

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 49, Número 2, 2021

Gestação precoce

Um em cada sete recém-nascidos
é de mães adolescentes. Como
mudar essa estatística?

DIA NACIONAL DA MAMOGRAFIA

Os desafios
aumentaram, mas
o exame continua
indispensável

MIOMAS UTERINOS

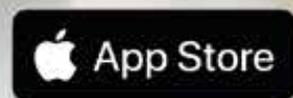
Especialistas
debatem o tema
em webinários



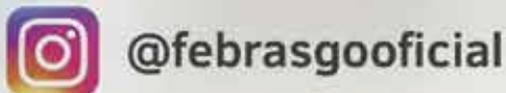
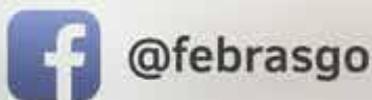
Está chegando o novo APP da Febrasgo



Agora ficou muito mais fácil acessar os conteúdos da Febrasgo!



Acompanhe nossas redes sociais para mais informações



DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação**.

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

CONSELHO EDITORIAL

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

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



A adolescência é um momento mágico e complexo. A medicina debruça-se sobre as características do indivíduo nessa fase da vida. As lacunas no entendimento são enormes. Neste mês, *Femina* trata de um tema não menos complexo para nós ginecologistas e obstetras: a gravidez, muitas vezes não planejada, na menina-mulher. A falha nas ações contraceptivas é desnudada nas opiniões de oito especialistas da Febrasgo, do Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia Infante-Puberal. O assunto é esmiuçado na forma de depoimentos narrados pela jornalista Letícia. Mais relevante é o *Datasus* revelando que quase 15% dos nascidos têm uma adolescente como mãe. É muito, mas esse número pode ser maior! E se repete em 29% das vezes! Repercussões médicas e sociais são destacadas no texto. Ações educativas e preventivas são propostas. A batalha é nossa! Somos os médicos das mulheres e também das adolescentes. O foco médico é dirigido para todas as que assim optarem!

A assistência à mulher no climatério é paixão. Quais morbidades podem acometer a mulher durante o período de 40 a 65 anos de idade? Essa é a questão norteadora de nossas ações. A identificação precoce do câncer de mama é objetivo capital. E a mamografia ainda é a melhor ferramenta, se considerarmos sensibilidade e especificidade. Nas páginas deste volume, em comemoração ao Dia Nacional da Mamografia, o cenário atual em nosso país é desenhado pelos Presidentes da Sociedade Brasileira de Mastologia, da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Mamografia da Febrasgo e da CNE em Imaginologia Mamária da Febrasgo, em entrevista à Letícia. Relevância e dificuldades operacionais têm relato preciso. Em artigo da seção “Opinião dos Especialistas”, três renomados associados da Febrasgo examinam em detalhes a ocorrência de vômitos na gravidez e a opção crescente pelo uso do antagonista seletivo da serotonina ondansetrona no tratamento e prevenção das formas graves. Os autores mostram riscos de fissuras orais adicionais de 3 casos em 10.000 gestantes usuárias como clinicamente aceitáveis.

No seu Caderno Científico, *Femina* mostra a alta qualidade de seus colaboradores. No tópico “*Febrasgo Position Statement*” ou declaração da posição da Febrasgo, membros da CNE em Vacinas destacam a relevância da vacinação em mulheres com neoplasia, mostrando pontos-chave e recomendações úteis para nossa prática clínica. Outro artigo original, agora da região Sudeste, demonstra a prevalência de 3,6% de sífilis materna, com tratamento inadequado em 56% das vezes. Mais relevante, em 27% das grávidas o diagnóstico foi realizado apenas na internação para o parto. Fica claro que falhamos ainda no pré-natal. Três artigos de revisões narrativas mostrados neste volume enriquecem nossa prática diária. Para os interessados em infertilidade, o desafio está na compreensão do papel da endometrite crônica, de como identificá-la e, mais intrigante, de como tratá-la para melhorar os resultados reprodutivos. A revisão é excelente e vale a leitura. Uma revisão acerca da dor pélvica traz informações relevantes para nossa atuação e consideração dos aspectos psicossociais. Medo de parto? Um grupo da cidade de Santos utilizou instrumento validado para responder que um terço das gestantes teme o parto, sendo o medo dimensionado como pequeno a moderado em 68% delas, intenso em 24% e fobia em 7,5%. Pelo número de itens do questionário, o número de participantes é pequeno, mas os resultados são importantes e merecem reavaliação. O uso de instrumento adequado, não muito comum entre nós, qualifica o estudo.

Não queríamos um fevereiro sem abraços, mas tem que ser assim. O vírus continua preocupante. Nós continuamos em luta, na forma de pulsos. Perdemos também Mario Cavagna. Oremos. Protejam-se!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO



70 Capa

**Gravidez na
adolescência**
Uma chaga social
no Brasil

**Gestação
precoce:**
um assunto mais
que urgente

76 Entrevista

**Dia Nacional da
Mamografia**



79 Especial

Miomas uterinos

81 *In memoriam*

Luciane Brito

Um ícone da história da
Ginecologia do Maranhão

83 Opinião dos Especialistas

Ondansetrona durante a gravidez – Análise crítica de segurança

87 Federadas

ASGORR

Projetos inspiradores
para um novo ano

88 Residência Médica

Transição
profissional após
a Residência
Médica em
Ginecologia e
Obstetrícia



92 Defesa e Valorização Profissional

A vacinação de
ginecologistas e obstetras
no contexto da COVID-19

96 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Vacinação em mulheres com neoplasia

ARTIGO ORIGINAL

Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

ARTIGOS DE REVISÃO

Endometrite crônica e infertilidade

Principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda em mulheres

Medo do parto em gestantes

LANÇAMENTO

VONAU FLASH® AGORA É

FRESH

Os mesmos benefícios de Vonau Flash®, agora com sabor **menta**¹

SABOR MENTA¹



VONAU FLASH® (CLORIDRATO DE ONDANSETRONA), 4 MG E 8 MG, COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO ORAL. INDICAÇÕES: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE NAUSEAS E VÔMITOS EM GERAL. CONTRAINDICAÇÕES: PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. CRIANÇAS ABAIXO DE 2 ANOS. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES: NÃO DEVE SER USADO EM SUBSTITUIÇÃO A ASPIRAÇÃO NASOGÁSTRICA. FENILKETONÚRICOS E LACTANTES DEVEM UTILIZAR COM CAUTELA. MULHERES GRÁVIDAS NÃO DEVEM UTILIZAR SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA. EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA GRAVE, NÃO SE RECOMENDA EXCEDER A DOSE DIÁRIA 8 MG. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: INDUTORES OU INIBIDORES DAS ENZIMAS DO SISTEMA CITOCROMO P450. REAÇÕES ADVERSAS: CEFALÉIA, CONSTIPAÇÃO, FADIGA, DIARREIA, EXANTEMA CUTÂNEO. PARA MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE REAÇÕES INCOMUNS, CONSULTAR A BULA DE VONAU FLASH®. POSOLOGIA: USO ADULTO: 16 MG DE ONDANSETRONA (2 COMPRIMIDOS DE 8 MG). USO PEDIÁTRICO: PARA PACIENTES MAIORES DE 11 ANOS, RECOMENDA-SE A DOSE DE 4 A 8 MG DE ONDANSETRONA (1 A 2 COMPRIMIDOS DE 4 MG). PARA CRIANÇAS DE 2 A 11 ANOS, RECOMENDA-SE A DOSE DE 4 MG DE ONDANSETRONA (1 COMPRIMIDO DE 4 MG). VERIFICAR A BULA DE VONAU FLASH® SOBRE A NECESSIDADE DE AJUSTE DE DOSE/POPULAÇÕES ESPECIAIS.

CONTRAINDICAÇÕES: PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. CRIANÇAS ABAIXO DE 2 ANOS. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: INDUTORES OU INIBIDORES DAS ENZIMAS DO SISTEMA CITOCROMO P450.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VONAU FLASH®: CLORIDRATO DE ONDANSETRONA. BULA DO MEDICAMENTO

SAC 0800 724 65 22

www.biolabfarma.com.br

JANEIRO/2021 - MATERIAL DESTINADO À CLASSE MÉDICA

Av. Brigadeiro Faria Lima, 4.509, 14º andar • 04538-133 • Itaim Bibi • São Paulo/SP • 55 11 3573-6000

biolab
FARMACÉUTICA

Gravidez na adolescência

Uma chaga social no Brasil

por Cristiano Fernando Rosas – Médico Ginecologista e Obstetra e Coordenador da *Global Doctors for Choice/Brasil*

No Brasil, dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc/Datasus) apontam que, a cada sete crianças que nascem, uma é filha de mãe adolescente. Em 2019, o país teve 19.333 nascidos vivos de mães com até 14 anos de idade e 399.922 de mães entre 15 e 19 anos. Uma média diária estarrecedora de aproximadamente 1.149 crianças nascidas de mães adolescentes.

Entre os principais fatores associados à gestação na adolescência, estudos apontam a baixa escolaridade, a desinformação sobre sexualidade e saúde reprodutiva, a falta de acesso a métodos eficazes de contracepção — principalmente os contraceptivos reversíveis de longa ação (LARCs) —, além dos elevados índices de casamento infantil e de violência sexual praticada contra meninas e adolescentes, na maioria das vezes por pessoas conhecidas e/ou familiares.

Sabemos que onde não há políticas públicas, meninas e adolescentes ficam ainda mais vulneráveis a todo tipo de violação de direitos, e os dados também revelam o peso do racismo estrutural e da desigualdade social, agravada nos últimos anos no nosso país. Nesse cenário: segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cada 10 meninas grávidas ou com filhos, sete são negras e seis não trabalham e não estudam, e, a cada hora, quatro meninas de até 13 anos são estupradas, em sua maioria negras (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2019).

Além de agravar problemas socioeconômicos existentes, como abandono escolar e maior propensão ao uso de álcool e drogas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que a gravidez nessa faixa etária pode elevar a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais — anemia, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, complicações no parto, baixo peso ao nascer e mortalidade materna são algumas dessas ocorrências.

Neste mês de fevereiro, comemora-se a Semana Nacional de Prevenção da Gestação na Adolescência, momento propício para reflexões e conscientização. A data foi instituída pela Lei nº 13.798/2019 e tem o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução

da incidência da gravidez na adolescência. De acordo com a Rede Médica pelo Direito de Decidir – *Global Doctors for Choice/Brasil*, são seis os pontos fundamentais para enfrentar a gravidez na adolescência:

1. Sensibilizar e capacitar profissionais da saúde para o atendimento integral e humanizado de meninas e adolescentes;
2. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantir o fornecimento gratuito de métodos contraceptivos seguros e eficazes, incluindo os LARCs e eliminando as barreiras de acesso;
3. Eliminar as barreiras invisíveis que impedem o acesso ao aborto previsto em lei no país. Os dados do Datasus demonstram que ainda há um abismo entre o direito ao aborto legal e a real garantia do acesso de mulheres, adolescentes e meninas ao atendimento integral e humanizado nos serviços de saúde sexual e reprodutiva;
4. Promover e incentivar a formação continuada de profissionais da educação sobre gênero e direitos sexuais e reprodutivos;
5. Promover, sobretudo nas escolas, educação continuada sobre saúde sexual e reprodutiva, estimulando rodas de conversa com adolescentes, com informações confiáveis e baseadas em evidências sobre gênero, violência, sexualidade e reprodução, para que possam tomar decisões livres e responsáveis sobre sua vida sexual e reprodutiva para o exercício pleno de seus direitos sem discriminação, coerção ou violência;
6. Promover ações e estratégias entre poder público e a sociedade civil para a construção de políticas públicas, planos e programas de saúde sexual e reprodutiva.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e enfrentá-lo é uma tarefa de toda a sociedade – de profissionais dos sistemas de saúde, educação, justiça e segurança pública, de políticos e também das famílias.

Gestação precoce: um assunto mais que urgente

Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência reforça a importância de ações preventivas e educativas para reduzir o alto índice de bebês nascidos de jovens adolescentes

Por Letícia Martins

Gravidez geralmente é motivo de alegria para as famílias, mas quando o bebê está sendo gerado no útero de uma adolescente, a conversa ganha ares de preocupação, pois estamos falando de uma série de riscos envolvendo a jovem mãe, seu filho e o futuro de ambos. A preocupação vem sustentada pelos números alarmantes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Sinasc/Datasus): a cada sete crianças que nascem no Brasil, uma é filha de mãe adolescente.

Para o ginecologista obstetra Dr. Cristiano Fernando Rosas, coordenador no Brasil da Rede Médica pelo Direito de Decidir (*Global Doctors For Choice*) e vice-presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Violência Sexual e Interrupção Gestacional prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), “o Brasil vive uma epidemia de gestações na infância, para a qual ainda não tem sido dada a devida visibilidade”. Em 2019, o país teve 19.333 bebês nascidos de mães com até 14 anos de idade e quase 400 mil de adolescentes entre 15 e 19 anos. “Somos um dos campeões mundiais de gestações precoces, com uma média diária estarrecedora de aproximadamente 1.149 crianças nascidas de mães adolescentes”, alerta Rosas.

“A gestação na adolescência está associada a maiores riscos de partos prematuros, de recém-nascidos com baixo peso, de quadros de eclampsia, transtornos mentais, como a depressão, e de morte devido a complicações decorrentes de abortos inseguros ou da gravidez e do parto”, relaciona a presidente da CNE de Ginecologia Infante-puberal da Febrasgo e professora na Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Dra. Marta Francis Benevides Rehme.

Além de colocar em perigo a saúde da adolescente e do bebê, a gestação não planejada gera inúmeros outros prejuízos, como evasão escolar e vulnerabilidade social. “Por estar associada a maior risco de abandono escolar e, conseqüentemente, à perda de oportunidades de empregos, a gravidez precoce é um problema social

que induz a um círculo vicioso de pobreza”, argumenta a Dra. Marta, que também é delegada Regional no Paraná da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (Sogia-BR).

A Dra. Luciana Rodrigues Silva, presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e vice-presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), acrescenta que a gravidez nessa faixa etária representa um importante problema de saúde pública, que necessita de ampliação das políticas de saúde. “Um número muito significativo de adolescentes fica grávida por desinformação, falta de orientação adequada e, muitas vezes, a gestação ocorre como fruto de violência”, expõe.

O baixo acesso a métodos eficazes de contracepção, particularmente os contraceptivos reversíveis de longa ação (LARCs) e os altos índices de casamento infantil são outros motivos que colocam o Brasil em estado de alerta diante do elevado número de casos de gravidez precoce.

O Dr. Cristiano, que representa uma rede internacional articulada de médicos que atuam para influenciar a formulação de políticas e práticas relacionadas a direitos sexuais e reprodutivos e ao acesso a uma atenção médica integral, incluindo o aborto legal e seguro, argumenta que, nos lugares onde não há políticas públicas, crianças e jovens ficam ainda mais vulneráveis a todo tipo de violação de seus direitos, e os dados também revelam o peso do racismo estrutural e da desigualdade social, agravada nos últimos anos no nosso país.

Nesse cenário, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cada 10 jovens adolescentes grávidas ou com filhos, sete são negras e seis não trabalham e não estudam. A cada hora, quatro adolescentes de até 13 anos são estupradas, em sua maioria negras, como informa o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019.

SEMANA NACIONAL DE PREVENÇÃO À GRAVIDEZ

Pela magnitude do problema e pelo grande impacto na qualidade de vida das adolescentes, foi instituída, em

3 de janeiro de 2019, a **Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência**. A Lei nº 13.798/2019 tem como objetivo disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência. “A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e enfrentá-lo é uma tarefa de toda a sociedade – de profissionais dos sistemas de saúde, da educação, da justiça, da segurança pública, até de políticos e também das famílias”, afirma o Dr. Cristiano.

A presidente da SBP endossa essa afirmativa. “Essa semana nacional enfatiza a necessidade de toda a comunidade se debruçar sobre esse problema e contribuir para a diminuição da gravidez na adolescência através da conscientização adequada. É fundamental que setores da saúde, da educação, da assistência social e da justiça trabalhem juntos para desenvolver programas que protejam e informem de modo adequado todos os jovens meninos e meninas, a fim de que a gravidez seja uma decisão pensada e refletida por um casal mais amadurecido”, declara a Dra. Luciana.

O Dr. Agnaldo Lopes, presidente da Febrasgo, também se junta ao coro de representantes das entidades médicas que defende que a gravidez não planejada em adolescentes é um grande problema de saúde pública em todo o mundo, que gera uma “repercussão social intangível”. “Precisamos fazer o que estiver ao nosso alcance para mudar essa realidade. Infelizmente, o Brasil é campeão de mortalidade materna, que está ligada à gravidez não planejada, e há meios de reverter esse cenário. Temos, por exemplo, métodos contraceptivos seguros e podemos nos unir em campanhas de conscientização para toda a população”, afirma Lopes, citando um título que não nos orgulha.



“Trabalhar objetivos de vida com os adolescentes e fornecer educação de qualidade, visando à sexualidade responsável e ao planejamento familiar, são algumas estratégias importantes”,

citou a Dra. Marta Rehme.

CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

As ações em massa para conscientizar e informar meninos e meninas sobre a prevenção da gravidez na adolescência ocorrem anualmente na primeira semana de fevereiro, mas não devem se limitar a ela. “O Brasil apresenta problemas sérios de educação, o que impacta em qualquer campanha educativa, ainda mais em educação em saúde reprodutiva. Tornar este tema recorrente em campanhas o ano todo é fundamental para mudarmos nossa realidade”, pontua o Dr. João Bosco Ramos Bor-

ges, presidente da Sogia-BR e professor titular de Ginecologia na Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP).

Ele cita que, em 2019, a Sogia-BR, em parceria com a Febrasgo, promoveu 48 eventos em várias cidades das cinco regiões brasileiras. Em 2020, o número foi um pouco menor (40), pois as ações programadas para março com estudantes universitários e adolescentes nas escolas tiveram que ser canceladas em virtude da pandemia. Este ano, no entanto, a programação segue intensa. Pelo menos 27 eventos *on-line* já haviam

sido realizados até o fechamento desta edição, entre eles fóruns de discussão e rodas de conversa virtuais com adolescentes, além de entrevistas para a mídia e posts com dados sobre a gravidez no Brasil. A Sogia-BR e a CNE de Ginecologia Infanto-puberal da Febrasgo também elaboraram o documento Reflexões sobre a Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência, que foi amplamente distribuído nas mídias sociais brasileiras.

“Com essas atividades, esperamos atingir o público-alvo, que são os adolescentes, suas famílias, os profissionais de saúde, da educação e de áreas sociais e, em especial, nossos governantes, a fim de amplificar as ações em todo o País. Somente com esforço conjunto poderemos contribuir na redução efetiva dos números de gravidez na adolescência no Brasil”, afirma o Dr. João Bosco, que também é presidente do Departamento de Políticas Públicas da Sociedade Brasileira de Mastologia.

Por falar em números, o médico argumenta que os partos de adolescentes de 10 a 14 anos apresentam maiores taxas na região Norte, sendo Roraima, Amazonas e Acre os estados que chamam a atenção. Na região Nordeste, as maiores taxas ocorrem no Maranhão e em Alagoas. Taxas menores que 2 por 1.000 adolescentes de 10 a 14 anos ocorrem somente no Sudeste, no Sul e no Distrito Federal. “O conhecimento desses dados atuais, onde são apontados as regiões e os estados com maior incidência, possibilitará ações governamentais direcionadas diretamente aos locais com maior prevalência da gravidez. Os programas e campanhas de prevenção existentes estão mostrando resultados exitosos e precisam ser expandidos para as regiões mais carentes onde o acesso das adolescentes à educação e aos serviços de saúde é menor e conseqüentemente a taxa de gravidez é maior”, analisa o presidente da Sogia-BR.

“Outro ponto importante é direcionar ações para evitar a repetição da gravidez na adolescência, cuja prevalência



“A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e enfrentá-lo é uma tarefa de toda a sociedade”,
declarou o
Dr. Cristiano Rosas.

é alarmante no Brasil e é outro problema sério. Estudo revelou que a taxa de gravidez recorrente variou de 29,1% em pesquisas brasileiras para 15,9% a 20,9% em estudos norte-americanos. A estratégia de aumentar o uso de contraceptivos de longa duração, como DIUs e implantes subdérmicos, que não dependem de controle diário da adolescente, mostra-se promissora”, declarou o Dr. João Bosco.

ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS POSITIVAS

Tendo em vista que a gravidez na adolescência é o resultado de diversos fatores, a prevenção também requer o uso de estratégias multidimensionais. A Dra. Marta Rehme, da CNE de Ginecologia Infanto-puberal da Febrasgo, cita alguns exemplos de estratégias que devem estar incluídas no rol de ações para o enfrentamento das gestações em adolescentes no Brasil:

- Melhorar a qualidade da educação ofertada na rede de ensino e realizar ações que diminuam a evasão escolar;
- Trabalhar objetivos de vida com os adolescentes;
- Fornecer educação de qualidade visando à sexualidade responsável e ao planejamento familiar;
- Melhorar o acesso aos serviços de saúde para os adolescentes;
- Sensibilizar e capacitar profissionais da saúde para o atendimento de adolescentes e promover reciclagem periódica desses profissionais;
- Garantir o fornecimento de métodos contraceptivos gratuitos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo os LARCs;
- Estabelecer linha de cuidado nas UBS e nas unidades de Programa da Família;
- Promover rodas de conversa com grupos de adolescentes e formar, entre eles, agentes multiplicadores;
- Promover interface com as Secretarias de Educação, Saúde, Cultura e Esporte e poder público, executivo e legislativo, buscando ações para medidas legislativas;
- Estabelecer parceria com Instituições de Ensino Superior nas áreas de saúde, educação, esporte, cultura e entidades científicas;
- Estimular a troca de experiências exitosas interestaduais nacionais e internacionais.



“Outro ponto importante é direcionar ações para evitar a repetição da gravidez na adolescência, cuja prevalência é alarmante no Brasil”, alertou o Dr. João Bosco Borges.

Dentre todas as estratégias citadas acima, duas delas merecem especial destaque e deveriam ser adotadas em conjunto o mais breve possível: atuar na conscientização das adolescentes e oferecer a elas métodos contraceptivos eficazes e seguros.

O Dr. Cristiano Rosas afirma que há muitos estudos na literatura médica mostrando o alto impacto na diminuição da gestação entre adolescentes apenas viabilizando o acesso a métodos anticoncepcionais, em especial os LARCs. “Existe um conceito equivocado de que as adolescentes não devem usar DIU ou implantes. No entanto, os critérios de elegibilidade de métodos anticoncepcionais da OMS demonstram que esse conceito está errado. Os LARCs são altamente eficazes e seguros, não dependem do comportamento da usuária, além de serem reversíveis e impactarem na redução da mortalidade materna, no aborto inseguro e podendo ser usados em situações especiais, tais como no pós-parto, pós-aborto e em adolescentes”, esclarece.

O coordenador da *Global Doctors For Choice* no Brasil cita dois exemplos inspiradores de iniciativas nacionais que estão mudando esse cenário de altos índices de gravidez na adolescência, um no Norte e outro no Sudeste do país.

Um deles, o projeto **De Novo Não**, coordenado pela ginecologista obstetra Ida Perêa, presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Rondônia (Assogiro), desenvolve ações que contribuem para a redução de casos de gravidez não planejada e ajudam adolescentes a planejarem a próxima gravidez para um momento mais oportuno. A revista *Femina* de setembro de 2020 contou detalhes dessa iniciativa na reportagem “Ações que inspiram”. Confira no *site* da Febrasgo.

Fato é que, quando se coloca a lente da sensibilidade para olhar a juventude, em especial meninas e meninos que estão começando a descobrir o próprio corpo e o do outro, se percebe que a forma mais assertiva de trabalhar temas como sexualidade e reprodução humana é pela via do diálogo, e não do confronto ou da proibição.

Foi com essa premissa que a ginecologista Ana Teresa Derraik Barbosa, diretora-geral do Hospital da Mulher Heloneida Studart, em São João de Meriti, na Baixada Fluminense, começou, em 2016, a desenvolver um trabalho contínuo de orientação a adolescentes de baixa renda e acesso a métodos contraceptivos. “O município tem uma das maiores densidades demográficas da



“A gravidez nessa faixa etária representa um importante problema de saúde pública, que necessita de ampliação das políticas de saúde”, disse a Dra. Luciana Rodrigues Silva.

América Latina, alta taxa de natalidade e, na época, alta razão de mortalidade materna. É uma região também conhecida pelos altos índices de violência. Uma das coisas que mais me incomodava durante minha jornada de trabalho era a quantidade de meninas parindo em todos os plantões. 12, 13, 14 anos! Minha filha tinha essa idade e a empatia que eu sentia pelas mães das meninas (avós das crianças que nasciam) era enorme”, relata a Dra. Ana Teresa, que na época era médica plantonista do Hospital da Mulher.

Em 2013, ela foi convidada a assumir o cargo de coordenadora da obstetrícia e, logo em seguida, a direção clínica do hospital. Em 2015, ao participar do Congresso da FIGO (*The International Federation of Gynecology and Obstetrics*) no Canadá, que abordou o tema gestação na adolescência, a Dra. Ana Teresa conheceu muitas experiências exitosas e voltou de lá determinada a fazer algo a respeito.

Pesquisando as evidências, conheceu os trabalhos dos professores Bahamondes, Cristina Guazelli e Carolina Sales, sobre o uso de contraceptivos de longa ação, principalmente em populações vulneráveis. “Senti orgulho de constatar a qualidade das publicações dos nossos pesquisadores. Com eles aprendi que precisaria focar em dois pontos: educação e acesso à contracepção”, assume.

A primeira ação aconteceu em parceria com o centro profissionalizante próximo ao hospital, que atendia alunas do ensino fundamental e médio, 37 delas grávidas. A Dra. Ana Teresa propôs à direção da escola receber 60 alunas (número de poltronas no auditório do hospital) a cada dois meses para uma conversa sobre corpo, sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e contracepção. Ao fim da conversa, as meninas interessadas marcariam consulta ginecológica com foco em contracepção.

“O dia da primeira ação foi inesquecível! Assistir as meninas chegando no hospital, fazendo bagunça, alegres, com uniforme da escola, sem barriga, emocionou a todos. A sensação era de que estávamos conseguindo oferecer assistência em saúde no momento certo”, relembra.

Os resultados superaram as expectativas. “Já no início de 2017 não havia nenhum caso novo de gravidez na escola”, conta. “A carência de espaço para se conversar sobre sexualidade e contracepção de forma aberta com o rigor técnico das informações fornecidas é enorme. Educação e saúde precisam caminhar de mãos dadas. A miséria está na mulher so-

zinha cheia de filhos. Essa ação rompe com esse ciclo. É muito poderoso.”

Porém, a crise do Estado interrompeu a ação e no fim de 2017 a taxa de gravidez voltou a subir. “Em fevereiro de 2018, com a troca da organização do hospital, optei por entregar meu cargo e fiquei um ano afastada da instituição. Em maio de 2019, retornei como diretora-geral. Durante o ano em que fiquei afastada fundei uma organização social para dar seguimento a esse projeto tão bem-sucedido. Hoje tenho o Nosso Instituto, que, em parceria com entidades públicas e privadas, faz esse

trabalho de ir até as meninas em escolas, associações de moradores, cursos de pré-vestibulares comunitários e depois atendê-las em consulta ginecológica com foco em contracepção”, conta a Dra. Ana Teresa. Ela acredita que esse projeto pode ser um caminho para uma política pública de saúde. “Ele é fácil de ser replicado, desde que nos pautemos em levar às meninas informação técnica, baseada em evidências científicas, de forma palatável e acessível, na linguagem delas. Promovendo espaço de escuta.”

Nesses dois exemplos reais, fica evidente a importância dos ginecologistas e obstetras como agentes transformadores, sendo “a consulta ginecológica momento oportuno para abordar aspectos da sexualidade e promover a correta orientação sobre as consequências de uma gravidez precoce, orientar e auxiliar as adolescentes nas escolhas do método contraceptivo, além de abordar infecções sexualmente transmissíveis”, aponta a Dra. Marta Rehme.

Esse trabalho nem sempre é fácil e esbarra, por vezes, em aspectos culturais, religiosos e até criminais, mas os profissionais médicos podem contar com a Febrasgo para esclarecer dúvidas relacionadas à legislação específica, ao Estatuto da Criança e do Adolescente, ao sigilo e aos limites da autonomia. “Além de atuar na educação médica permanente e na elaboração de recomendações técnicas baseadas em evidências científicas, a Febrasgo tem promovido muitos momentos de discussão envolvendo temas sobre o atendimento de adolescentes”, declara o Dr. Agnaldo Lopes, presidente da entidade.

Recentemente, em uma edição da revista *Femina* (2021, v. 49, n. 1, p. 25-28), foi publicado um texto de alerta sobre atendimento de menores de 14 anos, no qual a CNE de Ginecologia Infanto-puberal procurou orientar os profissionais que atendem adolescentes sobre os aspectos ético-legais que envolvem menores de 14 anos e o exercício da sexualidade.



“Educação e saúde precisam caminhar de mãos dadas. A miséria está na mulher sozinha cheia de filhos”, afirmou a

Dra. Ana Teresa Derraik.



“A Febrasgo atua na educação médica permanente e tem promovido muitos momentos de discussão envolvendo temas sobre o atendimento de adolescentes”, declarou o
Dr. Agnaldo Lopes.

Dia Nacional da Mamografia

Queda nos exames de rastreamento do câncer de mama alerta para a urgência de retomar a rotina de cuidados preventivos com a saúde

Por Letícia Martins

Chega a dar um aperto no peito quando analisamos os impactos que um ano de pandemia do novo coronavírus já provocou na saúde em geral. Além dos mais de 10 milhões de infectados e das centenas de milhares de pessoas que lamentavelmente perderam a vida por causa da COVID-19, os reflexos dessa crise atingem desde o diagnóstico precoce até o tratamento de diversas doenças, como o câncer de mama, que é o mais incidente em mulheres no mundo todo.

Quando o câncer de mama é descoberto em estágio inicial, as chances de cura são de 90%, sendo a mamografia uma das formas mais eficazes para detectar a doença precocemente. Esse exame é tão importante que ganhou uma data no calendário nacional da saúde: dia 5 de fevereiro. Agora, mais do que nunca, essa data se torna extremamente necessária para esclarecer às mulheres



“As clínicas, os ambientes hospitalares e os centros de diagnósticos estão preparados para receber as pacientes. É mais seguro ir a esses lugares do que a *shoppings*”, argumentou o Dr. Vilmar Marques.

medo de COVID-19, enquanto 59% das mulheres de 30 a 39 anos responderam que estavam aguardando a pandemia passar para ir ao médico.

Segundo o Ministério da Saúde, o número de mamografias realizadas pelo Sistema Único de Saúde entre janeiro e julho do ano passado caiu 45%, na faixa etária de 50 a 69 anos, em relação ao mesmo período de 2019.

O Dr. Vilmar Marques, presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), teme que a redução na quantidade de mamografias aumente o número de casos de tumores avançados nas mulheres, com menor chance de cura e maior taxa de mastectomia e de tratamentos mais agressivos. “Estamos muito preocupados com a questão do tratamento postergado e do diagnóstico tardio. Por isso, enfatizamos que as mulheres não podem deixar de fazer seu tratamento ou seus exames. O atendimento nas unidades está sendo feito de maneira segura e as mu-



“Os médicos devem estimular suas pacientes a retornar à rotina de exames de rastreamento”, pontuou o Dr. Felipe Zerwes.

que é importante que elas saiam de casa, sim, para fazer o rastreamento do câncer de mama.

Nos primeiros meses de pandemia, a recomendação oficial era para que as pacientes evitassem clínicas e hospitais se estivessem assintomáticas, e isso impactou a realização dos exames preventivos. Uma pesquisa realizada com 1.400 mulheres com 20 anos ou mais, feita pelo Ibope Inteligência a pedido da farmacêutica Pfizer, revelou que 62% delas não fizeram exames de detecção de câncer de mama em 2020 por causa da pandemia.

Outro dado preocupante: 73% das entrevistadas com idade superior a 60 anos disseram não ir ao médico ginecologista ou mastologista por causa do



Pesquisa com 1.400 mulheres apontou que:

- 62%** delas não fizeram exames de detecção de câncer de mama em 2020 por causa da pandemia;
- 73%** das entrevistadas com idade superior a 60 anos disseram não ir ao médico ginecologista ou mastologista por causa do medo de COVID-19;
- 59%** das mulheres entre 30 e 39 anos responderam que estavam aguardando a pandemia passar para ir ao médico.

lheres devem retomar a rotina de agendar sua consulta e exames”, declarou.

O presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Mastologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Dr. Felipe Zerwes, acredita que é tarefa de todos os médicos ajudar a reverter o prejuízo que a pandemia trouxe para a saúde da população, em especial a insegurança e o medo que causou. “Os serviços de radiologia mamária estão se esforçando para melhorar o acesso das pacientes, otimizando as condições de higiene e evitando, na medida do possível, a aglomeração de pessoas. Os médicos devem estimular suas pacientes a retornar à rotina de exames de rastreamento”, pontuou Zerwes.

O Dr. Vilmar completa dizendo que atualmente as pacientes correm menos risco nos hospitais do que quando estão no supermercado, salão de cabeleireiro ou *shopping*. “As clínicas, os ambientes hospitalares e os centros de diagnósticos estão preparados para receber as pacientes. As equipes de saúde já foram imunizadas e os locais são frequentemente higienizados, contando com fluxos adequados de pacientes e espaços adequados para separar pacientes com suspeita de COVID-19. É mais seguro para a mulher ir no centro médico do que no *shopping*”, declarou.

Para orientar os ginecologistas e obstetras sobre prevenção de câncer de mama neste momento de pandemia, a CNE de Mastologia trabalha com a diretoria científica da Febrasgo e em estreita relação com a CNE

No Brasil, a Lei nº 11.664 garante a realização da mamografia no SUS para mulheres com mais de 40 anos.

Uma das formas mais eficazes de prevenir o câncer de mama é realizar a mamografia periodicamente.

de Imaginologia Mamária para desenvolver diretrizes atualizadas e recomendações de conduta. “Assim, o associado ginecologista conta com todo assessoramento científico necessário para dirimir quaisquer dúvidas que possa ter a respeito desse e de outros tópicos relacionados à saúde mamária”, frisa Zerwes.

OS DESAFIOS DA PANDEMIA NÃO PARAM

A urgência para que os exames preventivos sejam retomados aumenta conforme a pandemia avança e as estatísticas são atualizadas. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou que o câncer de mama se tornou a forma mais comum da doença no mundo, ocupando o lugar que era do câncer de pulmão há mais de duas décadas.

Embora entre os especialistas essa notícia já fosse esperada, não deixa de ser preocupante. “Um dos grandes fatores de risco para o câncer de pulmão é bastante conhecido e vem sendo combatido há muito tempo. Era questão de tempo para que as campanhas antitabagismo mundiais surtisses algum efeito na incidência da doença. Por outro lado, o câncer de mama não tem um grande ‘vilão’ modificável. Além disso, as recomendações de rastreamento ao redor do mundo acabam acarretando um número maior de diagnósticos de câncer de mama”, argumentou o presidente da CNE de Mastologia da Febrasgo.

Mas tão importante quanto rastrear o câncer de mama de forma precoce é diagnosticá-lo corretamente e começar o tratamento o quanto antes. Infelizmente, a pandemia prejudicou tanto o rastreamento quanto o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. “Mulheres que tiveram uma alteração no exame e precisaram realizar uma biópsia, fazer uma investigação mais profunda, encontraram muita dificuldade, porque muitos serviços foram cancelados no início da pandemia”, argumentou o Dr. Eduardo Carvalho Pessoa, presidente da CNE de Imaginologia Mamária da Febrasgo e vice-presidente da SBM Regional São Paulo.

Há outros desafios que já existiam antes da pandemia e foram acentuados agora. Um deles é a dificuldade de acesso aos mamógrafos no Brasil. No entanto, o problema não é a falta desses aparelhos. Segundo o Ministério da Saúde, são cerca de 4,2 mil mamógrafos em uso no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, que é considerado suficiente no país, no entanto eles são mal distribuídos – a maioria está nas grandes cidades e capitais, deixando boa parte da população do interior e de pequenas cidades descoberta, com im-

possibilidade de fazer o exame de maneira rápida. Em tempos de pandemia, deslocar-se para fazer o exame torna-se praticamente inviável.

“Outro ponto que precisamos destacar é a nossa luta para melhorar a qualidade dos exames. Ainda encontramos exames com má qualidade que acabam prejudicando o diagnóstico precoce”, argumentou o Dr. Eduardo. Nesse sentido, o presidente da CNE de Imaginologia Mamária ressaltou o trabalho que a Febrasgo, o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Sociedade Brasileira de Mastologia realizam para melhorar a qualidade do exame mamográfico. Uma comissão de mamografia criada pelas três entidades fornece aos serviços todo o apoio para melhorar a qualidade do exame, e os serviços que adotam as medidas preconizadas recebem o um Selo de Qualidade.

Além de emitir o selo, as três sociedades também emitem normas de qualidade do exame, no que diz respeito à quantidade e ao limite de radiação que cada paciente deve receber, e orientam seus associados para o melhor desempenho da atividade.

Por falar em orientação e conscientização, a Febrasgo bate nessa tecla constantemente, “pois, como não existe uma política pública organizada para o rastreamento do câncer de mama, nós, ginecologistas e obstetras, temos um papel importantíssimo na missão de melhorar a qualidade de vida das mulheres, proporcionando a elas o diagnóstico e tratamento precoce para doenças como o câncer de mama”, finalizou o Dr. Eduardo.

Portanto, ainda que não haja números positivos para celebrar o Dia Nacional da Mamografia, há motivos para comemorar outra data importante lembrada também em 5 de fevereiro: o Dia Nacional do Mastologista, profissional que se dedica a estudar, diagnosticar e tratar as doenças das mamas. A todos os mastologistas, nossos agradecimentos e nossos parabéns. 



“Como não existe uma política pública organizada para o rastreamento do câncer de mama, os ginecologistas e obstetras têm um papel importantíssimo nessa missão”, disse o Dr. Eduardo Pessoa.

O câncer de mama se tornou a forma mais comum da doença no mundo, ocupando o lugar que foi do câncer de pulmão durante 20 anos.

Miomas uterinos

Especialistas discutem casos clínicos e se atualizam sobre o tema em quatro aulas *on-line* promovidas pela CNE de Endoscopia Ginecológica da Febrasgo

Por Letícia Martins

Entre os dias 10 de dezembro de 2020 e 18 de fevereiro de 2021, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) realizou uma série de quatro webinários sobre miomas uterinos.

As aulas *on-line* reuniram grandes especialistas médicos, que debateram os seguintes temas: tratamento histeroscópico e tratamento clínico dos miomas uterinos, aspectos importantes em miomectomias e alternativas minimamente invasivas no tratamento do mioma uterino.

Coordenada pelos presidente e vice-presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Endoscopia Ginecológica, Dr. Paulo Ayrosa e Dr. Mariano Tamura, a série de *lives* sobre miomas fez parte do projeto Febrasgo Play, que tem como objetivo levar atualização científica aos associados em um formato dinâmico e acessível.

“Esperávamos há muito tempo por uma oportunidade de discutir sobre o diagnóstico e o tratamento dos miomas uterinos e ficamos muito satisfeitos com o resultado. Essa série de *lives* realmente foi fantástica”, avaliou o Dr. Paulo.

E o Dr. Mariano confirmou: “Neste momento de distanciamento social e enquanto aguardamos a possibilidade de realizar novamente encontros presenciais, a Febrasgo acertou mais uma vez ao trazer uma sequência de quatro aulas sobre miomas uterinos. Foi uma experiência muito bem-sucedida, oportuna e que certamente deverá ser repetida”.

Ele explicou ainda que a iniciativa foi oportuna não somente pelo fato de estarmos vivendo em uma pandemia e a



modalidade virtual ser a alternativa mais segura para eventos, mas também porque os miomas uterinos são muito frequentes na população feminina – estima-se que até 60% das mulheres em idade fértil tenham miomas.

Apesar de ser um tumor de caráter benigno, ele é responsável por muitas intervenções cirúrgicas ginecológicas. Por isso, discutir o assunto é fundamental para que o tratamento seja feito da melhor forma possível, com intervenções minimamente invasivas.

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

Para deixar as aulas dinâmicas e ampliar a troca de ideias, os coordenadores optaram por convidar sempre dois especialistas no assunto mioma para apresentar casos clínicos, além de um moderador, que ficou incumbido de fazer provocações e destacar pontos importantes do debate, e o coordenador ou condutor da aula.

O presidente da CNE de Endoscopia Ginecológica explicou a estratégia

“A Febrasgo acertou mais uma vez ao trazer uma sequência de quatro aulas *on-line* sobre miomas uterinos. Foi uma experiência muito bem-sucedida, oportuna e que certamente deverá ser repetida”, avaliou o Dr. Mariano Tamura.



usada: “Esta edição da Febrasgo Play teve uma inovação proposta pelo diretor científico, Dr. César Fernandes, que foi trazer, além de grandes especialistas no tema, a participação do ginecologista, que está em constante contato com as pacientes. Com isso, as aulas ficaram ainda mais interessantes e a participação massiva dos colegas no *chat*, com perguntas de cunho prático do dia a dia do consultório, engrateceu o debate e tornou a experiência muito prazerosa”, destacou o Dr. Paulo.

Um dos pontos debatidos de maior repercussão foi sobre a escolha da melhor técnica de miomectomia, que depende da localização e do tamanho do mioma, bem como da experiência do cirurgião. As abordagens mais usadas no tratamento desses miomas são a laparoscopia (minimamente invasiva) e a laparotomia, sendo a última a mais indicada quando existe suspeita de malignidade e quando os miomas são múltiplos e de grandes dimensões. Há um risco de sangramento durante a cirurgia, que pode levar a complicações e, em última instância, colocar até a vida da paciente em risco. “Durante as aulas, discutimos medidas para evitar hemorragias tanto na cirurgia minimamente invasiva quanto na cirurgia aberta”, disse o Dr. Mariano.

Outro ponto abordado na aula foi como retirar com segurança os tumores muito grandes de dentro do abdômen da mulher, em especial quando o cirurgião faz cortes pequenos, sem que haja disseminação tecidual.

O QUE VEM POR AÍ

Para 2021, a CNE de Endoscopia Ginecológica prepara diversas ações, como a retomada do treinamento e cursos práticos para cirurgiões recém-formados. “O projeto, chamado Cirurgiões do Futuro, já está muito bem planejado. Serão pelo menos 100 vagas de baixo custo para jovens médicos se especializarem em Endoscopia Ginecológica”, revelou o Dr. Paulo.

“Esperávamos por uma oportunidade de discutir sobre o diagnóstico e o tratamento dos miomas uterinos e ficamos muito satisfeitos com o resultado. Essa série de *lives* realmente foi fantástica”, comemorou o Dr. Paulo Ayrosa.



A ideia é dar sequência ao programa Febrasgo Play com debates de outros temas relevantes, como os tumores ovarianos, prolapsos genitais e endometriose.

QUEM PODE ASSISTIR ÀS LIVES

As aulas do Febrasgo Play são divulgadas no *site* e nas redes sociais da Febrasgo e transmitidas ao vivo pela internet. Todos os associados podem assistir em tempo real e participar enviando dúvidas pelo *chat*.

Algumas aulas também ficam salvas no *site* da Febrasgo para associados. 



Atualização Científica Online



Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/pt/febrasgo-play/webinar>

Luciane Brito

Um ícone da história da Ginecologia do Maranhão (1949-2021)

Luiz Gustavo Oliveira Brito¹, Maria Bethânia da Costa Chein²

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

2. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

Autor correspondente:

Luiz Gustavo Oliveira Brito

Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária, 13083-881, Campinas, SP, Brasil.

lgobrito@unicamp.br

Em 14 de abril de 1949, nascia na cidade de Cururu-pu, Maranhão, Luciane Maria Oliveira Brito. Foi a irmã do meio, e logo depois de alguns anos, mudou-se do interior do Estado para São Luís para estudar no Colégio Santa Teresa. Aplicou-se para o curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), tendo sido aprovada em primeira chamada, em 1968.



Seu gatilho para a saúde da mulher foi em 1973, no último ano da graduação, após assistir à conferência do professor João Paulo Rieper na Universidade Federal da Bahia sobre a "Importância da colposcopia na prevenção do diagnóstico do câncer de colo uterino". Embevecida pelo brilhantismo da conferência sobre o câncer de colo uterino e os métodos para sua prevenção e detecção precoce, identificou-se prontamente com a missão de salvar vidas, pois naquela ocasião o câncer tinha altíssima taxa de mortalidade, principalmente no Maranhão. Sem hesitação, identificou-se para o professor Rieper e pediu-lhe orientações sobre como e onde ela poderia aprender Ginecologia Oncológica.

Dessa maneira, no ano seguinte, foi para o Rio de Janeiro, onde ingressou no Instituto de Ginecologia (Hospital Moncorvo Filho) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde existia o Ambulatório Preventivo do Câncer de Colo Uterino, primeiro no Brasil, que oferecia o tripé para o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, iniciando aí as suas primeiras pós-graduações, especialização e mestrado em Ginecologia.

Ao retornar para São Luís, ingressou na UFMA em 1979, já com o mestrado como professora-assistente. Na ocasião, foi a primeira mulher docente da Divisão de Ginecologia e a primeira com mestrado no Departamento de Medicina III, que agrega Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. Luciane sempre comentava que "ser mulher envolvia desafios tanto pessoais quanto profissionais e para voar alto em qualquer direção é preciso fazê-lo em grupo". Em 1987, retornou para o Rio de Janeiro para iniciar e concluir o doutorado, em 1990, e durante esse período procurou envolver-se na universidade, reiniciar a prática assistencial e ajudar a população feminina local. Altruísta e solidária, integrou o movimento feminista maranhense e manteve-se na luta pelas causas das mulheres e pelos direitos humanos no Maranhão, como membro efetivo da Associação das Médicas do Maranhão (AMMA) e do Memorial e Instituto Maria Aragão.

Foi membro fundador da Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, atual Genitoscopia, e, depois disso, procurou levar ao Maranhão várias especialidades e áreas de atuação da Ginecologia. Ajudou a fundar as regionais do Maranhão da Sobrac (Sociedade Brasileira de Climatério), SBRH (Sociedade Brasileira de Reprodução Humana), Sobrage (Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina), Sogia (Sociedade de Ginecologia da Infância e Adolescência), SBRASH (Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana) e Sobragon (Sociedade Brasileira de Ginecologia Oncológica). Por um período de sete anos, foi da diretoria da Sogima (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Maranhão), colaborando na implantação da sua primeira sede própria e expandindo as ações da sociedade. Organizou o primeiro congresso do Norte-Nordeste de Ginecologia e Obstetrícia ocorrido em São Luís e, com isso, ligou-se à Soginne. Após sair da diretoria da Sogima, permaneceu na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) integrando ou presidindo as Comissões Nacionais Especializadas de Planejamento Familiar, Ginecologia Oncológica, Psicossomática, Mortalidade Materna e Ginecologia Infantojuvenil, com destaque para a presidência da Ética e Bioética, sendo homenageada no Congresso Mundial em Copenhague, Dinamarca, promovido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em 1997, pela excelência de sua atuação na presidência dessa comissão. Também foi presidente da Comissão de Aleitamento Materno e membro do *Board* Editorial desta revista, a *Femina*.

Sentiu que havia colaborado em ações na graduação/ensino, na assistência e na extensão (criou a Liga Acadêmica de Ginecologia Endócrina e Climatério) da UFMA, inclusive convidando a professora Maria Bethânia Chein, oriunda do Rio de Janeiro, para compor o grupo de profissionais no Maranhão. Porém, nos anos 2000, percebeu que a Pós-graduação em Saúde da Mulher precisava ser estruturada no estado. Começou a desenhar o Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança (MSMAC), repaginado como Saúde do Adulto, na UFMA. Viagens e reuniões com órgãos de fomento à pesquisa nacional (Capes, CNPq) e estadual (Fapema) começavam a ser desenhadas, parcerias nacionais com outras universidades e instituições foram firmados [Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)], e houve aumento da massa crítica de cientistas na UFMA, assim como a criação do primeiro Biobanco de Tumores e DNA do Maranhão no Nordeste. Foi confreira das Academias

Maranhense de Medicina e de Ciências. Foi consultora *ad hoc* do Ministério da Saúde e outras Instituições de Educação Superior e Bolsista de Produtividade da Fapema. Foi agraciada com o Prêmio Fapema/2019, na categoria Pesquisadora Sênior em Ciências da Saúde.

Luciane apaixonou-se pela pós-graduação e levou isso a cabo até enquanto não esteve impedida de fazê-lo. Nos últimos meses, com o início da pandemia, o pensamento ficou mais arcádico, e a ideia de ficar somente sendo avó em tempo integral vinha se consolidando – seus três netos (Ana Clara, Luiz Henrique e Maria Clara) eram sua razão de viver; quando se reuniam, Luciane parava tudo por causa deles. Foi uma grande avó, a exemplo da sua mãe, Maria Bárbara Faray Oliveira, a dona Cotinha.

Luciane foi uma mulher à frente do seu tempo, uma visionária. Enfrentou diversos desafios pessoais para estabelecer e ultrapassar fronteiras impostas por outros e, com muito carisma e simpatia, conseguiu colaborar para o atendimento ginecológico das mulheres no Maranhão e expandi-lo. Sempre desejou voltar à São Luís para trabalhar em prol da Ginecologia do estado e, principalmente, para ser um exemplo para as mulheres que a circundavam. Todas as pessoas do círculo pessoal de Luciane tiveram inspiração profissional na sua *persona*, como *role model*, em que tentava equilibrar a árdua tarefa de ser mulher, mãe e médica em um cenário que nem sempre foi favorável. Mas, felizmente, Luciane viveu cercada de amigos, de norte a sul do Brasil, e dentro do Maranhão, até o fim. Infelizmente, a pandemia de COVID-19, que já dizimou 250 mil vidas em nosso país, levou-a no dia 11 de fevereiro de 2021, às 7h25. Estava com a filha e a sua companheira internada na mesma UTI quando Deus a levou para perto de si. Durante esses tenebrosos dias entre a vida e a morte, Luciane esteve cercada por todos e todas que foram seus alunos um dia e que não mediram esforços para prover o melhor cuidado possível dentro das limitações existentes sobre essa terrível doença que ainda carece de muitos estudos. O velório foi virtual; a pandemia anula o processo presencial de luto, e centenas de mensagens de parentes e amigos mais distantes até as pessoas mais próximas são essenciais para suportar o processo de luto que atualmente vivemos. Agradecemos as pessoas mais próximas a ela nesse processo de transição para uma nova existência: Haíssa, Rui, Bethânia, Luiz Gustavo, Alda, Lourdes, Daniela, Ricardo, Jucileide, Eliane, Família Faustino, Aparecida e Rose. O luto não acaba, ele ameniza, mas não finaliza. Mas sabemos que Luciane, guerreira como era, lutou até o fim. E esta é a mensagem que provavelmente ela deixa no seu epílogo: lutem para fazer o que desejam, vivam intensamente e procurem ser gentis nas suas ações. 

Ondansetrona durante a gravidez – Análise crítica de segurança

Roseli Mieko Yamamoto Nomura¹, Sílvia Regina Piza², César Eduardo Fernandes³

As náuseas e vômitos na gestação (NVGs) afetam de 70% a 85% das gestantes. As NVGs afetam a qualidade de vida e a atividade social da gestante.⁽¹⁾ Ocorrem especialmente entre a 5ª e a 9ª semana de gestação, mas podem persistir por mais tempo, até após a 20ª semana. A forma grave, denominada hiperêmese gravídica (HG), pode ocorrer em 0,3% a 3% das gestações⁽²⁾ e é caracterizada pela perda de peso, podendo ainda apresentar desidratação, desnutrição ou cetonúria. Nessas situações, é frequente a hospitalização da gestante e algumas, com quadros refratários, podem inclusive considerar a interrupção da gravidez.⁽³⁾

Cerca de 25% dos casos manifestam-se como náusea matinal⁽⁴⁾ e, aproximadamente, 10% das pacientes necessitam de tratamento farmacológico mesmo após o segundo trimestre.⁽⁵⁾

Muitas vezes, pacientes e médicos temem o uso de medicamentos durante a gravidez em razão das preocupações com os potenciais riscos para o feto.

Nos dias atuais, entre as alternativas disponíveis para tratamento farmacológico das NVGs, a ondansetrona se constitui no medicamento mais prescrito com essa indicação.⁽⁶⁾ Por esse motivo e pelas controvérsias publicadas nos últimos tempos a respeito da sua segurança para o desenvolvimento fetal, como adiante detalharemos, nos parece relevante analisar criticamente o seu uso no tratamento das NVGs.

A ondansetrona é um antagonista seletivo do receptor 5-HT₃ da serotonina, classe farmacológica que foi originalmente desenvolvida para controlar a êmese induzida por quimioterapia, sendo também amplamente utilizada nos quadros de náuseas e vômitos no período pós-operatório.⁽⁷⁾

Atualmente, a ondansetrona tem indicação como droga de primeira linha para o tratamento de quadros de náuseas e vômitos em algumas sociedades, como a Sociedade Brasileira de Pediatria, com seu uso liberado a partir dos 6 meses de idade pelo Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O uso da ondansetrona para a prevenção de náuseas e vômitos cresceu também entre as mulheres grávidas ao longo dos anos. A figura 1⁽⁶⁾ mostra a tendência do tratamento medicamentoso das NVGs em estudo realizado com 10.540 gestantes, sendo, entre essas, 7.393 (70%) com NVG, pelo *National Birth Defects Prevention Study* (NBDPS), no período compreendido entre 1997 e 2011.⁽⁶⁾

No que se refere à segurança do uso quanto à saúde reprodutiva, a ondansetrona é classificada como Categoria B do *Food and Drug Administration* (FDA), não sendo teratogênica em estudos com animais. Contudo, atravessa a barreira placentária e é encontrada em tecidos fetais.⁽⁸⁾

Como já demonstrado, o consumo de ondansetrona entre gestantes aumentou de menos de 1% em 2001 para 22,4% em 2014 nos Estados Unidos.⁽⁹⁾ Por esse motivo, seu uso na gestação vem sendo questionado em estudos recentes no que se refere a malformações fetais e segurança reprodutiva.

Na abordagem farmacológica atual dos quadros de NVGs, as diretrizes de tratamento consideram o uso da ondansetrona como tratamento de segunda linha. O uso *off-label* foi recomendado pelo Colégio Americano de Obstetras

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

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

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

Conflito de interesses:

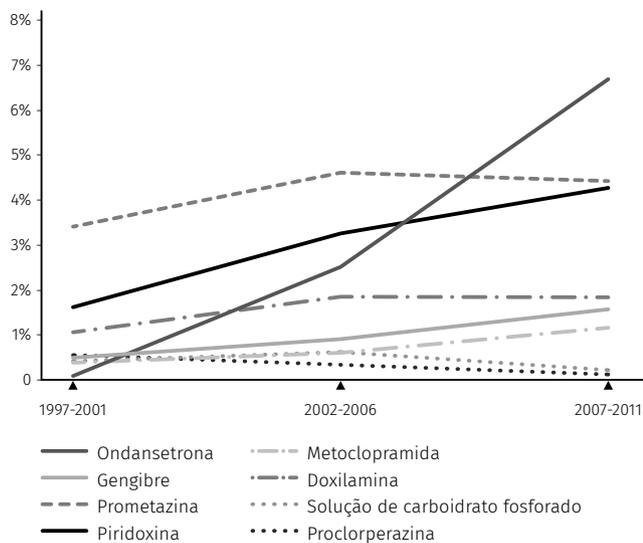
Roseli Mieko Yamamoto Nomura realiza consultoria científica para a EMS e Biolab para o produto ondansetrona e realiza palestras habituais para a EMS, Abbott e Grunenthal. Sílvia Regina Piza e César Eduardo Fernandes não referem conflito de interesses para esta publicação.

Autor correspondente:

César Eduardo Fernandes
Av. Lauro Gomes, 2000, 09060-870,
Santo André, SP, Brasil.
cesarefernandes001@gmail.com

Como citar:

Nomura RM, Piza SR, Fernandes CE. Ondansetrona durante a gravidez – Análise crítica de segurança. *Femina*. 2021;49(2):83-6.



Fonte: Adaptada de Schragr NL, Adrien N, Werler MM, Parker SE, Van Bennekom C, Mitchell AA, et al. Trends in first-trimester nausea and vomiting of pregnancy and use of select treatments: findings from the National Birth Defects Prevention Study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2021;35(1):57-64.⁽⁶⁾

Figura 1. Tendências seculares no tratamento de náuseas e vômitos na gravidez

e Ginecologistas (ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*) para tratamento da HG e NVGs que não respondem a outras terapias recomendadas.⁽¹⁰⁾

Segundo o protocolo apresentado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo),⁽¹¹⁾ todos os estudos comparativos entre antieméticos mostram superioridade de ação da ondansetrona sobre os demais grupos farmacológicos, tanto nos casos mais leves como nos mais graves; além disso, a ondansetrona apresenta baixa incidência de efeitos colaterais, sendo o rubor facial o principal deles.⁽¹²⁾

Na revisão sistemática e metanálise de Kaplan *et al.*,⁽¹³⁾ a ondansetrona é reconhecida como o agente antiemético mais empregado por sua eficácia e baixo risco teratogênico.

ESTADO ATUAL DE CONHECIMENTO SOBRE A SEGURANÇA DA ONDANSETRONA NO TRATAMENTO DAS NVGS

Alguns estudos avaliaram a segurança da ondansetrona durante a gestação. Em estudo de coorte retrospectivo realizado por Fejzo *et al.*⁽¹⁴⁾ em 2016, nos EUA, foram analisados três grupos de gestantes: 1.070 expostas à ondansetrona no tratamento da HG comparadas com 771 com histórico de HG sem exposição à ondansetrona e 1.555 gestações não expostas à ondansetrona e sem HG. Os defeitos do septo ventricular foram relatados em 2/952 dos recém-nascidos no grupo de exposição à ondansetrona e em 4/1.286 no grupo não exposto e sem HG. A fenda palatina foi relatada em 1/952 nascidos vivos no grupo exposto à ondansetrona e em 2/1.286 no grupo não exposto e sem HG. O mesmo estudo reve-

lou que mulheres com história de HG e que tomaram ondansetrona relataram menos abortos espontâneos e interrupções de gestação e taxas mais altas de nascidos vivos. Resultados gerais não evidenciaram teratogenicidade da ondansetrona.⁽¹⁴⁾

Parker *et al.* (2018)⁽¹⁵⁾ não identificaram a associação de malformações congênicas gerais ou anomalias cardíacas com o uso da ondansetrona no primeiro trimestre, avaliando os dados de dois estudos de caso-controle: o *National Birth Defects Prevention Study* e o *Sloane Birth Defects Study*.

Huybrechts *et al.*, em 2018,⁽¹⁶⁾ avaliaram que a exposição à ondansetrona no primeiro trimestre da gestação não foi associada a malformações cardíacas congênicas em geral, mas foi associada a um pequeno aumento do risco de fissuras orais: a prevalência de fissuras orais foi de 11,1 por 10.000 bebês não expostos [intervalo de confiança (IC) de 95%: 10,6-11,6] e de 14,0 por 10.000 bebês expostos à ondansetrona (IC de 95%: 1,03-1,48).

Um grande estudo publicado por Zambelli-Weiner *et al.*⁽¹⁷⁾ sugere que a exposição à ondansetrona no primeiro trimestre está associada a um aumento no risco de defeitos cardíacos [*odds ratio* (OR) ajustado: 1,43, IC de 95%: 1,28-1,61] e a um risco aumentado não estatisticamente significativo de defeitos orofaciais (OR: 1,30, IC de 95%: 0,75-2,25). Entretanto, limitações do estudo prejudicam sua interpretação. Informações relacionadas ao estilo de vida não foram coletadas na origem dos dados e não puderam ser analisadas como fatores de confusão, e os resultados foram identificados utilizando-se códigos do CID-9, o que pode resultar em uma subestimação do risco. Além disso, o estudo foi realizado com base nas informações de prescrições realizadas, o que não significa necessariamente exposição à droga. Essas limitações são inerentes à natureza da fonte de dados.

Kaplan *et al.* (2019)⁽¹³⁾, em revisão sistemática, sustentaram que o uso da ondansetrona na gravidez não estava associado significativamente ao aumento das taxas de incidência de malformações congênicas em geral, defeitos cardíacos, fendas orofaciais, malformações genitourinárias e hipospadias. Foram incluídos estudos que totalizaram 3.914 crianças expostas à ondansetrona e 1.563.139 não expostas no grupo controle. Nenhum aumento significativo na taxa de malformação congênita maior geral foi detectado com o uso da ondansetrona durante a gravidez (OR: 1,16; IC de 95%: 0,92-1,45) na análise primária.

Assim, os estudos que investigaram a segurança do uso de ondansetrona na gravidez trouxeram informações contraditórias e polêmicas acerca de sua prescrição para o tratamento das NVGs.⁽¹⁸⁾ Eles relataram ocorrências inconsistentes, embora a taxa de malformação congênita principal não tenha aumentado.^(13-16,19,20) Melhor compreensão sobre as contradições sobre a segurança da ondansetrona mencionadas por esses estudos no tratamento das NVGs, das suas consequências sobre hábitos prescritivos e das posições das agências regulatórias pode ser apreciada nas considerações pontuadas a seguir.

- I. Em setembro de 2019, em consequência do estudo publicado em dezembro de 2018, a Agência Europeia de Medicamentos (EMA), por meio do Comitê de Avaliação de Risco de Farmacovigilância, recomendou que a ondansetrona não fosse usada durante o primeiro trimestre de gravidez;⁽²¹⁾
- II. Ainda em setembro de 2019, reavaliando a recomendação da EMA, a Rede Europeia de Serviços de Informações Teratológicas (ENTIS) manifestou que a ondansetrona ainda deveria ser considerada uma opção para pacientes com vômitos graves na gravidez, para as quais outros tratamentos falharam.⁽²²⁾ Em outubro do mesmo ano, a Febrasgo se posicionou com sua recomendação;
- III. Em novembro de 2019, devido à polêmica gerada, o mesmo grupo do estudo publicado em dezembro de 2018 reavaliou os dados e acompanhou a administração de ondansetrona intravenosa (IV) em gestantes. Apesar de maiores níveis de exposição à administração via oral (VO) versus IV, observou-se risco relativo (RR) de administração IV menor que VO, e, finalmente, ainda que de difícil compreensão, foi observado que o uso da ondansetrona, por VO e IV associados, apresentou menor risco para malformações entre todas as avaliações;⁽¹⁸⁾

- IV. Em julho de 2020, em meio à pandemia de COVID-19, paradoxalmente, os mesmos autores questionaram a ação da EMA em contraindicar a ondansetrona no início da gravidez.⁽²³⁾ Sugerem “reavaliar” a proibição por considerarem inadequada essa restrição, visto que a base das evidências científicas válidas deve ter foco na magnitude do risco absoluto (aumento de 0,03%),⁽²⁴⁾ na clareza diante de erros aleatórios e sistemáticos e na qualificação da gravidade do evento.

A cronologia das publicações acima referidas está apresentada na figura 2.

Cabe ainda considerar que, no caso das NVGs, existem potenciais riscos na ausência de tratamento e evolução para quadro de HG, aumentando as chances de abortamento, parto prematuro e fetos pequenos para a idade gestacional. Ainda, faz-se necessário analisar a segurança das demais terapêuticas alternativas disponíveis, o que justifica a necessidade de vigilância contínua como rotina para todos os fármacos.

