTIVO

O cuidado suportivo é frequentemente oferecido para mulheres com perdas gestacionais de repetição, com

aumento das taxas de parto vivo de até 85%.⁽²²⁾ Os *guidelines* atuais da Sociedade Europeia de Medicina Reprodutiva (ESHRE) e do Colégio Real de Ginecologistas e Obstetras (RCOG) recomendam o cuidado suportivo para mulheres com perda gestacional inexplicada.^(23,24)

Uma vez que o cuidado suportivo em mulheres com PGR não é um conceito muito bem definido, não existe nenhum protocolo de tratamento uniforme para essas pacientes.⁽⁹⁾

No ocidente, a tradução do termo *Tender Loving Care* refere-se ao cuidado “terno e amoroso”. Quando essa expressão está associada à prática assistencial, refere-se a dar conforto ao paciente, em momentos de medo e vulnerabilidade. Essas noções oferecem significado e ressonância à “experiência vivida” de dar e receber cuidado.⁽²⁵⁾

Musters *et al.*^(26,27) descreveram os possíveis cuidados médicos suportivos nesse grupo de mulheres, dividindo-os em cuidados suportivos médicos, cuidados suportivos não médicos e outros tipos de cuidado. Em relação aos cuidados médicos, eles envolvem a informação, por parte da paciente, ao ginecologista da presença da gravidez, com o estabelecimento de um plano de consultas e realização de ultrassonografias. As pacientes devem ser aconselhadas sobre hábitos de vida e dieta. O exame de ultrassom deve ser realizado o mais precocemente possível, preferencialmente após o primeiro teste positivo de gravidez e assim que a gravidez possa ser identificada (entre cinco e seis semanas de atraso menstrual), sendo a viabilidade fetal assegurada. Os exames ultrassonográficos podem ser repetidos semanalmente ou a cada duas semanas. Algumas mulheres necessitam ter o nível de gonadotrofina coriônica (hCG) monitorizado pelo menos duas vezes antes da realização do ultrassom inicial. Entre os cuidados suportivos não médicos, os autores ressaltam a importância do acompanhamento com ginecologista que entenda os sentimentos da paciente e que tenha consciência do nível de estresse e ansiedade causados pelas múltiplas perdas.^(26,27)

O aconselhamento em saúde deve incluir: ingestão de ácido fólico, redução da ingestão de café, cessação de etilismo e tabagismo, prática de exercícios físicos e aconselhamentos sobre mudança no estilo de vida e medidas dietéticas em caso de sobrepeso.⁽⁹⁾

Mulheres com PGR muitas vezes estão insatisfeitas com o cuidado médico que recebem, visto que desejam mais informações e conhecimento sobre as prováveis causas das perdas e, além disso, empatia e suporte psicológico. Pouco se sabe sobre as necessidades do parceiro. Um estudo qualitativo avaliou as necessidades de tratamento, suporte e seguimento dos casais com perda de repetição. Os casais responderam a uma entrevista semiestruturada. Ambos, homem e mulher, descreveram um efeito cumulativo das perdas, com aumento na pressão e exaustão após uma terceira perda e outras perdas subsequentes. As seguintes necessidades foram citadas: necessidade de sensibilidade, empatia e cuida-

do suportivo; necessidade da conduta focada no casal; necessidade de informação; necessidade de acesso precoce a testes e tratamentos; necessidade de apoio psicológico.⁽²¹⁾

Uma revisão sistemática recente avaliou os efeitos das intervenções psicológicas ou suportivas na redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão em mulheres com PGR. Foram avaliadas intervenções não médicas e intervenções suportivas na saúde mental e psíquica dessas mulheres. Não foram encontrados ensaios clínicos randomizados (ECR) que possuísem os critérios de inclusão da metanálise, entre eles a medida de marcadores de estresse, como o cortisol, e que possibilitassem assegurar o efeito das intervenções psicológicas nessa população.⁽²⁸⁾

Um estudo de Liddel *et al.*⁽²⁹⁾ avaliou os resultados gestacionais após o cuidado suportivo. As pacientes que receberam cuidado suportivo, por meio de um programa formal de suporte emocional, e supervisão da gestação inicial apresentaram maiores taxas de gestação bem-sucedida (38 de 44 mulheres) em relação àquelas que não receberam cuidado suportivo formal (3 de 9 mulheres).