A ondansetrona é considerada tratamento de primeira linha para NVG desde 2014, pois a diminuição da incidência de sintomas favorece a melhora física e mental das pacientes, reduzindo o afastamento do trabalho e os gastos com a saúde e com consultas de urgência, além de melhorar a qualidade de vida.⁽²⁵⁾ Os conflitos existentes na literatura médica não apontam claramen-

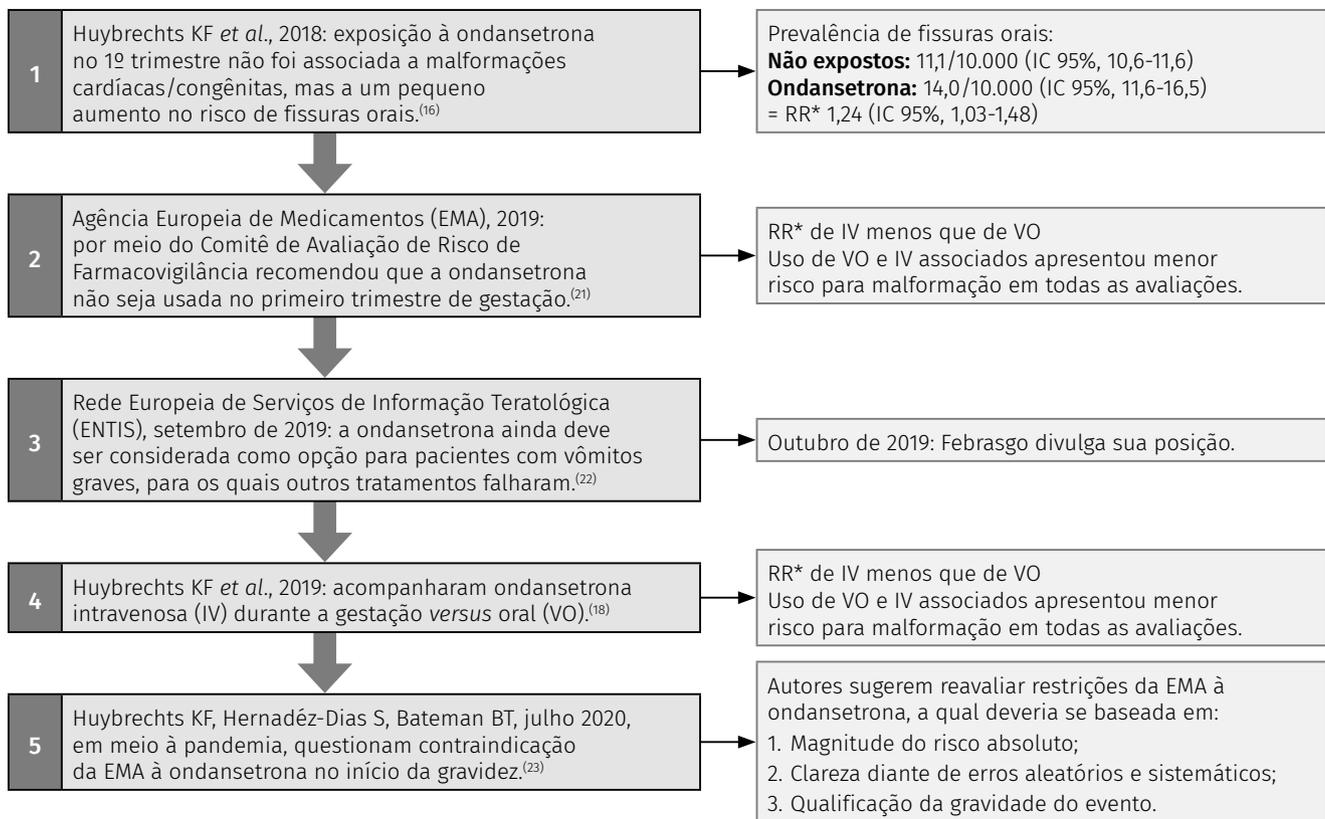


Figura 2. Cronologia das publicações sobre a ondansetrona e NVGs

te os riscos de teratogenicidade dessa droga, uma vez que existem incertezas em torno desse risco, em razão de erros aleatórios e sistemáticos, ou seja, na qualidade da evidência.⁽¹⁸⁾ Cabe ainda considerar que, no caso das NVGs, existem mais riscos potenciais na ausência de tratamento (abortamento, parto prematuro e fetos pequenos para a idade gestacional), o que justifica a intervenção farmacológica no insucesso das medidas de apoio e dietéticas. Quando indicado o tratamento farmacológico das NVGs, cumpre esclarecer as usuárias sobre o risco mínimo com o uso da ondansetrona.

REFERÊNCIAS

- Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatol*. 2011;31(1):10-20. doi: 10.1038/jp.2010.54
- London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O. Hyperemesis gravidarum: a review of recent literature. *Pharmacology*. 2017;100(3-4):161-71. doi: 10.1159/000477853
- Mazzotta P, Stewart D, Atanackovic G, Koren G, Magee LA. Psychosocial morbidity among women with nausea and vomiting of pregnancy: prevalence and association with anti-emetic therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(3):129-36. doi: 10.3109/01674820009075620
- Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):e171-83.
- Heitmann K, Nordeng H, Havnen GC, Solheimsnes A, Holst L. The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again – results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):75. doi: 10.1186/s12884-017-1249-0
- Schrager NL, Adrien N, Werler MM, Parker SE, Van Bennekom C, Mitchell AA, et al. Trends in first-trimester nausea and vomiting of pregnancy and use of select treatments: findings from the National Birth Defects Prevention Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2021;35(1):57-64. doi: 10.1111/ppe.12705
- Chaffee BJ, Tankanow RM. Ondansetron – the first of a new class of antiemetic agents. *Clin Pharm*. 1991;10(6):430-46.
- Siu SS, Chan MT, Lau TK. Placental transfer of ondansetron during early human pregnancy. *Clin Pharmacokinet*. 2006;45(4):419-23. doi: 10.2165/00003088-200645040-00006
- Taylor LG, Bird ST, Sahin L, Tassinari MS, Greene P, Reichman ME, et al. Antiemetic use among pregnant women in the United States: the escalating use of ondansetron. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017;26(5):592-6. doi: 10.1002/pds.4185
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):e15-e30. doi: 10.1097/AOG.0000000000002456
- Cabral ACV, Duarte G, Moraes Filho OB, Vaz JO. Classificação e tratamento. In: Duarte G, Cabral ACV, Vaz JO, Moraes Filho OB. *Êmese da gravidez*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. p. 16-23. (Orientações e Recomendações Febrasgo; nº 2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).
- McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review. *JAMA*. 2016;316(13):1392-401. doi: 10.1001/jama.2016.14337
- Kaplan YC, Richardson JL, Keskin-Arslan E, Erol-Coskun H, Kennedy D. Use of ondansetron during pregnancy and the risk of major congenital malformations: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 2019;86:1-13. doi: 10.1016/j.reprotox.2019.03.001
- Fejzo MS, MacGibbon KW, Mullin PM. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes in the United States. *Reprod Toxicol*. 2016;62:87-91. doi: 10.1016/j.reprotox.2016.04.027
- Parker SE, Van Bennekom C, Anderka M, Mitchell A; National Birth Defects Prevention Study. Ondansetron for treatment of nausea and vomiting of pregnancy and the risk of specific birth defects. *Obstet Gynecol*. 2018;132:385-94. doi: 10.1097/AOG.0000000000002679
- Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Straub L, Gray KJ, Zhu Y, Paterno E, et al. Association of maternal first-trimester ondansetron use with cardiac malformations and oral clefts in offspring. *JAMA*. 2018;320(23):2429-37. doi: 10.1001/jama.2018.18307
- Zambelli-Weiner A, Via C, Yuen M, Weiner DJ, Kirby RS. First trimester ondansetron exposure and risk of structural birth defects. *Reprod Toxicol*. 2019;83:14-20. doi: 10.1016/j.reprotox.2018.10.010
- Huybrechts KF, Hernandez-Diaz S, Straub L, Gray KJ, Zhu Y, Mogun H, et al. Intravenous ondansetron in pregnancy and risk of congenital malformations. *JAMA*. 2020;323(4):372-4. doi: 10.1001/jama.2019.18587
- Danielsson B, Wikner BN, Källén B. Use of ondansetron during pregnancy and congenital malformations in the infant. *Reprod Toxicol*. 2014;50:134-7. doi: 10.1016/j.reprotox.2014.10.017
- Pasternak B, Svanström H, Hviid A. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(9):814-23. doi: 10.1056/NEJMoa1211035
- European Medicines Agency. PRAC recommendations on signals [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-8-11-july-2019-prac-meeting_en.pdf
- European Network of Teratology Information Services (ENTIS). Ondansetron: signal of birth defects following in-utero exposure during the first trimester of pregnancy arising from recent publications [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://www.entis-org.eu/entis-news/entis-official-response-to-the-ema-recent-publications-concerning-ondansetron-use-by-pregnant-women>
- Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Bateman BT. Contextualizing potential risks of medications in pregnancy for the newborn – the case of ondansetron. *JAMA Pediatr*. 2020;174(8):747-8. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1325
- Andrade C. Major congenital malformation risk after first trimester gestational exposure to oral or intravenous ondansetron. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20f13472. doi: 10.4088/JCP.20f13472
- Oliveira LG, Capp SM, You WB, Riffenburgh RH, Carstairs SD. Ondansetron compared with doxylamine and pyridoxine for treatment of nausea in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):735-42. doi: 10.1097/AOG.0000000000000479

Projetos inspiradores para um novo ano

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Roraima propõe iniciativas para qualificar profissionais de saúde e reduzir gravidez não planejada

Por Letícia Martins



Dra. Eugênia Glaucy Moura Ferreira



Os ginecologistas e obstetras do Estado mais ao norte do Brasil estão muito bem representados. Fundada em novembro de 1998, a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Roraima (ASGORR) vem se fortalecendo a cada ano, com projetos que visam à atualização médica e à integralidade da saúde da mulher.

“Nosso principal objetivo é representar a atividade dos ginecologistas e obstetras de Roraima, bem como dos hospitais, maternidades, clínicas e serviços especializados”, declarou a presidente da ASGORR, Dra. Eugênia Glaucy Moura Ferreira. Ela explicou que, nos últimos anos, a associação passou por um processo de revitalização, no qual contou com o apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologistas e Obstetras (Febrasgo) e aumentou o número de associados de sete para 41, o que configura um crescimento muito bom diante da realidade do Estado.

Como resultado dessa nova fase, a ASGORR se empenha em realizar várias ações neste e no próximo ano. Confira algumas delas.

VI JORNADA RORAIMENSE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

A edição de 2021 terá como tema Gravidez na Adolescência e será realizada na modalidade *on-line*. “A Jornada é uma grande oportunidade para discutir, renovar e informar-se sobre assuntos de grande relevância para a saúde da mulher”, disse Eugênia.

NASCER EM RORAIMA

Em fase de implantação com formação da equipe técnica, esse projeto estabelecerá protocolos assistenciais e qualificará profissionais de saúde em todo o Estado, a fim de reduzir a mortalidade materna e neonatal. “Para atingirmos nosso objetivo, é fundamental capacitar os profissionais na linha de cuidado materno-infantil, mudando condutas e posicionamento frente à obstetrícia”, assegurou a presidente da ASGORR.

ASGORR POR ELAS

Por meio de palestras, a ASGORR vai incentivar discussões e reflexões sobre a saúde da mulher em Roraima, convidando para o debate entidades representativas femininas, associações de bairro e especialidades médicas.

RODA DE ESTUDO

À luz dos protocolos assistenciais da Febrasgo, os associados da ASGORR discutem casos clínicos pertinentes ao momento, intercalando em temas da área de ginecologia e obstetrícia. O projeto existe desde 2017 e foi adaptado para o formato *on-line* em 2020 por causa da pandemia de COVID-19. “Projetos que rendem bons frutos, como este e o da Liga Acadêmica, continuarão sendo executados e, em paralelo, iremos implementar novas iniciativas. Assim, nossa associação continuará crescendo e cumprindo sua missão em Roraima”, concluiu a Dra. Eugênia.



Transição profissional após a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia

Raquel Autran Coelho¹, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármay Di Bella²

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

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

Como citar?

Coelho RA, Di Bella ZI. Transição profissional após a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. *Femina*. 2021;49(2):88-91.

INTRODUÇÃO

O período de transição do final da Residência Médica para a vida profissional é marcado por inúmeras mudanças e expectativas relacionadas aos aspectos profissionais e pessoais de um futuro próximo. As escolhas dessa fase muitas vezes são diferentes do início da jornada, sendo influenciadas por professores, preceptores e supervisores, bem como pela experiência vivida nos diferentes estágios da Residência Médica.⁽¹⁾

A carreira é o principal componente da vida profissional, proporcionando um senso de propósito, desafio, satisfação pessoal e, claro,

renda. O trabalho proporciona, também identidade, criatividade, desafio de vida, assim como *status* e acesso à rede social. Há grande relação entre os fatores de qualidade de vida no trabalho e percepção de sucesso na carreira. Assim, a escolha final da carreira pode ser mais tradicional, voltada para a estabilidade financeira e social do trabalho, ou uma carreira mais dinâmica, capaz de proporcionar mais autonomia em detrimento da estabilidade.^(2,3)

Atualmente, acredita-se que a Ginecologia e Obstetrícia (GO) está enfrentando uma crise tanto em termos de sua ampla identidade em lidar com todos os aspectos da saúde

da mulher quanto no equilíbrio entre a qualidade dos serviços clínicos e o avanço da ciência e da tecnologia. O crescimento exponencial do conhecimento médico e da inovação tecnológica gera subespecialização e demanda por mudanças no treinamento dos residentes.⁽⁴⁾

De forma geral, a carreira médica em GO é estimulante e gratificante. A especialidade é ampla, com diferentes oportunidades conforme interesses e habilidades, com interfaces cirúrgicas, clínicas e obstétricas, além de exames diagnósticos como colposcopia e ultrassonografia. Apesar das várias subáreas como medicina materno-fetal, medicina reprodutiva e infertilidade, uroginecologia, saúde sexual e oncologia ginecológica se desenvolverem, hoje mais de 70% dos obstetras e ginecologistas trabalham como generalistas. No entanto, há uma tendência crescente de esses profissionais atuarem exclusivamente como ginecologistas ou obstetras.⁽⁴⁾

Por outro lado, trabalhar como ginecologista e obstetra pode ser desafiador, exigente e estressante, nem sempre com obtenção de resultados perfeitos. Alguns acham difícil manter o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional por causa dos plantões noturnos, das longas jornadas de trabalho e da necessidade de lidar com situações imprevisíveis, agudas e estressantes. As taxas de evasão dos programas de treinamento têm sido altas e a especialidade tem enfrentado problemas de recrutamento em alguns países.⁽⁵⁾ Atualmente, há escassez de mão de obra em várias subáreas, e as possíveis razões para isso são multifatoriais, incluindo diferenças geracionais e de gênero nas expectativas de trabalho.⁽⁶⁾

CENÁRIO ATUAL DA RESIDÊNCIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Os residentes de GO, em comparação com alunos de graduação, planejam menos a carreira acadêmica ou a subespecialização, preferindo muitas vezes se dedicar à prática privada em centros urbanos, trabalhar menos horas e se aposentar mais cedo. Estudo prévio mostrou que 38% dos residentes mudou os planos de carreira durante a residência, citando o equilíbrio entre vida pessoal e profissional como o fator mais importante.⁽⁷⁾

Estudo que avaliou jovens médicos residentes mostrou que aqueles com menos tempo de treinamento (residentes do primeiro ano) e as do sexo feminino tiveram uma pior percepção do enfrentamento da incerteza na atuação clínica, quando comparados aos homens com idade acima de 26 anos e maior tempo de treinamento. Atualmente, mais de 75%-80% dos residentes em GO são mulheres. O equilíbrio de gênero é importante numa dada especialidade, pois pode ter consequências negativas para o recrutamento e a retenção no ambiente de trabalho.⁽⁸⁾

Apesar do treinamento similar entre os gêneros, a mulher planeja a carreira acadêmica com metade da frequência de homens e demonstra mais dúvidas sobre suas chances de obter sucesso profissional. A fal-

ta de modelos, o sexismo e a dificuldade em conciliar obrigações domésticas com a satisfação pessoal podem ser obstáculos em algumas escolhas de carreira para residentes mulheres.^(9,10) Apesar disso, segundo Traylor *et al.*,⁽¹¹⁾ não houve diferenças entre homens e mulheres na motivação em relação ao treinamento para cirurgia minimamente invasiva.

Uma das dificuldades atuais detectadas por muitos educadores relacionadas à residência em GO é o não atendimento às expectativas dos jovens médicos, particularmente no treinamento cirúrgico e no uso das inovações tecnológicas. O volume cirúrgico vem diminuindo nos últimos anos, apesar da alta incidência de comorbidades nas pacientes obstétricas. Muitos tratamentos não cirúrgicos ou minimamente invasivos têm surgido tanto na Ginecologia quanto na Obstetrícia, o que tem levado a novos modelos de prática.^(12,13) Nos Estados Unidos, o número total de histerectomias vem diminuindo anualmente, com queda de 39% de 2000 a 2014. Paralelamente a esse fato, o número de histerectomias realizadas por residentes de GO também vem diminuindo, apesar do surgimento de novas vias cirúrgicas.⁽¹⁴⁾

Ao contrário da cirurgia geral, em que todos os anos de treinamento são dedicados às habilidades cirúrgicas, o residente de GO precisa tornar-se um especialista em cuidados primários de saúde da mulher, cuidados anteparto, trabalho de parto, parto e puerpério e cirurgia ginecológica em três anos, com apenas alguns períodos dedicados à cirurgia. Conseqüentemente, residentes do GO têm se queixado de que não estão preparados para realizar cirurgias ginecológicas de grande porte de maneira independente ao término da Residência Médica. Por exemplo, apenas 38% dos residentes graduados sentem-se preparados para realizar histerectomias minimamente invasivas. Poucos se sentem “muito confortáveis” realizando histerectomia laparoscópica (16,2%) ou miomectomia laparoscópica (3,0%) na conclusão do treinamento de residência. Muitos residentes optam pela realização do quarto ano opcional para o aprimoramento final.^(11,13,15)

Em 2018, o *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*⁽¹⁶⁾ alterou os requisitos do programa de residência de GO americano quanto à realização de histerectomias por residente, aumentando o total de casos de 70 para 85. Os programas deveriam fornecer aos residentes pelo menos 15 procedimentos laparoscópicos e 15 casos vaginais.

Os dados sugerem que a proficiência nesses procedimentos ocorre em volumes maiores de realizações. Considera-se a curva de aprendizado de 75 casos para histerectomia laparoscópica e de 91 casos para a histerectomia robótica.⁽¹⁷⁾ No entanto, a maioria dos programas de residência não inclui um volume anual suficiente desses procedimentos.⁽¹⁸⁾

Outro ponto a se comentar é a interface com outras carreiras. Alguns atendimentos, como de contracepção, são também prestados por enfermeiras especializadas

em algumas instituições. Nos países nórdicos, assim como em outros países europeus, as parteiras são as responsáveis por cuidados primários, e os obstetras assistem apenas cerca de 35% dos partos. É fundamental o trabalho conjunto entre médicos e enfermeiras para a melhor assistência às mulheres. Portanto, é urgente harmonizar e integrar programas de formação para parteiras e médicos. Tal integração poderia reduzir o desperdício de recursos, desenvolver uma melhor compreensão das funções de cada um no tratamento de pacientes, melhorar a comunicação e afetar positivamente os resultados.⁽⁴⁾

AÇÕES DE MELHORIA DO TREINAMENTO EM GO

Se o objetivo da especialidade de GO é atender às necessidades da população de saúde feminina, existe uma atual preocupação legítima em relação a escassez de mão de obra. O planejamento relacionado ao número de subespecialistas apropriados e a maior ênfase em planos de trabalho flexíveis devem ser considerados para as necessidades futuras de cuidados de saúde das mulheres.⁽⁷⁾

Experiências com programas de mentoria estruturados ou experiência profissional em diferentes serviços, com maior familiarização com diretrizes e procedimentos locais, podem contribuir para a transição do

residente para a vida profissional, permitindo suporte e orientação para superar os desafios potenciais.^(19,20)

Para isso, conhecer como aprendem os residentes da geração *Millennials* (nascidos entre 1981 e 1996) ajudará no seu treinamento, transformando desafios em oportunidades e criando uma experiência educacional melhor para todos. Os *Millennials* são tecnologicamente experientes, acostumados a acessar e assimilar grandes quantidades de informações rapidamente, usando o prontuário eletrônico com facilidade e aprendendo com uma variedade de fontes de mídia. Eles respondem bem quando recebem metas, incentivo e *feedback* direto desde o início e com frequência. Preferem o aprendizado baseado em equipe e uma hierarquia plana. Essa geração é socialmente responsável e se esforça para promover a diversidade e a integração trabalho-vida.⁽²¹⁾

Fortes relacionamentos com mentores e a demonstração de satisfação no trabalho, além de equilíbrio entre vida e trabalho, influenciam o interesse dos residentes de GO. Os programas devem considerar programas formais de tutoria para residentes, com prioridade na correspondência por subespecialidade. O tempo apropriado deve ser protegido para esses relacionamentos, junto com os esforços para apoiar os alunos e preceptores em risco de *burnout*.⁽²²⁾

Tem havido mudanças nos programas, mas sua estrutura e duração não foram alteradas em sua essência.

Os Millennials são tecnologicamente experientes, acostumados a acessar e assimilar grandes quantidades de informações rapidamente, usando o prontuário eletrônico com facilidade e aprendendo com uma variedade de fontes de mídia. Eles respondem bem quando recebem metas, incentivo e *feedback* direto desde o início e com frequência.



Alguns defendem mudanças estruturais, inclusive dividindo a especialidade em domínios separados para GO. Outro desafio é quanto ao treinamento mais individualizado, principalmente nos anos finais de residência. Há preocupações ainda quanto ao preparo adequado dos egressos e quanto à atenção às reais necessidades de saúde da população.⁽²³⁾

Para os médicos que planejam a prática de subespecialidade, não está claro se os números de procedimentos são apropriados. Por exemplo, um médico de medicina materno-fetal precisa realizar 70 histerectomias minimamente invasivas? Da mesma forma, de um estagiário que planeja trabalhar em uma localidade rural, pode-se exigir uma experiência muito mais ampla antes da prática independente. Essas diferentes motivações poderiam ser levadas em consideração, com identificação dos principais tópicos que todos os profissionais deveriam saber e enfatizando o pensamento crítico mais do que a memorização.⁽²³⁾

No Reino Unido, há cerca de vinte módulos de treinamento avançado de habilidades, além dos treinamentos de subespecialidade. Isso pode ser o incentivo para desenvolver uma área de interesse. Aqueles com disposição para a pesquisa podem querer considerar uma carreira acadêmica em GO.⁽⁵⁾ De modo similar, estágios eletivos para residentes de GO têm se tornado comuns nos programas americanos, com percepção de impacto positivo em suas escolhas de carreiras.⁽²⁴⁾

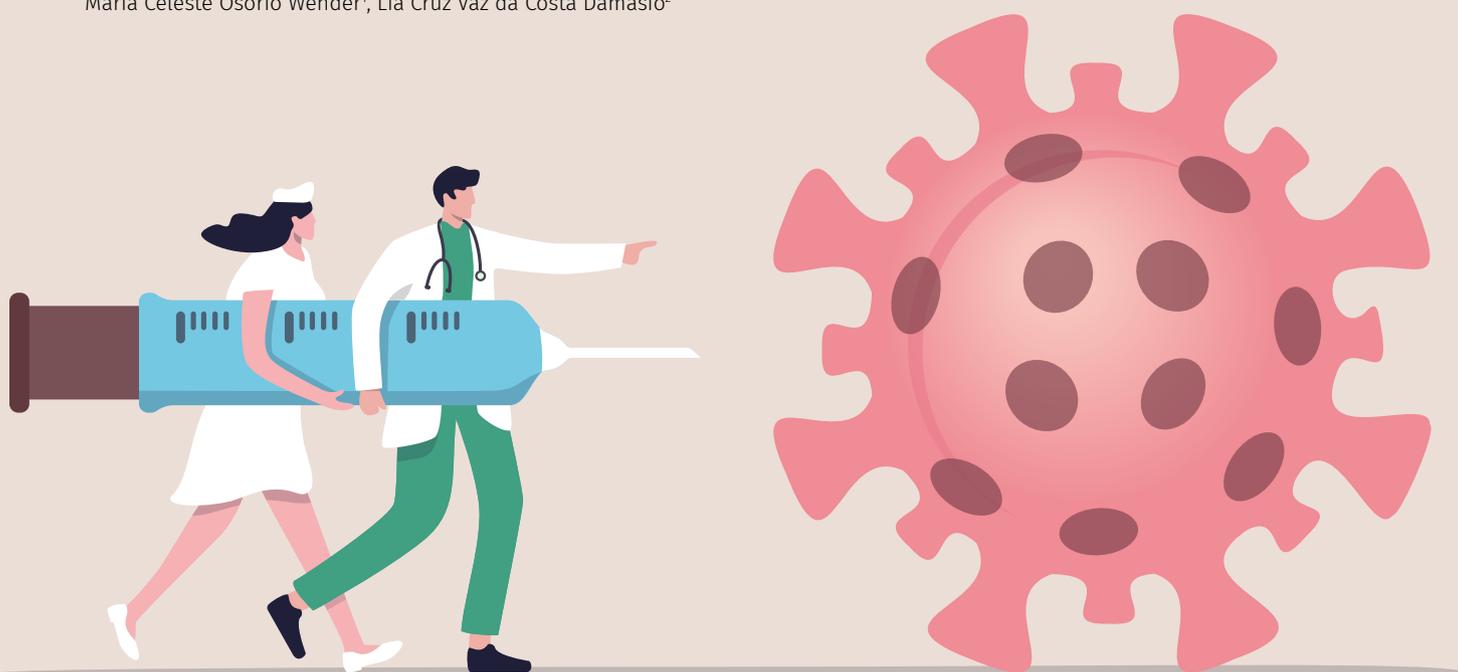
Alguns atributos importantes para poder trabalhar e desenvolver uma carreira bem-sucedida na especialidade GO incluem boa capacidade de comunicação, empatia, respeito e sensibilidade para com as escolhas e necessidades do paciente, e capacidade de lidar com pressões, de tomar decisões e de trabalhar em equipe. A destreza manual também pode ser uma vantagem, especialmente para o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas avançadas. As intenções de carreira deveriam ser mais discutidas no âmbito da academia, a fim de oferecer informações realistas aos estudantes sobre o mercado de trabalho e a carreira em GO, minimizando frustrações futuras durante o exercício profissional.

REFERÊNCIAS

- Assunção LMD, Pereira ABC, Albuquerque LCF, Ferreira LBMA, Caldas CAM. A expectativa profissional do futuro médico: análise do quadriênio 2014-2017. *Rev Bras Educ Méd.* 2019;43(3):73-81. doi: 10.1590/1981-52712015v43n3r20180253
- Venelli-Costa L, Rodrigues CLMM, Kilimnik ZM, Mesquita JMC. Fatores de qualidade de vida no trabalho e sucesso na carreira: um estudo com médicos da cidade de Belo Horizonte. *RAHIS.* 2017;14(3):34-52. doi: 10.21450/rahis.v14i3.4548
- Lima TCB, Paiva LEB, Aderaldo Neto EO, Aquino JPC. Percepção de sucesso na carreira: semelhanças e diferenças entre profissionais do setor público. *Rev Carreiras Pessoas.* 2015;5(1):18-33. doi: 10.20503/recap.v5i1.23317
- Acharya G, Westgren M. Obstetrics and gynecology – a specialty in crisis? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(10):1087-8. doi: 10.1111/aogs.12946
- Wise J. Developing your career in obstetrics and gynaecology. *BMJ.* 2020;368:m22. doi: 10.1136/bmj.m22
- Stonehocker J, Muruthi J, Rayburn WF. Is there a shortage of obstetrician-gynecologists? *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(1):121-32. doi: 10.1016/j.ogc.2016.11.006
- Alston MJ, Ehrig J, Autry AM, Wagner SA, Kohl-Thomas BM, Allshouse AA, et al. Career expectations of obstetrics and gynecology residents and future residents. *Obstet Gynecol.* 2018;132 Suppl 1:1S-7S. doi: 10.1097/AOG.0000000000002817
- Levites MR, Almeida LBM. Uncertainty and its repercussions: how do young doctors feel about the uncertainty in their professional practice? *Arch Med Fam.* 2018;20(2):59-74.
- Berlingo L, Girault A, Azria E, Goffinet F, Le Ray C. Women and academic careers in obstetrics and gynaecology: aspirations and obstacles among postgraduate trainees – a mixed-methods study. *BJOG.* 2019;126(6):770-7. doi: 10.1111/1471-0528.15574
- Cathelain A, Jourdain M, Cordonnier C, Catteau-Jonard S, Sebbane D, Copin MC, et al. Career aspirations among specialty residents in France: a cross-sectional gender-based comparison. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):63. doi: 10.1186/s12909-021-02494-1
- Traylor J, Friedman J, Runge M, Tsai S, Chaudhari A, Milad MP. Factors that influence applicants pursuing a fellowship in minimally invasive gynecologic surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(5):1070-5. doi: 10.1016/j.jmig.2019.08.006
- Frishman GN, Bell CL, Botros S, Brost BC, Robinson RD, Steinauer J, et al. Applying to subspecialty fellowship: clarifying the confusion and conflicts! *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(2):243-6. doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.936
- Dune TJ, Blackwell RH, Griffin A, Taege S, Sung J, Mueller ER, et al. Ready or not? Obstetrics and gynecology resident preparedness for female pelvic medicine and reconstructive surgery training. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2017;23(6):401-8. doi: 10.1097/SPV.0000000000000418
- Morgan DM, Kamdar NS, Swenson CW, Kobernik EK, Sammarco AG, Nallamotheu B. Nationwide trends in the utilization of and payments for hysterectomy in the United States among commercially insured women. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(4):425.e1-e18. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.218
- Siedhoff MT, Truong MD, Wright KN. Gynecologic surgery tracking in obstetrics and gynecology residency. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020;32(4):298-303. doi: 10.1097/GCO.0000000000000640
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Minimum numbers: obstetrics and gynecology [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 20]. Available from: https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/220_Ob_Gyn_Minimum_Numbers_Announcement.pdf?ver=2018-06-25-104354-993
- Walter A. Every woman deserves a high-volume gynecologic surgeon. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(2):139.e1-e3. doi: 10.1016/j.ajog.2016.10.027
- Mowat A, Maher C, Ballard E. Surgical outcomes for low-volume vs high-volume surgeons in gynecology surgery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(1):21-33. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.048
- Shirley OC, Addison B, Poole P. Who wants to be a surgeon? Patterns of medical student career choice. *N Z Med J.* 2014;127(1405):54-60.
- Ahmed I, Ashar A. To be or not to be an obstetrician/gynaecologist. *Pak J Med Sci.* 2020;36(6):1165-70. doi: 10.12669/pjms.36.6.3080
- Louie M, Moulder JK, Wright K, Siedhoff M. Mentoring millennials in surgical education. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2019;31(4):279-84. doi: 10.1097/gco.0000000000000546
- Palisoul M, Greenwade M, Massad LS, Hagemann A, Powell M, Mutch D, et al. Factors influencing residents' interest in gynecologic oncology fellowship. *Gynecol Oncol Rep.* 2019;30:100504. doi: 10.1016/j.gore.2019.100504
- Alston MJ, Autry AM, Wagner SA, Kohl-Thomas BM, Ehrig J, Allshouse AA, et al. Attitudes of trainees in obstetrics and gynecology regarding the structure of residency training. *Obstet Gynecol.* 2019;134 Suppl 1:22S-8S. doi: 10.1097/AOG.0000000000003430
- Patel S, Diouf K, Schantz-Dunn J, Nour NM. Impact of funded global health electives on career development of residents in a U.S. obstetrics and gynecology program: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):103. doi: 10.1186/s12909-019-1536-8

A vacinação de ginecologistas e obstetras no contexto da COVID-19

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²



1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

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

O início da vacinação contra a COVID-19 traz esperança e também novas incertezas e discussões importantes.⁽¹⁾ Os médicos têm papel fundamental na implementação de um programa de vacinação bem-sucedido e na defesa de vacinas seguras e eficazes.^(1,2) Os ginecologistas e obstetras têm destaque especial nesse papel de influenciar, aconselhar e discutir riscos e benefícios em grupos especiais como gestantes e lactantes e aliviar hesitações e dúvidas relacionadas às imunizações que se façam disponíveis, tanto na atuação profissional quanto na convivência com amigos, colegas de trabalho das mais diversas áreas, familiares e conhecidos.⁽¹⁾ Além disso e de maneira complementar, têm que lidar com as

novas e velozes atualizações sobre a doença e sobre as imunizações para suas próprias decisões pessoais.⁽¹⁾

Para esse processo decisório complexo e dinâmico, algumas perguntas são aplicáveis, de acordo com fórum recente publicado sobre o assunto.⁽¹⁾ Destacam-se como questionamentos pertinentes na análise das vacinas:⁽¹⁾ A vacina ou vacinas obtiveram aprovação total ou autorização para uso de emergência? Quais são as características dos pacientes e os motivos que participaram dos ensaios que levaram à aprovação da vacina ou à Autorização para Uso de Emergência? Os participantes do estudo apresentaram riscos para COVID-19 semelhantes aos da paciente que está me pedindo conselho? Quais

são os resultados clínicos nos quais se baseia a aprovação da vacina ou a Autorização para Uso de Emergência? Quais eventos adversos foram observados durante os ensaios clínicos? Como a pós-comercialização de vacinas será monitorada para questões de segurança? A aprovação da vacina ou Autorização de Uso de Emergência e recomendações clínicas para uso são limitadas a tipos específicos de indivíduos? Em caso afirmativo, os limites são justos e informados por evidências científicas? As respostas a essas perguntas permitem fornecer conselhos bem informados para as pacientes que perguntam sobre a vacina, decidir se a receberemos, individualizar cada caso concreto e, sempre que possível e adequado, fomentar a imunização como mecanismo de prevenção primária e combate à pandemia.

Em levantamentos prévios à disponibilização de vacinas, a aceitação futura de vacinação contra a COVID-19 foi de 67%-76% nos profissionais de saúde e de 48%-75%,⁽²⁾ o que demonstra a importância da abordagem do tema. A disponibilidade de uma vacina não equivale automaticamente a 100% de captação agregada. Por exemplo, uma vacina contra a gripe H1N1 em 2009 teve uma absorção pela população de 0,4%-59% em 22 países.⁽²⁾ A baixa aceitação e absorção de uma vacina segura para uma infecção de alto risco é bem conhecida e foi apelidada de “paradoxo da saúde pública pandêmica”. Muitos estudos colocam os médicos como a categoria profissional com maior aceitação e motivação quanto ao uso das vacinas contra a COVID-19.⁽²⁾

Para a sua prática e para sua decisão quanto à imunização, o conhecimento, as fontes seguras de informações e as análises críticas são os principais eixos para os nossos associados. Existem pelos menos 58 vacinas contra SARS-CoV-2 em andamento.⁽³⁾ No Brasil, o programa de imunização teve início com os dois imunizantes desenvolvidos no exterior e produzidos em parceria com institutos brasileiros: a CoronaVac, da chinesa Sinovac, em parceria com o Instituto Butantan, e a vacina do laboratório britânico AstraZeneca com a universidade de Oxford, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) [Oxford- AstraZeneca (ChAdOx1 nCoV-19)], aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 17/01/2021 para uso emergencial.^(4,5)

A vacina atualmente disponível do Butantan, de acordo com a bula, tem a apresentação de cada dose com 0,5 mL contendo 600 SU do antígeno inativado SARS-CoV-2, deve ser administrada por via intramuscular, em maiores de 18 anos, com eficácia vacinal de 50,39% após duas doses e classificação como categoria B na gestação.⁽⁶⁾ Os estudos de soroconversão da vacina Sinovac/Butantan demonstraram resultados de >92% nos participantes

Para a sua prática e para sua decisão quanto à imunização, o conhecimento, as fontes seguras de informações e as análises críticas são os principais eixos para os nossos associados.

que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e de >97% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 28 dias.⁽⁵⁾ A eficácia dessa vacina foi demonstrada em um esquema contendo duas doses com intervalo de duas a quatro semanas; para a prevenção de casos sintomáticos de COVID-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar, a eficácia foi de 77,96%.⁽⁵⁾ Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra sete casos graves no grupo placebo.⁽⁵⁾

A vacina atualmente disponível da Fiocruz, de acordo com a bula, tem apresentação de cada dose de

0,5 mL contendo 5×1.010 partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S) e é produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas.^(3,7) Após a administração, a glicoproteína S do SARS-CoV-2 é expressada localmente, estimulando anticorpos neutralizantes e resposta imune celular.⁽⁷⁾ Está recomendada para indivíduos acima de 18 anos, deve ser administrada por via intramuscular, tem eficácia da vacina de 70,42% e é classificada como categoria C na gestação.⁽⁷⁾ Os estudos de soroconversão dessa vacina, demonstraram resultados em $\geq 98\%$ dos indivíduos em 28 dias após a primeira dose e $>99\%$ em 28 dias após a segunda dose.⁽⁵⁾ A eficácia dessa vacina foi demonstrada em um esquema contendo duas doses com intervalo de 12 semanas.⁽⁵⁾ Os indivíduos que tinham uma ou mais comorbidades tiveram eficácia da vacina de 73,43%, respectivamente, similar à eficácia da vacina observada na população geral.⁽⁵⁾

A Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Febrasgo tem acompanhado e publicado as atualizações necessárias e as recomendações para a prática clínica de ginecologistas e obstetras com qualidade e afinco, e as publicações estão disponíveis na área do associado do site da Febrasgo.⁽⁸⁾

No âmbito da Defesa e Valorização Profissional, a presente publicação objetiva salienta os principais aspectos do papel do médico pessoal e profissionalmente nas estratégias de vacinação contra a COVID-19 e fornecer as informações necessárias para que cada médico possa conhecer e defender seus direitos e exercer seus deveres no tocante a esse momento histórico na história da Medicina.

A vacinação no Brasil contra a COVID-19 encontra-se, até a presente data, sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde e com disponibilidade exclusiva por meio dele, não sendo disponível para comercialização. Os médicos estão incluídos na primeira fase do Plano Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde,

fase que abrange, pela definição inicial, trabalhadores de saúde (população estimada de 5.886.718 pessoas), pessoas de 80 anos e mais (4.266.553), pessoas de 75 a 79 anos (3.480.532), pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas (198.249) e indígenas (410.348), num total de aproximadamente 30 milhões de doses necessárias para cobrir essa primeira fase.⁽⁵⁾ No informe técnico mais atualizado do Ministério da Saúde (segundo informe técnico, de 23/01/2021),⁽⁵⁾ há uma disponibilidade limitada de doses de vacina, sendo necessária a definição de grupos prioritários para a vacinação, com a ressalva da necessidade de priorização dos grupos de maior risco para agravamento e óbito e a consideração de que, no contexto pandêmico em que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente suscetível à infecção pelo vírus, também são prioridades a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.⁽⁵⁾ Assim, o Plano definiu grupos-alvo da campanha de vacinação: pessoas institucionalizadas com 60 anos ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência, população indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas, trabalhadores da saúde, pessoas de 75 anos ou mais; povos e comunidades tradicionais ribeirinhas; povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas de 60 a 74 anos, pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente grave, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, médio e profissionalizante e EJA), trabalhadores da educação do ensino superior, forças de segurança e salvamento, forças armadas, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros, trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário, trabalhadores de transporte aéreo, trabalhadores de transporte aquaviário, caminhoneiros, trabalhadores portuários e trabalhadores industriais.⁽⁵⁾

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde orienta que o escalonamento dos grupos populacionais deve ser de acordo com a disponibilidade de doses e considerando a dimensão da categoria dos trabalhadores da saúde (6.649.307 de pessoas). Assim, foi necessário um ordenamento de priorização desse estrato populacional, a fim de atender TODOS os trabalhadores da saúde com a vacinação, sendo facultado a estados e municípios a possibilidade de adequar a priorização conforme a realidade local, a ser pactuada na esfera bipartite (estado e município).⁽⁵⁾ A orientação de priorização da categoria dos trabalhadores da saúde foi assim estabelecida:⁽⁵⁾

Conhecer o plano nacional do Ministério da Saúde e participar ativamente em seus órgãos gestores e na comunidade para a efetivação e a garantia dele é um papel a que cada médico não pode se furtar no momento atual.

- Equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação;
- Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19;
- Demais trabalhadores da saúde.

Em relação a essa distribuição, a Comissão de Defesa e Valorização Profissional tem observado que ainda não foram vacinados todos os médicos e trabalhadores de saúde do país, sendo as estimativas de doses já aplicadas no país de 1.022.976 doses aplicadas até 03/02/2021, segundo a divulgação do Ministério da Saúde, disponível em https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html.⁽⁹⁾ Há uma distribuição ainda desigual do número e percentual de doses aplicadas em cada estado e, em relação aos médicos, as principais dificuldades relatadas têm sido o acesso à vacinação em localidades mais remotas, a disponibilidade de doses suficientes e a vacinação de médicos que estão afastados de suas atividades ou que as exercem apenas em ambiente privado. Muitos municípios têm divulgado os seus “vacinômetros” e a questão do respeito à fila e às prioridades e organização definidas em cada município, de acordo com o Plano Nacional, e a disponibilidade de doses tem sido amplamente defendida e fiscalizada por toda a sociedade. Conhecer o plano nacional do Ministério da Saúde e participar ativamente em seus órgãos gestores e na comunidade para a efetivação e a garantia dele é um papel a que cada médico não pode se furtar no momento atual, assim como lutar, reivindicar e agir pela sua justa e adequada imunização nos seus locais de trabalho e instituições representativas. De acordo com as recomendações, para o planejamento, tornam-se oportunos a identificação dos serviços e o levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na resposta pandêmica nos diferentes níveis de complexidade da rede de saúde.⁽⁵⁾ O envolvimento de associações profissionais, sociedades científicas, direção dos serviços de saúde e gestores, na mobilização dos trabalhadores, poderá ser um importante suporte para os organizadores, seja para o levantamento, seja para definir a melhor forma de operacionalizar a vacinação.⁽⁵⁾ Nessa estratégia, tem sido solicitado documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o serviço de saúde ou a apresentação de declaração emitida pelo serviço de saúde.⁽⁵⁾

Outro aspecto muito importante em relação aos médicos ginecologistas e obstetras que estejam em risco de exposição e tiverem acesso à vacinação é a questão

dessas médicas estarem grávidas ou lactantes.^(5,8) A segurança e a eficácia das vacinas não foram avaliadas nesses grupos, no entanto estudos em animais não demonstraram risco de malformações.⁽⁶⁾ De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde e da Febrasgo, para as médicas ginecologistas e obstetras pertencentes a um dos grupos prioritários que se apresentem na condição de gestante, lactante ou puérperas, a vacinação poderá ser realizada após a avaliação cautelosa dos riscos e benefícios e com decisão compartilhada entre a mulher e seu médico.^(5,8) As gestantes e lactantes devem ser informadas sobre os dados de eficácia e segurança das vacinas conhecidos, assim como sobre os dados ainda não disponíveis.⁽⁵⁾ A decisão entre o médico e a paciente, no caso a médica nessas condições, deve considerar:⁽⁵⁾

- O nível de potencial contaminação do vírus na comunidade;
- A potencial eficácia da vacina;
- O risco e a potencial gravidade da doença materna, incluindo os efeitos no feto e no recém-nascido, e a segurança da vacina para o binômio materno-fetal.

As gestantes e lactantes pertencentes aos grupos prioritários que não concordarem em ser vacinadas devem ser apoiadas em sua decisão e instruídas a manter medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social, e mesmo para as vacinadas cabe o lembrete da importância dessas medidas para a diminuição das contaminações.^(1,5) Caso se opte pela vacinação das lactantes, o aleitamento materno não deverá ser interrompido.⁽⁵⁾

Após aproximadamente um mês, desde que o início da vacinação foi autorizado no mundo, com milhões de pessoas vacinadas contra o SARS-CoV-2, observou-se que a maioria dos efeitos colaterais, quando presentes, foi local, com alguns casos isolados de reações adversas graves, principalmente em pessoas que já apresentavam história prévia de alergia.⁽¹⁰⁾ Considerando a ausência de estudos de coadministração, neste momento não se recomenda a administração simultânea das vacinas COVID-19 com outras vacinas e preconiza-se um intervalo mínimo de 14 dias entre as vacinas COVID-19 e as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.⁽⁵⁾

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação de reduzir casos graves e óbitos pela COVID-19, é fundamental alcançar coberturas vacinais altas e homogêneas. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para

Após aproximadamente um mês desde que o início da vacinação foi autorizado no mundo, com milhões de pessoas vacinadas contra o SARS-CoV-2, observou-se que a maioria dos efeitos colaterais, quando presentes, foi local, com alguns casos isolados de reações adversas graves.

vacinar toda a população-alvo.⁽⁵⁾ Portanto, o PNI estabeleceu como meta vacinar ao menos 90% da população-alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação.⁽⁵⁾

A confiança, a segurança e, seguramente, a atuação de cada ginecologista e obstetra em relação às suas pacientes, aos seus contatos e ao seu manejo pessoal do tema serão elementos cruciais para o sucesso de estratégias vacinais contra a COVID-19 no Brasil e no mundo.⁽¹⁾

A Febrasgo e a sua Comissão de Defesa e Valorização Profissional estão atentas à divulgação das informações técnicas e publicações oficiais mais relevantes sobre o tema, na perspectiva dos aspectos éticos e de defesa profissional dos nossos associados.

REFERÊNCIAS

1. Laine C, Cotton D, Moyer DV. COVID-19 vaccine: what physicians need to know. *Ann Intern Med.* 2020;173(10):830. doi: 10.7326/M20-6841
2. Fu C, Wei Z, Pei S, Li S, Sun X, Liu P. Acceptance and preference for COVID-19 vaccination in health-care workers (HCWs). *medRxiv* 2020.04.09.20060103 [Preprint]. 2020 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.09.20060103v1.full-text>
3. Knoll MD, Wonodi C. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. *Lancet.* 2021;397(10269):72-4. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32623-4
4. Sâ RAM, Fernandes SS, Rezende Filho J, Passos MRL, Aidé SC, Fialho V, et al. Orientação prática para prevenção de COVID-19 – gestantes e lactantes: Declaração de Consenso (SGOR/SOGISC) para vacinação contra SARS-CoV-2. Florianópolis: SOGISC; 2021.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Segundo Informe Técnico: Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
6. Instituto Butantan. Bulas [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <https://vacinacovid.butantan.gov.br/bulas>
7. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos. Nova geração de adjuvantes para dar mais eficácia às vacinas [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/noticias/1208-nova-geracao-de-adjuvantes-para-dar-mais-eficacias-as-vacinas>
8. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissão Nacional Especializada em Vacinas. Recomendação Febrasgo na vacinação de gestantes e lactantes contra COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1208-recomendacao-febrasgo-navacinacao-de-gestantes-e-lactantes-contra-COVID-19>
9. Ministério da Saúde. COVID-19 Vacinação: doses aplicadas [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 4]. Available from: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAs_C19Vacina/DEMAs_C19Vacina.html
10. Quintanilha DO. Primeiro mês de vacinação: resumindo efeitos colaterais e contraindicações [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://pebmed.com.br/primeiro-mes-de-vacinacao-resumindo-efeitos-colaterais-e-contraindicoes/>

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

97 Vacinação em mulheres com neoplasia

Nilma Antas Neves, Júlio César Teixeira, André Luis Ferreira Santos, Manoel Afonso Guimarães Gonçalves, Fabíola Zoppas Fridman, Cecília Maria Roteli-Martins

ARTIGO ORIGINAL

102 Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

Mariana Parcianello Roehrs, Sheila Koettker Silveira, Heloísa Helena Rengel Gonçalves, Rodrigo Mantovani Sguario

ARTIGOS DE REVISÃO

109 Endometrite crônica e infertilidade

Leisa Beatriz Grandó

115 Principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda em mulheres

Felipe Alves da Câmara, Anne Caroline Arcanjo Santos, Bárbara Soany Lima Silveira, Flávia Hermínia Oliveira Souza Socorro, Juliana Thalia Souza de Moura, Karla Carolline Vieira Rollemberg

121 Medo do parto em gestantes

Rafaela Saragiotto Ferreira de Mello, Sérgio Floriano de Toledo, Anderson Benegas Mendes, Carolina Ribeiro Melarato, Danilo Saragiotto Ferreira de Mello

Vacinação em mulheres com neoplasia

Número 2 – Fevereiro 2021

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

PONTOS-CHAVE:

- Pacientes com câncer podem estar imunodeprimidos por sua doença de origem ou por causa das terapias anticâncer. O grau e a duração de imunossupressão variam de acordo com a droga, a dose e a duração do tratamento.
- A imunização das pacientes com neoplasias deve ser considerada em dois pontos de vista: a imunização da própria paciente e também a imunização da família, dos profissionais de saúde e dos cuidadores da paciente.
- O termo “imunodeprimido” engloba diferentes tipos e graus de imunodepressão, como deficiências da imunidade humoral, celular, de complemento e da fagocitose. Diferentes comprometimentos do sistema imunológico influenciam a eficácia da imunização e o risco de efeitos adversos.
- Os Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIEs) disponibilizam imunobiológicos da rotina do calendário vacinal e os especiais para pacientes em determinadas condições.
- A orientação vacinal deve resultar de trabalho conjunto entre o médico assistente da paciente e os CRIEs, pois tanto o esquema vacinal como suas respectivas doses podem não seguir as recomendações habituais.
- As pacientes que receberam quimioterapia para tratamento de neoplasias poderiam se beneficiar de doses de reforço de vacinas, entretanto ainda não há uma conduta definida para essa situação.

RECOMENDAÇÕES:

- O esquema vacinal deverá ser atualizado, sempre que possível, até 14 dias antes do início da terapia antineoplásica. Nessa situação, o intervalo entre as doses das vacinas pode ser encurtado.
- Após o início da terapia que pode causar imunossupressão, as vacinas atenuadas estão contraindicadas (por exemplo: varicela, tríplice viral, febre amarela, poliomielite oral, febre tifoide oral e vacina anticolérica).
- Pacientes com neoplasia fazendo uso de drogas imunossupressoras, transplantados de órgãos sólidos e candidatos a transplantes devem receber as vacinas de rotina (exceto as vacinas atenuadas) e vacinas contra pneumococos (dependendo da faixa etária), Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b) para pacientes até 19 anos, influenza e hepatite B (independentemente da idade) e hepatite A para os suscetíveis.
- As vacinas aplicadas durante o período de imunossupressão precisam ser repetidas após a interrupção do tratamento e paciente imunocompetente, geralmente após três a seis meses do final do tratamento.
- Tempo ideal para vacinação de acordo com as terapias imunossupressoras: vacinas de vírus vivos devem ser administradas 14 a 30 dias antes da introdução da terapia imunodepressora e somente após três a seis meses do término da terapia; podem ser administradas três meses após quimioterapia, mas pelo menos seis meses após terapêutica com anticorpos anticélulas B (rituximabe). Pacientes recebendo corticoide podem ser vacinados um mês após a interrupção da droga.
- Crianças nascidas de mães que utilizaram imunomoduladores durante os dois últimos trimestres da gestação devem ter a vacina BCG adiada para 6 a 12 meses de vida. Nessa situação, a vacina rotavírus não está contraindicada.

- Recomenda-se que pacientes que irão receber anti-TNF (fator de necrose tumoral) estejam vacinadas para influenza, pneumococo, hepatite B, difteria e tétano. Vacinar o quanto antes é melhor.
- As pacientes suscetíveis à hepatite B deverão ser vacinadas antes da introdução do rituximabe (anticélulas B), pois, se ocorrer a infecção, há maior risco de complicações.
- Em situações de alto risco de exposição ao vírus da febre amarela, a vacina pode ser administrada em algumas pacientes com grau não acentuado de imunodepressão, após avaliação médica. Não há contraindicação da vacina contra a febre amarela para pessoas que convivem com pacientes imunocomprometidas. Nas terapias imunobiológicas, em que se utilizam organismos vivos e desenvolvidos por engenharia genética para atuar em alvos específicos dentro do organismo, a vacina contra a febre amarela está contraindicada.

CONTEXTO CLÍNICO

Ao longo das últimas décadas, o número de pacientes imunocomprometidas aumentou rapidamente, mas os princípios do estado de imunossupressão diferem entre as diversas categorias de pacientes. As pacientes com câncer podem ser imunocomprometidas tanto por sua doença neoplásica (como nas neoplasias hematológicas ou infiltração medular por qualquer neoplasia maligna) quanto pelo tratamento antineoplásico. Geralmente, a imunodepressão nas pacientes oncológicas é secundária às alterações na resposta imune celular e humoral, com parcela temporária e decorrente do tratamento. Essa depressão induzida, por ser intensa, é, de certa forma, previsível. Assim, prover imunização previamente a tratamentos com potencial imunossupressor é uma estratégia muito utilizada em oncologia.

Então, a imunização de pacientes oncológicas com certo grau de imunocomprometimento, que tende a se agravar com o tratamento ou com a própria evolução da patologia, é importante para a proteção da paciente contra infecções. A família e os profissionais de saúde que cuidam dessas pacientes também precisam estar vacinados contra os principais agentes infecciosos. Se a paciente já está com imunossupressão, as vacinas com agentes vivos ou atenuados não podem ser utilizadas, inclusive para os contactantes, como é o caso da vacina oral contra poliovírus, para evitar o risco de causar uma infecção secundária na paciente.⁽¹⁾

A vacinação dessas mulheres deve ser considerada de acordo com o tratamento a que serão submetidas e nas pessoas com as quais convivem. A orientação vacinal deve resultar de trabalho conjunto entre o médico

assistente da paciente e os CRIEs, porque o esquema vacinal e as doses das vacinas podem não seguir as recomendações habituais.

Na imunodepressão secundária a quimioterapia, radioterapia ou corticoterapia para tratamento de câncer, a duração da condição de imunodepressão e o histórico vacinal são importantes para a avaliação da paciente. O grau de imunodepressão varia de acordo com o tipo de droga imunossupressiva, a dose e a duração do tratamento.

O grande desafio dos especialistas é indicar vacinas para pacientes que usarão novas modalidades terapêuticas para a neoplasia, pois ainda não existem estudos que determinem completamente a segurança e a efetividade da vacina para essas condições.

O grupo de pacientes oncológicas é muito heterogêneo e existem poucos estudos definidores sobre a segurança e a efetividade das vacinas nesse grupo, então a maioria das recomendações de vacinação é baseada na resposta imune e na segurança das vacinas em geral.

QUANDO A PACIENTE ADULTA COM NEOPLASIAS DEVERÁ SER VACINADA?

O ideal é que a paciente atualize seu calendário vacinal e receba as outras vacinas indicadas para esse momento logo após o diagnóstico da neoplasia e antes de iniciar a terapêutica imunodepressora. O esquema vacinal deverá ser atualizado, sempre que possível, até 14 dias antes do início da terapia imunodepressora. Nessa situação, o esquema vacinal também pode ser encurtado. Sempre que possível, devemos aguardar para iniciar o tratamento oncológico, possivelmente imunossupressor, após quatro semanas da aplicação das vacinas vivas e duas semanas da aplicação das vacinas inativadas.⁽²⁾

O ideal é não vacinar durante o período máximo de imunodepressão, para que se obtenha melhor resposta imunológica e se evite o risco de provocar doença pelo agente vacinal. As vacinas vivas não devem ser administradas durante esse período. Se houver indicação precisa, devido a situações de risco, as vacinas inativadas podem ser utilizadas ainda durante o procedimento da quimioterapia, radioterapia ou corticoterapia, mas elas precisarão ser reaplicadas após o tratamento imunodepressora, para assegurar a resposta imune adequada.⁽³⁾

Após três a seis meses de cessada a condição de imunodepressão, a mulher poderá utilizar vacinas vivas, bacterianas ou virais, a depender de sua situação clínica.

Geralmente, não é necessário revacinar a paciente após quimioterapia ou radioterapia se ela foi vacinada antes de iniciar o tratamento, com exceção das pacientes que receberam transplante de medula óssea, que devem ser revacinadas.⁽⁴⁻⁶⁾

AS VACINAS SÃO SEGURAS E EFETIVAS PARA PACIENTES COM NEOPLASIA?

Todas as vacinas inativadas podem ser administradas em pacientes imunocomprometidas, mesmo se a vacina for de subunidade recombinante, vírus fracionado ou inteiro, toxoide, polissacarídeo ou polissacarídeo-conjugada. Com exceção da vacina influenza inativada, a vacinação durante a quimioterapia ou radioterapia deve ser evitada, porque a resposta imune de anticorpos deverá ser subótima. As pacientes que foram vacinadas durante os 14 dias antes do início do tratamento ou enquanto estavam recebendo a terapia imunodepressora devem ser consideradas não imunizadas e deverão ser revacinadas após pelo menos três meses do final do tratamento imunodepressor e se a competência imunológica foi restaurada.⁽³⁾

As pacientes que estão recebendo tratamento com imunoglobulina não devem receber vacinas vivas nem inativadas, devido à baixa efetividade vacinal. Se estão recebendo quimioterapia com anticorpos anticélulas B (por exemplo, rituximabe), devem aguardar pelo menos seis meses após o final do tratamento e depois serem vacinadas com vacinas inativadas.

Pacientes com leucemia, linfoma ou outras neoplasias em que a doença esteja em remissão, a imunocompetência tenha sido restabelecida e a quimioterapia tenha terminado há pelo menos três meses podem receber vacina de vírus vivo.⁽⁷⁾

A vacinação contra herpes-zóster é contraindicada em pacientes com linfoma, leucemia, tumores envolvendo a medula óssea e naquelas recebendo quimioterapia. E essa é uma das grandes preocupações, porque a incidência dessa doença em pacientes com alteração da imunocompetência é significativamente alta.⁽⁸⁾

QUAIS SÃO AS VACINAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES ADULTAS COM NEOPLASIAS E SEUS CONTACTANTES DURANTE O TRATAMENTO?

O *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP), que é o comitê responsável pelas recomendações de vacinação do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), recomenda as seguintes vacinas específicas para pacientes oncológicas:⁽⁹⁾

- Vacinas pneumocócicas;
- Vacina Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b): pacientes abaixo de 60 anos que estão fazendo quimioterapia ou radioterapia e que não foram vacinadas previamente com Hib e pacientes transplantadas de medula óssea de qualquer idade, independentemente da história de vacinação de Hib.

O Programa Nacional de Imunização (PNI), que é responsável por recomendar e atuar na vacinação pública brasileira, recomenda também outras vacinas

para as pacientes oncológicas, dispostas no quadro 1, adaptado do Manual do CRIE-PNI-MS.⁽¹⁰⁾

Algumas vacinas fora do calendário vacinal relacionadas à faixa etária são indicadas especificamente para as pacientes imunodeprimidas, como pneumocócica, meningocócica e Hib para *Haemophilus influenzae*.

- Existem duas vacinas pneumocócicas: pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13) e pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23). A VPC13 é indicada para crianças a partir de 2 meses de idade e idosos a partir de 60 anos, mas tem recomendação específica de uma dose para pacientes de qualquer idade com neoplasia. A vacina VPP23 também é indicada na rotina para crianças a partir de 2 anos e idosos a partir de 60 anos e tem recomendação específica de duas doses (intervalo de cinco anos) para pacientes a partir de 2 anos de idade e com neoplasia. Sempre se deve começar o esquema vacinal com VPC13, seguida pela aplicação da vacina VPP23, respeitando o intervalo mínimo de dois meses entre elas. Após cinco anos, devemos repetir a VPP23.
- A vacina meningocócica está indicada em duas doses para pacientes adultas imunodeprimidas, com intervalo de dois meses. Caso a imunodepressão permaneça, uma dose de reforço deve ser aplicada a cada cinco anos. Sempre que possível, deve-se aplicar a vacina meningocócica ACWY.
- Pacientes imunodeprimidas também devem receber duas doses da vacina *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), com intervalo de dois meses entre as doses.

As vacinas indicadas para atualização do calendário vacinal são:

- Influenza: preferir a vacina quadrivalente, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Dose única anual;
- Hepatite B: caso não seja vacinada, aplicar quatro doses (0-1-2-6 meses) em dose dobrada para a faixa etária. É necessário realizar sorologia após 30 a 60 dias. Considera-se vacinada se anti-HBs for maior ou igual a 10 UI/mL. Se a sorologia for negativa, deve-se repetir o esquema vacinal de quatro doses com volume dobrado somente mais uma vez;
- HPV: o esquema vacinal de três doses é obrigatório para imunodeprimidas, independentemente da idade;
- Tríplice bacteriana: caso já seja vacinada, fazer reforço a cada 10 anos.

A vacinação dos contactantes de pacientes imunodeprimidos é altamente recomendada. Os CRIEs disponibilizam as vacinas influenza e varicela para esses contactantes.

Quadro 1. Vacinas recomendadas para pacientes com neoplasias submetidas a quimioterapia, radioterapia ou corticoterapia e para as pessoas que convivem com essas pacientes

Vacinas	Pacientes		Convivente
	Antes do tratamento	Durante o tratamento	
BCG	Não	Não	
DPT/DT/dT/DTPa	Sim	Sim	
VOP	Não	Não	Não
VIP	Sim	Sim	Sim
HB	Sim	Sim	
Tríplice viral	Sim	Não	Sim
VZ	Sim	Não	Sim, se suscetível
FA	Sim	Não	
Hib	Sim, se <19 anos	Sim, se <19 anos	
INF	Sim	Sim	Sim
HA	Sim	Sim	
Meningo C (2 doses)	Sim	Sim	
HPV (3 doses)	Sim (9 a 26 anos)	Sim (9 a 26 anos)	
Pneumo (de acordo com a idade) Pneumo10/ Pneumo13/ Pneumo23	Sim	Sim	

Fonte: Ministério da Saúde (2019).⁽¹⁰⁾

QUAIS SÃO AS VACINAS CONTRAINDICADAS PARA PACIENTES ONCOLÓGICAS E CONTACTANTES DURANTE O TRATAMENTO?⁽²⁾

- Vacinas de bactérias vivas: BCG, adenovírus e vacina oral Ty21a *Salmonella typhi*.
- Vacinas de vírus vivos: tríplice viral, pólio oral, influenza via nasal, febre amarela, herpes-zóster, rotavírus, varicela, dengue e varíola.

A vacina pólio oral está contraindicada para contactantes de pessoas imunodeprimidas, devendo ser substituída pela vacina pólio inativada.

AS RECOMENDAÇÕES VACINAIS SÃO DIFERENTES A DEPENDER DO TIPO DE NEOPLASIA OU DO PLANO TERAPÊUTICO?

Drogas imunossupressivas (corticosteroides, imunomoduladores, imunossupressores não biológicos, imunossupressores biológicos):

O grau de imunossupressão varia de acordo com a droga, a dose e a duração do tratamento. Os corticosteroides de uso oral são considerados imunossupressores em dose ≥ 2 mg/kg/dia de prednisona (<20 mg/dia)

ou seu equivalente. Não existem evidências de imunossupressão com o uso de corticosteroides tópicos (pele ou olhos), inalatório ou intra-articular e não há contra-indicação de vacinação nesses pacientes. Pacientes recebendo corticosteroides podem ser vacinados um mês após a interrupção deles.⁽⁵⁾

As doses de imunossupressores dos agentes não biológicos são:⁽¹⁰⁾

- Metotrexato: $\geq 0,4$ mg/kg/semana;
- Ciclosporina: $>2,5$ mg/kg/dia;
- Tacrolimo: 0,1 a 0,2 mg/kg/dia;
- Micofenolato de mofetila: 3 g/dia;
- Azatioprina: 1-3 mg/kg/dia;
- Ciclofosfamida: 0,5-2,0 mg/kg/dia;
- Leflunomida: 0,25-0,5 mg/kg/dia;
- 6-mercaptopurina: 1,5 mg/kg/dia.

Para os agentes imunossupressores biológicos, qualquer dose é considerada imunossupressora: infliximabe (anti-TNF α) e outros anti-TNF; rituximabe (anticélulas B); abatacepte (reduz a ativação de células T); tocilizumabe (anti-interleucina-6); eculizumabe (reduz a ativação do complemento).

TRANSPLANTES EM ONCOLOGIA

Em várias situações oncológicas, há necessidade de transplantes, seja de órgãos sólidos, seja de medula óssea.

Transplante de órgãos sólidos: a necessidade de imunização para as candidatas a receptoras de transplantes de órgãos sólidos é justificada pela atividade imunodepressora da doença de base (por exemplo, pacientes com insuficiência renal crônica e pacientes com neoplasias) e porque serão submetidas à terapia imunodepressora após o transplante, para evitar a rejeição do órgão transplantado. As vacinas de vírus vivos não devem ser administradas nos dois meses após o final dessas drogas, mas a vacina herpes-zóster pode ser administrada após um mês do final das drogas para evitar a rejeição.⁽⁹⁾

Devido à possibilidade de o transplante ocorrer a qualquer momento, podem ser utilizados esquemas mais curtos de vacinação contra hepatite B. Deve-se avaliar a necessidade de uso de dose dobrada, de acordo com a situação clínica de base. A imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAB) para transplantadas de fígado que sejam portadoras de AgHbs está regulamentada pela Portaria nº 86, de 5 de fevereiro de 2002, da Secretaria de Assistência à Saúde, e não é de responsabilidade dos CRIEs.

Transplante de medula óssea (células-tronco hematopoéticas): independentemente do tipo de transplante, a célula-tronco hematopoética é a responsável pela reconstituição do sistema imune do receptor pós-transplante. A recomendação de vacinação pós-transplante não é diferente para receptores de trans-

plante autólogo, alogênico ou singênico. Estudos têm demonstrado que os transplantados de células-tronco hematopoiéticas, tanto alogênicos quanto autólogos, perdem a imunidade protetora no pós-transplante. Esses indivíduos devem ter seu esquema vacinal refeito após o transplante.^(4,5)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ginecologista vem se consolidando como o médico especialista assistente da mulher que mais tem oportunidade de atendê-la de forma integral e diagnosticar neoplasias ginecológicas ou de outros órgãos. As mulheres que apresentam neoplasias malignas necessitam de cuidados especiais para a prevenção de doenças infecciosas, incluindo a vacinação para vários agentes, quer seja para a atualização do calendário vacinal ou recebendo novas vacinas indicadas em razão do diagnóstico da neoplasia e da consequente terapia. A mulher precisa receber as vacinas o mais rápido possível antes de iniciar o tratamento da neoplasia e, nesse sentido, o papel do ginecologista é crucial, porque ele poderá rapidamente discutir com o oncologista e os especialistas dos CRIs, acelerando a administração das vacinas na paciente e em seus familiares e contactantes.