Já a terapia cognitivo-comportamental (TCC) consiste na junção da terapia cognitiva com a terapia comportamental, que é um tipo de psicoterapia que se foca na forma como a pessoa processa e interpreta as situações e que pode gerar sofrimento. As interpretações, representações ou atribuições de significado a determinadas situações ou pessoas refletem-se em pensamentos automáticos, que, por sua vez, ativam estruturas básicas inconscientes: os esquemas e as crenças. Assim, esse tipo de abordagem visa à identificação de crenças e pensamentos disfuncionais, chamados de distorções cognitivas, averigua a realidade e corrige-os, de forma a mudar essas crenças distorcidas, que se encontram subjacentes a esses pensamentos.⁽³⁰⁾

Um estudo de Nakano *et al.*⁽³¹⁾ avaliou os efeitos da TCC em mulheres que apresentaram perda de repetição associada a sintomas de depressão ou ansiedade. As pacientes que preencheram critérios de depressão e ansiedade, avaliados por meio de questionários auto-preenchidos, foram encaminhadas para a realização de sessões de TCC. Os escores de depressão e de ansiedade diminuíram de 13,6 e 49,0, respectivamente, para a linha de base de 5,2 e 38,0 após a terapia. Não houve grupo controle nesse estudo. Não se sabe se os efeitos positivos da terapia foram mantidos após o fim do tratamento.⁽³¹⁾

A técnica de *mindfulness* é descrita como uma prática meditativa que envolve a atenção plena aos pensamentos, emoções, sensações corporais e aceitação dessa experiência, sem qualquer tipo de julgamento.⁽³²⁾ Essa prática baseia-se nas tradições budistas e foi introduzida na medicina ocidental no início dos anos 1980 pelo cientista Jon Kabat-Zinn.⁽³³⁾ Desde então, vários grupos de pesquisadores têm avaliado a importância de intervenções baseadas em *mindfulness* para a melhora da

qualidade de vida de pacientes, inclusive de mulheres em tratamento para infertilidade.⁽³⁴⁾

Um estudo-piloto avaliou o efeito da terapia baseada em técnicas de *mindfulness*. Foi avaliado um único casal que apresentava PGR associada à infertilidade. Ambos apresentavam sintomas relacionados a distúrbios psiquiátricos. Após a sessões de terapia cognitiva baseada nas técnicas de *mindfulness*, os sintomas de depressão e ansiedade reduziram e permaneceram abaixo dos pontos críticos. Esses escores permaneceram baixos em outros eventos estressantes, tais como falha de ciclo de inseminação intrauterina, estresse pré-concepcional e novo abortamento.⁽³⁵⁾

CONCLUSÃO

Para melhorar a qualidade no atendimento das pacientes com perda de repetição, é necessário, além do desenvolvimento de protocolos, o apoio psíquico para esse grupo de mulheres. O uso de protocolos facilita a prática baseada em evidência e reduz a grande variedade de condutas profissionais. O acolhimento e a escuta diferenciada pelo especialista são fundamentais. Uma vez que as chances de gestação bem-sucedida são altas nessas pacientes e a incidência de depressão e ansiedade é elevada em pacientes com PGR, o tratamento deve focar no cuidado suportivo, sempre que possível.