REFERÊNCIAS

- Zuckerman MA, Brink NS, Kyi M, Tedder RS. Exposure of immunocompromised individuals to health-care workers immunised with oral poliovaccine. *Lancet*. 1994;343(8903):985-6. doi: 10.1016/s0140-6736(94)90114-7
- Ljungman P. Vaccination of immunocompromised hosts. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM, editors. *Plotkin's vaccines*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1355-69.
- Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P, Davies EG, Avery R, Tomblyn M, et al. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis*. 2014;58(3):e44-100. doi: 10.1093/cid/cit684
- Ljungman P, Cordonnier C, Einsele H, Englund J, Machado CM, Storek J, et al. Vaccination of hematopoietic cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant*. 2009;44(8):521-6. doi: 10.1038/bmt.2009.263
- American Academy of Pediatrics. Immunization in special clinical circumstances. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, editors. *Red Book: 2009 report of the Committee on Infectious Diseases*. 28th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2009. p. 68-104.
- Staples JE, Bocchini JA Jr, Rubin L, Fischer M; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Yellow fever vaccine booster doses: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(23):647-50.
- Marin M, Guris D, Chaves SS, Schmid S, Seward JF. Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2007;56(RR-4):1-40.
- Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2008;57(RR-5):1-30.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Altered immunocompetence: general best practice guidelines for immunization: best practices guidance of the ACIP [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/11/manual-centros-referencia-imunobiologicos-especiais-5ed.pdf>

Como citar:

Neves NA, Teixeira JC, Santos AL, Gonçalves MA, Fridman FZ, Roteli-Martins CM. Vacinação em mulheres com neoplasia. *Femina*. 2021;49(2):97-101

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Vaccination in women with cancer", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(2):150-4.

Nilma Antas Neves

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Júlio César Teixeira

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

André Luis Ferreira Santos

Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

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

Fabiola Zoppas Fridman

Hospital Femina Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Cecília Maria Roteli-Martins

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

Conflito de interesses:

nenhum a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Presidente:

Cecília Maria Roteli-Martins

Vice-presidente:

Nilma Antas Neves

Secretária:

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

Membros:

André Luis Ferreira Santos
 Angelina Farias Maia
 Fabiola Zoppas Fridman
 Giuliane Jesus Lajos
 Isabella de Assis Martins Ballalai
 Juarez Cunha
 Júlio Cesar Teixeira
 Manoel Afonso Guimarães Gonçalves
 Marcia Marly Winck Yamamoto de Medeiros
 Renata Robial
 Renato de Ávila Kfour
 Valentino Antonio Magno

Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

Maternal syphilis in Southern Brazil: epidemiology and improvement strategies

Mariana Parcianello Roehrs¹, Sheila Koettker Silveira¹, Heloísa Helena Rengel Gonçalves¹, Rodrigo Mantovani Sguario²

Descritores

Sífilis; Sífilis congênita; Estudos epidemiológicos; Desfechos gestacionais; Assistência pré-natal

Keywords

Syphilis; Congenital syphilis; Epidemiological studies; Pregnancy outcomes; Prenatal care

Submetido:

26/08/2020

Aceito:

01/12/2020

1. Maternidade Carmela Dutra, Campinas, SP, Brasil.
2. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Heloísa Helena Rengel Gonçalves
Rua Irmã Benwarda, 208, Centro,
88015-270, Florianópolis, SC, Brasil.
helo.rengel@gmail.com

Como citar?

Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguario RM.
Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2021;49(2):102-8

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como principal objetivo estimar a prevalência de sífilis gestacional e fatores associados à infecção em uma Maternidade no Sul do Brasil no ano de 2018. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou ao abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018. Nos casos confirmados de sífilis, foram obtidos dados epidemiológicos, adequação do tratamento, coinfeção pelo HIV e resultados gestacionais. **Resultados:** Entre os prontuários analisados, 161 (3,6%) foram considerados casos de sífilis materna. A média de idade das gestantes foi de 27,98 ($\pm 6,65$), 54 (33,5%) eram primigestas, 114 (70,8%) se declararam brancas, 125 (77,5%) estavam em uma união estável e 85 (52,7%) tinham escolaridade até o ensino médio. Quanto ao tratamento, 71 (44%) trataram de maneira adequada e 90 (56%), de maneira inadequada, e 44 (27,3%) delas realizaram o diagnóstico apenas no momento da internação hospitalar. Entre as pacientes que realizaram tratamento inadequado de sífilis, 28 (53,4%) apresentaram títulos iguais ou superiores a 1:8. Entre as pacientes que realizaram teste rápido para HIV na internação, 5 (3,7%) apresentaram coinfeção com a doença. Com relação ao tratamento dos parceiros no pré-natal, 11,8% não realizaram nenhum tipo de tratamento, porém em 66 (41%) prontuários não constava essa informação. Com relação ao desfecho neonatal, 5 (7,4%) pacientes com tratamento inadequado para sífilis tiveram parto prematuro, 5 (7,4%) recém-nascidos foram de baixo peso e 22 (24,5%) pacientes apresentaram abortamento da gestação. **Conclusão:** A alta taxa de tratamentos inadequados sugere falhas na assistência pré-natal e indica serem necessárias novas estratégias para reduzir a transmissão de sífilis na gestação.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to estimate the prevalence of maternal syphilis and factors associated with the infection in Carmela Dutra Maternity in 2018. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional and retrospective study. All of the syphilis rapid-tests on pregnant women admitted for childbirth or miscarriage assistance at Carmela Dutra Maternity in 2018 were evaluated. In the cases of confirmed syphilis infection, the variables were epidemiological data, adequacy of treatment, HIV coinfection and gestational outcomes. **Results:** Out of all the medical records analyzed, 161 (3.6%) were considered maternal syphilis (MS). The average age of the pregnant women was 27.98 (± 6.65), 54 (33.5%) were primigestae, 114 (70.8%) declared themselves white, 125 (77.5%) were in a stable relationship and 85 (52.7%) had a high school education. Regarding treatment, 71 (44%) were treated adequately and 90 (56%) inadequately. Forty-four (27.3%) were diagnosed only at the time of hospitalization. Amongst patients who had inadequate syphilis treatment, 28 (53.4%) had titers equal to or greater than 1:8. Amongst patients who underwent rapid HIV testing during hospitalization, 5

(3.7%) had HIV coinfection. Regarding the partners treatment during prenatal, 11.8% did not receive any treatment, but 66 (41%) of the medical records did not contain this information. Regarding neonatal outcome, 5 (7.4%) of patients with inadequate treatment for syphilis had premature birth, 5 (7.4%) of newborns were underweight and 22 (24.5%) had miscarriages. **Conclusion:** The high rate of inadequate treatment suggests failure in prenatal care and indicates that new strategies are necessary to reduce syphilis transmission during pregnancy.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que é particularmente preocupante durante a gravidez por causa do risco de infecção transplacentária para o feto. A infecção congênita pode estar associada a vários desfechos adversos.⁽¹⁾

Globalmente, a prevalência estimada de sífilis materna em 2016 foi de 0,69%, resultando em uma taxa global de sífilis congênita de 473 por 100.000 nascidos vivos.⁽²⁾ Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostraram que, no âmbito nacional, em 2017 a incidência de sífilis em gestantes foi de 17,2 a cada mil nascidos vivos.⁽³⁾ O estado de Santa Catarina percebeu um crescimento de 30% dos casos de sífilis adquirida no ano de 2014, em relação ao ano de 2013, com 1.963 novos casos notificados. O aumento foi ainda mais preocupante, considerando-se que somente no período de janeiro a julho de 2015 foram registrados 1.461 novos casos, e 654 eram gestantes.⁽⁴⁾ Em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha para eliminar a sífilis vertical com a intenção de testar e tratar mais de 90% das gestantes até o ano de 2015. Porém, infelizmente, isso não aconteceu ainda.⁽⁵⁾

Ao avaliarmos a epidemiologia da sífilis na gravidez e na população geral, notamos que havia grandes expectativas para erradicar a doença após a Segunda Guerra Mundial, quando a penicilina foi descoberta. Houve realmente uma redução no número de casos de sífilis em meados da década de 1950. Mesmo assim, houve um aumento significativo a partir da década de 1960, provavelmente devido à libertação sexual e ao crescente uso de drogas ilícitas. Ocorreu uma nova redução no número de casos novamente na década de 1970, em razão de campanhas de saúde pública. Nos anos 1980, foi detectado um novo crescimento no número de casos, fortemente associado à epidemia de vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o mundo. Até hoje, apesar de muitas iniciativas para reduzir o número de casos, a taxa de infecção em adultos é alarmante, particularmente entre gestantes e recém-nascidos.^(6,7)

A classificação clínica da sífilis se divide em recente – presença de doença há menos de dois anos de duração – e tardia – presença de doença há mais de dois anos de duração. A sífilis recente divide-se em primária, secundária e latente recente e a sífilis tardia, em latente

tardia e terciária, e em qualquer momento pode se desenvolver a neurosífilis.⁽⁸⁾

No Brasil, as bases para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis estão bem estabelecidas, assim como seu modelo de vigilância epidemiológica, baseado na notificação compulsória das gestantes com sífilis aos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, conforme estabelecido na portaria ministerial.⁽⁹⁾

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e muitas outras organizações globais e nacionais recomendam a triagem de todas as gestantes para sífilis na primeira consulta pré-natal.⁽¹⁰⁾ O Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica para sífilis, de preferência por meio do teste rápido treponêmico (FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP ou teste rápido) e o teste não treponêmico (VDRL, RPR e TRUT), no pré-natal na primeira consulta, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e na ocasião da internação o teste rápido antes do parto ou curetagem. Para as gestantes com diagnóstico de sífilis, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado por meio do teste não treponêmico.⁽³⁾ Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e o tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97%.⁽¹¹⁾

A sífilis não tratada na gravidez carrega risco significativo de natimortos ou perda fetal, parto prematuro, baixa peso ao nascer, sífilis congênita e óbito neonatal.⁽¹²⁾ É importante lembrar que a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicadora da qualidade da assistência pré-natal de uma população. O tratamento adequado da gestante infectada é o melhor método de prevenção da sífilis congênita.⁽¹³⁾

Existem algumas medidas no tratamento da paciente grávida com sífilis que compõem ações para prevenir a sífilis congênita no feto, evitando, assim, que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto ou adquira a doença. Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da sífilis na gestação, como: a administração de penicilina G benzatina para o tratamento, o início do tratamento ocorrer até 30 dias antes do parto, o esquema terapêutico ocorrer de acordo com o estágio clínico da doença, o respeito ao intervalo recomendado de doses, a avaliação quanto ao risco de reinfecção e a documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada. A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.⁽¹⁴⁾ Para as gestantes com sífilis e história de reação alérgica à penicilina, o único tratamento considerado adequado na gestação é a dessensibilização seguida de terapia com penicilina.⁽¹⁵⁾

As principais dificuldades relacionadas ao tratamento da sífilis gestacional são: ausência de diagnóstico e/ou falha de tratamento durante o pré-natal; falta de conhecimento das gestantes sobre a doença; falta do medicamento para realizar o tratamento; adesão limitada dos parceiros; não uso de preservativo nas relações sexuais.⁽¹⁶⁾ As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente, evitando-se, assim, a reinfeção.⁽⁸⁾

Os estudos de prevalência da sífilis em parturientes são fundamentais para a gestão dos mecanismos de vigilância, prevenção e controle, subsidiando, com mais clareza, a tomada de decisão, sobretudo em um país com um sistema de atenção à saúde complexo. Tais estudos tornam-se ainda mais relevantes quando se considera que os principais fatores associados à sífilis na gestação estão relacionados a desigualdades sociais e regionais, aliadas a oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenção.⁽¹⁷⁾

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de sífilis gestacional no ano de 2018 entre as pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra e avaliar o perfil epidemiológico dessas pacientes, o tratamento proposto para elas no pré-natal e a adequação do tratamento conforme os critérios do Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou ao abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018. Os dados foram obtidos dos prontuários eletrônicos, por meio de um instrumento de coleta de dados padronizada.

Os casos com teste rápido positivo foram classificados em sífilis na gestação e cicatriz sorológica. Foram consideradas com sífilis na gestação todas as pacientes com alteração de teste treponêmico e não treponêmico e que não possuíam história de tratamento prévio para sífilis, e foram consideradas com cicatriz sorológica todas as pacientes com teste treponêmico reagente, histórico adequado de tratamento, com documentação clara nos registros médicos e com queda adequada dos títulos sequencias de anticorpos sorológicos previamente à gestação.

Entre as pacientes com teste rápido positivo para sífilis durante o ano de 2018, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade das pacientes, paridade, classificação da cor da pele, estado civil, escolaridade, titulação do teste sorológico não treponêmico no momento da internação, tratamento realizado para sífilis no pré-natal, idade gestacional no momento do parto, peso do recém-nascido, taxa de abortamento e coinfeção dessas pacientes com HIV.

Além das variáveis citadas acima, para as pacientes que realizaram tratamento de sífilis durante a gestação, foi avaliado se o tratamento da gestante foi adequado ou inadequado na gestação, assim como os motivos do tratamento inadequado. Além disso, foi avaliado se o parceiro da paciente realizou tratamento concomitante durante o pré-natal.

Os dados coletados foram organizados e analisados com o auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio-padrão. Para comparação de médias, foi utilizado teste de t de Student. Admitiu-se como significância estatística o valor do p menor ou igual a 0,05.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 15958619.1.0000.0115. Não há conflitos de interesses de qualquer natureza no presente artigo.

RESULTADOS

Em 2018 foram internadas na Maternidade Carmela Dutra 4.443 gestantes para atenção ao parto e ao abortamento. Dessas, 212 (4,59%) apresentaram teste rápido de sífilis reagente (Tabela 1). Oito casos foram excluídos por motivo de evasão durante a internação.

A prevalência de sífilis no ano de 2018 na Maternidade Carmela Dutra foi de 3,6%. Entre as 161 pacientes com sífilis na gestação, 117 (72,7%) fizeram o diagnóstico no pré-natal e 44 (27,3%) realizaram o diagnóstico apenas no momento da internação hospitalar. A média de idade foi de 27,98 anos (DP \pm 6,65). Quanto aos dados epidemiológicos, 114 (70,8%) eram brancas, 107 (66,5%) não eram primigestas, 125 (77,1%) eram casadas ou em união estável e 13 (8%) tinham ensino superior completo ou incompleto (Tabela 2). Setenta e uma gestantes (44%) foram consideradas adequadamente tratadas durante o pré-natal e 90 (56%) foram consideradas inadequadamente tratadas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Os motivos de o tratamento ter sido considerado não adequado na gestação estão descritos na tabela 3.

A respeito do tratamento do parceiro, nos casos em que as gestantes foram consideradas adequadamente

Tabela 1. Distribuição das gestantes com teste rápido reagente para sífilis quanto à indicação da internação na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018 e ao estado sorológico

Distribuição das gestantes	Parto n (%)	Abortamento n (%)
Sífilis na gestação	135 (3,46)	26 (4,90)
Cicatriz sorológica	40 (1,02)	3 (0,56)
Exame negativo	3.737 (95,52)	502 (94,54)
Total	3.912 (100)	531 (100)

Tabela 2. Distribuição do perfil epidemiológico das gestantes internadas na Maternidade Carmela Dutra com sífilis no ano de 2018 e classificação do tratamento

Variáveis	Adequadamente tratada n = 71 n (%)	Inadequadamente tratada n = 90 n (%)	Total n = 161 n (%)
Idade			
≤18 anos	5 (7)	6 (7)	11 (7)
>18 anos	66 (93)	84 (93)	150 (93)
Paridade			
Primigesta	28 (39,5)	26 (29)	54 (33,5)
Não primigesta	43 (60,5)	64 (71)	107 (66,5)
Classificação da cor da pele			
Branca	53 (74,6)	61 (67,7)	114 (70,8)
Parda	5 (7)	9 (10,1)	14 (8,7)
Preta	13 (18,4)	20 (22,2)	33 (20,5)
Estado civil			
Solteira	11 (15,4)	24 (26,7)	35 (21,7)
Casada/união estável	59 (83)	66 (73,3)	125 (77,7)
Viúva	1 (1,6)	0(0)	1 (0,6)
Escolaridade			
Ensino fundamental	26 (36,6)	36 (40)	62 (38,4)
Ensino médio	40 (56,3)	45 (50)	85 (52,7)
Ensino superior	4 (5,6)	9 (10)	13 (8)
Não consta	1 (1,5)	0 (0)	1 (0,9)

Tabela 3. Descrição dos motivos que levaram as pacientes a serem classificadas no grupo que não realizou tratamento adequado para sífilis na gestação

Motivo	n (%)
Dose errada de penicilina	6 (6,6)
Primeira dose com menos de 30 dias para o parto	13 (14,4)
Aumento de 2 titulações de VDRL após o tratamento	8 (8,8)
Não tiveram queda de 2 titulações do VDRL em 3 meses	6 (6,6)
Não tiveram queda do VDRL em 4 titulações em 6 meses	16 (17,7)
Não documentou títulos do VDRL no pré-natal	1 (1,1)
Diagnóstico feito na internação	44 (48)

tratadas no pré-natal, 50 (70%) parceiros trataram junto com a gestante a infecção, 9 (12,6%) não trataram e 12 (17,4%) não possuíam essa informação no prontuário. No grupo das gestantes inadequadamente tratadas, 26 (28,8%) parceiros trataram a sífilis durante o pré-natal e 10 (11%) não trataram. Quanto aos 54 (60,2%) casos restantes, não constava essa informação no prontuário. Os títulos de VDRL da internação estão demonstrados na tabela 4.

Entre as pacientes com sífilis na gestação atual, 5 (3,7%) gestantes apresentavam coinfeção com HIV. O abortamento ocorreu em 4 (5,8%) casos no grupo com tratamento adequado e em 22 (24,5%) casos no grupo com tratamento inadequado. A taxa de prematuridade foi semelhante nos dois grupos, assim como a de baixo peso do recém-nascido (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O rastreamento de sífilis gestacional é preconizado pelo Ministério da Saúde no pré-natal para melhor atendimento das pacientes durante a gravidez. É preconizado que o rastreio por meio de exames para a verificação de soropositividade para sífilis na gestante seja idealmente realizado na primeira consulta de pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre e no momento do parto,

Tabela 4. Titulação de VDRL no momento da internação das gestantes com teste rápido reagente para sífilis

Título VDRL	Sífilis na gestação	
	Adequadamente tratada n (%)	Inadequadamente tratada n (%)
<1:8	54 (76,1)	40 (44,4)
≥1:8	17 (23,9)	48 (53,4)
Não consta	0 (0)	2 (2,2)

Tabela 5. Resultados perinatais das gestantes com sífilis na gestação de acordo com a adequação do tratamento

Desfechos gestacionais	Sífilis na gestação	
	Adequadamente tratada n = 71 n (%)	Inadequadamente tratada n = 90 n (%)
Idade gestacional		
<37 semanas	3 (4,5)	5 (7,4)
≥37 semanas	64 (95,5)	63 (92,6)
Peso fetal		
<2.500 g	3 (4,5)	5 (7,3)
≥2.500 g	64 (95,5)	63 (92,7)
Aborto	4 (5,8)	22 (24,5)
Feto morto	0 (0)	1 (1,4)

independentemente do resultado de exames anteriores e no caso de abortamento.⁽³⁾ Neste estudo todas as pacientes internadas na maternidade para parto ou em razão de abortamento realizaram teste rápido para sífilis. Entre elas, 4,59% tiveram teste rápido positivo para sífilis e 79% por sífilis na gestação atual.

Em um estudo de revisões de casos de sífilis congênita publicado pela *American Medical Association*, foi observado que, em grande parte das vezes, a transmissão vertical de sífilis poderia ter sido evitada, pois a maioria dos casos ocorreu pela falta de triagem materna e de nova triagem no terceiro trimestre, realizando-se o diagnóstico apenas no momento do parto.⁽¹⁸⁾ Isso também foi verificado em um estudo realizado no ano de 2018 na cidade de Natal, em que 71% das gestantes com sífilis tiveram seu diagnóstico de infecção no momento da internação para o parto na maternidade, impossibilitando qualquer tipo de tratamento prévio.⁽¹⁹⁾ Nesse estudo, 27,3% das pacientes com sífilis na gestação atual tiveram o diagnóstico da infecção no momento da internação na maternidade, provavelmente por causa da diferença da atenção primária entre as diferentes regiões do Brasil.

No Brasil, no estudo de Domingues *et al.*,⁽²⁰⁾ em que os pesquisadores entrevistaram 23.894 mulheres no pós-parto, foi levantada uma forte hipótese do porquê essas pacientes não eram diagnosticadas no pré-natal para sífilis. O estudo constatou que a realização da primeira sorologia para a sífilis apresentava proporção elevada, enquanto a realização do segundo exame ocorria em menos de 30% das grávidas.⁽²⁰⁾ Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) quanto à observação do diagnóstico de sífilis em gestantes segundo a idade gestacional por regiões brasileiras, no ano de 2017, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorreu em maior proporção na região Sul (47,7%), com menor proporção nas regiões Sudeste (47,5%), Nordeste (27,6%) e Norte (25,3%).⁽³⁾ No presente estudo, 72,7% das pacientes com sífilis na gestação foram diagnosticadas com a infecção no pré-natal, não sendo possível discernir o período gestacional por falta de dados.

Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostraram que, no âmbito nacional, em 2017 a incidência de sífilis em gestantes foi de 17,2/1.000 nascidos vivos, e a incidência de sífilis congênita foi de 8,6/1.000 nascidos vivos, e no estado de Santa Catarina o dado informado foi de 19,1 casos de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos.⁽³⁾ No presente estudo, a prevalência de sífilis na gestação foi de 3,6%.

Segundo dados de novembro de 2018 do Informativo Epidemiológico Barriga Verde (Diretoria de Vigilância Epidemiológica), em Santa Catarina, observou-se que 51,6% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos.⁽²¹⁾ No presente estudo, a média de idade das pacientes com sífilis é de 27,98 (DP \pm 6,65), e 6,8% possuíam menos que 19 anos, taxa menor que a do estado.

No estudo realizado por Macêdo *et al.*⁽²²⁾, em 2017 verificou-se maior risco de ocorrência de sífilis entre as multigestas e com nível de escolaridade fundamental incompleto. Dados semelhantes ao do segundo estudo foram encontrados; no presente estudo, no grupo com sífilis, na gestação atual apenas 33,5% eram primigestas e 38,4% não cursaram o ensino médio.

Sousa e Pinheiro⁽²³⁾ concluíram, em um estudo, que nas relações estáveis há tendência de os parceiros abdicarem dos métodos de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis com o intuito de melhorar o desempenho e o prazer durante a relação sexual, o que pode justificar o aumento do número de casos de sífilis ativa entre as mulheres com relação estável e casamento. Nosso estudo concluiu que 77,4% das pacientes com sífilis ativa viviam em união estável ou casamento quando se diagnosticou a infecção na gestação. Estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais recebam tratamento para a sífilis no Brasil. Certamente, trata-se de uma falha da infraestrutura de saúde pública, visto que o rastreamento de contato e tratamento é o principal método de controle da transmissão da sífilis na população.⁽²⁴⁾ Em contraste com esse, o presente estudo demonstrou que 47,2% dos parceiros foram tratados.

De 2011 a 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde relatou um aumento de 81% para 86% em mulheres infectadas com sífilis que tinham documentação de tratamento adequado, embora ainda estivesse abaixo de sua meta de 95%.⁽²⁵⁾ No estudo de Moreira *et al.*,⁽²⁶⁾ que analisou a incidência de sífilis congênita em Porto Velho, o resultado foi que 18,6% das gestantes foram tratadas adequadamente para sífilis no pré-natal, 55% foram tratadas inadequadamente e 19,1% não receberam tratamento algum. Dados semelhantes foram encontrados no atual estudo, em que apenas 44% das pacientes realizaram tratamento adequado no pré-natal segundo os critérios do Ministério da Saúde atualizado no ano de 2019. O motivo mais comum de tratamento inadequado foi o diagnóstico apenas na internação.

Newman *et al.*⁽⁵⁾ realizaram um estudo em diferentes continentes para avaliar os desfechos desfavoráveis relacionados a sífilis na gestação. Nesse estudo foi concluído que a chance de o recém-nascido apresentar um desfecho desfavorável era duas vezes maior em mulheres cuja titulação do VDRL era superior a 1:8.⁽⁵⁾ No estudo proposto no grupo que tratou a infecção de maneira inadequada na gestação atual, 53,4% pacientes apresentaram títulos iguais ou superiores a 1:8.

Em um estudo que avaliou dados epidemiológicos e obstétricos de gestantes com sífilis no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro entre o ano de 2007 e 2016, observou-se uma taxa maior de partos prematuros em pacientes com sífilis ativa, em comparação com a média nacional.⁽²⁷⁾ No atual estudo, 5,5% das pacientes com tratamento inadequado tiveram parto prematuro e 24,5%, abortamento da gestação. No grupo que tratou a infecção de maneira

adequada, 4,2% tiveram parto prematuro e 5,8%, abortamento da gestação.

A inflamação da placenta por infecção congênita pode aumentar o risco de transmissão perinatal do HIV.⁽¹⁵⁾ Estudos têm mostrado que a sífilis é a principal doença sexualmente transmissível associada ao HIV, e nesses pacientes a sífilis possui características clínicas atípicas e acometimento do sistema nervoso mais frequente e precoce. Gestantes coinfectadas com HIV podem não ter a eficácia esperada do tratamento e ter demora na queda dos títulos de testes não treponêmicos.^(28,29) Em relação à coinfeção com HIV, o estudo realizado por Rojas,⁽³⁰⁾ publicado em 2018, no estado do Pará apresentou 5,18% de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis e HIV, dado semelhante ao encontrado no estudo realizado por Sanz e Guinsburg⁽³¹⁾ no ano de 2008 na mesma maternidade, em que se pode observar que a coinfeção já era crescente, sendo maior entre jovens de baixa escolaridade com parceiro sexual único. Dados concordantes foram encontrados no presente estudo, em que 3,6% das pacientes apresentavam coinfeção de HIV com sífilis ativa na gestação.

CONCLUSÃO

A partir do que foi exposto, conclui-se este trabalho com uma questão: por que é tão difícil enfrentar a sífilis congênita no Brasil, uma vez que é uma doença com rastreamento e agente etiológico bem conhecido e também altamente suscetível à penicilina? O pilar central para combater essa epidemia é fortalecer a importância da educação sexual antes mesmo da gestação. A educação sexual está envolvida em todos os processos da doença: o contágio, a transmissão e o acesso ao tratamento. Com a solidificação dessas informações, não restariam tantas dúvidas a respeito de qual é a verdadeira arma de saúde pública para combater essa epidemia: a informação. Medidas mais incisivas podem ser consideradas. Assim como na tuberculose, em que é realizado o tratamento diretamente observado na atenção básica de saúde, o tratamento da sífilis poderia seguir a mesma orientação, visando, assim, diminuir o número de casos de tratamentos inadequados. Além disso, o acompanhamento da sífilis demandaria menos tempo e recurso, comparado ao da tuberculose. A importância da participação do parceiro durante o pré-natal deve ser enfatizada. A responsabilidade conjunta entre atenção básica de saúde, paciente e parceiro pode ocorrer por meio do acompanhamento do tratamento do casal. Apresentar as consequências da sífilis congênita e a relação dela com o tratamento inadequado é uma alternativa para incentivar o tratamento de ambos, assim como recomendar o uso de *condom* nas relações sexuais. O percentual de pacientes tratadas de maneira inadequada para sífilis conforme o Ministério da Saúde é bastante significativo do ponto de vista de saúde pública. Logo, é de suma importância

a discussão sobre essas medidas de saúde para responder à questão proposta acima e, assim, quem sabe, enfrentar essa epidemia.

REFERÊNCIAS

1. Dobson SR. Congenital syphilis: clinical features and diagnosis [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-syphilis-clinical-features-and-diagnosis/print>
2. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):0211720. doi: 10.1371/journal.pone.0211720
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
4. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Aumento do número de casos de sífilis congênita preocupa autoridades em saúde [Internet]. Florianópolis: DIVE; 2015 [cited 2018 Jan 21]. Available from: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/225-aumento-do-numero-de-casos-de-sifilis-congenita-em-santa-catarina-preocupa-autoridades-em-saude>
5. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013;10(2):e1001396. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396
6. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. 2016;8(3):e525. doi: 10.7759/cureus.525
7. Arnesen L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(6):422-9.
8. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: SES/SP; 2016.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
10. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for syphilis infection in pregnant women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(9):911-7. doi: 10.1001/jama.2018.11785
11. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(18):1905-17. doi: 10.1001/jama.2014.13259
12. Lin JS, Eder ML, Bean SI. Screening for syphilis infection in pregnant women: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018;320(9):918-25. doi: 10.1001/jama.2018.7769
13. Saraceni V, Pereira GVF, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44. doi: 10.26633/RPSP.2017.44
14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(Supl Esp 1):43-54.
15. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-33):1-137.

16. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
17. Lafetá KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006
18. Rubin R. Why are mothers still passing syphilis to their babies? *JAMA*. 2019;321(8):729-731. doi: 10.1001/jama.2018.20843
19. França BA. Incidência de sífilis gestacional e congênita em pacientes da Maternidade Doutor Araken Irerê Pinto [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
20. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):766-74. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005114
21. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sífilis. *Inf Epidemiol Barriga Verde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 20];15:1-13. Available from: http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BV_S%C3%ADfilis.pdf
22. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007066
23. Sousa LB, Pinheiro AKB. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. *Rev Rene*. 2011;12(3):478-86.
24. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008
25. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2016.
26. Moreira KFA, de Oliveira DM, de Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Ôrfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):1-10. doi: 10.5380/ce.v22i2.48949
27. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(2):90-6. doi: 10.1055/s-0038-1676569
28. Signorini DJHP, Monteiro MCM, de Sá CAM, Sion FS, Leitão Neto HG, Lima DP, et al. Prevalência da coinfeção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(3):282-5. doi: 10.1590/S0037-86822007000300006
29. Silveira SLA. Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2017.
30. Rojas MFM. Sífilis congênita: follow up de crianças nascidas em uma maternidade pública do estado do Pará [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
31. Sanz SM, Guinsburg R. Prevalência de soropositividade para sífilis e HIV em gestantes em um hospital de referência materno-infantil do estado do Pará. *Rev Para Med*. 2008;22(3):13-20.

Endometrite crônica e infertilidade

Chronic endometritis and infertility

Leisa Beatriz Grando¹

Descritores

Endometrite crônica; Histeroscopia; Imuno-histoquímica; Resultados reprodutivos; Infertilidade

Keywords

Chronic endometrites; Hysteroscopy; Immunohistochemistry; Reproductive outcomes; Infertility

RESUMO

A endometrite crônica (EC) é uma doença que, apesar de ainda pouco investigada, tem sido associada a resultados reprodutivos desfavoráveis. Estudos têm mostrado que a EC pode prejudicar a receptividade endometrial, levando a falhas de implantação e perdas gestacionais recorrentes. Os métodos padronizados para diagnóstico incluem histeroscopia, histologia para pesquisa de plasmócitos e cultura endometrial para identificação de agentes bacterianos. O tratamento com antibióticos para EC parece melhorar as taxas de gestação e nascidos vivos em pacientes com falhas de implantação e perdas gestacionais recorrentes sem causa conhecida. Esta publicação tem por objetivo fazer uma revisão da etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da EC, seu impacto no microambiente endometrial e sua associação com infertilidade. Esta revisão narrativa da literatura atualizada sintetiza os achados encontrados em bases de dados computadorizadas.

ABSTRACT

Chronic endometritis (CE) is a poorly investigated disease, which has been related to adverse reproductive outcomes. Published studies have shown that CE can impair endometrial receptivity, which is associated with implantation failure and recurrent pregnancy loss. The standard tools for diagnosis include hysteroscopy, histology to identification of plasma cells and endometrial culture for identification of bacterial pathogens. Effective antibiotic treatment for CE seems to improve the pregnancy and live birth rates in patients with implantation failure and unexplained recurrent pregnancy loss. This paper intends to provide an overview of etiology, pathophysiology, diagnosis and treatment of CE, its impact on endometrial microenvironment and its association with infertility. This narrative review of the current literature synthesizes the findings retrieved from searches in computerized databases.

INTRODUÇÃO

O processo de implantação é complexo e está diretamente relacionado a dois fatores principais: o fator embrionário e a receptividade endometrial. Diferentes estágios estão envolvidos na implantação: decidualização endometrial, aposição embrionária, adesão, penetração e invasão trofoblástica, sendo regulados por células imunocompetentes e citocinas.⁽¹⁾ Esse processo ocorre durante a janela de implantação e qualquer condição que interrompa ou modifique algum dos fatores pode interferir negativamente na fertilidade.⁽²⁾ Um número significativo de evidências tem demonstrado que o endométrio normal é uma importante parte no processo de implantação. Quando embriões de boa qualidade falham na implantação, patologias endometriais estão frequentemente presentes.⁽³⁾

Muitos estudos têm demonstrado alta prevalência de endometrite crônica (EC) em mulheres inférteis (2,8%-56,8%), em mulheres com falhas recorrentes de implantação (14%-67,5%) e em mulheres com perdas gestacionais recorrentes (9,3%-67,6%); seu diagnóstico deve ser considerado, principalmente, nas pacientes sem causa definida e sem alteração estrutural intrauterina.^(4,5) Considerando sua alta prevalência, a EC não deve ser ignorada durante o tratamento para fertilidade.

Submetido:

08/09/2020

Aceito:

03/12/2020

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Leisa Beatriz Grando
Avenida Rio Branco, 847/309, Centro, 88015-205, Florianópolis, SC, Brasil.
leisagrando@hotmail.com

Como citar?

Grando LB. Endometrite crônica e infertilidade. Femina 2021;49(2):109-14

Pesquisas também têm mostrado que as taxas de gravidez são inferiores nas pacientes com EC em relação às pacientes sem a patologia (7,7% vs. 31,3%, respectivamente). Isso também ocorre para as taxas de sucesso após fertilização, que são menores em relação às pacientes sem EC (15% vs. 46%, respectivamente).⁽²⁾

ETIOLOGIA

Hoje já é aceito o conceito de que a cavidade uterina não é estéril e que está continuamente exposta às bactérias do trato genital. A presença de microrganismos não significa obrigatoriamente infecção, mas a interação entre agentes infecciosos e o ambiente endometrial é vista hoje como fator crítico determinante da presença de patologia.^(1,4)

Os mecanismos de defesa do hospedeiro para restringir a proliferação e a invasão bacteriana envolvem o muco cervical, os componentes celulares imunológicos como neutrófilos, macrófagos, células *natural killers* (NK) e os elementos inatos do sistema imune, incluindo peptídeos antimicrobianos naturais presentes na mucosa endometrial. Microrganismos formam biofilmes que dificultam a ação dos mecanismos de defesa do hospedeiro, assim como a ação de antibióticos naturais e sintéticos.⁽⁵⁾

Estudos utilizando cultura de tecido endometrial de pacientes com suspeita histeroscópica de EC têm demonstrado alta prevalência de *Mycoplasma* e *Ureaplasma* sp. (24%), além da presença de bactérias comuns, como frequentes agentes etiológicos.^(6,7) As bactérias comuns mais frequentemente encontradas e que podem ser causa de EC são as mesmas encontradas na área urogenital, tais como *Streptococcus* sp., *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus* sp. e *Corynebacterium*. Outros agentes como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* são pouco frequentes em pacientes com EC (2%-7% e 0%-8%, respectivamente). Não se pode excluir que microrganismos como fungos e bactérias anaeróbicas possam estar presentes.^(4,7,8) Em países em desenvolvimento, *Mycobacterium tuberculosis* é um microrganismo causador de EC granulomatosa.^(9,10)

O microrganismo causador da EC não é identificado em aproximadamente um terço das pacientes, mesmo quando realizadas culturas de tecido endometrial. Em pesquisa publicada por Cicinelli *et al.*,⁽¹¹⁾ patógenos foram encontrados em 73% das culturas de tecido endometrial de pacientes com diagnóstico histológico de EC. Observou-se também que o patógeno encontrado nas culturas de tecido endometrial e na secreção vaginal foram os mesmos em apenas 32,6% dos casos. Esses resultados sugerem que a cultura da secreção vaginal não identifica o microbioma endometrial em todas as pacientes, além do fato de que essas bactérias não necessariamente ascendem através da vagina.⁽⁸⁾

A pesquisa do agente etiológico tem sido fortemente indicada e realizada por meio da cultura de tecido en-

dometrial na maioria das pesquisas publicadas. Entretanto, nem todos os microrganismos são “culturáveis” pelos métodos tradicionais, entre eles *Ureaplasma* sp., *Mycoplasma hominis* e *Gardnerella vaginalis*. Técnicas de biologia molecular, já utilizada para a pesquisa de *Chlamydia*, têm sido propostas para a pesquisa de bactérias comuns, para melhorar resultados na identificação do agente etiológico.^(4,12)

Moreno *et al.*⁽¹²⁾ publicaram estudo utilizando *real-time polymerase chain reaction* (RT-PCR) para a pesquisa de nove patógenos associados à EC: *Chlamydia trachomatis*, *Enterococcus*, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*. Os resultados da pesquisa dos patógenos por biologia molecular foram comparados com os três clássicos métodos diagnósticos para EC: histologia, histeroscopia e cultura microbiana. O diagnóstico por biologia molecular demonstrou 75% de sensibilidade, 100% de especificidade, valor preditivo positivo de 100% e negativo de 25%, 0% de falso-positivo e 25% de falso-negativo. Os resultados obtidos foram similares ao dos três métodos juntos, com um grau de concordância de 76,92%, demonstrando que o método pode oferecer informações adicionais para melhorar o diagnóstico e o manejo clínico da EC nas pacientes inférteis.

Com o avanço da tecnologia e a introdução de novas técnicas, a flora constituída por *Lactobacillus* tem sido relatada como predominante em mulheres saudáveis, assim como a flora vaginal normal.⁽⁴⁾ Novas pesquisas são necessárias para melhorar a identificação do microbioma endometrial.⁽¹¹⁾

FISIOPATOLOGIA

A EC é uma inflamação persistente do endométrio, caracterizada pela presença de plasmócitos no estroma endometrial, o que não é um achado comum, exceto imediatamente antes e durante a menstruação.⁽⁴⁾

O endométrio é o único tecido que sofre alterações cíclicas mensais resultando em menstruação, proliferação, secreção e decidualização, sob influência de esteroides ovarianos. Em condições fisiológicas, o endométrio contém uma grande variedade de células imunocompetentes, células NK, macrófagos, linfócitos T e neutrófilos, cuja composição e densidade flutuam periodicamente. Essas mudanças ciclo-dependentes na subpopulação de leucócitos e seus mediadores provavelmente têm papel importante na receptividade endometrial e na implantação embrionária.^(1,8)

Evidências científicas sugerem que a EC modifica o microambiente endometrial em diferentes níveis, levando a uma desestabilização na coexistência habitual entre imunidade endometrial e os microrganismos.⁽⁵⁾ Inicialmente promove mudanças na imunocompetência das células endometriais, o que afeta a produção de citocinas inflamatórias. Esse dano na função endometrial tem impacto

negativo na decidualização, modificando a expressão dos receptores de esteroides sexuais, ou seja, determina um aumento dos receptores estrogênicos e proliferação celular, diminuindo apoptose e gerando um consequente atraso na diferenciação endometrial no meio da fase secretora, o que afeta a receptividade endometrial.^(4,5,8)

A principal característica da EC é a infiltração estromal de plasmócitos na camada funcional e próximo à camada basal do endométrio e a massiva infiltração de células B, que são precursoras de plasmócitos. Os plasmócitos representam um braço da diferenciação das células B dentro do sistema imune. No útero, plasmócitos raramente estão presentes em condições normais.⁽²⁾ Além da detecção de plasmócitos, outras alterações em nível tecidual podem ser observadas, como aumento da densidade de células estromais, edema superficial estromal, dissociação de maturação entre epitélio e estroma e importante reação pré-decidual na fase secretora tardia.^(4,8)

Outra evidência tem associado EC com falha reprodutiva. Fisiologicamente, a contratilidade uterina é anterógrada na fase proliferativa, ou seja, do fundo para o istmo, e retrógrada, do istmo em direção às trompas, na fase periovulatória e secretora, para favorecer a migração dos espermatozoides. Um estudo recente mostrou que a EC pode alterar a direção e o ritmo da contratilidade uterina, modificando a motilidade e determinando sintomas como dor pélvica e dismenorreia, além de dificultar a implantação e prejudicar a fertilidade.^(1,2,4)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico de EC é um desafio para os ginecologistas, pois cerca de 25% das pacientes são assintomáticas e, quando presentes, os sintomas são geralmente de intensidade leve e inespecíficos, como desconforto pélvico, dispareunia, leucorreia e sangramento uterino anormal, esse último descrito como queixa mais frequente.^(13,14) Além disso, marcadores inflamatórios em sangue periférico, como proteína C reativa, leucocitose e interleucina 6, não predizem a presença da patologia.^(1,8)

O padrão-ouro para o diagnóstico de EC é a detecção histológica de plasmócitos no estroma endometrial.⁽¹⁵⁾ Embora plasmócitos possam ser detectados pela histologia convencional com coloração de hematoxilina-eosina (HE), sua identificação é difícil, mesmo para patologistas experientes.^(8,16) A alta variação intra e interobservadores torna o diagnóstico histológico limitado.^(15,17)

A detecção por imuno-histoquímica de Syndecan-1, também conhecido como CD138, um antígeno específico da superfície celular dos plasmócitos, é usada para complementação diagnóstica.⁽¹⁾ McQueen *et al.*⁽¹⁸⁾ encontraram taxas de diagnóstico com utilização de CD138 significativamente superiores às encontradas com histologia convencional (56% vs. 13%). É consenso atual a associação de histologia convencional (HE) e imuno-histoquímica (CD138) como critérios diagnósticos de EC.⁽¹⁵⁾ A técnica com o uso de imuno-histoquímica apresenta

muitas vantagens: elimina a interferência de células com aspecto plasmocitoide, reduz o tempo requerido para a localização de plasmócitos e diminui falso-positivos da histologia convencional, aumentando a sensibilidade do método. Além de simplificar a pesquisa, aumenta a concordância intra e interobservadores.^(2,4)

No que diz respeito à histologia, muitos critérios diagnósticos ainda precisam ser definidos, tais como aspectos técnicos de preparo para imuno-histoquímica e número de plasmócitos necessários para diagnóstico, pois não existe consenso em nível internacional.⁽⁴⁾ Alguns autores consideram que a presença de apenas um plasmócito já é suficiente para o diagnóstico,^(2,4) outros consideram um valor de corte de cinco ou mais células em 10 campos de grande aumento,^(13,19,20) e outros ainda estipulam a presença de cinco ou mais plasmócitos por cada 20 campos de grande aumento.⁽²¹⁾

Outro fator que pode dificultar o diagnóstico histológico diz respeito à quantidade mínima de material para biópsia. Algumas amostras de tecido endometrial são superficiais e insuficientes para detectar plasmócitos da camada basal do endométrio secretor. O grau de profundidade da infiltração plasmocitária pode variar de acordo com a fase do ciclo.⁽¹⁾ Da mesma forma, em muitos casos, a endometrite está restrita a áreas focais do endométrio, não abrangendo a totalidade da cavidade. Independentemente da fase, a data cronológica do ciclo deve ser precisa para diminuir as variações ciclo-dependentes.⁽²⁾

Em estudo publicado por Kitaya e Yasuo⁽¹⁶⁾ pesquisando EC em peças de histerectomia, os autores utilizaram toda a espessura do endométrio, independentemente da fase do ciclo menstrual, e observaram que a ocorrência de EC foi semelhante para as duas fases: proliferativa (10,9%) e secretora (9,3%). O que diferenciou a pesquisa de Kitaya e Yasuo⁽¹⁶⁾ foi a inclusão da camada basal nas amostras de biópsia.

A histeroscopia com a utilização de solução salina (*fluid hysteroscopy*), método diagnóstico minimamente invasivo, permite a visualização direta da cavidade uterina e a identificação de sinais visuais de inflamação, direcionando a coleta da biópsia para locais suspeitos. Considerando a dificuldade de coleta de tecido de toda a espessura endometrial durante a histeroscopia, incluindo a camada basal, o procedimento tem sido realizado preferencialmente na fase proliferativa do ciclo.^(1,13)

Cicinelli *et al.*⁽²²⁾ encontraram prevalência de EC em 20% das pacientes que realizaram histeroscopia por diferentes indicações e em 37% de mulheres inférteis. Quando comparada com o diagnóstico histológico, a histeroscopia com solução salina mostrou alta acurácia diagnóstica (93,4%).⁽²³⁾

Cicinelli *et al.*⁽¹⁷⁾ publicaram recentemente um estudo observacional randomizado controlado com o objetivo de elaborar um consenso nos critérios histeroscópicos para o diagnóstico de EC, ou seja, propor um padrão, tanto para a terminologia como para os critérios de imagem, beneficiando os campos da clínica e da pesquisa.

Na proposta final, os critérios diagnósticos, segundo a publicação de Cicinelli *et al.*,⁽¹⁷⁾ foram os seguintes: (1) *strawberry aspect*, como imagem típica de hiperemia focal ou difusa apresentando pontos brancos de permeio (Imagem 1); (2) hiperemia focal, como pequenas áreas de endométrio hiperemiado (Imagem 2); (3) pontos hemorrágicos, como áreas focais avermelhadas com bordas agudas e irregulares possivelmente em continuidade com capilares (Imagem 3); (4) micropólipos, como pequenas protrusões pedunculadas e vascularizadas na superfície endometrial medindo menos de 1 mm, distribuídas em áreas focais ou em toda a cavidade (Imagens 4 e 5); e (5) aparência pálida e espessa do endométrio na fase folicular por causa de edema estromal (achado normal na fase secretora) (Imagem 6). O estudo mostrou um impacto positivo, com substancial concordância entre observadores (Figura 1).

Liu *et al.*⁽²⁴⁾ publicaram uma proposta de escore histeroscópico para diagnóstico de EC, levando em consideração os mesmos parâmetros morfológicos endometriais já descritos em diversas publicações. Na proposta dos autores, a presença de duas imagens histeroscópicas diferentes ou a presença de hiperemia endometrial difusa já definiriam como alta probabilidade diagnóstica de EC.

Segundo pesquisa publicada por Song *et al.*,⁽²⁵⁾ a ausência que sinais histeroscópicos não descarta a possibilidade de EC, pois 17,8% das pacientes com presença de plasmócitos no tecido endometrial não apresentavam sinais na histeroscopia. Eles observaram que o grau de concordância interobservadores foi maior na presença de hiperemia e micropólipos. E observaram também, como outros autores, que quanto maior a alteração histeroscópica relatada, maior o número de plasmócitos encontrados.^(11,14,23)

Além disso, pesquisas sugerem que a histeroscopia com solução salina pode remover mecanicamente o biofilme bacteriano que protege esses microrganismos dos anticorpos locais.⁽¹⁾

Yang *et al.*⁽²⁶⁾ argumentam que a histeroscopia permite a visualização de toda a cavidade uterina, o que possibilita a identificação de imagens sugestivas de EC, direcionando de forma adequada a coleta de material para biópsia. Acreditam ainda que a biópsia coletada às cegas tem valor clínico limitado, pois, além de não direcionar a coleta para áreas suspeitas, não abrangeria toda a cavidade.

A completa avaliação diagnóstica vai requerer histeroscopia e biópsia endometrial com estudo histológico.



Figura 1. Imagem 1: *strawberry aspect*, como típica imagem de hiperemia focal ou difusa apresentando pontos brancos de permeio; Imagem 2: hiperemia focal, como pequenas áreas de endométrio hiperemiado; Imagem 3: pontos hemorrágicos, como áreas focais avermelhadas com bordas agudas e irregulares possivelmente em continuidade com capilares; Imagens 4 e 5: micropólipos, como pequenas protrusões pedunculadas e vascularizadas na superfície endometrial medindo menos de 1 mm, distribuídas em áreas focais ou em toda a cavidade; Imagem 6: aparência pálida e espessa do endométrio na fase folicular por causa de edema estromal (achado normal na fase secretora)

co (HE) e por imuno-histoquímica para a detecção de CD138, além da pesquisa do agente infeccioso.

TRATAMENTO E RESULTADOS

O tratamento com antibióticos restabelece a normalidade tanto do ponto de vista histeroscópico como histológico, assim como melhora as taxas de implantação e de nascidos vivos, além de diminuir as taxas de abortamentos, entretanto mais estudos são necessários para corroborar esses achados.⁽¹⁾

Segundo pesquisas publicadas, estima-se que até um terço das pacientes não tem a identificação do agente etiológico.^(11,27) Nesses casos, tratamento antimicrobiano empírico tem sido utilizado, com melhora nos sintomas e na histologia. A droga mais utilizada é a doxiciclina na dosagem de 100 mg por via oral (VO) duas vezes ao dia, por 10 a 14 dias (grau de evidência 2C). O uso da droga de forma empírica se mostrou eficaz na cura da EC.^(13,19,27)

Alternativa à doxiciclina tem sido a associação de ciprofloxacino e metronidazol na dosagem de 500 mg VO de cada droga por dia, durante 14 dias. Outra alternativa é a combinação de ofloxacino (400 mg/dia VO, por 14 dias) e metronidazol (500 mg/dia VO, por 14 dias).^(24,27) A taxa de cura descrita por Kitaya *et al.*⁽⁸⁾ para um único curso de doxiciclina foi de 92,3%, e após dois cursos usando como segunda alternativa a associação de ofloxacino e metronidazol, foi de 99,1%. McQueen *et al.*⁽²⁰⁾ obtiveram 94% de cura após um curso de tratamento e 100% após dois cursos utilizando os mesmos antibióticos já descritos.

Culturas negativas, na presença de sintomas ou achados histeroscópicos positivos, podem representar teste falso-negativo ou indicar a presença de *Chlamydia*. Nesses casos, a recomendação dos *guidelines* do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) é o tratamento com ceftriaxona 250 mg intramuscular em dose única, associado à doxiciclina 100 mg VO e metronidazol 500 mg VO, ambos duas vezes ao dia, por 14 dias.⁽⁷⁾ Pesquisa publicada por Cicinelli *et al.*⁽⁷⁾ mostrou taxas de cura de EC superiores quando o tratamento foi baseado no antibiograma, em relação ao tratamento preconizado pelo CDC (78,4% vs. 50%).

Para pacientes alérgicas ou intolerantes à doxiciclina, tem sido sugerido também um curso de cinco dias de azitromicina, com dosagem de 500 mg VO no primeiro dia e depois 250 mg VO do segundo ao quinto dia. Esse esquema é efetivo para o tratamento de *Chlamydia*, bactérias comuns e *Mycoplasma*.⁽²⁷⁾

Os parceiros não costumam ser tratados. A repetição da histeroscopia com biópsia após o tratamento tem sido indicada, pois torna possível a avaliação da efetividade dos antibióticos na restauração da normalidade do ponto de vista histeroscópico e histológico.⁽¹³⁾

A eficácia do tratamento da EC para a melhora da fertilidade tem sido relatada em diversas pesquisas. Kitaya *et al.*⁽²⁸⁾ em estudo prospectivo de pacientes com falhas recorrentes de implantação, encontraram taxas de nas-

cidos vivos significativamente superiores nas pacientes tratadas para EC do que naquelas sem a patologia. As taxas de nascidos vivos após o primeiro ciclo de transferência embrionária foram de 32,8% e após três ciclos, de 38,8%, enquanto nas pacientes sem EC foram, respectivamente, de 22,1% e 27,9%.

Cicinelli *et al.*⁽⁶⁾ em estudo retrospectivo avaliando pacientes com falhas recorrentes de implantação, reportaram taxas de gestação clínica e nascidos vivos maiores nas pacientes curadas de EC por uso de antibióticos (65% e 61%, respectivamente) do que naquelas com EC persistente (33% e 13%, respectivamente).

McQueen *et al.*⁽¹⁸⁾ publicaram estudo prospectivo avaliando pacientes com perdas gestacionais recorrentes. A taxa de nascidos vivos foi significativamente maior nas pacientes sem EC, em comparação com pacientes com EC não tratada (87,1% vs. 67,6%). Em outro estudo prospectivo observacional, McQueen *et al.*⁽²⁰⁾ encontraram taxa de nascidos vivos por gestação significativamente maior após o tratamento de EC do que antes do tratamento (56% vs. 7%, respectivamente).

Yang *et al.*⁽²⁶⁾ publicaram estudo retrospectivo de pacientes com falha recorrente de implantação tratadas com antibióticos para EC. Essas pacientes apresentaram aumento significativo das taxas de implantação (18,6% vs. 4,9%) e das taxas de gestação (29,3% vs. 7,4%) no ciclo subsequente ao tratamento.

Vitagliano *et al.*⁽²⁹⁾ publicaram revisão sistemática e metanálise sobre o impacto da terapia antimicrobiana para EC nos resultados da fertilização *in vitro*, em pacientes com falhas recorrentes de implantação. Segundo os autores, os achados sugerem que a EC é um fator reversível de infertilidade, cujo reconhecimento e tratamento potencialmente melhoram as chances de sucesso em fertilizações subsequentes.

O melhor conhecimento do microbioma do trato reprodutivo permitirá o desenvolvimento de novas terapias com o objetivo não somente de eliminar a flora patogênica, mas também de estabelecer a flora que favorece o sucesso reprodutivo.⁽¹⁾

CONCLUSÃO

A EC tem sido frequentemente investigada em pacientes com infertilidade, e crescente número de evidências científicas tem associado a patologia com pobres resultados reprodutivos. A histeroscopia tem importante papel no diagnóstico, indicando melhores locais para biópsia. Apesar de haver grande concordância entre autores a respeito dos critérios diagnósticos histeroscópicos de EC, mais estudos são necessários para confirmar e validar sua importância e aplicabilidade. O padrão-ouro para o diagnóstico é o exame histológico endometrial com identificação de plasmócitos por imuno-histoquímica (CD138). Não existe, entretanto, consenso com relação ao mínimo volume de material de biópsia, assim como o número de plasmócitos necessários para

diagnóstico. Os dados disponíveis ainda são limitados e investigações com coortes maiores são necessárias. O tratamento com antibióticos é uma opção terapêutica efetiva para a EC, e pesquisas têm demonstrado resultados promissores na melhora das taxas de gestação e de nascidos vivos em pacientes com perdas gestacionais recorrentes sem causa definida, assim como sucesso nas pacientes com falhas recorrentes de implantação. Estudos prospectivos bem desenhados são necessários para confirmar esses dados, assim como estudos com a aplicação de novas técnicas para melhor definição da flora endometrial normal e patogênica.

REFERÊNCIAS

- Puente E, Alonso L, Laganà AS, Ghezzi F, Casarin J, Carugno J. Chronic endometritis: old problem, novel insights and future challenges. *Int J Fertil Steril.* 2020;13(4):250-6. doi: 10.22074/ijfs.2020.5779
- Xu Y, Mei J, Diao L, Li Y, Ding L. Chronic endometritis and reproductive failure: role of Syndecan-1. *Am J Reprod Immunol.* 2020;84(3):e13255. doi: 10.1111/aji.13255
- Moustafa S, Young SL. Diagnostic and therapeutic options in recurrent implantation failure. *F1000Res.* 2020;9(F1000 Faculty Rev):208. doi: 10.12688/f1000research.22403.1
- Kimura F, Takebayashi A, Ishida M, Nakamura A, Kitazawwa J, Morimune A, et al. Review: chronic endometritis and its effect on reproduction. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(5):951-60. doi: 10.1111/jog.13937
- Park HJ, Kim YS, Yoon TK, Lee WS. Chronic endometritis and infertility. *Clin Exp Reprod Med.* 2016;43(4):185-92. doi: 10.5653/serm.2016.43.4.185
- Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Lepera A, Alfonso R, Indraccolo U, et al. Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotic therapy. *Hum Reprod.* 2015;30(2):323-30. doi: 10.1093/humrep/deu292
- Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Pinto V, Marinaccio M, Indraccolo U, et al. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment. *Reprod Sci.* 2014;21(5):640-7. doi: 10.1177/1933719113508817
- Kitaya K, Takeuchi T, Mizuta S, Matsubayashi H, Ishikawa T. Endometritis: new time, new concepts. *Fertil Steril.* 2018;110(3):344-50. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.04.012
- Perdhana R, Sutrisno S, Sugiri YJ, Baktiyani SCW, Wiyasa A. Patients with secondary amenorrhea due to tuberculosis endometritis towards the induced anti-tuberculosis drug category 1. *Pan Afr Med J.* 2016;24:121. doi: 10.11604/pamj.2016.24.121.9709
- Khanna A, Agrawal A. Markers of genital tuberculosis in infertility. *Singapore Med J.* 2011;52(12):864-7.
- Cicinelli E, De Ziegler D, Nicoletti R, Colafoglio G, Saliani N, Resta L, et al. Chronic endometritis: correlation among hysteroscopic, histologic, and bacteriologic findings in a prospective trial with 2190 consecutive office hysteroscopies. *Fertil Steril.* 2008;89(3):677-84. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.03.074
- Moreno I, Cicinelli E, Garcia-Grau I, Gonzalez-Monfort M, Bau D, Vilella F, et al. The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women: a comparative study of histology, microbial cultures, hysteroscopy, and molecular microbiology. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(6):602.e1-e16. doi: 10.1016/j.ajog.2018.02.012
- Bouet PE, El Hachem H, Monceau E, Gariépy G, Kadoch IJ, Sylvestre C. Chronic endometritis in women with recurrent pregnancy loss and recurrent implantation failure: prevalence and role of office hysteroscopy and immunohistochemistry in diagnosis. *Fertil Steril.* 2016;105(1):106-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.09.025
- Cicinelli E, Tinelli R, Lepera A, Pinto V, Fucci M, Resta L. Correspondence between hysteroscopic and histologic findings in women with chronic endometritis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(8):1061-5. doi: 10.3109/00016349.2010.498496
- Bayer-Garner IB, Nickell JA, Korourian S. Routine Syndecan-1 immunohistochemistry aids in the diagnosis of chronic endometritis. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128(9):1000-3. doi: 10.1043/1543-2165(2004)128<1000:RSIAIT>2.0.CO;2
- Kitaya K, Yasuo T. Immunohistochemical and clinicopathological characterization of chronic endometritis. *Am J Reprod Immunol.* 2011;66(5):410-5. doi: 10.1111/j.1600-0897.2011.01051.x
- Cicinelli E, Vitagliano A, Kumar A, Lasmar RB, Bettocchi S, Haimovich S, et al. Unified diagnostic criteria for chronic endometritis at fluid hysteroscopy: proposal and reliability evaluation through an international randomized-controlled observer study. *Fertil Steril.* 2019;112(1):162-173.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.03.004
- McQueen DB, Perfetto CO, Hazard FK, Lathi RB. Pregnancy outcomes in women with chronic endometritis and recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril.* 2015;104(4):927-31. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.06.044
- Johnston-MacAnanny EB, Hartnett J, Engmann LL, Nulsen JC, Sanders MM, Benadiva CA. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2010;93(2):437-41. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.12.131
- McQueen DB, Bernardi LA, Stephenson MD. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. *Fertil Steril.* 2014;101(4):1026-30. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.031
- Zargar M, Ghafourian M, Nikbakht R, Mir Hosseini V, Moradi Choghakabodi P. Evaluating chronic endometritis in women with recurrent implantation failure and recurrent pregnancy loss by hysteroscopy and immunohistochemistry. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(1):116-21. doi: 10.1016/j.jmig.2019.02.016
- Cicinelli E, Matteo M, Trojano G, Mitola PC, Tinelli R, Vitagliano A, et al. Chronic endometritis in patients with unexplained infertility: prevalence and effects of antibiotic treatment on spontaneous conception. *Am J Reprod Immunol.* 2018;79(1):e12782. doi: 10.1111/aji.12782
- Cicinelli E, Resta L, Nicoletti R, Zappimulso V, Tartagni M, Saliani N. Endometrial micropolyps at fluid hysteroscopy suggest the existence of chronic endometritis. *Hum Reprod.* 2005;20(5):1386-9. doi: 10.1093/humrep/deh779
- Liu HL, Song J, Zhang FF, Li JM, Kong WY, Lv SG, et al. A new hysteroscopic scoring system for diagnosing chronic endometritis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(5):1127-32. doi: 10.1016/j.jmig.2019.08.035
- Song D, Li TC, Zhang Y, Feng X, Xia E, Huang X, et al. Correlation between hysteroscopy findings and chronic endometritis. *Fertil Steril.* 2019;111(4):772-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.12.007
- Yang R, Du X, Wang Y, Song X, Yang Y, Qiao J. The hysteroscopy and histological diagnosis and treatment value of chronic endometritis in recurrent implantation failure patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(6):1363-9. doi: 10.1007/s00404-013-3131-2
- Chen KT. Endometritis unrelated to pregnancy [Internet]. 2019 [cited 2020 May 11]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/endometritis-unrelated-to-pregnancy?search=chronic%20endometritis&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- Kitaya K, Matsubayashi H, Takaya Y, Nishiyama R, Yamaguchi K, Takeuchi T, et al. Live birth rate following oral antibiotic treatment for chronic endometritis in infertile women with repeated implantation failure. *Am J Reprod Immunol.* 2017;78(5):e12719. doi: 10.1111/aji.12719
- Vitagliano A, Saccardi C, Noventa M, Sardo AS, Saccone G, Cicinelli E, et al. Effects of chronic endometritis therapy on in vitro fertilization outcome in women with repeated implantation failure: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2018;110(1):103-12. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.03.017

Principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda em mulheres

Main gynecological causes of acute pelvic pain in women

Felipe Alves da Câmara¹, Anne Caroline Arcanjo Santos¹, Bárbara Soany Lima Silveira¹, Flávia Hermínia Oliveira Souza Socorro¹, Juliana Thalia Souza de Moura¹, Karla Carolline Vieira Rollemberg¹

Descritores

Dor pélvica; Dor aguda; Dismenorreia; Leiomioma; Cistos ovarianos; Doença inflamatória pélvica; Dispositivos intrauterinos

Keywords

Pelvic pain; Acute pain; Dysmenorrhea; Leiomyoma; Ovarian cysts; Pelvic inflammatory disease; Intrauterine devices

Submetido:

23/09/2020

Aceito:

19/12/2020

1. Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Felipe Alves da Câmara
Rua Lagarto, 236, Centro, 49010-390, Aracaju, SE, Brasil.
fealcamara@gmail.com

Como citar?

Câmara FA, Santos AC, Silveira BS, Socorro FH, Moura JT, Rollemberg KC. Principais causas ginecológicas de dor pélvica aguda em mulheres. Femina. 2021;49(2):115-20.

RESUMO

Este trabalho buscou reunir dados essenciais sobre as etiologias de dor pélvica aguda, uma queixa constante nos serviços de emergências e ambulatorios de ginecologia, responsável por grande desconforto e impacto na qualidade de vida de pacientes mulheres. É uma condição laboriosa por causa de seu amplo espectro de causas, devendo ser abordada com cuidado e atenção pelo profissional médico, o qual deve considerar os diversos diagnósticos diferenciais, sendo a ultrassonografia o exame de maior importância para auxiliar em seu diagnóstico. As principais etiologias não obstétricas podem ser não ginecológicas e ginecológicas; essas últimas são divididas em anexiais e uterinas. Entre as causas ginecológicas, devem-se investigar cistos ovarianos, torções anexiais, leiomiomas, doença inflamatória pélvica, abscesso tubo-ovariano, dismenorreia e complicações de dispositivos intrauterinos. A maioria das causas tem tratamento eficaz, com retorno da função do órgão e melhora da qualidade de vida, sem complicações, especialmente se diagnosticada precocemente.

ABSTRACT

The aim of this study was to gather important data on acute pelvic pain etiologies, a usual complaint in the emergency services and gynecology outpatient clinics, responsible for great discomfort and impact on quality of life in female patients. It is a laborious condition due to its wide spectrum of causes, which needs to be approached with attention by the physician, who must consider all the possible diagnoses, being the ultrasonography the most important exam to detect it. The main non-obstetric etiologies can be non-gynecological and gynecological, which are separated in adnexal and uterine causes. Among the gynecological causes, ovarian cysts, adnexal torsions, leiomyomas, pelvic inflammatory disease, ovarian tube abscess, dysmenorrhea and complications of intrauterine devices should be investigated. Most causes can be effectively treated, with return of organ function and improved quality of life, without complications, especially if diagnosed early.

INTRODUÇÃO

A dor pélvica aguda é definida como dor abaixo da cicatriz umbilical com duração de no máximo cinco dias.⁽¹⁾ É uma das causas mais comuns para o comparecimento da paciente no pronto-socorro, representando 10% das visitas aos serviços de emergência.^(1,2) Essa condição provoca imenso impacto na forma como as mulheres se relacionam nas suas famílias e na sociedade,

uma vez que elas sofrem para sustentar uma boa qualidade de vida enquanto precisam suportar o incômodo dessa patologia.⁽³⁾

A dor pélvica aguda representa uma queixa complexa e desafiadora, visto que apresenta um amplo espectro de etiologias, podendo ter causas obstétricas ou não obstétricas, e entre essas devem-se considerar causas ginecológicas e não ginecológicas.⁽²⁾

A dor pélvica aguda é a principal emergência ginecológica não obstétrica.⁽⁴⁾ O médico emergencista deve se atentar aos diversos diagnósticos diferenciais e realizar uma avaliação ampla dos múltiplos órgãos presentes na pelve, realizando uma avaliação complexa, incluindo impressão geral, avaliação dos sinais vitais, história da paciente, exame físico geral, *status* de gravidez, exame especular, exame bimanual, exames laboratoriais e exames de imagem.^(2,4) Ademais, a ultrassonografia é a escolha inicial de exame de imagem para pacientes com dor pélvica aguda.^(2,4)

MÉTODOS

Tipo de estudo: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura.