REFERÊNCIAS

- Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet*. 2006;368(9535):601-8. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69204-0
- Kolte AM, Bernardi LA, Christiansen OB, Quenby S, Farquharson RG, Goddijn M, et al. Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Hum Reprod*. 2015;30(3):495-8. doi: 10.1093/humrep/deu299
- Tulandi T, Al-Fozan HM. Recurrent pregnancy loss: definition and etiology [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology>
- Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(5):839-54. doi: 10.1053/beog.2000.0123
- Porter TF, Scott JR. Evidence-based care of recurrent miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):85-101. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2004.11.005
- Kiwi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and discussion of the causes and their management. *Cleve Clin J Med*. 2006;73(10):913-21. doi: 10.3949/ccjm.73.10.913
- Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril*. 2010;93(4):1234-43. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.166
- Marquard K, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Etiology of recurrent pregnancy loss in women over the age of 35 years. *Fertil Steril*. 2010;94(4):1473-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.06.041
- Van den Berg MM, Vissenberg R, Goddijn M. Recurrent miscarriage clinics. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014;41(1):145-55. doi: 10.1016/j.ogc.2013.10.010
- Craig M, Tata P, Regan L. Psychiatric morbidity among patients with recurrent miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(3):157-64. doi: 10.3109/01674820209074668
- Klock SC, Chang G, Hiley A, Hill J. Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics*. 1997;38(5):503-7. doi: 10.1016/S0033-3182(97)71428-2
- Zhang YX, Zhang XQ, Wang QR, Yuan YQ, Yang JG, Zhang XW, et al. Psychological burden, sexual satisfaction and erectile function in men whose partners experience recurrent pregnancy loss in China: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2016;13(1):73. doi: 10.1186/s12978-016-0188-y
- Azin SA, Golbabaie F, Warmelink JC, Eghtedari S, Haghighi S, Ranjbar F. Association of depression with sexual function in women with history of recurrent pregnancy loss: descriptive-correlational study in Tehran, Iran. *Fertil Res Pract*. 2020;6(1):21. doi: 10.1186/s40738-020-00089-w
- Carp HJ, editor. Recurrent pregnancy loss: causes, controversies, and treatment. Boca Raton: CRC Press; 2014.
- Kolte AM, Olsen LR, Mikkelsen EM, Christiansen OB, Nielsen HS. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod*. 2015;30(4):777-82. doi: 10.1093/humrep/dev014
- Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães AC, Xavier AJ. Validação da versão em português do inventário de depressão maior. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):164-70. doi: 10.1590/S0047-20852011000300003
- Hedegaard S, Landersøe SK, Olsen LR, Krog MC, Kolte AM, Nielsen HS. Stress and depression among women and men who have experienced recurrent pregnancy loss: focusing on both sexes. *Reprod Biomed Online*. 2021;42(6):1172-80. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.03.012
- Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. [Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly]. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15. doi: 10.1590/s0034-89102007000400015. Portuguese.
- He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, et al. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(4):1061-6. doi: 10.1007/s00404-019-05264-z
- Kolte AM, Olsen LR, Christiansen OB, Schmidt L, Nielsen HS. Pregnancy outcomes after recurrent pregnancy loss: a longitudinal cohort study on stress and depression. *Reprod Biomed Online*. 2019;38(4):599-605. doi: 10.1016/j.rbmo.2018.12.006
- Koert E, Mallin GM, Sylvest R, Krog MC, Kolte AM, Schmidt L, et al. Recurrent pregnancy loss: couples' perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Hum Reprod*. 2019;34(2):291-6. doi: 10.1093/humrep/dey362
- Clifford K, Rai R, Regan L. Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Hum Reprod*. 1997;12(2):387-9. doi: 10.1093/humrep/12.2.387
- ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open*. 2018;2018(2):hoy004. doi: 10.1093/hropen/hoy004
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent miscarriage, investigation and treatment of couples. London: RCOG; 2011. (Green-top Guideline; no. 17).
- Kendrick KD, Robinson S. 'Tender loving care' as a relational ethic in nursing practice. *Nurs Ethics*. 2002;9(3):291-300. doi: 10.1191/0969733002ne5110a
- Musters AM, Taminau-Bloem EF, van den Boogaard E, van der Veen F, Goddijn M. Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Hum Reprod*. 2011;26(4):873-7. doi: 10.1093/humrep/der021
- Musters AM, Koot YE, van den Boogaard NM, Kaaijk E, Macklon NS, van der Veen F, et al. Supportive care for women with recurrent miscarriage: a survey to quantify women's preferences. *Hum Reprod*. 2013;28(2):398-405. doi: 10.1093/humrep/des374
- San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(9):e017802. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017802

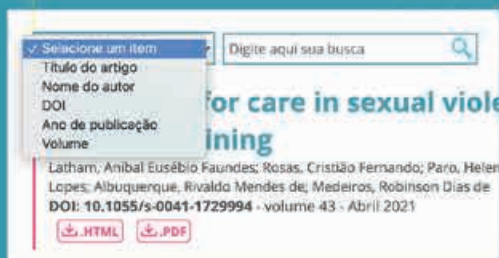
29. Liddel HS, Pattison NS, Zanderigo A. Recurrent miscarriage – outcome after supportive care in early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1991;31(4):320-2. doi: 10.1111/j.1479-828x.1991.tb02811.x
30. O que é terapia cognitivo-comportamental [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18]. Available from: <http://www.tuasaude.com/terapia-cognitivo-comportamental>
31. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA, Sugiura-Ogasawara M. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag.* 2013;6:37-43. doi: 10.2147/PRBM.S44327
32. Edenfield TM, Saeed SA. An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychol Res Behav Manag.* 2012;5:131-41. doi: 10.2147/PRBM.S34937
33. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
34. Nery SF, Paiva SP, Vieira EL, Barbosa AB, Sant'Anna EM, Casalechi M, et al. Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: randomized controlled trial. *Stress Health.* 2019;35(1):49-58. doi: 10.1002/smi.2839
35. Patel A, Dinesh N, Sharma PS, Kumar P, Binu VS. Outcomes of structured psychotherapy for emotional adjustment in a childless couple diagnosed with recurrent pregnancy loss: a unique investigation. *J Hum Reprod Sci.* 2018;11(2):202-7. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_127_17

NOVIDADE!

Conheça a nova forma de visualizar os conteúdos da

RBCGO

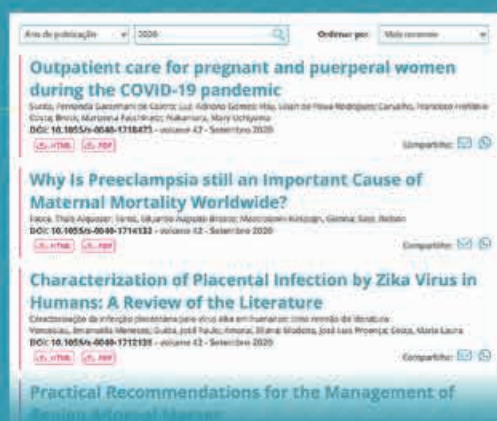
Faça sua busca
através de filtros que
facilitam sua pesquisa.



Defina a ordem que
deseja visualizar
os conteúdos.



Encontre os artigos
em forma de lista.



Acesse, compartilhe
e baixe os conteúdos
que deseja!

Compartilhe:  

Mais praticidade e agilidade para você.

Acesse em nosso site!
www.febrasgo.org.br/pt/revista-rbgo

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações da Ginecologia e Obstetrícia



CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O congresso de todos os brasileiros

16-19/Nov, 2022 • Rio de Janeiro, RJ

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

**Participe do maior e melhor evento de
Ginecologia e Obstetrícia do Brasil,
que em 2022 retornará à edição presencial!**

**Mais informações,
em breve!**

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Gerenciamento

 **CCM CONGRESSES**