Desenho do estudo: Para a realização desta revisão, foi seguida a seguinte ordem: definiram-se a questão norteadora (problema) e o objetivo da pesquisa; estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); realizaram-se investigação na literatura e análise e categorização dos estudos; implementaram-se a apresentação e a discussão dos resultados.

Estratégia de busca: A busca das publicações realizou-se na base de dados Publicações Médicas (PubMed). Foi utilizado o descritor “*acute pelvic pain*”. Ademais, houve também busca manual de citações que constam na referência bibliográfica.

Implicações éticas: Como este trabalho aborda somente dados de domínio público, a apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNIT-SE) não foi necessária. Contudo, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de evitar a prática criminosa do plágio, os pesquisadores deram o devido crédito aos autores utilizados no estudo.

Critérios de inclusão: A pré-seleção do conteúdo foi a análise do título, do resumo e da data de publicações que atendessem aos objetivos desta pesquisa. Além

disso, foram incluídos os artigos publicados em 2010 a 2020 e disponíveis em inglês e português.

Critérios de exclusão: Consistiram em trabalhos duplicados, não relevantes e aqueles que não cumpriram o objetivo do presente estudo.

RESULTADOS

Foram realizadas pesquisas na base de dados PubMed. A primeira pesquisa foi efetuada com a palavra-chave “*acute pelvic pain*”, limitando-se a artigos publicados entre 2010 e 2020, em inglês e português. A partir disso, foram encontrados 901 artigos, sendo 8 deles escolhidos. As pesquisas subsequentes foram feitas com a palavra-chave “*acute pain*”, no período de 2010 a 2020, respectivamente acrescidas das palavras “*myomas*” e “*dysmenorrhea*” (Quadro 1). Ademais, 17 referências foram pesquisadas manualmente, entre elas, citam-se 11 artigos, 2 manuais e 4 livros de Ginecologia e Obstetrícia disponibilizados pela biblioteca virtual da Universidade Tiradentes (UNIT-SE).

DISCUSSÃO

Principais etiologias da dor pélvica aguda

As causas ginecológicas da dor pélvica aguda podem ser divididas didaticamente em anexiais e uterinas.⁽²⁾ Quanto às causas anexiais, podem-se citar a torção anexial, cistos ovarianos, abscesso tubo-ovariano (ATO) e doença inflamatória pélvica (DIP).⁽²⁾ A respeito das causas uterinas, são discutidos dismenorreia, leiomiomas e mau posicionamento de dispositivos intrauterinos (DIUs).⁽²⁾

Torção ovariana

A torção ovariana é uma emergência cirúrgica que ocorre quando o ovário e/ou a tuba uterina torcem sobre os ligamentos útero-ovárico e superior do ovário, comprimindo as estruturas vasculares em seu interior, o que cursa com isquemia e necrose dos anexos.^(2,4) Esse evento, apesar de incomum, representando apenas 3% das emergências, deve ser diagnosticado precocemente, uma vez que pode, a longo prazo, provocar problemas de fertilidade.^(2,4,5) Clinicamente, caracteriza-se por dor pélvica aguda lacerante e unilateral, constante ou intermitente, associada a náuseas e vômitos.^(2,4) É mais comum no lado direito, visto que o cólon sigmoide serve de prevenção de torção para o lado esquerdo.⁽²⁾ Além

Quadro 1. Distribuição dos artigos encontrados na base de dados PubMed

Base de dados	Palavras-chave	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos incluídos
PubMed	<i>Acute pelvic pain</i>	901	894	8
PubMed	<i>Acute pain; myomas</i>	24	20	4
PubMed	<i>Acute pain; dysmenorrhea</i>	61	60	1

disso, ocorre mais frequentemente associado a cistos, massas anexiais, gravidez, síndrome dos ovários policísticos e laqueadura.^(2,4) A gravidade dos casos depende do número de rotações dos anexos sobre os ligamentos.⁽²⁾ Pode ser mais bem diagnosticada pela ultrassonografia transvaginal com Doppler, pelos achados de diminuição do fluxo sanguíneo, aumento do volume ovariano, edema e *whirlpool sign* (sinal do redemoinho), o qual é patognomônico e representa o pedículo vascular torcido.⁽²⁻⁶⁾ O tratamento é cirúrgico, por meio da reversão da torção, com altas taxas de recuperação da função ovariana.^(2,5)

Cistos ovarianos

Os cistos ovarianos são etiologias comuns de dor pélvica aguda em mulheres em idade reprodutiva.^(2,7) Apesar de a maioria deles serem assintomáticos, podem provocar dor quando se rompem, ao crescer rapidamente, ou sofrer hemorragia, além disso, podem desencadear a torção ovariana, principalmente quando maiores que 5 cm de diâmetro.^(2,5,7) Os cistos ovarianos podem ser fisiológicos ou patológicos.⁽²⁾ Cistos fisiológicos são causados por disfunções hormonais durante a ovulação, sendo subclassificados em cistos de corpo lúteo e cistos foliculares; estes últimos são mais prevalentes e têm maior probabilidade de romper e sofrer hemorragia, provocando dor pélvica mais frequentemente.^(2,7) Os cistos patológicos são os endometriomas e os cistos neoplásicos, os quais podem ser benignos ou malignos.^(2,7) Na clínica, as pacientes sintomáticas relatam dor pélvica súbita em cólica, unilateral, às vezes após relações sexuais.⁽⁷⁾ O exame bimanual pode detectar a presença de massa em palpação dos anexos.⁽⁷⁾ O método diagnóstico de escolha é a ultrassonografia transvaginal, que realiza a detecção do cisto.^(2,7) O tratamento depende da intensidade da dor, da gravidade da hemorragia, do tipo do cisto e do risco de torção, podendo optar-se pelo tratamento conservador ou excisão cirúrgica.⁽⁷⁾

Leiomiomas uterinos

Os miomas uterinos, também denominados leiomiomas ou fibromas, são neoplasias benignas de células musculares lisas uterinas e correspondem aos tumores mais comuns do sistema reprodutor feminino em mulheres em idade fértil.⁽⁸⁻¹¹⁾ Podem ser classificados em submucosos, intramurais e subserosos e subclassificados em: tipo 0 (intracavitário pediculado); tipo 1 – possui menos de 50% de seu diâmetro no miométrio; tipo 2 – possui 50% ou mais de seu diâmetro no miométrio; tipo 3 – toca o endométrio sem nenhum componente intracavitário; tipo 4 – intramural e totalmente dentro do miométrio, sem extensão para a superfície endometrial, nem para a serosa; tipo 5 – subseroso, no mínimo 50% intramural; tipo 6 – subseroso, menos de 50% intramural; tipo 7 – subseroso, fixado na serosa por um pedículo; tipo 8 – não acomete o miométrio, inclui localização cervi-

cal, ligamentos redondo ou largo, sem fixação direta no útero e miomas “parasitos”.⁽⁸⁾ A maioria dos miomas é assintomática.⁽¹⁰⁾ No entanto, a clínica pode ser marcada pela presença de dor pélvica e sangramento uterino anormal.^(10,12,13) A dor pélvica aguda em si é rara, mas pode ser ocasionada por torção e degeneração dos miomas, quando estes crescem exacerbadamente e o fluxo sanguíneo se torna insuficiente para manter a viabilidade biológica do tecido.⁽⁸⁾ Pode ainda ocorrer quando há expulsão dos leiomiomas por meio do colo uterino, assemelhando-se à dor do parto.^(8,9) Desconfortos podem estar presentes quando o mioma comprime a bexiga, o reto ou ligamentos.^(8,9) Em geral, são descritos como pressão ou dor acíclica e, com menor frequência, polaciúria, dismenorreia, dispareunia ou constipação intestinal.^(8,10) Não existe associação entre o grau de dor e o número e o tamanho dos miomas.⁽⁹⁾ Os miomas subserosos e intramurais são os mais associados à presença desse sintoma.⁽¹⁰⁾ Outras apresentações menos pronunciadas nessa condição incluem distúrbios reprodutivos e complicações obstétricas.^(8,10) O diagnóstico é realizado com base na história clínica, no toque vaginal bimanual e na ultrassonografia.^(8,9) A ultrassonografia é o método diagnóstico mais utilizado, por permitir a diferenciação dos miomas de outras condições.^(8,9) No entanto, a ressonância magnética avalia mais precisamente o número, o tamanho e a posição dos miomas e a proximidade da cavidade endometrial.^(8,9) A conduta expectante pode ser adotada para as mulheres em idade fértil com sintomatologia leve a moderada e para aquelas com idade próxima à menopausa.^(9,13) A abordagem cirúrgica é considerada se a paciente não deseja preservar a fertilidade.^(11,13)

Doença inflamatória pélvica

A DIP corresponde a um espectro de infecções bacterianas ascendentes das regiões vaginal e cervical, que, quando não tratadas, pode levar a sérias complicações.^(4,8) É de grande importância epidemiológica, uma vez que corresponde à quinta causa de hospitalização em mulheres.⁽⁸⁾ Pode apresentar-se sob as formas de endometrite, salpingite, peritonite, ooforite e ATO, e os microrganismos mais comumente implicados são a *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.^(4,8) Quando relacionada a esses agentes, está associada a dor pélvica aguda que se intensifica com o movimento, além de mal-estar geral, febre, corrimento vaginal purulento e, por vezes, náuseas e vômitos.^(4,8) A presença ou piora da dor unilateralmente pode ser sugestiva de ATO.⁽⁴⁾ Desconforto no quadrante superior direito, acompanhado ou não de dor em ombro direito, pode indicar síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, uma complicação da DIP, quando há envolvimento da cápsula hepática e formação de adesões peri-hepáticas.^(4,8) A DIP é classificada em: Estágio I (Leve), caracterizada por salpingite aguda sem irritação peritoneal; Estágio II (Moderada sem abscesso), caracterizada por salpingite com irritação peritoneal; Estágio III (Moderada com abscesso), defini-

da pela presença de salpingite com abscesso tubo-ovariano; Estágio IV (Grave), quando apresenta ATO roto ou sinais de choque séptico.⁽¹⁴⁾ O diagnóstico de DIP é realizado quando há presença de três critérios maiores acrescidos de um menor ou de um elaborado. Fazem parte dos critérios maiores a dor em hipogástrio, dor à palpação dos anexos e dor à mobilização cervical.^(4,8,15) Constituem os critérios menores: temperatura axilar > 37,5 °C ou temperatura > 38,3 °C; conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; massa pélvica; mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; leucocitose em sangue periférico; proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas.^(7,14,15) Entre os critérios elaborados, estão: evidência histopatológica de endometrite; presença de ATO ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem; laparoscopia com evidência de DIP.^(8,15) O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, com exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelvipertonite.⁽¹⁵⁾ É preconizado o uso de ceftriaxona 250 mg intramuscular (IM) em dose única e doxiciclina 100 mg um comprimido via oral (VO) duas vezes por dia, por 14 dias, acrescido de metronidazol 250 mg dois comprimidos VO duas vezes por dia, por 14 dias.⁽¹⁵⁾ A cefotaxima 500 mg IM em dose única pode substituir a ceftriaxona no regime em questão.⁽¹⁵⁾ Os critérios para indicação de tratamento hospitalar incluem: presença de ATO; gravidez; ausência de resposta clínica após 72 horas do início do tratamento com antibioticoterapia oral; intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial; estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre; dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (p. ex., apendicite, gravidez ectópica).⁽¹⁵⁾ O esquema hospitalar contempla a utilização de cefoxitina 2 g IV quatro vezes por dia, por 14 dias, e doxiciclina 100 mg um comprimido VO duas vezes por dia, por 14 dias.⁽¹⁵⁾ Como segunda opção, pode ser utilizada a clindamicina 900 mg IV três vezes por dia, por 14 dias, e a gentamicina (intravascular [IV] ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias.⁽¹⁵⁾ A ampicilina/sulbactam 3 g IV quatro vezes por dia, por 14 dias, acrescida de doxiciclina 100 mg um comprimido VO duas vezes por dia, por 14 dias, constitui a terceira opção de tratamento.⁽¹⁵⁾ A laparotomia está indicada nos casos de massas anexas não responsivas ao tratamento ou de ruptura delas.⁽¹⁵⁾

Abscesso tubo-ovariano

O ATO é uma massa infecciosa complexa dos anexos uterinos que se origina como uma complicação da DIP.^(16,17) Acerca da epidemiologia dessa doença, as pacientes acometidas, na maioria, estão em idade reprodutiva e são sexualmente ativas.⁽¹⁶⁾ Os fatores de risco para um ATO assemelham-se aos da DIP e incluem idade reprodutiva, múltiplos parceiros sexuais, uso do DIU

e DIP prévia.⁽¹⁶⁾ Em pacientes com DIP, a prevalência de ATO é estimada em 18% a 34%.⁽¹⁸⁾ Em relação à fisiopatologia do ATO em uma paciente com DIP, os agentes etiológicos da infecção cervical ou vaginal ascendem ao endométrio e, após passarem pelas tubas uterinas, chegam à cavidade peritoneal, onde se origina uma massa em torno dos ovários, das tubas uterinas e de outros órgãos pélvicos adjacentes.⁽¹⁶⁾ Clinicamente, um ATO manifesta-se com massa anexial, dor abdominal, febre, calafrios, náuseas, corrimento vaginal e/ou leucocitose.⁽¹⁶⁾ Entre as complicações do ATO, mencionam-se distorção da anatomia pélvica, DIP recorrente, dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica.⁽¹⁶⁾ Durante a avaliação médica, o exame físico das pacientes com suspeita de ATO deve ser completo.⁽¹⁶⁾ É essencial determinar a consistência, o tamanho e a mobilidade do útero e seus anexos.⁽¹⁶⁾ A presença de secreção mucopurulenta e a sensibilidade uterina ou anexial na execução do exame bimanual indicam o diagnóstico.⁽¹⁶⁾ Ainda no que tange ao diagnóstico, compreendem-se os seguintes exames de imagem: ultrassonografia pélvica ou transvaginal, tomografia computadorizada de abdome e pelve ou ressonância magnética.^(16,17) Apesar de esses métodos serem altamente sensíveis e específicos, a laparoscopia ainda é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de ATO em pacientes com DIP, sendo empregada também para drenagem e cultura da secreção presente no abscesso.⁽¹⁶⁾ Além disso, no tocante ao tratamento, todas as pacientes com ATO devem ser hospitalizadas.⁽¹⁶⁾ Em geral, essas pacientes recebem antibioticoterapia de amplo espectro inicialmente por via intravenosa e, com boa melhora clínica, podem receber alta e o regime de tratamento ser transferido para VO.⁽¹⁶⁾ A ruptura de um ATO é uma emergência cirúrgica, já que é um importante fator de risco para sepse.^(16,19) Nesses casos, as opções de tratamento incluem drenagem percutânea sob orientação radiológica, laparoscopia/laparotomia ou salpingectomia.^(16,17)

Dismenorreia

A dismenorreia, ou dor menstrual, é umas das causas mais comuns de dor pélvica em mulheres em idade reprodutiva, sendo dividida em primária e secundária.⁽²⁾ A dismenorreia primária (DP) é a dor na ausência de condições patológicas pélvicas reconhecível, já a secundária é de causa patológica identificada, como endometriose, miomas uterinos ou DIP.^(2,20) A DP grave que leva ao uso de medicamentos afeta até 25% da população feminina e pode ter impacto significativo na qualidade de vida das mulheres.^(2,20) Inicia-se, tipicamente, 6 a 12 meses após a menarca, com pico de prevalência ocorrendo no final da adolescência ou no início da segunda década de vida.⁽²¹⁾ Os sintomas incluem menorragia, sangramento intermenstrual, dispareunia, sangramento pós-coito e infertilidade.^(2,21) Em uma revisão sistemática, foi verificado que as mulheres com DP, em comparação com outras mulheres, possuem maior sensibilidade à dor em áreas de dor referida, observando-se menor diminuição

do limiar e da tolerância a estímulos dolorosos.⁽²⁰⁾ Tratamentos de primeira linha para DP são anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) como o ibuprofeno e o naproxeno para o controle da dor.⁽²⁾ Os anticoncepcionais orais combinados (AOCs) suprimem a ovulação e o crescimento endometrial, diminuindo o volume de sangue menstrual e secreção de prostaglandinas, diminuindo a dor.⁽²²⁾ Além dos tratamentos farmacológicos, são recomendadas terapias alternativas, como exercícios, acupuntura e acupressão, intervenções comportamentais, calor tóxico e suplementação.^(22,23) Quando uma paciente não apresenta melhora clínica da dismenorreia dentro de três a seis meses após o início do tratamento ou se a paciente relatar dismenorreia grave imediatamente após a menarca e piora progressiva da dor, o médico ginecologista obstetra deve suspeitar de dismenorreia secundária (DS).⁽²³⁾ Assim sendo, a endometriose é a causa mais comum de DS e a sua incidência é mais alta entre mulheres de 25 a 29 anos e menor entre as mulheres com 44 anos.⁽²¹⁾ Mulheres negras possuem uma incidência 40% menor de endometriose em comparação com mulheres brancas, e pelo menos dois terços das meninas adolescentes com dor pélvica crônica ou dismenorreia que não respondem a terapias convencionais serão diagnosticadas com endometriose no momento da laparoscopia diagnóstica.^(21,23)

Complicações do dispositivo intrauterino

O DIU, principalmente na forma de cobre, é usado por mais de 150 milhões de mulheres em todo o mundo, tornando-o o método contraceptivo reversível mais amplamente usado.^(24,25) Os possíveis mecanismos do DIU incluem: inibição de migração e de viabilidade dos espermatozoides ao nível do colo do útero, endométrio e tuba uterina, além de desacelerar ou acelerar a transmissão do óvulo através das tubas uterinas e dano ou destruição do óvulo antes da fertilização.^(2,26) Métodos contraceptivos de longa duração, como o DIU, permitem que muitas mulheres evitem os riscos de uma gravidez indesejada e aumentem o espaçamento entre as gestações.⁽²⁴⁾ Diante disso, o uso do DIU aumentou nas últimas décadas e, com isso, a maior frequência de complicações como a infecção, a perfuração e a expulsão do DIU.⁽²⁾ As principais preocupações com a utilização do DIU têm sido a infecção do trato genital superior e de que o DIU *in situ* possa resultar em risco contínuo de DIP, aumentando a sua incidência em seis vezes no primeiro mês após a inserção do DIU.^(24,25) Muitos estudos realizados em uma variedade de contextos clínicos demonstraram que o processo de inserção em vez do DIU *in situ* é responsável pelo aumento do risco de infecção.⁽²⁷⁾ As características clínicas da perfuração uterina incluem dor leve a forte durante e após a inserção e sangramento vaginal anormal, embora a perfuração possa ser indolor em 30% das mulheres.⁽²⁸⁾ A taxa de perfuração uterina com inserção do DIU é de 0,4 por 1.000 dispositivos, sendo considerada um evento raro.⁽²⁸⁾ Alguns fatores são asso-

ciados a um risco aumentado de perfuração e incluem a habilidade do clínico e fatores anatômicos, como colo do útero estenótico ou útero imóvel ou retrovertido.⁽²⁴⁾ A avaliação diagnóstica deve ser iniciada com o ultrassom pélvico para confirmar a perfuração, seguido de radiografia para observar a localização.⁽²⁾ O manejo geralmente é por remoção cirúrgica via laparoscopia.⁽²⁸⁾ Embora complicações raras por causa de DIU perfurado sejam raras, geralmente é recomendável que os DIUs de cobre sejam recuperados o mais rápido possível, já que os íons de cobre são inflamatórios e corroem a bexiga ou o trato gastrointestinal.⁽²⁴⁾ É provável que a expulsão ocorra no primeiro ano após a inserção e pode ocorrer a qualquer momento durante os 10 anos de uso.⁽²⁴⁾ Os fatores consistentemente associados a uma maior taxa de expulsão são a idade inferior a 20 anos e a nulidade.⁽²⁴⁾

Causas não ginecológicas

As principais causas não ginecológicas da dor pélvica aguda são gastrointestinais, genitourinárias e musculoesqueléticas.⁽²⁹⁾ Entre as causas gastrointestinais e mesentéricas, podemos citar apendicite aguda, linfadenite mesentérica, diverticulite de Meckel, doença de Crohn, hérnia inguinal, trombose venosa mesentérica e abscesso perirretal.^(5,30) Para as causas genitourinárias, têm-se infecções do trato urinário e urolitíase distal. Já as causas musculoesqueléticas são osteomielite, miosite e abscesso de tecidos moles.⁽⁵⁾ Ademais, podem ser geradas por fatores externos, como envenenamento por chumbo e uso de narcóticos; por patologias hematológicas, como porfiria e crise das células falciformes; e por fatores psicossomáticos.⁽³⁰⁾ A presença de fecaloma, gás extraluminal e infiltração assimétrica de gordura pélvica dentro de um abscesso pélvico, principalmente após a menopausa, levanta a suspeita para as causas gastrointestinais.⁽²⁹⁾ Para essa faixa etária, descartam-se como possíveis causas gravidez ectópica e torção ovariana.⁽³⁰⁾ Para a faixa etária mais jovem, deve-se também avaliar quanto a possível abuso sexual.⁽⁵⁾ Nesta última faixa etária, têm-se ainda hímen imperfurado e septo vaginal transversal como possíveis causas.⁽³⁰⁾ Os diagnósticos diferenciais não ginecológicos mais comuns de dor pélvica aguda são apendicite aguda e diverticulite, os quais podem ser detectados na ultrassonografia ou tomografia com contraste.^(1,30) Enquanto a diverticulite caracteriza-se por dor na fossa inguinal esquerda, a apendicite apresenta-se como dor periumbilical com migração para o quadrante inferior direito.^(29,30) Nos casos em que a dor pélvica está associada a disúria e piúria, deve-se considerar infecção no trato urinário inferior ou pielonefrite.⁽³⁰⁾

CONCLUSÃO

São muitas as causas não obstétricas de dor pélvica aguda em mulheres, as quais perpassam pelas ginecológicas, subdivididas em anexiais e uterinas, e pelas não ginecológicas, que podem ser classificadas pelos

sistemas orgânicos acometidos. Todas elas geram repercussões sobre o bem-estar da mulher que vão além da dor pélvica, influenciando as atividades da vida diária e outras áreas do cotidiano. Nesse contexto, independentemente da causa, são misteres uma anamnese e um exame físico completos, não só para orientar a escolha do método de imagem auxiliar ao diagnóstico, como também o melhor manejo terapêutico para tal moléstia, englobando todo o aspecto biopsicossocial da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Hecht S, Meissnitzer M, Forstner R. [Acute pelvic pain in women-gynecological causes]. *Radiologe*. 2019;59(2):126-32. doi: 10.1007/s00117-018-0475-4. German.
2. Deway K, Wittrock C. Acute pelvic pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2019;37(2):207-18. doi: 10.1016/j.emc.2019.01.012
3. Harkins GJ. Female pelvic pain. *Semin Reprod Med*. 2018;36(2):97-8. doi: 10.1055/s-0038-1676086
4. Mahonski S, Hu KM. Female nonobstetric genitourinary emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2019;37(4):771-84. doi: 10.1016/j.emc.2019.07.012
5. Naffaa L, Deshmukh T, Tumu S, Johnson C, Boyd KP, Meyers AB. Imaging of acute pelvic pain in girls: ovarian torsion and beyond. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2017;46(4):317-29. doi: 10.1067/j.cpradiol.2016.12.010
6. Correia L, Marujo AT, Queirós A, Quintas A, Simões T. Adnexal torsion. *Acta Obstet Gynecol Port*. 2015;9(1):45-55.
7. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Ginecologia de Williams*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Berek JS. *Berek & Novak: tratado de ginecologia*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
9. Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F. *Rotinas em ginecologia*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
10. Su WH, Lee WL, Cheng MH, Yen MS, Chao KC, Wang PH. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas. *J Chin Med Assoc*. 2012;75(10):487-93. doi: 10.1016/j.jcma.2012.07.004
11. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):665-86. doi: 10.1093/humupd/dmw023
12. Török P, Póka R. A myoma uteri diagnosztikája és kezelése. *Orv Hetil*. 2016;157(21):813-9. doi: 10.1556/650.2016.30435
13. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(2):157-78. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8
14. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: doenças infectocontagiosas*. São Paulo: Febrasgo; 2010.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
16. Kairys N, Roepke C. Tubo-ovarian abscess. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020 [cited 2020 Aug 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846347/>
17. Czeyda-Pommersheim F, Kalb B, Costello J, Liao J, Meshksar A, Tiwari HA, et al. MRI in pelvic inflammatory disease: a pictorial review. *Abdom Radiol (NY)*. 2017;42(3):935-50. doi: 10.1007/s00261-016-1004-4
18. Cho HW, Koo YJ, Min KJ, Hong JH, Lee JK. Pelvic inflammatory disease in virgin women with tubo-ovarian abscess: a single-center experience and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(2):203-8. doi: 10.1016/j.jpag.2015.08.001
19. Fernandes CE, Sâ MFS, editores. *Tratado de ginecologia Febrasgo*. Rio de Janeiro: GEN/Guanabara Koogan; 2019.
20. Payne LA, Rapkin AJ, Seidman LC, Zeltzer LK, Tsao JC. Experimental and procedural pain responses in primary dysmenorrhea: a systematic review. *J Pain Res*. 2017;10:2233-46. doi: 10.2147/JPR.S143512
21. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2014;89(5):341-6.
22. Burnett M, Lemyre M. Primary dysmenorrhea consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;345(2):585-95. doi: 10.1016/j.jogc.2016.12.023
23. ACOG Committee Opinion No. 760: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):249-58. doi: 10.1097/AOG.0000000000002978
24. Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive. *Int J Womens Health*. 2010;2:211-20. doi: 10.2147/ijwh.s6914
25. Holanda AAR, Barreto CFB, Holanda JCP, Mota KB, Medeiros RD, Maranhão TMO. [Controversies about the intrauterine device: a review]. *Femina* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 8];41(3):141-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3812.pdf>. Portuguese.
26. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1699-708. doi: 10.1067/mob.2002.128091
27. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*. 1992;339(8796):785-8. doi: 10.1016/0140-6736(92)91904-m
28. Whaley NS, Burke AN. Intrauterine contraception. *Womens Health*. 2015;11(6):759-67. doi: 10.2217/whe.15.77
29. Pages-Bouic E, Millet I, Curros-Doyon F, Faget C, Fontaine M, Taourel P. Acute pelvic pain in females in septic and aseptic contexts. *Diagn Interv Imaging*. 2015;96(10):985-95. doi: 10.1016/j.diii.2015.07.003
30. Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2010;82(2):141-7.

Medo do parto em gestantes

Fear of childbirth among pregnant women

Rafaela Saragiotto Ferreira de Mello¹, Sérgio Floriano de Toledo¹, Anderson Benegas Mendes¹, Carolina Ribeiro Melarato¹, Danilo Saragiotto Ferreira de Mello¹

Descritores

Obstetrícia; Fobia; Ansiedade; Parto humanizado; Depressão pós-parto

Keywords

Obstetrics; Phobic disorders; Anxiety; Childbirth; Postpartum depression

Submetido:

23/09/2020

Aceito:

26/01/2021

1. Centro Universitário Lusíada, Santos, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rafaela Saragiotto Ferreira de Mello
Av. Washington Luís, 477, Vila Matias,
11055-001, Santos, SP, Brasil.
rafaelasaragiotto@gmail.com

Como citar?

Mello RS, Toledo SF, Mendes AB, Melarato CR, Mello DS. Medo do parto em gestantes. *Femina*. 2021;49(2):121-8.

RESUMO

Objetivo: Traçar um perfil epidemiológico do medo do parto em gestantes em Santos, correlacionando as variáveis idade, escolaridade, estado civil, paridade, perdas gestacionais prévias e intercorrências gestacionais. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em programa pré-natal de risco habitual em cinco Unidades Básicas de Saúde de Santos, com coleta de dados entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020. Critérios de inclusão: idade gestacional maior ou igual a 28 semanas, maiores de 18 anos, preferência por parto vaginal, alfabetizadas em português. A amostra foi de 67 participantes, que responderam ao Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP), versão portuguesa do *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* versão A, e a uma ficha com dados sociodemográficos. **Resultados:** A pontuação média no QMPP foi 79,3. Observou-se uma prevalência de 31,4% de gestantes com escore maior ou igual a 85, que compreende medo do parto intenso e tocofobia. A pontuação no QMPP apresentou correlação fraca positiva com idade. **Conclusão:** A prevalência de medo do parto no presente estudo se assemelhou àquela observada em metanálises internacionais. Este estudo pode embasar tanto futuras pesquisas sobre medo do parto no Brasil como projetos públicos para diagnóstico e tratamento dessa condição nas gestantes brasileiras.

ABSTRACT

Objective: To obtain an epidemiologic profile of the pregnancies affected by fear of childbirth in Santos, correlating variables such as: age, schooling, marriage status, parity, previous gestational losses, and pregnancy complications. **Methods:** Transversal study located in five polyclinics in Santos, in habitual risk prenatal program. The data was collected between November 2019 and February 2020. Inclusion criteria: gestational age equal or greater than 28 weeks, women older than 18 years, wish for vaginal birth, alphabetized in Portuguese. The final sample was 67 participants, which completed the Questionário sobre o Medo Percebido do Parto, Portuguese version of *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* version A, and a sheet with sociodemographic data. **Results:** The average score on QMPP was 79,3. It was found a prevalence of 31,4% of pregnant women with scores equal or greater than 85, which comprehends intense fear of childbirth and tocophobia. The QMPP score presented a weak positive correlation with age. **Conclusion:** The prevalence of fear of childbirth obtained in this study resembles the results of international metanalysis. This study can base future research about fear of childbirth in Brazil, as well as public projects to diagnose and treat this condition in Brazilian women.

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério são períodos singulares na vida de uma mulher, marcados por dúvidas e expectativas. Apesar de o parto ser um processo inteiramente biológico, para muitas mulheres ele está associado a dor, sofrimento e a uma ampla gama de medos, frequentemente nutridos e exacerbados pela mídia e pelo estilo de vida acelerado e imediatista da atualidade.⁽¹⁾

O medo do parto (do inglês, *fear of childbirth*) é uma condição frequente nas gestantes, principalmente naquelas no último trimestre, sendo descrito

como um medo debilitante que interfere nas funções domésticas, ocupacionais, atividades sociais e relacionamentos. Em algumas pacientes, a condição é tão severa que pode levar a uma fobia específica: a tocofobia.⁽²⁻⁴⁾

Sua gênese engloba o medo da dor, de intervenções médicas como episiotomia, da perda do controle durante o parto e da falta de apoio. Também são referidos o medo da falta de condições socioeconômicas para sustentar o filho e o zelo pelo bem-estar do recém-nascido ou o receio da própria morte.^(5,6) Paralelamente, fatores como não poder tomar decisões durante o parto, a solidão e um eventual despreparo da equipe médica exacerbam a condição.^(2,3,7)

Uma metanálise sugere que a tocofobia possui prevalência mundial entre 3,7% e 43%, com prevalência média em 14% das gestantes. Conjectura-se que tal heterogeneidade nos resultados se deva principalmente à falta de consenso na definição de tocofobia e aos limites imprecisos entre medo do parto e ansiedade generalizada.^(4,8)

Fatores como baixa autoestima, predisposição a transtornos de ansiedade, história de abuso sexual, fraca rede de apoio social, relacionamentos amorosos débeis e experiências adversas prévias com parto ou perdas gestacionais são fatores de risco associados à fobia.⁽⁹⁾

O medo do parto intenso é capaz de promover alterações fisiológicas no organismo materno, como aumento da pressão arterial, prolongamento da fase ativa da dilatação cervical, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana de emergência, parto vaginal operatório, depressão pós-parto, baixos índices de amamentação e maior admissão do recém-nascido em unidades de terapia intensiva (UTIs).^(5,7-9) A tocofobia foi observada em gestantes que sofriam de depressão pré-natal e está associada ao risco de distúrbios do sono, promovendo também dificuldades na comunicação entre médico e paciente.^(9,10) Há também associação entre medo do parto e menores níveis de tolerância à dor, com maior solicitação por analgesia epidural durante o parto.^(11,12)

Diante da necessidade de elaboração de uma ferramenta para mensuração da severidade do medo do parto, abrangendo as nuances que a diferenciava das tradicionais escalas de estresse e ansiedade, Wijma *et al.*⁽⁶⁾ desenvolveram, em 1998, o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ), dividido em versão A e B, para mensurar o medo do parto por meio das expectativas pré-parto e experiências pós-parto, respectivamente.^(5,6,13,14)

Trata-se de um questionário de autopreenchimento composto por 33 perguntas objetivas, avaliando receios e expectativas relativamente ao parto vaginal e classificando-os em uma escala de Likert de seis pontos, de “nem um pouco” (0) a “extremamente” (5). O somatório das pontuações varia de 0 a 165; quanto maior o escore, maior a intensidade do medo do parto.⁽¹³⁻¹⁵⁾

A ferramenta possui alta confiabilidade na predição de medo do parto, com um alfa de Cronbach igual a 0,93, e já está validada nos idiomas sueco, inglês, turco, ita-

liano, holandês, japonês, árabe, entre outros.^(6,15-17) Loureiro (2013)⁽¹⁵⁾ traduziu e validou o W-DEQ versão A para o português, nomeando-o Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP).

Ao longo dos anos, diversas notas de corte foram adaptadas para classificar as pontuações quanto ao grau de medo do parto. A literatura internacional, em sua maioria, reconhece que escores maiores ou iguais a 85 representam medo intenso, enquanto menores que 85, medo reduzido-moderado, também chamado de “medo administrável”. Um escore superior a 100 é considerado como tocofobia.^(14,17-19) Zar *et al.* (2001)⁽²⁰⁾ discriminaram mais precisamente a classificação de medo do parto segundo o escore no QMPP. Segundo eles, pontuações de 0 a 37 indicam medo reduzido, de 38 a 65, medo moderado, de 66 a 84, medo elevado, de 85 a 99, medo intenso e acima de 100, tocofobia.^(15,20)

O medo da dor é a causa mais frequente de medo do parto e o principal fator que faz a gestante optar pelo parto cesáreo, muitas vezes de forma eletiva e sem indicação obstétrica. Atualmente, o Brasil é o segundo país que mais realiza cesáreas no mundo, representando 57% dos partos, taxa muito acima dos 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. Conjectura-se que as complicações maternas graves decorrentes de cesarianas mal indicadas são um fator que contribui para o lento processo de redução da mortalidade materna no Brasil.^(1,5,8)

Considerando os fatos citados, o presente trabalho tem por objetivo analisar a prevalência do medo do parto nas gestantes usuárias da rede pública no município de Santos, por meio da aplicação do QMPP. Também visa correlacionar variáveis como idade, estado civil, escolaridade, idade gestacional, paridade, perdas gestacionais prévias e intercorrências obstétricas na atual gestação.

Dessa maneira, ao melhor compreender as variáveis que norteiam a experiência do parto vaginal por parte das gestantes, abrem-se caminhos para que políticas públicas de controle de ansiedade e medo do parto sejam implementadas na assistência pré-natal, a fim de propiciar uma assistência ao parto mais humanizada, com maior enfoque à saúde mental da gestante.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal cuja coleta de dados em campo foi iniciada em novembro de 2019 e encerrada em fevereiro de 2020. A pesquisa abrangeu cinco UBSs de diferentes regiões da cidade, a fim de garantir maior heterogeneidade da amostra (UBS Conselheiro Nébias, UBS Marapé, UBS Gonzaga, UBS Aparecida e UBS Vila Nova). A escolha das UBSs deu-se de forma aleatória por meio de sorteio em plataforma *on-line*.

Segundo dados do Datasus, no ano de 2017 foram registrados 4.146 partos vaginais de gestação única no município de Santos. Com base nisso, calculou-se a amostra mínima recomendada para o estudo, levando

em consideração um período de cinco meses para a aplicação dos questionários, assim como um erro amostral de 5% e nível de confiança de 90%. Essa amostra foi estimada em 253 participantes.⁽²¹⁾

Todavia, diante da eclosão dos primeiros casos de COVID-19 em Santos e das repercussões da pandemia, optou-se por encerrar a coleta de dados em campo antes do previsto, finalizando-a com uma amostra de 67 participantes.

As gestantes que compareceram ao pré-natal nas UBSs foram convidadas pelos pesquisadores a participarem do estudo. Foram feitas explicações sobre o objetivo da pesquisa, deixando clara a voluntariedade da participação e esclarecendo possíveis dúvidas. As gestantes foram orientadas pelos pesquisadores quanto ao correto preenchimento do questionário.

As participantes tomaram ciência do estudo e de sua finalidade e concordaram em participar dele por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o objetivo de preservar a privacidade das voluntárias, nomes e informações pessoais irrelevantes para a pesquisa foram omitidos.

Os critérios de inclusão foram: gestantes a partir da 28ª semana de gestação, com idade maior ou igual a 18 anos, alfabetizadas em português, que planejavam conceber por meio de parto vaginal e que deram consentimento expresso para a inclusão na pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, falta de consentimento, gestação múltipla e cesariana eletiva.

Primeiramente, foi solicitado às gestantes que preenchessem sozinhas o QMPP (Anexo 1). Após o término do questionário, os pesquisadores completaram uma ficha composta por dados sociodemográficos e obstétricos, que incluíam idade, estado civil, grau de escolaridade, idade gestacional, gestações prévias, número de partos prévios e comorbidades obstétricas na gestação atual. Essas informações foram obtidas por meio de entrevista com a participante, com perguntas diretas e em linguagem acessível.

A duração média da aplicação do questionário e da entrevista foi de 10 minutos.

Os dados coletados foram tabulados e posteriormente submetidos a análise estatística. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência e porcentagens (estado civil, escolaridade, intercorrências na gestação e primípara ou múltipara). Nas variáveis contínuas (idade, pontuação no questionário, número de gestações, número de partos e idade gestacional), foram calculados a média e o desvio-padrão para dados normais ou mediana e percentis (p25-p75) para dados com distribuição não paramétrica.

O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para determinar a distribuição paramétrica ou não dos dados. Para correlacionar a pontuação no QMPP com idade e idade gestacional, foram utilizados o teste de correlação de Pearson para dados contínuos de distribuição paramétrica e o teste de correlação de Spearman para distribuição não paramétrica.

Para avaliar se houve diferença estatística na pontuação do questionário, levando em consideração as características sociodemográficas, foi realizado o teste T de Student em caso de distribuição paramétrica ou de Mann-Whitney em distribuição não paramétrica.

Para avaliar se houve diferença entre os grupos “medo reduzido-moderado”, “medo intenso” e “tofofobia”, considerando os escores do questionário no que diz respeito a características sociodemográficas, foi aplicado o teste de ANOVA ou Kruskal-Wallis para desfechos contínuos ou qui-quadrado para desfechos qualitativos.

Foram considerados valores significativos um *p* menor que 0,05 e um intervalo de confiança de 95%. O programa estatístico utilizado foi R versão 3.6.1.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Lusiada (CEP-Unilus), sob o CAEE 25777919.5.0000.5436.

RESULTADOS

Das 71 participantes elegíveis para o estudo, quatro foram excluídas por preenchimento incompleto e/ou incorreto do questionário, resultando em uma amostra final de 67 participantes.

Os dados demográficos e gestacionais estão descritos nas tabelas 1 e 2. A média de idade era de 26 anos (DP = 5,86), sendo a mínima 18 e a máxima 40 anos. A maioria das participantes era casada ou em união estável (55%, n = 37).

Tabela 1. Frequência de dados demográficos e gestacionais

Variável	n (%)
Estado civil	67
Solteira	30 (44,77)
Casada/união estável	37 (55,22)
Escolaridade	67
Ensino fundamental incompleto	5 (7,46)
Ensino fundamental completo	9 (13,43)
Ensino médio incompleto	15 (22,38)
Ensino médio completo	23 (34,32)
Ensino superior incompleto	8 (11,94)
Ensino superior completo	6 (8,95)
Pós-graduação	1 (1,49)
Primigesta	67
Sim	32 (47,76)
Não	35 (52,23)
Perdas em gestações anteriores	67
Sim	3 (4,47)
Não	64 (95,52)
Intercorrências	67
Sim	7 (10,44)
Não	60 (89,55)

Tabela 2. Média e mediana de dados demográficos e obstétricos

Variável	Média	Desvio-padrão
Idade	26,09	5,86
Idade gestacional	32,93	3,95
Pontuação no questionário	79,31	13,92
Variável	Mediana	Percentis 25-75
Número de gestações	1	0-1
Número de partos	1	0-1
Intercorrências		67
Sim		7 (10,44)
Não		60 (89,55)

Quanto à escolaridade, 34% das gestantes tinham ensino médio completo ($n = 23$), enquanto 7,5% ($n = 5$) referiram possuir ensino fundamental incompleto.

Em relação à paridade, 52,2% eram multigestas ($n = 35$) e a idade gestacional média era de 33 semanas, variando de 28 a 41 semanas. Por meio da diferença entre gestações prévias e partos prévios, inferiu-se que três participantes (4,5%) tiveram alguma perda gestacional prévia.

Sete participantes (10,4%) referiram alguma intercorrência na atual gestação, incluindo hiperêmese gravídica ($n = 1$), hipertensão arterial gestacional ($n = 1$), sangramento excessivo ($n = 1$), diabetes mellitus gestacional controlado ($n = 2$), hipertensão arterial e anemia ($n = 1$) e uma internação por motivos incertos. Ressalta-se que todas as pacientes faziam pré-natal em programa de risco habitual.

A pontuação média no QMPP foi 79,3 (DP = 13,9), com mínima de 40 e máxima de 112.

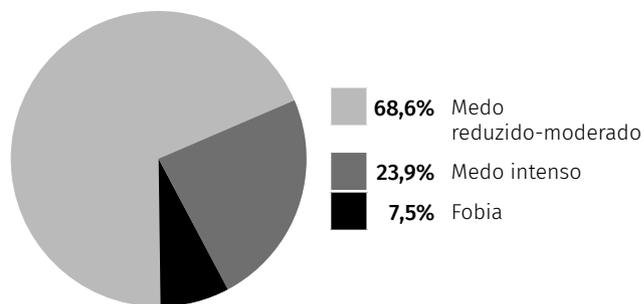
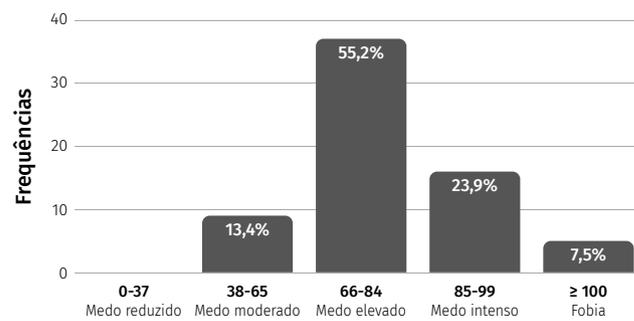
Em relação à classificação quanto ao grau de medo do parto, 46 gestantes (68,6%) tinham medo reduzido-moderado, 16 (23,9%), medo intenso e 5 (7,5%), tocofobia. Tais frequências encontram-se distribuídas na figura 1. Ao considerar como medo do parto pontuações maiores ou iguais a 85, agrupando-se os grupos de medo intenso e tocofobia, a prevalência foi de 31,4% ($n = 21$).

A figura 2 aponta a distribuição das frequências segundo o grau do medo do parto com base nas notas de corte adaptadas por Zar *et al.* (2001).^(14,20) Observa-se que mais da metade (55,2%) apresentou medo elevado do parto.

A partir da análise de dados, buscou-se correlacionar as variáveis sociodemográficas e gestacionais com a pontuação no QMPP. Foi observada uma correlação fraca positiva entre a idade e a pontuação ($R = 0,3$, $p = 0,015$).

Não houve diferença estatística na pontuação do QMPP com idade gestacional ($p = 0,98$), estado civil ($p = 0,65$), escolaridade, levando em conta finalização do ensino médio ($p = 0,44$), perdas gestacionais prévias ($p = 0,33$) ou intercorrências gestacionais ($p = 0,16$).

Ao estratificar as pacientes pelos grupos definidos pela pontuação no questionário (Tabela 3), tendo como valores de corte 85 a 99 para medo intenso e ≥ 100 para tocofobia, a média de idade do grupo de medo reduzido-

**Figura 1.** Níveis de medo do parto na amostra, considerando notas de corte 85 e 100**Figura 2.** Níveis de medo do parto observados na amostra, segundo Zar *et al.* (2001)⁽²⁰⁾

-moderado era de 25 anos, enquanto no grupo de tocofobia era de 30 anos. Apesar disso, não houve diferença estatisticamente significativa de idade ou idade gestacional nos grupos. Também não houve diferença no que diz respeito a escolaridade ($p = 0,612$), intercorrências ($p = 0,179$), perdas prévias ($p = 0,654$) ou paridade ($p = 0,069$).

Foi observada diferença estatisticamente significativa quando analisado estado civil ($p = 0,017$), demonstrando que os grupos de medo intenso e tocofobia foram majoritariamente compostos por mulheres casadas ou em união estável.

DISCUSSÃO

Aproximadamente 80% das mulheres apresentam algum grau de medo do parto durante a gestação, em sua maioria na forma leve e benigna.⁽¹⁸⁾ Entretanto, estima-se que em 14% das gestantes essa condição pode ultrapassar os limites da normalidade e se tornar severa e incapacitante, com repercussões negativas à mulher e ao recém-nascido, sendo denominada tocofobia.^(3,5,8)

Por anos, o medo do parto foi englobado como uma entidade pertencente aos distúrbios de ansiedade gerais, dadas as suas repercussões clínicas semelhantes, como dificuldades para dormir, preocupação excessiva e fadiga.⁽¹¹⁾ Nilsson *et al.* (2018)⁽²⁾ afirmam que o campo de pesquisa nesse tema é extenso e complexo, sem muitos consensos ou definições.

Metanálises demonstram que a prevalência mundial de tocofobia é de 12% em múltiparas e de 16% em nulíparas. Conjectura-se que essa prevalência é subestima-

Tabela 3. Dados demográficos estratificados por grupo de acordo com o questionário QMPP

Variável	Medo reduzido-moderado n (%)	Medo intenso n (%)	Tocofobia n (%)	p-value
Casada	46	16	5	
Sim	27 (58,69)	5 (31,25)	5 (100)	0,017
Não	19 (41,3)	11 (68,75)	0 (0)	
Ensino médio completo	46	16	5	
Sim	28 (60,86)	8 (50)	2 (40)	0,612
Não	18 (39,13)	8 (50)	3 (60)	
Primigesta	46	16	5	
Sim	25 (54,34)	7 (43,75)	0 (0)	0,069
Não	21 (45,65)	9 (56,25)	5 (100)	
Perda prévia	46	16	5	
Sim	3 (6,52)	0 (0)	0 (0)	0,654
Não	43 (93,47)	16 (100)	5 (100)	
Intercorrências	46	16	5	
Sim	3 (6,52)	3 (18,75)	1 (20)	0,179
Não	43 (93,47)	13 (81,25)	4 (80)	
Variável	Média	Média	Média	p-value
Idade	25,2	27,31	30	0,14
Idade gestacional	32,61	33,25	34,8	0,47

da, visto que não considera as mulheres cujo medo do parto é tão severo que, por isso, não engravidam, assim como aquelas que recorrem a um abortamento provocado por causa da fobia.⁽¹¹⁾

Ressalta-se também a influência da mídia na experiência da gestação, muitas vezes representando o parto com imagens de dor, sofrimento, desespero e descontrole. Rezende (2011),⁽²²⁾ ao analisar a representação da gestação em veículos de comunicação destinados às gestantes, observou que “o foco das matérias é a percepção de uma natureza emotiva à gravidez, durante a qual os sentimentos de medo e ansiedade seriam recorrentes”.

Ao averiguar a correlação com distúrbios psiquiátricos, Abdollahi *et al.* (2020)⁽²³⁾ evocam que gestantes com medo do parto possuem maiores taxas de transtornos de ansiedade, personalidade e humor e transtorno de estresse pós-traumático, assim como histórico de abusos físicos e/ou sexuais, esses associados principalmente à tocofobia em nulíparas.

O presente estudo buscou estimar a prevalência de medo do parto em gestantes do município de Santos, assim como possíveis variáveis correlacionadas. Foi utilizado o QMPP para a mensuração do nível de medo do parto da amostra, composta por 67 gestantes hípidas, maiores de 18 anos, com idade gestacional a partir da 28ª semana, alfabetizadas em português, em acompanhamento pré-natal de risco habitual e que pretendiam ter um parto por via vaginal.

Optou-se por selecionar uma amostra de gestações de risco habitual para evitar possíveis vieses que as complicações pré-natais ou gestações rotuladas como de alto risco acarretariam à amostra, como as repercussões de medo e ansiedade nas gestantes.

Até o momento da conclusão deste trabalho, em agosto de 2020, não foi encontrado nenhum relato da aplicação do QMPP em gestantes brasileiras nas bases de dados PubMed e SciELO, sendo este um trabalho pioneiro nesse sentido.

O período gestacional ideal de aplicação do QMPP não foi definido por Wijma em seu trabalho original. Porém, a maioria dos trabalhos internacionais optou por aplicá-lo no terceiro trimestre de gestação, possivelmente por ser essa a etapa que mais se aproxima do nascimento, intensificando as expectativas da gestante quanto ao trabalho de parto. O presente estudo decidiu-se por confluir com a literatura, utilizando como critério de inclusão gestantes a partir da 28ª semana.^(2,15,20)

Observou-se prevalência de 31,4% de gestantes com escore maior ou igual a 85, que engloba medo do parto intenso e fobia. Tal achado é condizente com a literatura mundial, que aponta prevalência de medo do parto entre 3,7% e 43%.^(3,8)

Concomitantemente, foi encontrada prevalência de 7,5% de tocofobia, correspondendo a escores maiores ou iguais a 100. Essa prevalência é estimada em 14% por uma metanálise internacional, porém essa utilizou diferentes

pontos de corte para estipular tal porcentagem.^(3,5,8) Nesse sentido, Nilsson *et al.* (2018)⁽²⁾ publicaram uma metanálise que incluiu 24 estudos metodologicamente fortes; três deles utilizaram como nota de corte escores maiores ou iguais a 100 no W-DEQ, resultando em uma média de 7,1% de prevalência de tocofobia nas gestantes, valor muito semelhante ao evidenciado pelo presente estudo.

Em contrapartida, a amostra de participantes que pontuaram escores maiores ou iguais a 100 foi de apenas 5, número pouco representativo para definir uma real prevalência de tocofobia nas gestantes santistas.

A pontuação média no QMPP foi de 79,3, representando uma média de medo reduzido-moderado do parto, considerando a maioria dos trabalhos internacionais que utilizam como nota de corte 85.⁽³⁾ Porém, segundo Zar *et al.* (2001),⁽²⁰⁾ esse mesmo valor seria classificado como medo elevado do parto. Ainda, se analisada conforme o trabalho original de Wijma *et al.* (1998),⁽⁶⁾ que preconizou uma nota de corte de 66, a amostra seria considerada como portadora de medo intenso do parto.^(6,15,20)

O presente trabalho demonstrou fraca correlação positiva entre a idade da gestante e a pontuação no QMPP, sugerindo que quanto mais velha a mulher, maiores os seus níveis de medo do parto.

Ao analisar a variável estado civil, foi observada uma correlação estatisticamente significativa entre mulheres casadas ou em união estável e os grupos de medo intenso e tocofobia. No entanto, tal diferença pode ser atribuída às limitações quantitativas da amostra, visto que o grupo de fobia foi totalmente constituído por mulheres casadas. Essa mesma correlação não se mostrou estatisticamente significativa quando avaliada a pontuação numérica do QMPP.

Em relação à idade gestacional, não se observaram diferenças significativas com a pontuação do QMPP ou a estratificação em grupos, contrapondo com um estudo transversal finlandês que demonstrou maiores pontuações no QMPP após a 21ª semana de gestação.⁽¹⁰⁾

Da mesma forma, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre participantes primíparas e múltíparas em relação à pontuação ou ao grupo pertencente. Rouhe *et al.* (2009)⁽¹⁰⁾ afirmaram que o medo do parto seria mais intenso em nulíparas.

Não foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre escolaridade e medo do parto. Loureiro (2013)⁽¹⁵⁾ correlacionou desemprego e menor nível de escolaridade com maiores pontuações no QMPP, não encontrando associação significativa com outras variáveis. Todavia, o presente trabalho utilizou como parâmetro de escolaridade a conclusão do ensino médio, e não os anos de escolaridade, como feito pelo estudo citado. Tal divergência na mensuração possivelmente impactou os seus resultados.

Não foi demonstrada diferença estatística na pontuação do QMPP em relação às perdas gestacionais prévias ou intercorrências gestacionais. Uma das limitações do estudo é que a pesquisa dessas variáveis foi feita por

meio de interrogação direta às participantes, fator que pode ter ocasionado viés de memória, pelas dificuldades de discernir entre aborto e perda gestacional ou mesmo desconhecimento desse histórico, assim como certa desinformação em relação às intercorrências durante a gravidez. Sugere-se que tais informações sejam checadas em prontuários em futuras pesquisas.

Infelizmente, considerando as repercussões da pandemia de COVID-19, a coleta de dados precisou ser interrompida com uma amostra aquém da desejada. Essa decisão levou em conta dois motivos: primeiro, por prezar pela saúde tanto das gestantes como dos pesquisadores; segundo, cogitou-se que os reflexos da pandemia poderiam exacerbar as sensações de medo e ansiedade nas participantes, influenciando os resultados da pesquisa.

Pelos motivos expostos, pontua-se que seria pertinente a replicação do QMPP no cenário da pandemia, para, assim, ao comparar futuros resultados com aqueles encontrados nesta pesquisa, averiguar os impactos da atual conjuntura epidemiológica no medo do parto.

Ressalta-se também que a amostra do presente trabalho não é suficientemente representativa para toda a população brasileira ou mesmo para a população usuária do sistema público de saúde santista. Nesse sentido, a ampliação da amostra no futuro poderia tanto fornecer a real prevalência de medo do parto no Brasil como constatar de maneira mais fidedigna as variáveis implicadas, colaborando com metanálises sobre o tema.

Durante a aplicação dos questionários, os pesquisadores notaram certa dificuldade por parte das participantes em compreender o funcionamento do QMPP nos moldes da escala de Likert. Para muitas delas, foi preciso que os pesquisadores esclarecessem oralmente mais de uma vez a dinâmica dele, apesar das instruções de preenchimento devidamente impressas no topo do questionário.

Sabe-se que o QMPP foi originalmente desenvolvido na Suécia, país cuja população possui escolaridade superior à da brasileira. Uma vez que 43,3% das participantes desta pesquisa não possuíam ensino médio completo, questiona-se se o QMPP não seria demasiado complexo para ser aplicado em participantes de baixa escolaridade. Sugere-se a criação de uma nova escala ou adaptação dela para a mensuração do medo do parto de forma mais acessível a essas gestantes.

Com a expansão do conhecimento sobre o medo do parto e suas implicações, diversas pesquisas vêm sendo conduzidas nas áreas de psicologia e psiquiatria a fim de encontrar abordagens para os quadros mais severos. Abdollahi *et al.* (2020)⁽²³⁾ relataram que a psicoterapia reduziu o medo do parto e o escore no QMPP mais efetivamente do que o acompanhamento pré-natal de rotina. Duncan *et al.* (2017)⁽²⁴⁾ concluíram que 18 horas de treinamento em *mindfulness* direcionado à maternidade reduziram o medo e a dor no trabalho de parto em grávidas. Foi descrito por Rouhe *et al.* (2015)⁽²⁵⁾ que treinamentos em grupos de relaxamento reduziram os escores do QMPP em 10,3 pontos. Nessa mesma direção,

Haapio *et al.* (2017)⁽²⁶⁾ reportaram que níveis de medo do parto foram diminuídos com apenas duas horas de treinamento em parto por parteiras e doulas. Richter *et al.* (2012)⁽²⁷⁾ demonstraram os efeitos da terapia cognitivo-comportamental no abrandamento do estresse e dos níveis de cortisol em gestantes com sintomas de ansiedade, estresse e depressão.

Com base nas intervenções propostas pelos estudos citados e considerando que as gestantes do presente trabalho apresentavam, em média, medo do parto elevado, e 31,4% apresentavam medo intenso ou fóbico, ressalta-se a necessidade de adoção de medidas efetivas de controle do medo do parto durante o pré-natal. Tais intervenções, se bem orientadas e aplicadas por meio de políticas públicas de saúde, corroborariam a longo prazo com a redução das despesas em saúde, diminuindo taxas de cesariana eletiva, solicitação por analgesia epidural, tempo de internação em UTI neonatal, custos com fármacos para depressão pós-parto, entre outros gastos com complicações já citadas.^(1,5,19)

Garthus-Niegel *et al.* (2014)⁽²⁸⁾ demonstraram que mulheres que preferiam um parto cesariano eletivo tinham maiores níveis de medo do parto, maior ansiedade pré-natal e maiores índices de transtorno de estresse pós-traumático do que aquelas que se submetiam ao parto vaginal.^(28,29) Nesse sentido, reforça-se a importância da abordagem do medo do parto para diminuir as altas taxas de cesariana eletiva sem indicação obstétrica.⁽¹⁾

Por fim, ao observar todas as repercussões que o medo do parto ocasiona na vida da gestante e de seu recém-nascido, constata-se que aspectos psicológicos não devem ser ignorados em um pré-natal de qualidade. Nesse sentido, por ser uma ferramenta rápida, custo-efetiva e confiável, levanta-se a possibilidade de o QMPP ser globalmente aplicado em consultas pré-natais. Desse modo, ao melhor compreender os anseios da gestante e efetivar um diagnóstico de medo do parto, abrem-se caminhos para uma intervenção psicoterápica precoce, assim como a promoção de um atendimento integral e estreitamento da relação médico-paciente.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou prevalência de 31,4% de gestantes com medo do parto intenso e fóbico, com pontuação média de 79,3 no QMPP, correspondendo a medo elevado do parto. Foi observada fraca correlação positiva entre a idade e a pontuação do QMPP. Não foram evidenciadas outras associações entre as variáveis e a pontuação ou estratificação em grupos. Em vista dos resultados, acredita-se que as informações reunidas nesta pesquisa podem auxiliar na compreensão do medo do parto no Brasil, abrindo portas para que políticas públicas de controle de medo e ansiedade em gestantes sejam instituídas, aprimorando a assistência à saúde biopsicossocial da mulher e promovendo um parto mais humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos ALR, Bacha AM, Alencar Junior CA, Leocádio EMA, Calderon IMP, Schirmer J, et al. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. 2001 [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
2. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
3. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F, et al. Tocophobia in the DSM-5 era: outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J Psychosom Res*. 2019;116:37-43. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.012
4. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(3):527-34. doi: 10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca
5. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
6. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84-97. doi: 10.3109/01674829809048501
7. Georgsson Ohman S, Saltvedt S, Grunewald C, Waldenström U. Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? A randomized controlled trial of ultrasound screening for Down's syndrome versus routine ultrasound screening. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(7):634-40. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00462.x
8. Kacperczyk-Bartnik J, Bartnik P, Symonides A, Sroka-Ostrowska N, Dobrowolska-Redo A, Romejko-Wolniewicz E. Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58(4):492-6. doi: 10.1016/j.tjog.2019.05.0
9. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD, et al. 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):377. doi: 10.1186/s12888-016-1070-8
10. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;116(1):67-73. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x
11. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: a meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women Birth*. 2020 Jun 7. doi: 10.1016/j.wombi.2020.05.008. [ahead of print].
12. Smorti M, Ponti L, Simoncini T, Pancetti F, Mauri G, Gemignani A. Psychological factors and maternal-fetal attachment in relation to epidural choice. *Midwifery*. 2020;88:102762. doi: 10.1016/j.midw.2020.102762
13. Mortazavi F, Agah J. Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Med J*. 2018;33(6):497-505. doi: 10.5001/omj.2018.91
14. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the delivery fear scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(2):97-107. doi: 10.3109/01674820209042791
15. Loureiro SAM. O medo do parto: contributo para a validação do W-DEQ para grávidas portuguesas [dissertation Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2013 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70813/2/31089.pdf>
16. Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Murayama R, Okano T, et al. Translation and validation of the Japanese version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):326-32. doi: 10.1111/nhs.12036
17. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002;29(2):101-11. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x

18. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006;33(3):221-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x
19. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13. doi: 10.1080/00016340902998436
20. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther*. 2001;30(2):75-84. doi: 10.1080/02845710152507418
21. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Datasus. Declaração de Nascidos Vivos [Internet]. Rio de Janeiro: Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde. 2017 [cited 2019 Sep 9]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>
22. Rezende CB. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cad Pagu*. 2011;(36):315-44. doi: 10.1590/S0104-8332011000100012
23. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrizi M, Gholinia H. Effect of psychotherapy on reduction of fear of childbirth and pregnancy stress: a randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2020;11:787. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00787
24. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3
25. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-randomised controlled. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(1):1-9. doi: 10.3109/0167482X.2014.980722
26. Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Astedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(2):293-301. doi: 10.1111/scs.12346
27. Richter J, Bittner A, Petrowski K, Junge-Hoffmeister J, Bergmann S, Joraschky P, et al. Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33(4):162-70. doi: 10.3109/0167482X.2012.729111
28. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knop C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:191. doi: 10.1186/1471-2393-14-191
29. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):195. doi: 10.1186/s12884-017-1371-z

Anexo 1. Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP)

INSTRUÇÕES		Nº FICHA: _____
<p>Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do trabalho de parto e do parto.</p> <p>As respostas a cada questão aparecem como uma escala de 0 a 5. As respostas extremas (0 e 5 respetivamente) correspondem aos extremos opostos de um certo sentimento ou pensamento.</p> <p>Por favor preencha cada questão desenhando um círculo à volta do número que representa a resposta que melhor corresponde a como imagina que o seu trabalho de parto e parto serão. Por favor responda como imagina que o seu trabalho de parto e parto serão – não dá forma como espera que sejam.</p>		
I De uma forma geral, como pensa que irá ser o seu trabalho de parto e parto?		
1	Extremamente fantástico	Nada fantástico
2	Extremamente assustador	Nada assustador
II De uma forma geral, como acha que se vai sentir durante o trabalho de parto e parto?		
3	Extremamente só	Nada só
4	Extremamente forte	Nada forte
5	Extremamente confiante	Nada confiante
6	Extremamente amedrontada	Nada amedrontada
7	Extremamente isolada	Nada isolada
8	Extremamente fraca	Nada fraca
9	Extremamente segura	Nada segura
10	Independente	Dependente
11	Extremamente desolada	Nada desolada
12	Extremamente tensa	Nada tensa
13	Extremamente contente	Nada contente
14	Extremamente orgulhosa	Nada orgulhosa
15	Extremamente abandonada	Nada abandonada
16	Extremamente calma e serena	Nada calma e serena
17	Extremamente relaxada	Nada relaxada
18	Extremamente feliz	Nada feliz
III O que pensa que vai sentir durante o trabalho de parto e parto?		
19	Extremo pânico	Nenhum pânico
20	Extrema falta de esperança	Nenhuma falta de esperança
21	Extremo desejo de ter a criança	Nenhum desejo de ter a criança
22	Extrema autoconfiança	Nenhuma autoconfiança
23	Muita confiança nos outros	Nenhuma confiança nos outros
24	Extrema dor	Nenhuma dor
IV O que pensa que vai acontecer quando o trabalho de parto for mais intenso?		
25	Me comportarei extremamente mal	Não me comportarei nada mal
26	Permitirei que o meu corpo assuma o controle total	Não permitirei que o meu corpo assuma o controle total
27	Perderei totalmente o controle de mim mesma	Não perderei de todo o controle de mim mesma
V Como imagina que vai sentir o momento exato do parto?		
28	Extremamente agradável	Nada agradável
29	Extremamente natural	Nada natural
30	Exatamente como deveria ser	Nada como deveria ser
31	Extremamente perigoso	Nada perigoso
VI Durante o último mês, imaginou sobre o trabalho de parto e parto, como por exemplo...		
32	... imaginou que o seu bebé vai morrer durante o trabalho de parto ou parto?	
	Nunca	Muito frequentemente
33	... imaginou que o seu bebé vai ficar ferido durante o trabalho de parto ou parto?	
	Nunca	Muito frequentemente
Agora poderia, por favor, verificar se não se esqueceu de responder a nenhuma questão?		



Anuidade 2021

febrasgo

**Faça o
pagamento
da sua
anuidade**

**Acesse www.febrasgo.org.br
e gere seu boleto**

**Ainda dá tempo de garantir
seu desconto!***

***Até 31 de março**

Esse ano tem 59° CBGO!

17 a 20 de novembro de 2021
Rio de Janeiro - RJ

59°
Congresso Brasileiro de
Ginecologia e Obstetrícia

#O congresso de todos os brasileiros



EVENTO PRESENCIAL!
Acompanhe nossas redes sociais.



@febrasgooficial



@febrasgo

Realização:

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia