

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 50, Número 3, 2022

Gestação não planejada: sua relação com o uso de contraceptivos e o início de muitos desafios

Febrasgo aprova quatro
**NOVAS MATRIZES
DE COMPETÊNCIA**
em áreas de atuação em
ginecologia e obstetrícia



#

LIBERDADE**VEM DE
DENTRO**

DESCUBRA A SUA

DESCUBRA A SUA

DESCUBRA A SUA

Liberte-se do alarme!

Saiba mais
sobre métodos
contraceptivos
de Longa Ação.



liberdade
vemdedentro
.com.br



Material informativo destinado a público geral. Dúvidas sobre o seu tratamento, consulte sempre seu médico.
PP-KYL-BR-0904-1 MAR 2022 | sac@bayer.com | 0800 7021241



DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**


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

CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



Mesmo no crepúsculo de março não é tarde para destacar a relevância da identificação precoce e tratamento da endometriose para a saúde da mulher. Apesar de procedimento cirúrgico ou uso de imagens como a melhor técnica para o estadiamento continuar em discussão, o diagnóstico deve ser precoce. As últimas recomendações reforçam o abandono da laparoscopia para simples diagnóstico. Este volume de *Femina* não trata disso, mas não é omissivo. Em artigo de corte transversal, incluindo pacientes atendidas em hospital de nível terciário em Minas Gerais, os autores traçam o perfil epidemiológico das pacientes. O cenário não é muito diferente do de outros centros do país. Em outro tópico, em artigo de capa, três professores que se dedicam ao tema analisam a influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gravidez não planejada, puxando a pandemia COVID-19 para o cenário. Cerca de 60% das mulheres relataram pelo menos uma gravidez não planejada, mesmo quando 46% delas estavam em uso de algum método contraceptivo. Há destaque para as falhas e uso incorreto! O estudo não compara métodos e é descritivo sem exercício inferencial. Entrevistando os autores, e mais dois especialistas, a jornalista Letícia esmiúça e enriquece o assunto incluindo dados de todas as regiões.

Neste volume, a qualidade da residência médica continua preocupação dos dirigentes da Febrasgo. Assim, a introdução do diário de bordo nos programas ser emergencial! Esse documento registra todas as ações do residente. Ainda, a Febrasgo aprova quatro novas matrizes de competência em Ginecologia e Obstetrícia. Cinco professores dedicados ao ensino opinam em texto preciso singularmente redigido! A inserção de dispositivo intrauterino por profissionais da enfermagem é comentada pela Comissão Nacional de Valorização e Defesa Profissional da Febrasgo com os argumentos desejados por todos nós. Leiam e opinem! Sete especialistas em Ginecologia proveem texto excepcional acerca das melhores técnicas para identificação das infecções sexualmente transmissíveis. Sua leitura deixa claro os pontos-chave que asseguram nosso melhor desempenho.

A Comissão Nacional Especializada em Climatério traz a posição da Febrasgo em relação à Síndrome Geniturinária da Menopausa. Em cinco páginas os autores dão as melhores evidências para a atuação do ginecologista nessa área. A relevância do exame físico da paciente é peça fundamental para o diagnóstico! Cinco pontos-chave e sete recomendações desnudam a qualidade do texto. Ainda nesse caderno, dois professores da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em artigo de corte transversal, examinam o conhecimento que adolescentes entre 15 e 16 anos têm em relação aos diferentes métodos contraceptivos. Embora sejam limitados pelo pequeno tamanho amostral, os resultados indicam que nossa atuação deve ser estendida às escolas de primeiro e segundo grau. Os conhecimentos nessa fase da vida são ainda escassos ou mesmo ausentes. O Caderno Científico é encerrado com revisão narrativa apontando para os desafios encontrados pelas mulheres negras durante a gestação. O estudo analisa publicações brasileiras e norte-americanas. O resultado é comum aos dois países!

Continuemos esperançosos em 2022! Máscaras caindo!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

134 Capa

Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras



142 Entrevista

Gravidez não planejada: o início de muitos desafios

150 Entrevista

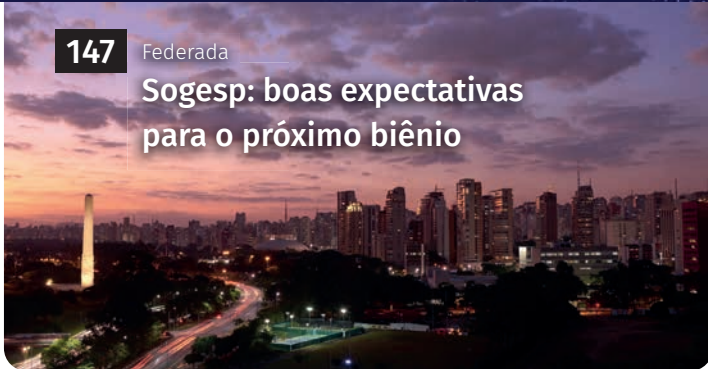
Febrasgo aprova quatro novas matrizes de competência em áreas de atuação em ginecologia e obstetrícia



147

Federada

Sogesp: boas expectativas para o próximo biênio



148

Residência Médica

O diário de bordo do médico-residente

153

Defesa e Valorização Profissional

Febrasgo protocola ação contra Resolução da Enfermagem sobre inserção de DIU por enfermeiros

157

Especial Fleury

Diagnóstico molecular de infecções sexualmente transmissíveis



163

Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Síndrome geniturinária da menopausa

ARTIGOS ORIGINAIS

Conhecimento sobre métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia

Perfil epidemiológico e assistência clínica a mulheres com endometriose em um hospital universitário público brasileiro

ARTIGO DE REVISÃO

Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa



Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de **gestação não planejada** em mulheres brasileiras

Maria Celeste Osório Wender¹, Rogério Bonassi Machado², Carlos Alberto Politano³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo primário analisar a taxa de gestações não planejadas e sua relação com o uso de métodos contraceptivos no Brasil. Secundariamente, procurou-se identificar o impacto da pandemia por SARS-CoV-2 sobre o desejo reprodutivo e a utilização de contraceptivos. Foram entrevistadas mulheres entre 16 e 45 anos que tiveram pelo menos uma gestação, por meio de questionário *on-line*, em todas as regiões brasileiras. Foram analisados dados de 1.000 mulheres com média etária de 34,7 anos, paridade média de 1,69 filho e número médio de 2,01 gestações. Entre as mulheres, 62% referiram ter tido pelo menos uma gestação não planejada, com maior percentual entre as mulheres que utilizam o sistema público de saúde (65%) em relação ao sistema privado (55%). Entre as mulheres que referiram ao menos uma gestação não planejada, 46% usavam algum método contraceptivo na ocasião. O uso atual de métodos contraceptivos atingiu 81% das mulheres entrevistadas, sendo os contraceptivos orais utilizados por 31%, seguidos dos preservativos (20%), laqueadura tubária (10%) e métodos de longa ação (LARC, 9%). Entre as mulheres, 53% considerariam um LARC como modalidade contraceptiva, especialmente entre as que referiram esquecimento frequente de pílulas. Durante a pandemia, 7% das mulheres entrevistadas referiram suspender o uso de contraceptivos. Para 80%, não houve mudanças no planejamento reprodutivo durante a pandemia, porém observaram-se 10% de gestações não planejadas. Em conclusão, a menor adoção de métodos contraceptivos, aliada ao uso incorreto/falha do método, associa-se a maiores taxas de gestações não planejadas. Métodos com maior índice de eficácia são considerados por mulheres que já experimentaram gestações não planejadas. Houve pequeno impacto da pandemia sobre o uso de métodos contraceptivos e sobre o planejamento reprodutivo.

Descritores:

Gravidez; Anticoncepção; Métodos contraceptivos; Reprodução

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
2. Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.
3. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Como citar:

Wender MCO, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*. 2022;50(3):134-141.

INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada representa preocupação significativa de saúde pública no mundo, com estimativa global recente mostrando que 44% de todas as gestações não foram planejadas, variando entre diversos países e mesmo dentro do próprio país.⁽¹⁾ Pesquisas mostram que mais de 55% das mulheres não planejaram a gravidez no Brasil, a despeito de atividades preventivas e educativas para os diversos segmentos da população serem previstas em nossa legislação.⁽²⁾

Estima-se que, a cada ano, 6 milhões de gestações não planejadas, 2,1 milhões de partos não planejados, 3,2 milhões de abortos e 5.600 mortes maternas seriam reduzidos, evitando a necessidade não atendida de orientação contraceptiva e acesso aos métodos eficazes.⁽³⁾

Os resultados provenientes da pesquisa “Nascer no Brasil”, divulgada na imprensa nacional, apontam para a necessidade de um debate social ampliado sobre a eficácia real dos métodos contraceptivos e seu impacto sobre a taxa de gestações não planejadas em nosso país. De fato, além de mostrar a elevada taxa de gestações não planejadas no Brasil, evidenciou-se ainda que 25,5% das mulheres entrevistadas preferiam esperar mais tempo para engravidar e 29,9% delas não desejavam engravidar em nenhum momento da vida, atual ou futuro.⁽⁴⁾

O acesso aos métodos contraceptivos tem importância central ao se analisar a gênese das gestações não planejadas. Nesse sentido, o aconselhamento ou orientação contraceptiva fundamentada no estímulo à discussão individual, permitindo a escolha do método por meio de decisão compartilhada, tem grande relevância.^(5,6) Entretanto, a despeito do número crescente de usuárias de métodos contraceptivos e da disponibilidade de formulações, muitas mulheres ainda estão sujeitas às gestações indesejadas e suas consequências. Nos Estados Unidos, estima-se que metade das mulheres que têm gestações não programadas refere o uso de algum método contraceptivo no mês em que a gravidez ocorreu.⁽⁷⁾ Trussell⁽⁸⁾ observou que nesse país as taxas de gravidez indesejada foram de 9% durante o primeiro ano de uso típico para todos os contraceptivos hormonais combinados. No Brasil, a prevalência de uso anticoncepcional é de 76,7%, sendo em 62,7% para limitar o número de filhos e em 14% para espaçar os nascimentos.⁽⁹⁾ Contudo, em regiões mais pobres do país, a prevalência relatada do uso de contraceptivos atinge somente 62%, cifra resultante do menor acesso a serviços de planejamento familiar.⁽¹⁰⁾ Além do problema do acesso aos métodos contraceptivos, o uso inconsistente tem importância particular sobre as taxas de falhas dos diferentes métodos. A baixa adesão em geral relaciona-se ao menor conhecimento das características do método, podendo associar-se à falta de motivação para o uso e, ainda, à insatisfação da mulher com o método contraceptivo escolhido.^(11,12) Ainda, a presença da pandemia por SARS-CoV-2 pode representar mudanças na prática contraceptiva, além do próprio planejamento reprodutivo.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo primário analisar a taxa de gestações não planejadas e sua relação com o uso de métodos contraceptivos no Brasil. Secundariamente, procurou-se identificar o impacto da pandemia por SARS-CoV-2 sobre o desejo reprodutivo e a utilização de contraceptivos.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de base populacional por meio de entrevistas *on-line* via painel de internautas. Avaliaram-se respostas de 1.000 entrevistas de mulheres brasileiras de classes A, B e C, entre 16 e 45 anos de idade, que já tinham engravidado pelo menos uma vez, provenientes de todas as regiões nacionais. Dados demográficos com idade, classe social, uso de sistema de saúde público ou privado, número de gestações, partos, filhos vivos, gestações não planejadas e utilização de métodos contraceptivos atuais e no momento da eventual gestação não planejada foram analisados, além de outras questões específicas listadas no quadro 1. Os resultados foram expressos por meio de porcentagem entre as diferentes faixas etárias – 15 a 25 anos, 26 a 35 anos, 36 a 45 anos – e entre os sistemas de saúde utilizados pelas participantes, definidos como público ou privado. A margem de erro foi de 3 pontos percentuais, considerando-se intervalo de confiança de 95%. Bases menores que 100 respostas foram consideradas pequenas para leitura e foram excluídas.

RESULTADOS

A média etária das participantes foi de 34 anos, com maior percentual de mulheres (91%) dos 26 aos 45 anos. As mais jovens (15 a 25 anos) corresponderam a 9% da amostra analisada. O número médio de gestações foi de 2,01 e o número médio de filhos foi de 1,69, com pequena variação entre as faixas etárias analisadas. A maioria das mulheres era usuária do sistema público de saúde (70,3%) (Tabela 1).

O total de 62% das mulheres avaliadas referiu pelo menos uma gestação não planejada, com maior prevalência entre as mulheres de 15 a 25 anos e usuárias do sistema público de saúde, que apresentaram taxas de 66% e 65%, respectivamente. O número médio de gestações não planejadas foi de 1,51 caso (Tabela 2).

Aspectos relacionados ao não uso, à falha ou ao uso incorreto de métodos contraceptivos foram apontados, pelas próprias mulheres, como as principais justificativas para a ocorrência das gestações não programadas, como exposto na tabela 3.

No momento em que houve a gestação não planejada, 54% das mulheres avaliadas referiram não usar método contraceptivo. As taxas foram similares entre as diferentes faixas etárias, bem como entre as usuárias do sistema de saúde público ou privado. Por outro lado, atualmente, 81% das mulheres referiram que

Quadro 1. Questionário aplicado on-line

F4. Você já engravidou alguma vez?
F5. Quantos filhos biológicos você tem?
P1) Atualmente, você usa o sistema de saúde público ou privado?
P2) Você pretende engravidar no próximo ano?
P3) Qual método contraceptivo você usa atualmente?
P4) Quem te indicou o método?
P5) O que te levou a optar pelo método?
P6) O quanto você concorda que o método de longa ação (DIU hormonal, DIU de cobre ou implante) te traz mais liberdade e autonomia para organizar sua vida e fazer seu planejamento familiar?
P7) Qual é o motivo para não usar nenhum método?
P8) Por que você tem receio dos métodos contraceptivos disponíveis?
P9) O que impede o seu acesso a métodos contraceptivos?
P10) Com quantos anos você começou a sua vida sexual?
P11) Você já frequentava a(o) ginecologista antes de começar a vida sexual?
P12) Por qual motivo você não frequentava a(o) ginecologista antes de começar a sua vida sexual?
P13) Com quantos anos você engravidou pela primeira vez?
P14) Quantas vezes você já engravidou?
P15+P16) Alguma das gravidezes não foi planejada?
P17) Quantas gravidezes não planejadas você já teve?
P18) Você usava algum método contraceptivo na época?
P19) Qual você acha que pode ter sido o motivo dessa(s) gravidez(es) não planejada(s)?
P20) Se você conhecesse melhor as alternativas de contracepção disponíveis na época, você acha que isso teria feito diferença (prevenido a gravidez)?
P21) Com que idade você começou a procurar informações sobre contracepção e passou a ter mais conhecimento sobre planejamento familiar?
P22) Quem te ensinou sobre contracepção?
P23) Onde você costuma buscar informações sobre contracepção e planejamento familiar?
P24) Pesquisas apontam que mais da metade das brasileiras não planejaram sua última gestação. Essa taxa é ainda mais alta na população de jovens e adolescentes.
P25) Quais medidas você sugeriria para reduzir índices de gravidez não planejada no país?
RESUMO: P26) Você conhece os métodos de longa ação, como DIU hormonal, DIU de cobre ou implante?
P27) Você acha que os métodos de longa ação, como DIU hormonal, DIU de cobre ou implante seriam uma opção interessante para seu perfil?
P28) O que te impede de aderir ao dispositivo de longa ação, como DIU hormonal ou DIU de cobre?
P29) A pandemia influenciou de alguma forma seu uso de contraceptivos?
P30) Por que você parou de usar contraceptivos?
P31) Quando começou a pandemia, você tinha planos de engravidar nos próximos meses?

usam métodos contraceptivos, representados pelas pílulas, preservativos e laqueadura. Os métodos reversíveis de longa ação (LARCs) foram apontados, em grupo, por 9% das mulheres. Ressalte-se que os LARCs foram citados como método atual por 19% entre as mulheres usuárias do sistema privado, em contraste com 4% da-

quelas que utilizam o sistema público de saúde (Tabela 4). Mais da metade (53%) das entrevistadas referiu que optaria por um LARC como método contraceptivo, apoiadas principalmente por possível esquecimento do uso de pílulas e por não desejarem gestações em curto prazo (Tabela 5).

Tabela 1. Características das mulheres entrevistadas

	Idade (anos)			Sistema de saúde		
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	Público	Privado	Total
n (%)	103 (9)	439 (42)	458 (49)	703 (70,3)	297 (29,7)	1.000 (100)
Idade – média (anos)	23,3	31,0	40,0	34,3	35,9	34,7
Número de gestações (%)						
1	69	46	36	41	49	43
2	21	34	36	34	33	34
3	5	14	19	16	15	16
4	2	5	6	6	2	5
5	0	1	2	2	0	1
Gestações – média (dp)	2,01 (3,35)	1,95 (1,86)	2,05 (1,18)	2,07 (1,77)	1,86 (1,87)	2,01 (1,80)
Número de filhos (%)						
1	73	52	46	48	60	51
2	23	34	46	35	32	34
3	2	10	11	11	6	10
4	0	3	6	5	1	4
5	0	0	1	1	0	1
Média – número de filhos	1,29	1,65	1,79	1,76	1,49	1,69

n: número; %: percentual; dp: desvio-padrão

Tabela 2. Gestações não planejadas em mulheres brasileiras, de acordo com a idade e o sistema de saúde utilizado

	Idade (anos)			Sistema de saúde		Total
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	Público	Privado	
% com alguma gestação não planejada^a	66	62	61	65	55	62
Número de gestações não planejadas (%)^b						
1	*	66	59	62	67	63
2	*	23	29	25	25	25
3	*	8	10	9	8	9
4	*	3	3	3	0	3
5	*	0	0	0	0	0
Gestações – média (dp)	-	1,49 (0,79)	1,57 (0,79)	1,55 (0,82)	1,41 (0,63)	1,51 (0,78)

^a Base: 1.000 entrevistas. ^b Base: 624 entrevistas. * Número insuficiente de respostas. dp: desvio-padrão

A tabela 6 mostra o impacto da pandemia de SARS-CoV-2 sobre os métodos contraceptivos e sobre o planejamento de eventual gravidez no período. Observou-se que 7% do total de mulheres parou de usar método contraceptivo durante a pandemia, com maior prevalência entre as mais jovens. Embora 6% das mulheres entrevistadas tivessem planejado engravidar durante a pandemia e tenham mantido o plano, 10% das mulheres engravidaram sem planejamento.

DISCUSSÃO

Observamos que 62% das mulheres relataram ao menos uma gestação não planejada ao longo da vida. Além de mais alta do que a média nacional,^(3,4) essa cifra é superior à relatada em estudo na população americana, em que 45% das americanas entre 15-44 anos de idade relatam ter tido ao menos uma gestação não planejada.⁽¹³⁾ Ao serem questionadas sobre o motivo de terem engravidado sem planejamento, 34% das mulheres relataram que não

Tabela 3. Justificativas, apontadas pelas mulheres entrevistadas, para a ocorrência da gravidez não planejada

	Idade (anos)			Sistema de saúde		Total
	15 a 25*	26 a 35	36 a 45	Público	Privado	
Não usava MC	-	31	34	33	36	34
Falha do MC	-	27	27	28	27	27
Uso incorreto do MC	-	25	17	21	19	20
Recusa de uso de preservativo pelo parceiro	-	9	14	12	10	12
Desconhecimento sobre MC	-	4	5	5	2	4
Falta de acesso a MC	-	5	7	6	6	6
Relação não consentida sem acesso a MC	-	1	2	3	0	2
Outro	-	11	9	9	9	9
Índice de multiplicidade		1,24	1,29	1,27	1,24	1,26

MC: método contraceptivo; * Número insuficiente de respostas

Tabela 4. Uso de método contraceptivo na época da ocorrência da gravidez não planejada e modalidades contraceptivas utilizadas atualmente

	Idade (anos)			Sistema de saúde		Total
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	Público	Privado	
Uso de MC na época da GNP						
Sim	*	48	44	46	45	46
Não	*	52	56	54	55	54
Uso atual de MC						
Sim	81	84	78	81	82	81
Não	19	16	22	19	18	19
MC atual						
Pílula ^a	39	34	26	32	28	31
Preservativo	22	22	17	20	19	20
Laqueadura	0	8	13	12	5	10
Vasectomia	0	4	7	4	9	5
Injetável mensal	7	5	4	5	3	5
Injetável trimestral	9	7	2	6	1	5
DIU de cobre	6	3	4	3	6	4
DIU hormonal	4	4	5	1	12	4
Implante	1	1	1	0	1	1
Outros ^b	15	8	7	6	5	7
Índice de multiplicidade	1,22	1,12	1,07	1,10	1,12	1,11

MC: método contraceptivo; GNP: gestação não planejada. ^a Inclui contraceptivos combinados e pílulas de progestagênio. ^b Inclui anel vaginal, adesivo contraceptivo e métodos comportamentais. * Número insuficiente de respostas

estavam em uso de nenhum método, enquanto 27% delas apontaram que ocorreu falha do método utilizado e 20% disseram que o método foi utilizado de forma incorreta (portanto, em 47% das gestações não planejadas, a causa foi por falha ou uso incorreto do método usado).

Nossos resultados apontam que a pílula é o método anticoncepcional mais utilizado pelas mulheres no Brasil (31%), seguido pelo *condom* (20%) e a laqueadura tubária (10% das entrevistadas). O dado confirma o achado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Tabela 5. Percentual de mulheres que considerariam ou não o uso de um LARC como método contraceptivo

	Idade (anos)			Sistema de saúde		Total
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	Público	Privado	
Optaria por LARC	*	55	46	55	45	53
Justificativa						
Esquecimento frequente do método atual	*	15	13	15	12	14
Não deseja engravidar	*	24	21	25	21	24
Não deseja engravidar em curto prazo	*	12	7	10	8	10
Outros motivos	*	5	5	5	4	5
Não optaria por LARC	*	45	54	45	55	47
Justificativa						
Adaptada ao método atual	*	4	8	4	10	6
Receio de dor com DIU	*	10	5	8	5	7
Desejo de gestação em curto prazo	*	7	4	5	7	6
Outros motivos	*	25	36	27	33	28

DIU: dispositivo intrauterino; LARC: contraceptivo reversível de longa ação (*long acting reversible contraceptive*). * Número insuficiente de respostas

Tabela 6. Impacto da pandemia sobre o planejamento reprodutivo e sobre o uso de contraceptivos em mulheres no Brasil

	Idade (anos)			Sistema de saúde		Total
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	Público	Privado	
Influência da pandemia sobre o uso do MC						
Parou de usar	14	8	5	9	3	7
Trocou de MC	11	6	2	4	6	5
Iniciou MC	7	5	2	4	3	3
Não houve mudança	68	81	91	83	89	85
Influência da pandemia sobre o planejamento reprodutivo						
Sim e manteve o plano de engravidar	13	7	4	6	6	6
Sim e postergou o plano de engravidar	1	6	5	7	7	5
Não e engravidou sem planejar	23	13	4	7	7	10
Não e não engravidou	63	74	87	81	81	79

MC: método contraceptivo

(IBGE) de 2013,⁽¹⁴⁾ em que 30% das mulheres brasileiras referiram usar a pílula como método anticoncepcional. De forma interessante, em consonância com os dados populacionais mais recentes, observa-se diminuição expressiva das laqueaduras no Brasil, incluindo a utilização do método no sistema de saúde público.⁽¹⁴⁾ A maior abrangência de métodos contraceptivos a conscientização quanto à eficácia dos diferentes métodos pode representar justificativa para esse achado.

Somando todos os métodos conhecidos como LARC, chega-se a 9% de usuárias. Esse índice é bastante inferior ao de outros lugares no mundo, como América do Norte e Europa – mesmo ao analisarmos os dados mundiais de uso (referentes ao ano de 2019), os LARCs eram utilizados por quase 20% das mulheres (17% DIU e 2% implantes), enquanto a pílula era usada por 16% das mulheres.⁽¹⁵⁾ Ressalte-se, ainda, que os LARCs apresentaram, em nosso estudo, uso preferencial entre mu-

heres do sistema de saúde privado, no qual há maior acesso aos LARCs, particularmente ao sistema intrauterino de levonorgestrel. A presença do DIU de cobre como única opção entre os LARCs no sistema de saúde público reflete o baixo índice de uso nessa população. Por outro lado, mais da metade das mulheres entrevistadas consideraria o uso de um LARC, justificando a possível escolha por conhecerem a eficácia e a facilidade de uso dessa modalidade contraceptiva. Um aspecto interessante é o elevado percentual de mulheres que responderam que poderiam optar por um LARC (53% das mulheres). Esse percentual é semelhante ao encontrado no estudo TANCO Brasil, no qual mais de 60% das usuárias de pílulas estavam interessadas em informações regulares e abrangentes sobre esses métodos.⁽¹⁶⁾ O fator relatado com maior frequência como impedimento para o uso dos LARCs foi “é caro, não tenho acesso”, por 26% das respondedoras. Sabe-se que o custo relativamente alto dos métodos LARC, quando comparados com outros contraceptivos, contribui para a dificuldade de acesso a esses métodos. Mulheres de nível socioeconômico mais baixo têm mais dificuldade de acesso aos LARCs devido à disponibilidade insuficiente nos serviços públicos. Assim, reforça-se o papel do acesso como fator limitante e de preocupação entre as mulheres brasileiras, particularmente no sistema público de saúde.

Diferentemente do que imaginávamos, a pandemia por SARS-CoV-2 não representou grande impacto entre as mulheres por nós avaliadas, a despeito da ocorrência de taxa de 10% de gestações não planejadas. A pandemia da COVID-19 não afetou os hábitos contraceptivos, uma vez que 85% das mulheres brasileiras mantiveram os métodos durante esse período (83% das atendidas no sistema público e 89% das atendidas no sistema de saúde privado).

CONCLUSÃO

A menor adoção de métodos contraceptivos, aliada ao uso incorreto e à falha do método associam-se a maiores taxas de gestações não planejadas. Métodos com maior índice de eficácia, a exemplo dos LARCs, são considerados por mulheres que já experimentaram gestações não planejadas. Houve pequeno impacto da pandemia sobre o uso de métodos contraceptivos e sobre o planejamento reprodutivo.

REFERÊNCIAS

- Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4
- Brandão ER, Cabral CD. From unplanned pregnancy to contraception: contributions to the debate. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00211216. doi: 10.1590/0102-311X00211216
- Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2016 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
- Thomé C. 55% das mães não queriam ter filhos, aponta pesquisa. O Estado de S. Paulo. 2016 Dec 2 [cited 2021 Oct 17]. Available from: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,55-das-maes-nao-queriam-ter-filhos-aponta-pesquisa,10000092047>
- Wyatt KD, Anderson RT, Creedon D, Montori VM, Bachman J, Erwin P, et al. Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):28. doi: 10.1186/1472-6874-14-28
- Donnelly KZ, Foster TC, Thompson R. What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. *Contraception*. 2014;90(3):280-7. doi: 10.1016/j.contraception.2014.04.012
- Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34(6):294-303.
- Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
- Tavares LS, Telles FS. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):139-48. doi: 10.1590/S1415-790X2007000200002
- Stuart C, Homolova B, Fontes M, Laro R, Olson N. Contraceptive procurement policies, practices, and lessons learned: Brazil. Arlington: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development; 2006.
- Rosenberg M, Waugh MS. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(2 Pt 2):S276-9. doi: 10.1016/S0002-9378(99)70718-0
- Rajasekar D, Bigrigg A. Pill knowledge amongst oral contraceptive users in family planning clinics in Scotland: facts, myths and fantasies. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000;5:85-90. doi: 10.1080/13625180008500377
- Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med*. 2016;374(9):843-52. doi: 10.1056/NEJMsa1506575
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Contraceptive use by method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435) [Internet]. New York: UN; 2019 [cited 2022 Jan 15]. Available from: [https://www.un.org/development/desa.pd/files/files/documents/2020/jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf)
- Machado RB, Ushikusa TE, Monteiro IM, Guazzelli CA, di Bella ZJ, Politano CA, et al. Different perceptions among women and their physicians regarding contraceptive counseling: results from the TANCO Survey in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):255-65. doi: 10.1055/s-0040-1712145

Gravidez não planejada: o início de muitos desafios

O uso inadequado dos métodos contraceptivos e a falta deles são os principais fatores que levam à gravidez-surpresa

Por Letícia Martins



“Estou grávida!” Essa frase já foi entoada de forma inesperada por mais da metade das mulheres no Brasil e, apesar de não ser uma novidade, representa um dos maiores desafios na área da saúde pública no País. Isso porque a falta de planejamento da gravidez pode trazer sérios riscos para a vida tanto da mulher quanto do feto, levando, muitas vezes, ao aborto inseguro. “Gestações não planejadas também estão associadas a maiores índices de mortalidade e morbidade, parto prematuro e depressão pós-parto”, destacou a Dra. Maria Celeste Osório Wender, diretora de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Se a gravidez não planejada acontece na adolescência, as consequências também começam cedo e se estendem pela vida toda. “Quando uma menina mais jovem, mais vulnerável e com menor condição socioeconômica engravida, as chances que ela tem de continuar frequentando a escola e conseguir um bom emprego diminuem. O futuro dela fica totalmente comprometido e isso vira uma bola de neve que a faz permanecer naquela condição socioeconômica inferior”, analisou a professora titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Uma pesquisa realizada no segundo semestre de 2021 envolvendo 1.000 mulheres com idade entre 16 e 45 anos que engravidaram pelo menos uma vez apontou que 62% delas já tiveram, no mínimo, uma gestação não planejada e 21% delas engravidaram pela primeira vez entre 14 e 18 anos de idade. Esse estudo foi cuidadosamente analisado pela Dra. Maria Celeste, pelo Dr. Rogério Bonassi Machado, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em



“Os anticoncepcionais de longa ação são altamente eficazes e o ginecologista deve sempre recomendá-los, mas, independentemente do método que a mulher escolher, é preciso enfatizar a segurança dele e orientá-la sobre o uso adequado”, declarou o Dr. Rogério Bonassi.



“A informação é o bem mais valioso para tudo. Ela tem o poder de modificar realidades”, disse a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

Anticoncepção da Febrasgo, e pelo Dr. Carlos Alberto Politano, membro da CNE de Anticoncepção, na matéria de capa desta edição de *Femina*, a qual recomendamos a leitura por trazer outros dados igualmente relevantes para compreendermos essa problemática que não é exclusiva do Brasil, tendo em vista que a taxa média de gravidez não planejada no mundo é de 44%.

O panorama pode variar um pouco entre as cinco regiões brasileiras, mas, no geral, os dados são preocupantes. “O projeto Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, trouxe o painel nacional das mulheres que enfrentam uma gravidez não planejada e mostrou que a região Centro-Oeste não está com o cenário diferente. Passamos pelo mesmo desafio de avançar em políticas públicas para melhorar indicadores em saúde reprodutiva”, declarou a Dra. Maria Auxiliadora Budib, membro da CNE de Anticoncepção e professora de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Na região Sul do Brasil, onde o Dr. Sheldon Rodrigo Botoski atua, estudos mostraram que a taxa de gestações não planejadas varia de 51,6% a 60%. “Os dados demonstram que essas mulheres que tiveram gestação não planejada eram usuárias de contraceptivos orais, possuem nível socioeconômico mais baixo, já tinham filhos e não desejavam mais tê-los”, completou o Dr. Sheldon, que, além de membro da CNE de Anticoncepção, também é professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil, de cada dez mulheres que não desejam engravidar, oito estão em uso de algum método anticoncepcional. Esses dados parecem indicar uma boa cobertura nas táticas de contracepção no Brasil, mas, se boa parte dessas mulheres já fazia uso de algum método de contracepção, por que engravidaram?



“Todas as cidades grandes deveriam ter um ambulatório de planejamento familiar, com profissionais atualizados sobre o uso e a aplicação dos métodos de contracepção”, disse o Dr. Carlos Alberto Politano.

A resposta tem relação com vários fatores. “É sabido que os contraceptivos orais possuem um índice de falha muito mais elevado se comparados ao DIU ou ao implante”, destaca o coordenador do Ambulatório de Anticoncepção da UFPR e Santa Casa de Curitiba. Mas o problema não é porque a pílula – método mais utilizado pelas brasileiras – seja ineficaz, e sim porque o uso está inadequado.

De acordo com o presidente da CNE de Anticoncepção, a taxa de eficácia da pílula é alta (mais de 99%), desde que seja tomada corretamente todos os dias. “A pílula pode apresentar até 9% de falha quando utilizada de forma inadequada pela mulher. Para minimizar esse risco, o médico deve enfatizar a eficácia da pílula e criar estratégias de uso”, orienta o Dr. Rogério Bonassi. Indicar aplicativos que ajudem as pacientes a se lembrarem de tomar o anticoncepcional nos horários certos, por exemplo, é uma ação simples, mas que traz resultados positivos. Ele acrescenta que os métodos contraceptivos de longa ação (LARCs, sigla para *long-acting reversible contraceptives*) são altamente eficazes e o ginecologista deve sempre recomendá-los, mas, independentemente do método que a mulher escolher, é preciso enfatizar a segurança dele e orientar sobre o uso adequado.

O Dr. Sheldon corrobora a importância de os ginecologistas oferecerem, de maneira rotineira e sistemática, o uso dos LARCs como primeira opção para todas as mulheres que desejam um método contraceptivo. “Outro ponto é a própria mulher entender que os métodos de longa duração trazem muita segurança e conforto e são acessíveis pelo Sistema Público de Saúde e que a sexualidade é uma questão de autocuidado e responsabilidade durante a vida”, completa o Dr. Sheldon.

Além do uso incorreto dos métodos contraceptivos, é preciso considerar também o abandono ou a falta de

uso deles, e existe uma combinação de fatores que leva a isso. “Embora o sistema público de saúde conte com uma ampla oferta de métodos, como a pílula anticoncepcional, os contraceptivos injetáveis, o preservativo e o DIU de cobre, há mulheres que moram em regiões distantes das unidades de saúde e com maior dificuldade ao acesso. Por outro lado, muitas que têm acesso aos métodos não sabem como usá-los, e ainda existem aquelas que têm pensamento mágico: comigo não acontece. É um desafio multifatorial”, afirma o Dr. Rogério.

O Dr. Carlos Alberto avalia que são muitos os fatores envolvidos na taxa elevada de casos de gravidez não planejada e ressalta: “Isso se torna ainda mais preocupante quando vemos mulheres com dois, três, às vezes quatro filhos sem que tenham planejado ou desejado a gravidez. Percebemos que falta conscientização sobre método de planejamento familiar”. Ele destaca, no entanto, uma preocupação ainda maior com as adolescentes. “Muitas delas vão ao consultório do ginecologista somente depois de ter a primeira relação sexual e deixam de receber informações importantes sobre prevenção de doenças e da gravidez”, disse o diretor da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (Sogesp) e diretor clínico do Hospital Renascença, em Campinas (SP).

Segundo ele, o planejamento da gravidez envolve a compreensão da mulher sobre os tipos de métodos contraceptivos e a escolha consciente sobre o método ideal para ela. “Elas precisam entender, por exemplo, que os preservativos interno ou externo, que é o novo nome para camisinha masculina ou feminina, são métodos com alta taxa de falhas, mas que devem ser usados para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis”, exemplifica.

Outro fator que pode colaborar para o número alto de gravidez não planejada é a falta de acesso, em algumas lo-



“Se a mulher tiver informação e conhecimento sustentado sobre sua fisiologia e seu momento de vida, a adesão será diferente e as taxas de gravidez não planejada começarão a cair, mudando o cenário”, afirmou a Dra. Maria Auxiliadora Budib.

calidades, aos profissionais de saúde na rede pública. “Na minha região, existem alguns postos de saúde que não têm ginecologista nem uma enfermeira habilitada para orientar sobre o método de longa duração. Acho que todas as cidades maiores deveriam ter um ambulatório de planejamento familiar, com profissionais atualizados sobre o uso e a aplicação dos métodos de contracepção”, analisa o Dr. Carlos Alberto.

Ele pondera que, em alguns lugares, o problema não está na oferta de pílula ou DIU de cobre, por exemplo, mas na falta de organização do serviço de saúde. “Na minha opinião, nós daremos um grande passo se cidades grandes, como Campinas, tiverem um ambulatório especializado em planejamento familiar.”

TABUS VERSUS ACESSO À INFORMAÇÃO

Poder decidir o momento certo de ser mãe é um direito da mulher, mas, para exercê-lo, ela precisa ter acesso à informação. “A informação é o bem mais valioso para tudo. Ela tem o poder de modificar realidades”, disse a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

Nesse sentido, qual é, então, o papel dos ginecologistas diante do desafio (bem qualificado, pelo Dr. Bonassi, como multifatorial) de reduzir o número de gravidezes não planejadas? “São três pilares fundamentais e dois deles estão diretamente ligados ao profissional: fazer o aconselhamento contínuo para as pacientes sobre o uso dos métodos anticoncepcionais e capacitar os ginecologistas para oferecer e também inserir os métodos de longa ação. Esse trabalho vem sendo desenvolvido pela Febrasgo há anos e com bastante adesão dos associados, mas é sempre bom lembrar os colegas sobre a importância de orientar as mulheres”, concluiu o Dr. Bonassi. Por isso, o ideal é que o médico aconselhe a paciente sobre os contraceptivos tão logo ela inicie a vida sexual. Já o terceiro pilar para mudar o cenário de gravidez não planejada no Brasil é incorporar mais LARCs na rede pública e incentivar o uso e orientar adequadamente as mulheres.

Para o Dr. Sheldon Botogoski, a solução desse problema de saúde pública também envolve a realização de campanhas explicativas de que, em todas as fases da vida reprodutiva da mulher, seja adolescência, maturidade ou pré-menopausa, os métodos contraceptivos de longa ação, e não os métodos de curta ação como pílulas ou injetáveis, são os mais indicados, seguros e eficazes como primeira opção.

Outra ação apontada por ele como importante é o oferecimento e a colocação de um método de longa ação



“Como uma estratégia de saúde pública, em todas as maternidades do Brasil, deveriam ser dispostos métodos de longa ação para colocação imediata e não esperar que as pacientes retornem”, defendeu o Dr. Sheldon Rodrigo Botogoski.

imediatamente após o parto. “A paciente já deveria sair da maternidade usando um método de longa ação. Como uma estratégia de saúde pública, em todas as maternidades do Brasil, deveriam ser dispostos métodos de longa ação para colocação imediata e não esperar que as pacientes retornem e procurem uma unidade de saúde ou consultório médico 10 a 15 dias depois do parto”, disse o médico, que deixa uma mensagem aos residentes: “Quando estiverem atuando no pré-natal, no centro obstétrico e na enfermaria obstétrica, abordem o assunto com a paciente e seu parceiro sobre o uso e até mesmo a colocação de um método de longa ação imediatamente após o nascimento do bebê, especialmente naquelas mulheres que realizam operação cesariana. Quando estiverem nos ambulatórios de contracepção, individualizem o atendimento e façam com que a paciente escolha e decida o método para aumentar a adesão e acompanhem ao menos nos três primeiros meses o seu uso”.

Por sua vez, a Dra. Maria Auxiliadora acredita que as iniciativas para reduzir os índices de gravidez-surpresa devem se iniciar no processo educacional não somente das mulheres, mas também dos homens. “A contracepção deve pertencer ao homem e à mulher. As mulheres devem entender o seu processo reprodutivo, a importância de escolher seu momento para a maternidade e também entender as ‘ciladas’ que fazem quando não aderem ao método contraceptivo”, analisa. E finaliza esta matéria dizendo: “A campanha deve ser ampla nos mais diversos veículos de comunicação e de políticas públicas. Precisamos ofertar métodos que não ficam na dependência da memória da usuária. Se a mulher tiver informação e conhecimento sustentado sobre sua fisiologia e seu momento de vida, a adesão será diferente e as taxas de gravidez não planejada começarão a cair, mudando o cenário”.

COMPORTAMENTO,
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA

ACESSE, CURTA
E COMPARTILHE.

AFINAL, ELA É
FEITA PARA VOCÊ!



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

ELA É PLATAFORMA DE RELACIONAMENTO DA FEBRASGO COM A MULHER DE TODAS AS IDADES

Aqui sua paciente encontra as informações que precisa para cuidar bem da saúde, carreira profissional, bem-estar e qualidade de vida.

ELA é a amiga de todas as horas e que está sempre por perto: no Site, Instagram, Facebook. Acesse, curta e compartilhe. Afinal, **ELA é VOCÊ!**

 feitoparaela.com.br  @feitoparaelaoficial  [feitoparaelaoficial](https://www.facebook.com/feitoparaelaoficial)

Boas expectativas para o próximo biênio

Nova diretoria da Sogesp planeja a retomada dos eventos presenciais e o fortalecimento das regionais do interior de São Paulo

Por Letícia Martins

Uma saudade chamada congressos presenciais. Depois de dois anos realizando somente eventos *on-line*, por causa da pandemia de COVID-19, a nova diretoria da Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (Sogesp) inicia a gestão 2022-2023 planejando eventos presenciais e híbridos.

“Além de serem uma ótima oportunidade de atualização, os eventos presenciais são momentos de confraternização, em que podemos conversar com os colegas, professores e expositores. Temos a convicção de que, com o avanço da vacinação e todos os cuidados sendo tomados, a tendência é que possamos retomar essas atividades”, avalia o Dr. Luciano Pompei, que assumiu a presidência da Sogesp no dia 11 de janeiro.

Na agenda da Federada, o período de 11 a 13 de agosto já está reservado para o mais esperado desses encontros – o 27º Congresso Paulista de Ginecologia e Obstetrícia. Há também planos para a realização dos cursos de emergência obstétrica, que são mais difíceis de serem desenvolvidos a distância. “Esses cursos fazem parte da estratégia da Sogesp de ajudar a reduzir a taxa de mortalidade materna, que é muito alta no Brasil.”

Em paralelo, a Sogesp seguirá com o trabalho de defesa e valorização do profissional de ginecologia e obstetrícia e as ações e campanhas voltadas à saúde da mulher. “Todos nós tivemos um período de muito aprendizado com a COVID-19, de entender as interferências desse vírus na saúde da população e, em especial, das gestantes e lactantes. Participamos de diversas discussões em torno do uso de vacinas nesse público e hoje sabemos que as gestantes podem e devem ser vacinadas. Vamos seguir acompanhando as atualizações, sempre tentando levar a melhor orientação possível aos nossos associados e também para a sociedade em geral”, declarou o Dr. Luciano.

AÇÕES CONTÍNUAS

Além da mortalidade materna, outro desafio urgente do País é aumentar o número de diagnósticos precoces de câncer de colo de útero e de mama. “Com a pandemia, muitas mulheres deixaram de fazer as consultas ginecológicas preventivas e os exames complementares necessários para o rastreamento de doenças de grande importância. A Sogesp vai estar muito atenta a isso, levando informação aos seus associados

e à população em geral”, afirmou o Dr. Luciano, destacando que a associação mantém diversos canais de comunicação e de informação, como *site*, revistas, redes sociais, entre outros.

Ele explicou ainda que a Federada dará continuidade às iniciativas exitosas, como o consultório digital, que existe há vários anos de forma gratuita para os associados, e irá expandir alguns projetos e reforçar a atuação das regionais da Sogesp. “As regionais realizam um trabalho importante de estar próximo aos associados do interior do estado, realizando eventos locais, por exemplo. Essa capilaridade é uma característica marcante da Sogesp que pretendemos fortalecer”, completou o Dr. Luciano.



Dr. Luciano Pompei

O diário de bordo do médico-residente

Lucas Schreiner¹, Gustavo Salata Romão²,
Sheyla Ribeiro Rocha³, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁴

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

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

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

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Lucas Schreiner
Av. Ipiranga, 6.681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil
schreinerlucas@hotmail.com

Como citar:

Schreiner L, Romão GS, Rocha SR, Silva Filho AL.
O diário de bordo do médico-residente.
Femina. 2022;50(3):148-9.

INTRODUÇÃO

O registro individual de experiências práticas realizadas faz parte da rotina de muitos residentes em Ginecologia e Obstetrícia brasileiros. Resgatar as informações do número de partos ou histerectomias realizados ao longo da formação impulsiona o residente a preencher seu próprio diário de bordo. Não há dúvida de que a quantidade e a qualidade das experiências vividas pelos residentes ao longo do programa são peças-chave para uma formação de qualidade, portanto a participação dos supervisores na construção e análise desse diário de registro individual, ou *logbook* do residente, é uma importante prática pedagógica para a qualificação dos egressos e do próprio programa.⁽¹⁾

LOGBOOK

O *logbook* (ou diário de bordo) é o registro de todos os procedimentos realizados pelos residentes e validados por seus supervisores ao longo do programa de residência médica. Ele é uma exigência de órgãos reguladores da formação dos especialistas em diversos países, como o Canadá,⁽²⁾ os Estados Unidos⁽³⁾ e diversos países europeus.⁽⁴⁾

Os registros dos *logbooks* são utilizados para o credenciamento (e recredenciamento) dos programas de residência e certificação dos especialistas em muitos países. Mediante a análise dos registros, é possível verificar se o programa propicia ao residente as oportunidades suficientes para adquirir as competências esperadas para a formação do especialista.⁽⁵⁻⁷⁾

A construção e o armazenamento dos registros podem ser feitos no papel ou no formato eletrônico. Periodicamente, após o registro do residente, o supervisor que participou da atividade em questão deve validar tal informação no *logbook* do residente. Quando é utilizado o *logbook* eletrônico, o residente e os preceptores realizam seus registros e validações de forma independente, após o acesso individual ao sistema.⁽¹⁾

O *logbook* desempenha importante papel na autoavaliação do residente. Uma vez que nele estão descritos os procedimentos de cada área de conhecimento, o próprio residente pode identificar as atividades práticas que ainda não executou no estágio em curso. O residente pode também debater com seu supervisor as estratégias para atingir o seu aprendizado ao longo do programa.^(8,9)

A análise do *logbook* pelos preceptores permite verificar se os objetivos do treinamento foram alcançados, identificar lacunas de aprendizagem e elaborar um plano de ações para sanar o déficit na formação do especialista.^(8,10,11)

Os supervisores podem usar o *logbook* para quantificar as atividades desenvolvidas durante todo o programa de residência, uma vez que não estão presentes em todos os campos de estágio. A análise do conteúdo permite ao supervisor um diagnóstico mais preciso da estrutura educacional oferecida, identificando fortalezas e fragilidades e verificando se todos os residentes atingiram os requisitos mínimos exigidos no final do treinamento.^(8,12,13)

Sendo o *logbook* um recurso utilizado para documentação e registro dos atendimentos e procedimentos realizados pelo residente, sua elaboração deve ser orientada pela Matriz de Competências e pelas Atividades Profissionais Confiabilizadoras – APCs (do inglês *Entrustable Professional Activities*, EPAs) – da especialidade.⁽¹⁾

No Rio Grande do Sul, a Sogirgs (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul – federada da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Febrasgo]) disponibilizou, no ano de 2021, sua primeira versão de *logbook* eletrônico dentro do próprio aplicativo da federada e atualmente vem disseminando a importância da adesão à ferramenta entre os supervisores de programas e seus residentes.

A Febrasgo recentemente construiu seu *logbook* extraíndo os procedimentos a serem registrados da própria matriz de competências que havia sido previamente revisada e adotada pelo Ministério da Educação como referência para a especialidade.

A adoção do *logbook* por um grande número de programas no país, com a divulgação de seus números globais, permite aos egressos da escola de Medicina expectativas formativas mais precisas em relação aos programas aos quais pretendam se candidatar para realizar a residência médica.⁽¹⁴⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *logbook* é um recurso valioso para treinamento, supervisão e autoavaliação do residente e para avaliação dos próprios programas. O sucesso na implementação do *logbook* nos Programas de Residência em Ginecologia e Obstetrícia depende do seu alinhamento com a Matriz de Competência da Especialidade e da sensibilização e capacitação de preceptores, supervisores e residentes dos programas.

REFERÊNCIAS

- Romão GS, Rocha SR, Schreiner L, Silva Filho AL. Logbook, portfólio e auditoria de prontuários. In: Romão GS, Sá MF, Fernandes CE, Silva Filho AL, editores. Residência médica: ensino e avaliação das competências. Barueri: Manole; 2022. p. 439-44.
- Harris KA, Frank JR. Competence by design: reshaping Canadian medical education. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2014.
- Swing SR. Assessing the ACGME general competencies: general considerations and assessment methods. Acad Emerg Med. 2002;9(11):1278-88. doi: 10.1111/j.1553-2712.2002.tb01588.x
- Van der Aa JE, Goverde AJ, Scheele F. Improving the training of the future gynaecologist: development of a European curriculum in Obstetrics and Gynaecology (EBCOG-PACT). Facts Views Vis Obgyn. 2018;10(1):1-2.
- Hall EF, Raker CA, Hampton BS. Variability in gynecologic case volume of obstetrician-gynecologist residents graduating from 2009 to 2017. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(6):617.e1-e8. doi: 10.1016/j.ajog.2019.11.1258
- Guntupalli SR, Doo DW, Guy M, Sheeder J, Omurtag K, Kondapalli L, et al. Preparedness of obstetrics and gynecology residents for fellowship training. Obstet Gynecol. 2015;126(3):559-68. doi: 10.1097/AOG.0000000000000999
- Cadish LA, Fung V, Lane FL, Campbell EG. Surgical case logging habits and attitudes: a multispecialty survey of residents. J Surg Educ. 2016;73(3):474-81. doi: 10.1016/j.jsurg.2015.09.007
- Schuttpelz-Brauns K, Narciss E, Schneyinck S, Bohme K, Brustle P, Mau-Holzmann U, et al. Twelve tips for successfully implementing logbooks in clinical training. Med Teach. 2016;38(6):564-9. doi: 10.3109/0142159X.2015.1132830
- Murray E, Alderman P, Coppola W, Grol R, Bouhuijs P, van der Vleuten C. What do students actually do on an internal medicine clerkship? A log diary study. Med Educ. 2001;35(12):1101-7. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.01053.x
- Deane RP, Murphy DJ. Student and staff experiences of attendance monitoring in undergraduate obstetrics and gynecology: a cross-sectional survey. Adv Med Educ Pract. 2016;7:233-40. doi: 10.2147/AMEPS99447
- Blake K. The daily grind – use of log books and portfolios for documenting undergraduate activities. Med Educ. 2001;35(12):1097-8. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.01085.x
- Fehr D, Rein D, Fehm T, Fleisch M. Working and training conditions of gynecology residents in North Rhine-Westfalia, Germany. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014;74(2):161-6. doi: 10.1055/s-0033-1360221
- Loneragan PE, Mulsow J, Tanner WA, Traynor O, Tierney S. Analysing the operative experience of basic surgical trainees in Ireland using a web-based logbook. BMC Med Educ. 2011;11:70. doi: 10.1186/1472-6920-11-70
- Gómez Díaz CJ, Luna Aufroy A, Rebase Cladera P, Serra Pla S, Jurado Ruiz C, Mora López L, et al. Surgical electronic logbook: a step forward. Cir Esp. 2015;93(10):651-7. doi: 10.1016/j.ciresp.2014.05.004

Febrasgo aprova quatro **novas matrizes de competência** em áreas de atuação em **ginecologia e obstetrícia**

Diretrizes ajudarão a qualificar os programas de residência médica do país inteiro nas subáreas de Endoscopia Ginecológica, Medicina Fetal, Reprodução Assistida e Sexologia

Por Letícia Martins



Contribuir para a formação de ginecologistas e obstetras qualificados para atender com alto nível de conhecimento, profissionalismo e ética as mulheres no Brasil está entre os principais propósitos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo). Por isso, a entidade tem orgulho em anunciar que, no dia 9 de fevereiro, foram aprovadas as Matrizes de Competência em quatro áreas de atuação em Ginecologia e Obstetria: Endoscopia Ginecológica, Medicina Fetal, Reprodução Assistida e Sexologia.

Até chegar à aprovação das matrizes de competência e à publicação no Diário Oficial da União, um longo e criterioso trabalho foi desenvolvido sob a coordenação da Comissão de Residência Médica da Febrasgo, composta por associados com *expertise* reconhecida em ensino e treinamento na área de ginecologia e obstetria. “As Matrizes de Competência são um grande diferencial para avaliação e certificação dos especialistas. Elas se tornaram o documento oficial que orienta os programas de residência médica em todo o Brasil”, declarou o Dr. Gustavo Salata Romão, presidente da Comissão de Residência Médica da Febrasgo e membro conselheiro da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM-MEC).

No caso das matrizes de competência das subespecialidades de Endoscopia Ginecológica, Medicina Fetal, Reprodução Assistida e Sexologia, o processo de elaboração começou em agosto de 2021, com uma reunião que contou com a participação do presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes, do diretor científico, Dr. César Eduardo Fernandes, do editor responsável pelas revistas *RGBO* e *Femina*, Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, além do Dr. Gustavo Salata e dos presidentes das quatro Comissões Nacionais Especializadas (CNEs). “Depois dessa reunião, os presidentes e membros dessas CNEs se reuniram em diversas oportunidades para definir as competências que são esperadas dos especialistas que irão atuar em cada uma dessas áreas”, explicou o Dr. Gustavo, que coordenou a aprovação desses documentos em conjunto com os membros da CNRM-MEC.

REFERÊNCIA NACIONAL E DIÁLOGO ENTRE OS PROGRAMAS

De acordo com o Dr. Gustavo, a aprovação dessas matrizes significa um grande passo na qualificação da formação dos especialistas nessas áreas de atuação, além de consolidar a Febrasgo como instituição que acredita e atua na vanguarda da educação médica. “A Febrasgo apresenta um grande diferencial na área de educação médica inclusive para outras especialidades que se inspiram no trabalho realizado pela nossa Federação para desenvolver não só matrizes de competência, como também teste de progresso individual do residente, capacitação de preceptores, entre outros programas”, analisou o Dr. Gustavo.

Para a Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura, presidente da CNE de Medicina Fetal, um dos objetivos importantes das matrizes é equalizar a formação dos especialistas que desejam atuar nessas áreas, tendo em vista que nem todos os programas de residência médica no País conseguem ofertar todas as condições necessárias para a formação de um excelente profissional nessas subespecialidades. “Com a aplicação das matrizes de competência, os próprios residentes poderão cobrar dos programas locais de residência



“A aprovação dessas matrizes de competência consolida a Febrasgo como instituição que acredita e atua na vanguarda da educação médica”, declarou o Dr. Gustavo Salata Romão, presidente da Comissão de Residência Médica da Febrasgo.

médica uma qualificação melhor, a fim de atingirem uma formação mais uniforme”, afirmou.

Mas, como instituição preocupada e engajada em melhorar a formação dos profissionais, a Febrasgo dará apoio. “Queremos também, por meio da Febrasgo, proporcionar o diálogo entre os programas de residência médica. Assim, quando um deles se deparar com alguma dificuldade para oferecer determinada competência, abriremos um diálogo com outros programas no intuito de promover uma troca, como um estágio complementar, por exemplo. Dessa forma, teremos uma formação de qualidade no País todo”, salientou.

Ela destacou o trabalho cuidadoso da CNE de Medicina Fetal para chegar a uma lista de competências indispensáveis à subespecialidade e ressaltou que a matriz de competência “é um organismo vivo”. “Ano a ano, teremos que avaliar se ela está adequada para a realidade atual, quais são as carências dos programas e se todos eles estão conseguindo oferecer uma formação de qualidade no Brasil todo”, pontuou a Dra. Roseli.

Construir matrizes de competências que refletem o pensamento nacional, a realidade brasileira e o desejo de fazer o melhor ensino no País só foi possível porque as CNEs da Febrasgo são compostas por membros de cada uma das cinco regiões, que, durante as reuniões, apresentaram seus desafios específicos. No caso da especialidade de Endoscopia Ginecológica, um dos maiores desafios é lidar com a falta de equipamentos importantes nos hospitais de ensino. “Este é um grande desafio que não está no nosso alcance resolver, pois é o Sistema Único de Saúde que deve prover, mas podemos atuar fortemente na formação do profissional que entrará no mercado brasileiro. Temos certeza de que os serviços de residência que seguirem as matrizes de competência da Febrasgo poderão formar excelentes profissionais para o nosso País”, afirmou o Dr. Paulo Ayrosa, presidente da CNE de Endoscopia Ginecológica.

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

As competências são definidas como os atributos esperados para o profissional médico e incluem referenciais de



“Temos certeza de que os serviços de residência que seguirem as matrizes de competência em Endoscopia Ginecológica poderão formar excelentes profissionais para o nosso País”, disse o Dr. Paulo Ayrosa, presidente da CNE de Endoscopia Ginecológica.



“Com a aplicação da matriz de competência em Medicina Fetal, os próprios residentes poderão cobrar dos programas locais de residência médica uma qualificação melhor, a fim de atingirem uma formação mais uniforme”, declarou a Dra. Roseli Nomura, presidente da CNE de Medicina Fetal.



“Um título de especialista da Febrasgo na área de Reprodução Assistida confere uma garantia de um conhecimento maior àquela paciente e isso gera mais confiança por parte dela”, avalia o Dr. Rui Alberto Ferriani, presidente da CNE de Reprodução Assistida.

conhecimentos, habilidades técnicas, atitudes e valores éticos. “Ou seja, não é só o que o médico deve conhecer, mas o que ele deve ser capaz de fazer e qual postura adotar diante de uma diversidade de situações que possivelmente enfrentará em sua vida profissional”, afirmou o Dr. Gustavo.

Entre as habilidades clínicas, por exemplo, o residente precisa reunir um ou vários domínios, como habilidade de comunicação, habilidade para realizar exame físico e procedimentos, e condução clínica do caso. Seguindo esse modelo, cada CNE discutiu, analisou e chegou à conclusão sobre as competências necessárias naquela subespecialidade.

O presidente da CNE de Endoscopia Ginecológica explicou que a jornada de trabalho com os membros da comissão foi muito edificante e destacou um dos pontos mais difíceis do processo: diferenciar realmente o que era competência de um residente de ginecologia e o que era competência de um residente de endoscopia ginecológica. “Enquanto Comissão, conseguimos trabalhar muito bem, entendendo que a endoscopia é uma evolução da ginecologia e que precisávamos separar bem as competências de cada uma. Entendemos que o residente de ginecologia deve concluir a residência sabendo fazer uma histeroscopia diagnóstica, uma laparoscopia diagnóstica e pequenos procedimentos. Por outro lado, as competências da endoscopia ginecológica vão muito além. Por exemplo, o residente precisa saber fazer o procedimento cirúrgico para retirada de útero ou de mioma para o tratamento de cisto de ovário”, disse.

De acordo com ele, o “objetivo final da matriz de competência é disponibilizar aos serviços de residência de endoscopia ginecológica no Brasil uma cartilha com qualidade alta para que possamos entregar ao mercado brasileiro profissionais com treinamento adequado, qualificados e bem treinados”.

Dr. Rui Alberto Ferriani, presidente da CNE de Reprodução Assistida, corrobora com essa definição e afirma que os desdobramentos da aprovação e aplicação das matrizes de competência também serão muito positivas para as pacientes atendidas pelos profissionais certificados pela Febrasgo. “Um título de especialista da Febrasgo confere uma garantia de um conhecimento maior àquela paciente e isso gera mais confiança por parte dela”, avalia.

Segundo o médico, na subespecialidade de reprodução humana, que durante muito tempo não foi considerada uma área de atuação, a matriz de competência tem um peso enorme, visto que hoje, para que o indivíduo possa se dizer um especialista em reprodução assistida, ele precisa ter as competências definidas na matriz e fazer um exame da subespecialidade. “O trabalho de definir essas competências envolveu várias reuniões entre a CNE de Re-

produção e a Comissão Nacional de Residência Médica, que é constituída por especialistas com grande tempo de vivência. Com isso, tivemos discussões muito boas para chegar a um consenso e poder aprovar uma matriz para a nossa especialidade”, completa.

O trabalho da CNE de Sexologia também envolveu várias discussões a respeito de temas e situações atuais que fazem parte da prática clínica nessa área. “A experiência foi muito boa no sentido de ver o empenho de todos os membros da Comissão – ginecologistas e psiquiatras – para chegarmos a um consenso sobre as competências necessárias ao profissional que atua nessa área que, até pouco tempo atrás, ainda era desconhecida no Brasil e oferecida em poucos serviços”, declarou a presidente da CNE de Sexologia, Dra. Lúcia Alves da Silva Lara.

Na avaliação dela, a matriz de competências da Febrasgo é “um documento extremamente sério e importante, porque homogeneiza todos os programas de residência médica do Brasil, conferindo maior consistência a eles”. Especificamente sobre a área de sexologia, a Dra. Lúcia comentou que a matriz vai permitir definir exatamente o que o ginecologista precisa conhecer sobre esse tema tanto no plano teórico quanto prático. “Uma das competências requeridas nesta área é a habilidade de oferecer um cuidado específico e holístico a mulheres e transgêneros. Com certeza, é um grande avanço no nosso País em termos de ensino e preparação dos profissionais que vão atender mulheres que têm dificuldades sexuais e muitas vezes não são bem acolhidas”, afirmou.

Nas próximas edições da Revista *Femina* serão publicadas as versões oficiais das Matrizes de Competência de Endoscopia Ginecológica, Medicina Fetal, Reprodução Assistida e Sexologia, que foram aprovadas na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM-MEC).



“A matriz de competência em Sexologia é um documento extremamente sério e importante, porque homogeneiza todos os programas de residência médica nessa subespecialidade no Brasil, conferindo maior consistência a eles”, afirmou a Dra. Lúcia Lara, presidente da CNE de Sexologia.

Febrasgo protocola ação contra Resolução da Enfermagem sobre inserção de DIU por enfermeiros

María 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.

No dia 11 de fevereiro de 2022, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou a Resolução Cofen nº 690/2022,⁽¹⁾ na qual pretende normatizar a atuação da enfermagem no planejamento familiar e reprodutivo. No entanto, a resolução, em alguns pontos, cria competências ao enfermeiro não previstas em lei, bem como tenta alterar disposição legal por meio de ato administrativo normativo, o que não encontra amparo em nosso ordenamento jurídico. Destacadamente, a resolução prevê ser competência do enfermeiro: “[...] Realizar a consulta de Enfermagem, cabendo-lhe a solicitação de exames, prescrição, administração e procedimentos, pautados nos protocolos institucionais; [...] Realizar a inserção, revisão e retirada de Dispositivo Intrauterino – DIU [...]”⁽¹⁾

De maneira unilateral, tenta estipular atividades que extrapolam a atividade da enfermagem, minimizando a importância de procedimento invasivo como a colocação do dispositivo intrauterino (DIU), como no seguinte trecho da resolução: “A inserção do DIU ocorre com a introdução do dispositivo no espaço uterino, em continuidade ao espaço vaginal, não interferindo em estruturas anatômicas”.⁽¹⁾ Tal afirmativa não contempla a verdade científica por completo, pois a inserção de DIU é um ato médico por excelência, com a prevista definição na Lei nº 12.842/2013,⁽²⁾ que contempla uma “invasão dos orifícios naturais do corpo atingindo órgãos internos”.

O útero, órgão interno de extrema relevância e em íntimo contato com a bexiga, o reto e a cavidade abdominal, com solução de continuidade com a cavidade interna através das tubas uterinas, pode ser fonte de infecções, e diversas complicações podem ocorrer devido ao procedimento, sendo necessário o conhecimento das técnicas e variações, da manobra das complicações e da possibilidade do seu manejo.

A inserção do DIU não é isenta de riscos e muitas complicações são frequentemente observadas, incluindo expulsão, mau posicionamento e perfuração uterina. Embora rara, a perfuração uterina pode causar lesões graves, incluindo dor, sangramento anormal e perfuração intestinal ou da bexiga, com formação de fístula, secundária à migração do DIU para o espaço peritoneal pélvico com invasão de órgãos adjacentes. Essas complicações graves se associam ao procedimento de inserção de DIU e são de resolução tipicamente médica. Além disso, os principais fatores de risco para a perfuração uterina incluem o período do pós-parto imediato e de amamentação, retroversão uterina, forma do DIU, que não se encaixa bem na cavidade uterina, inexperiência do profissional que insere e técnica inadequada durante a inserção do DIU. As decisões sobre a necessidade prévia de algum tratamento, o diagnóstico adequado de alguma infecção ou alteração anatômica que contraindique o procedimento, a possibilidade de necessidade de alguma dilatação, anestesia ou

preparo de colo e o conhecimento completo das indicações, contraindicações e interações são inquestionavelmente atos médicos, e negar esses fatos é negar a assistência integral a que toda mulher tem direito.

Em recente decisão, em 2020, a Justiça Federal em Alagoas⁽³⁾ reiterou que enfermeiros não podem introduzir o DIU em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Penedo. A decisão foi resultado do julgamento de recurso interposto pelo Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (Coren-AL), em ação patrocinada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado (Cremal). A Primeira Turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região decidiu, por unanimidade, negar o pedido e justificou a decisão com base na Lei nº 12.842/2013,⁽²⁾ que regulamenta o exercício da medicina. A legislação define como “atividades privativas do médico a execução de procedimentos invasivos”, como a “invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos”. A determinação do juiz tratou-se de um pedido liminar para determinar que o município alagoano interrompesse a execução de inserção do dispositivo por profissionais de enfermagem do SUS e também determinou ao Coren-AL que publicizasse a proibição na página eletrônica da autarquia ou periódico da entidade.⁽³⁾

O Conselho Federal de Medicina (CFM) já se manifestou sobre a questão do DIU no Parecer CFM nº 24/2020,⁽⁴⁾ anterior e não contemplado ou considerado nesta publicação do Cofen. O referido parecer do CFM, motivado pelo fato de os Conselhos Estaduais de Medicina e mesmo o CFM, reiteradamente, serem contatados para responder a questionamentos e esclarecimentos sobre enfermeiros praticarem a inserção de DIU, tem como ementa que a inserção do DIU no Brasil é ato médico exclusivo, obedecendo à legislação vigente.⁽⁴⁾ O parecer do CFM retoma interessante histórico sobre o tema: “A discussão sobre a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) por enfermeiros remonta aos anos 1990. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) respondeu o Processo Consulta CFM nº 0340/97 – PC/CFM nº 04/98, sobre o procedimento a ser realizado por enfermeiro, e a ementa elaborada foi que “[a] inserção de DIU só pode ser executada por profissionais médicos. Fora desta regra está caracterizado o exercício ilegal da medicina. Ao médico é vedado delegar funções médicas a terceiros, por ferir o art. 30 do Código de Ética Médica”.^(4,5) Na sequência, o Cofen publicou o Parecer nº 358/2009,⁽⁶⁾ que diz estar “o enfermeiro apto a realizar consulta clínica e prescrever e inserir DIU, como ações intraconsulta”. No ano de 2018, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Nota Técnica nº 5/2018-CGSMU/Dapes/SAS/MS,⁽⁷⁾ permitindo ao enfermeiro a colocação de DIU. A autorização do MS foi contestada pelo CFM e pela Federação Brasileira das

Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) – esta com Nota de Esclarecimento e aquele com ação interpelativa no MS, embasada na Lei nº 12.842/13.⁽²⁾ Na época dos primeiros movimentos, originados no Cofen, ainda não existia a Lei da Regulamentação da Profissão Médica. No final do mês de dezembro de 2019, o MS publicou a Nota Técnica nº 38/2019-Dapes/SAPS/MS,⁽⁸⁾ que tratou da revogação de Notas Técnicas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, entre elas a Nota Técnica nº 5/2018-CGSMU/Dapes/SAS/MS,⁽⁷⁾ que autorizava enfermeiros a realizarem a inserção de DIU. Veio então a Lei da Regulamentação da Profissão Médica, a Lei do Ato Médico, Lei nº 12.842/13,⁽²⁾ que prevê:

“Art. 4º São atividades privativas do médico: [...]

III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias; [...]

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações: [...]

III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.”

Em sua conclusão, o Parecer CFM nº 24/2020⁽⁴⁾ afirma que, considerando haver norma legal (lei) restritiva e base científica suficiente para apontar riscos na aplicação do DIU, que podem exigir intervenção que envolva o conhecimento de médicos, o CFM, dentro de suas atribuições de proteção social e de preservação de boas práticas médicas, afirma que o procedimento de inserção de DIU em humanos só é permitido ser realizado por médicos, estando, por isso, vedado para quaisquer outras categorias de profissionais da saúde.

Além de desconsiderar o parecer de autarquia semelhante em hierarquia (CFM), a resolução do Cofen não obedece aos preceitos legais da Lei nº 12.842/13⁽²⁾

A recente Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 21/2021-Dapes/SAP/MS⁽⁹⁾ analisa especificamente as considerações e recomendações referentes à inserção do DIU e contraceptivo por enfermeiros e conclui: “O

Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS, entende que o exercício legal de uma profissão certamente requer que sejam atendidas as exigências legais de qualificação, como habilitação (titulação, inscrição no respectivo órgão fiscalizador) e capacitação técnica adequada, vale destacar ainda que não compete a este ministério regulamentar procedimentos de classes profissionais. Diante do exposto, o Ministério da Saúde não recomenda a inserção do Dispositivo Intrauterino e Contraceptivo (DIU) por

A inserção do DIU no Brasil é ato médico exclusivo, obedecendo à legislação vigente

enfermeiros”. Na nota, há a descrição de que, clinicamente, a inserção do DIU independe da situação em que se encontra a mulher no período em que for realizado (pós-parto, pós-aborto ou fora de tais períodos) e trata-se de um procedimento que requer a invasão da cavidade uterina (órgão interno feminino) pelo orifício do colo uterino, através de uma cavidade natural (vagina).⁽⁹⁾ O MS, em seu Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com cobre T Cu 380 A (2018),⁽⁷⁾ descreve claramente se tratar de um procedimento invasivo que requer a introdução de um espéculo na vagina (especuloscopia), a realização do pinçamento do lábio anterior do colo uterino com a pinça de Pozzi, a realização da introdução de um histerômetro na cavidade uterina (histerometria) e, a seguir, a introdução do DIU na mesma cavidade. Nesse sentido, conforme o referido manual do MS,⁽⁷⁾ a inserção de DIU é um procedimento invasivo e não é isento de riscos e complicações, que devem ser prontamente identificados e corrigidos. Portanto, exige-se, não apenas *expertise* na técnica de inserção do DIU, mas a capacidade de poder diagnosticar e tratar oportunamente suas complicações, mesmo porque sua ocorrência pode ser tardia. Juridicamente, cabe ressaltar que o artigo 5º da Constituição Federal garante os direitos e liberdades fundamentais da população brasileira. Em seu inciso XIII, trata do livre exercício profissional no País, que permite a prática de qualquer profissão, trabalho ou ofício, desde que atendidas as qualificações profissionais estipuladas em lei.⁽¹⁰⁾ Nota-se, claramente, que o exercício de qualquer profissão dependerá de qualificações que apenas a lei, em sentido formal e estrito, pode estabelecer.⁽¹⁰⁾ Assim, as normas infralegais estão vinculadas ao princípio da hierarquia das normas, como o decreto regulamentar, a portaria ministerial ou as resoluções de conselhos fiscalizadores de profissões regulamentadas, e não poderão estabelecer qualificações que alterem o exercício profissional. Sendo assim, o Parecer nº 17/2010/Cofen/CTLN,⁽¹¹⁾ que trata da implantação do DIU por profissional enfermeiro, ou a Nota Técnica nº 5/2018-CGSMU/Dapes/SAS/MS,⁽⁷⁾ ultrapassada pela Nota Técnica nº 38/2019-Dapes/SAPS/MS,⁽⁸⁾ não poderiam balizar a prática de atos profissionais não autorizados por lei. Pareceres e notas técnicas, em regra, têm caráter meramente opinativo, sem qualquer caráter vinculante ou normativo. Fica claro que a análise da permissão legal para enfermeiro realizar ato profissional de inserção de DIU somente poderá ser regulada por meio de lei em sentido material, e não por normativos infralegais como portarias ou resoluções.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (regulamenta o exercício da Enfermagem),⁽¹²⁾ que estabelece:

“Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente: [...]

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

II – como integrante da equipe de saúde:

[...]

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instuição de saúde; [...]

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

[...]”

A Lei nº 7.498/86,⁽¹²⁾ no seu art. 11, estabeleceu ser privativo ao profissional enfermeiro, em relação ao técnico e auxiliar de enfermagem, apenas a consulta de enfermagem e a prescrição de assistência de enfermagem, e, quando membro da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Por outro lado, em que pese o diagnóstico nosológico, como ato privativo do profissional médico, ter sido vetado pela Lei nº 7.498/86,⁽¹²⁾ esta não designou o ato como privativo do profissional enfermeiro. Ou seja, a referida lei apenas autorizou expressamente ao enfermeiro, nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, a prescrição de medicamentos, e não a consulta e o diagnóstico nosológico, menos ainda a execução de procedimentos invasivos.

De forma clara, a nota do próprio MS, analisando especificamente a inserção de DIU sob o escopo das leis supracitadas, por se tratar de um procedimento invasivo relacionado à vagina, ao colo uterino (orifícios naturais do corpo feminino) e, subsequentemente, à cavidade do útero (órgão interno feminino), afirma que se trata de um ato privativo ao profissional médico, conforme a Lei nº 12.842/2013.⁽²⁾ Inexiste na Lei nº 7.498/86⁽¹²⁾ qualquer dispositivo que expressamente permita ao profissional de enfermagem realizar procedimentos invasivos, conforme estabelece claramente a Lei nº 12.842/2013.⁽²⁾ Mesmo que exista certa permissão ao enfermeiro por Resolução de Conselho de Enfermagem (Cofen/Coren), tal norma administrativa emanada de órgão fiscalizador não poderia dispor contrariamente ao que a Lei nº 12.842/2013⁽²⁾ determinou, perdendo qualquer eficácia no mundo jurídico. Todavia, no caso do DIU, e como o próprio manual do MS⁽⁶⁾ admite,

A lei não autorizou a consulta e o diagnóstico nosológico, menos ainda a execução de procedimentos invasivos

existe expressamente o comprometimento da estrutura celular e tecidual do endométrio uterino, razão pela qual, inequivocamente, esse procedimento foge da permissão estabelecida pelo inc. IX do § 5º do art. 4º da Lei nº 12.842/2013.⁽²⁾ Assim, o procedimento de inserção de DIU por enfermeiro é ilegal à luz do disposto na Lei nº 12.842/2013⁽²⁾ e na Lei nº 7.498/86.⁽¹²⁾ Trata-se, portanto, de ato privativo de profissional médico, conforme disposto na Lei nº 12.842/2013,⁽²⁾ art. 4º inc. III, c/c § 4º, inc. III, § 5º.

Apesar de todas essas fundamentadas publicações e normas, o Cofen mais uma vez publica resolução, norma hierarquicamente inferior, em desacordo com a leis do exercício da medicina e da enfermagem, em desacordo com o prévio parecer do CFM e em desacordo com a recente nota técnica do próprio MS a respeito do tema inserção de DIU pelo enfermeiro no Brasil.

Além da questão do DIU, a resolução publicada pelo Cofen ultrapassa os limites da atividade da enfermagem no tocante à escolha e à prescrição de métodos contraceptivos. Os enfermeiros não têm autonomia para indicar tratamentos, medicamentos e posologias fora do tratamento instituído nos programas de saúde, bem como efetuar a inserção, revisão e retirada de DIU. Nos programas do MS, os tratamentos são padronizados e a conduta dos enfermeiros deve, obrigatoriamente, seguir os protocolos previamente estabelecidos por médicos. Os enfermeiros não têm previsão legal para mudar o medicamento estabelecido nos programas de saúde pública, porque o diagnóstico, o prognóstico e a prescrição de medicamento são atos de competência exclusiva dos médicos. Há várias decisões da justiça nesse sentido e, de acordo com a jurisprudência, o enfermeiro não pode realizar atribuições de médico (solicitação de exames, diagnósticos e prescrição de medicamentos), e as demais atribuições dos enfermeiros, conforme a legislação de regência que lhe é própria, continuam a ser respeitadas por todos. A prescrição de métodos contraceptivos, sobretudo os hormonais, é ato médico complexo que não pode ser banalizado. Envolve princípios de indicações, contraindicações relativas e absolutas, interações medicamentosas e efeitos colaterais que devem ser analisados, com o respeito que cada mulher merece, pelo profissional técnica e legalmente habilitado para fazê-lo.

Em rápida resposta à publicação do Cofen, tão claramente ilegal, inconstitucional e inadequada às normas atuais, a Febrasgo protocolou com celeridade ação com pedido de tutela de urgência a fim de anular a Resolução Cofen nº 690/2022⁽¹⁾ e cessar imediatamente os seus efeitos, na 7ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Distrito Federal.

A Febrasgo entende o valor da discussão e a importância do planejamento familiar responsável em todo o Brasil e ressalta o valor inegável, inestimável, imprescindível e incalculável da equipe de enfermagem no contexto do planejamento familiar seguro e eficiente em equipes completas e bem organizadas. Propostas que

destoam dos preceitos legais e científicos desrespeitam ambas as profissões e expõem a população ao comprometimento da qualidade e segurança na sua assistência à saúde. Defende-se o planejamento familiar para todas as mulheres, com a devida assistência completa, integral e organizada de equipes de saúde completas e com respeito às suas competências de atuação.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanecerá atenta ao tema, é favorável ao reconhecimento urgente da ilegalidade da Resolução Cofen nº 690/2022⁽¹⁾ e manterá os seus associados informados sobre as novidades e desdobramentos desse esperado julgamento e dos seus impactos na prática diária do médico ginecologista e obstetra.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 690/2022. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 12]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html
2. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
3. Conselho Federal de Medicina. Ato médico: justiça mantém proibida inserção de DIU por enfermeiros em município de Alagoas [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/ato-medico-justica-mantem-proibida-insercao-de-diu-por-enfermeiros-em-municipio-de-alagoas/>
4. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 24/2020. Dispõe sobre a colocação de DIU por enfermeiro [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 29]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2020/24_2020.pdf
5. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (2009/2010) [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2009 [cited 2021 Oct 29]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com Cobre Tcu 380A [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iffiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 38/2019-Dapes/SAPS/MS. Trata-se da Revogação de Notas Técnicas – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 29]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019_nota_tecnica_diu.pdf
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 21/2021-Dapes/SAPS/MS. Dispõe sobre as considerações e recomendações referente a inserção do Dispositivo Intrauterino e Contraceptivo (DIU) por enfermeiros [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://egestoras.saude.gov.br/image/?file=20211029_N_NTDIUenfermagem_5214792097250368643.pdf
10. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [Internet]. 1996 [cited 2021 Dec 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
11. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Câmara Técnica nº 17/2010/CTLN/Cofen. Viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 12]. Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html
12. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 1986 [cited 2021 Dec 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

Diagnóstico molecular de infecções sexualmente transmissíveis

Gustavo Arantes Rosa Maciel¹,
Ismael Dale Cotrim Guerreiro da Silva¹,
Celso Granato²,
Carolina dos Santos Lázari²,
Paola Cappellano Daher²,
Jorge Luiz Mello Sampaio³,
Ana Carolina Silva Chuery⁴

1. Consultor médico em Ginecologia e Biologia Molecular, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.

2. Consultor médico em Infectologia, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.

3. Consultor médico em Microbiologia, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.

4. Médica Assistente da Colposcopia e Consultora Médica do Núcleo Médico de Marketing e Comunicação, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são causadas por bactérias, vírus e parasitas, acometem mais de 1 milhão de pessoas por dia no mundo e se encontram entre os cinco principais motivos de consulta médica. Além de causarem grande impacto para a saúde, algumas podem aumentar o risco de aquisição do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em três vezes ou mais.⁽¹⁾

O diagnóstico laboratorial de ISTs conta com diferentes técnicas para identificar os microrganismos, como microscopia direta, cultura, reações para detectar antígenos e anticorpos, testes que detectam metabólitos microbianos e métodos moleculares. Todo esse arsenal é empregado tanto para a detecção de infecções típicas, atípicas e assintomáticas quanto para o rastreamento e a monitoração do tratamento, entre outras aplicações.⁽²⁾

No entanto, o desenvolvimento dos métodos moleculares de detecção de patógenos representou uma revolução no diagnóstico das doenças infecciosas. De modo

geral, os testes moleculares trouxeram ganho em sensibilidade, especificidade e acurácia no diagnóstico de algumas doenças e reduziram o tempo de realização, em comparação às demais metodologias. Entre as técnicas utilizadas na medicina diagnóstica, merece destaque a reação em cadeia da polimerase (PCR), que amplifica sequências específicas de DNA ou RNA de qualquer organismo, gerando milhares de cópias idênticas.^(2,3)

A PCR em tempo real configura uma evolução dessa técnica, na medida em que possibilita acompanhar os ciclos de amplificação em tempo real e reconhecer, ao mesmo tempo, várias sequências. Em protocolos específicos, essa característica permite a identificação de diferentes genótipos. Além disso, possui controles internos para cada amostra, a fim de eliminar resultados falso-negativos.^(2,3)

Uma das vantagens do método é a possibilidade de utilizar diversas matrizes biológicas e investigar vários agentes simultaneamente com a mesma amostra, como



vírus e bactérias (veja como fazer o pedido médico desses exames). Por exemplo, no mesmo frasco de coleta de material para a citologia líquida cervical, pode-se realizar a pesquisa, por PCR, de *C. trachomatis*, papilomavírus humano (HPV), *Mycoplasma*, *Ureaplasma* e *T. vaginalis*. Para o esclarecimento da etiologia de úlceras genitais, como geralmente não dá para firmar diagnóstico com base apenas nos aspectos clínicos, é importante pesquisar simultaneamente *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi* e vírus *Herpes simplex* (HSV) por PCR.

O Fleury disponibilizou recentemente um novo produto, denominado painel de IST, que inclui a pesquisa, por PCR em tempo real multiplex, de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*, *M. hominis*, *U. urealyticum* e *U. parvum*. A sensibilidade é equivalente aos testes específicos, tem a vantagem da facilidade de coleta, além da utilidade para rastreio em assintomáticas. A análise pode ser feita em amostra de raspado endocervical, vaginal, cervicovaginal, retal, de orofaringe e em urina de primeiro jato.

Amostras

De modo geral, sugere-se, na mulher, a coleta de amostra endocervical ou de urina se houver sintomas de uretrite. Nos homens, recomenda-se amostra de urina. Atualmente, convém substituir o raspado uretral pela coleta de urina de primeiro jato em ambos os sexos, já que a sensibilidade do teste neste material é a mesma, com a vantagem de a coleta ser mais cômoda para o paciente.

Um levantamento recente, dos últimos cinco anos, feito no Grupo Fleury, com cerca de 197 mil testes para detecção de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* por PCR em tempo real, encontrou índice de coinfeção de 0,07% e maiores taxas de detecção em amostras de urina, em comparação com o raspado genital (2,46% vs. 2,05% para *C. trachomatis*; 0,37% vs. 0,31% para *N. gonorrhoeae*).

Esse resultado demonstra a importância da pesquisa desses dois patógenos, assim como do uso da amostra de urina de primeiro jato como a alternativa ideal para o diagnóstico – o que é corroborado quando se somam

a isso a facilidade da coleta de urina e o fato de ela não ser invasiva.

A seguir, veja detalhes sobre a utilização da PCR em tempo real nas diferentes infecções genitais.

Pesquisa de *Chlamydia trachomatis*

A infecção por *C. trachomatis* é mais frequente em pessoas com idade igual ou inferior a 24 anos. Usualmente cursa de forma assintomática tanto em homens quanto em mulheres. Nessa população, a infecção ocasiona cervicite e pode ter consequências mais graves, que incluem doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade, caso não seja diagnosticada e tratada.⁽⁴⁾ As uretrites não gonocócicas têm como etiologia a *C. trachomatis* em até 50% dos casos.⁽⁵⁾

Ver tabela 1.

Pesquisa de *Haemophilus ducreyi*

O diagnóstico do cancroide depende da caracterização do quadro clínico, com uma ou mais úlceras genitais dolorosas, de fundo purulento, associadas à linfadenopatia inguinal, e confirmação por testes laboratoriais.⁽⁴⁾

Ver tabela 2.

Pesquisa de *Herpes simplex*

As manifestações provocadas pelo HSV são bastante típicas, permitindo, muitas vezes, o diagnóstico clínico. No herpes genital, o agente principal é o HSV-2, embora o HSV-1 também possa estar envolvido. Ambos se caracterizam por reativações de frequência variável, causando lesões vesiculares recorrentes. Recomendam-se exames laboratoriais quando a lesão tem aspecto atípico e para a diferenciação entre o HSV-1 e o HSV-2. O método mais sensível é a PCR em tempo real, realizado no raspado da lesão.⁽⁴⁾

Ver tabela 3.

Pesquisa de HPV

Considerado hoje a IST mais comum, o HPV atinge cerca de 80% das pessoas em algum momento da vida. Por volta de 150 tipos do HPV já foram identificados, dos quais pelo menos 40 infectam o trato genital e a região anorretal. Entre os de baixo risco oncogênico, o 6 e o 11 são os mais comuns e causam, sobretudo, verrugas genitais. Já os de alto risco incluem os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 e associam-se a lesões de baixo e alto grau e câncer. O teste biomolecular ajudar a identificar a infecção latente pelo vírus em amostras de esfregaços cervicais ou de biópsia.^(4,9)

Ver tabela 4.

Pesquisa de *Mycoplasma genitalium/hominis*

Trata-se de uma das causas de uretrite não gonocócica, além de infectar o trato genital de maneira assintomática ou de ocasionar vaginites e cervicites.

Ver tabela 5.

Como fazer o pedido de exames simultâneos
1. Solicito PCR para <i>Chlamydia</i> , <i>Neisseria</i> , <i>Micoplasma</i> e <i>Ureaplasma</i> na urina.*
2. Solicito PCR para <i>Chlamydia</i> nos raspados endocervical, anal, orofaríngeo e conjuntival.
3. Solicito PCR para <i>Chlamydia</i> e <i>Neisseria</i> em raspado endocervical.*
4. Solicito PCR para <i>Treponema pallidum</i> , vírus <i>Herpes simplex</i> e <i>Haemophilus ducreyi</i> em raspado de úlcera vulvar.
5. Solicito PCR para HPV, <i>Chlamydia</i> e <i>Neisseria</i> em raspado endocervical.
6. Solicito painel de IST em raspado endocervical.

*Observação: a detecção de *Neisseria* e *Chlamydia* por PCR apresenta sensibilidade maior na urina.

Tabela 1. Pesquisa de *Chlamydia trachomatis* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raspado vaginal, endocervical ou retal ▪ Urina de primeiro jato 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico da infecção ▪ Rastreamento anual em todas as mulheres sexualmente ativas com idade < 25 anos ou naquelas com idade maior que apresentem fatores de risco (novo parceiro sexual, múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual com IST etc.)* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilidade: 98%; especificidade: 100%.⁽⁶⁾ ▪ Considerada superior em comparação a outras técnicas, como cultura e métodos imunológicos (Elisa e imunofluorescência direta). ▪ Pode permanecer positiva por até sete dias após o tratamento antibiótico bem-sucedido, pela possibilidade de permanência de material genético bacteriano.

*Diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention (CDC).⁽⁴⁾

Tabela 2. Pesquisa de *Haemophilus ducreyi* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão (úlceras) genital, peniana, anal ou oral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico da infecção 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilidade: 92%; especificidade: 79%.⁽⁷⁾ ▪ Por causa da dificuldade de isolamento em cultura, que demanda semeadura em meios enriquecidos e incubação por uma semana em temperatura de 30 °C, a PCR em tempo real é o teste com maior sensibilidade para o diagnóstico do cancroide.

Tabela 3. Pesquisa de *Herpes simplex* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão genital, oral, de pele ou ocular 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico da infecção pelo HSV-1 e HSV-2, sobretudo em quadros iniciais ou com manifestações atípicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A sensibilidade pode chegar a 98% em material colhido de vesículas íntegras com poucos dias de evolução, sendo decrescente para lesões mais antigas e crostosas, e não ultrapassa 40% para a identificação de excreção viral em pacientes assintomáticos.⁽⁸⁾ ▪ Apresenta maiores sensibilidade, especificidade e rapidez de execução em comparação às técnicas clássicas, como o isolamento viral em culturas celulares e a pesquisa de anticorpos, principalmente no início do quadro. ▪ Os resultados negativos não excluem o diagnóstico, uma vez que a eliminação viral é intermitente e a sensibilidade da técnica depende da qualidade do material celular obtido na coleta.

Particularidades

Mycoplasma genitalium

- Recomenda-se a PCR para a investigação de infecções pelo *M. genitalium* devido a seu crescimento lento em meio de cultura, que pode demorar até seis meses.
- Não há quantificação mínima para diferenciar colonização da infecção; assim, se a PCR for positiva e houver sintomas, o diagnóstico é provável.
- Não existe consenso sobre o tempo mínimo após a exposição para obter a melhor sensibilidade. Assim, sugere-se solicitar o exame logo após a primeira consulta e testar novamente depois de duas semanas, se a PCR para *M. genitalium* for negativa.

Mycoplasma hominis

- A PCR é a melhor ferramenta diagnóstica para sítios estéreis ou quando há cultura negativa em um paciente sintomático.
- Contudo, ainda se preconiza a cultura quantitativa para o diagnóstico em material cervical, considerando-se significativas cargas bacterianas $\geq 10^4$ unidades trocadoras de cor/mL.

Pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae*

A *Neisseria gonorrhoeae* causa uretrites, principalmente em homens, e, nas mulheres, pode provocar uretrite

Tabela 4. Pesquisa de HPV

Amostras	Indicações ^(10,11)	Observações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raspado endocervical, vaginal, vulvar ou anal ▪ Raspado escrotal e peniano ▪ Sítios extragenitais, como mucosa nasal, orofaringe e língua ▪ Fragmentos de tecidos obtidos por biópsia e ressecção cirúrgica e material fixado em formol e emblocado em parafina 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratificação de risco (rastreamento primário) para lesões pré-neoplásicas ou neoplásicas, com ou sem citopatologia, em mulheres com idade ≥ 30 anos ▪ Seguimento pós-tratamento de lesões de alto grau ▪ Diferenciação de processos reativos não induzidos pelo HPV em citologias com células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para o rastreamento de neoplasia intraepitelial cervical de grau 2 ou 3, pode chegar à sensibilidade de 94,6% e à especificidade de 94,1%.⁽¹⁰⁾ ▪ O teste utilizado no Grupo Fleury (Cobas® 4800 Human papillomavirus, Roche) detecta, de modo qualitativo, 14 tipos de HPV de alto risco oncogênico (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68), além de informar individualmente a presença do 16 e/ou do 18. ▪ É aprovado pelo <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) norte-americano como teste de rastreamento primário do câncer de colo do útero.⁽¹¹⁾ ▪ Atualmente, considera-se de valor clínico a identificação apenas dos tipos de HPV de alto risco oncogênico. Da mesma forma, a carga viral não tem mais valor clínico, já que não se relaciona de modo preciso com a intensidade da infecção. ▪ Nas mulheres, o colo do útero (endocérvice) é o local preferencial para a obtenção da amostra. Havendo necessidade de análise de todo o trato genital inferior, pode-se realizar coleta única e enviar o material em um só frasco.

Tabela 5. Pesquisa de *Mycoplasma genitalium/hominis* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raspado vaginal ou endocervical ▪ Urina de primeiro jato 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detecção da infecção por esses agentes; em mulheres, o teste molecular para <i>M. genitalium</i> tem particular aplicação em casos de cervicite mucopurulenta, corrimento cervical ou vaginal com fator de risco para IST, sangramento intermenstrual ou pós-coito e dor pélvica aguda e/ou doença inflamatória pélvica, bem como em parceira sexual de homens com sintomas ou sinais de uretrite ou homem < 50 anos com orquiepididimite aguda e em parceira sexual de pacientes com IST, em especial os positivos para <i>M. genitalium</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilidade: 90,5%; especificidade: 99,2%⁽¹²⁾

ou cervicite, as quais, sem tratamento, resultam em doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica. A artrite gonocócica configura outra complicação em ambos os sexos quando a infecção genital não é tratada. Enquanto as infecções são sintomáticas na maioria dos homens, frequentemente cursam sem manifestações nas mulheres.

Ver tabela 6.

Pesquisa de *Treponema pallidum*

As recomendações de diagnóstico da sífilis variam de acordo com a fase clínica. O teste biomolecular, em particular, tem papel na fase primária.

Ver tabela 7.

Pesquisa de *Trichomonas vaginalis*

Para o diagnóstico da tricomoníase, a cultura em meio de Diamond possui sensibilidade de 80% e era considerada o padrão-ouro antes do surgimento do teste molecular. Atualmente, a PCR possibilita o diagnóstico da infecção com maiores sensibilidade e especificidade.

Ver tabela 8.

Pesquisa de *Ureaplasma urealyticum/parvum*

Ureaplasma urealyticum/parvum é também uma das causas de uretrite não gonocócica, além de infectar o trato genital de maneira assintomática ou de provocar vaginites e cervicites.

Ver tabela 9.

Tabela 6. Pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> Raspado endocervical, vaginal, retal ou de orofaringe Urina de primeiro jato 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico da infecção Rastreamento anual em todas as mulheres sexualmente ativas com idade < 25 anos ou naquelas com idade maior que apresentem fatores de risco (novo parceiro sexual, múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual com IST etc.)* 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade: >95% (96,9% na urina); especificidade: >99% (99,8% na urina).^(13,14) É mais sensível que a cultura em meio específico, porque não requer viabilidade bacteriana. Tem utilidade no diagnóstico da infecção em mulheres, visto que a população feminina frequentemente não apresenta sintomas e pode evoluir para doença inflamatória pélvica ou salpingite aguda. Em homens, o diagnóstico pode ser feito em cultura com meio específico ou pela detecção do DNA do agente.

*Diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention (CDC).⁽⁴⁾Tabela 7. Pesquisa de *Treponema pallidum* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> Lesão (úlceras) genital, peniana, anal ou oral 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de sífilis primária Investigação de casos com lesão ulcerada sugestiva de sífilis primária de surgimento recente, quando os resultados de sorologia ainda podem ser negativos ou não compatíveis com sífilis ativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade: 87,5%-95,3%; especificidade: 99,2%.⁽¹⁵⁾ Como a quantidade de <i>T. pallidum</i> no cancro diminui progressivamente no curso natural da doença, o ideal é que, na suspeita de sífilis primária, sejam solicitadas a pesquisa do agente na lesão e a sorologia. A sensibilidade da PCR é maior na fase inicial do cancro e menor na fase final, enquanto a da sorologia com antígenos treponêmicos é menor na fase inicial (<75%) e maior na fase final do cancro (95%). A PCR da lesão apresenta maior sensibilidade que a microscopia em campo escuro.

Tabela 8. Pesquisa de *Trichomonas vaginalis* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> Raspado vaginal ou endocervical Urina de primeiro jato 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico da infecção 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade: 92,7%-100%; especificidade: 95,2%-99,9%.⁽⁴⁾ Em comparação à microscopia direta do material clínico e à cultura em meio de Diamond, trata-se do teste com maior sensibilidade para o diagnóstico da tricomoníase.

Tabela 9. Pesquisa de *Ureaplasma urealyticum/parvum* por RT-PCR

Amostras	Indicações	Observações
<ul style="list-style-type: none"> Raspado vaginal ou endocervical Urina de primeiro jato 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico da infecção por <i>U. urealyticum</i> e <i>U. parvum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade: 96,5%; especificidade: 93,6%.⁽¹²⁾ Discrimina as duas espécies. Possui sensibilidade superior à da cultura e elevado valor preditivo negativo (VPN), mas o valor preditivo positivo (VPP) é limitado, pois não diferencia colonização de doença. É a melhor ferramenta diagnóstica para sítios estéreis ou quando há cultura negativa em um paciente sintomático, desde que sejam excluídas outras causas infecciosas.

VPN: valor preditivo negativo; VPP: valor preditivo positivo

Comentários finais

Pontos-chave
<ul style="list-style-type: none"> Os métodos moleculares são atualmente considerados padrão-ouro na detecção de ISTs.
<ul style="list-style-type: none"> A PCR é o método mais usado atualmente e possui sensibilidade e especificidade elevadas.
<ul style="list-style-type: none"> Amostras de urina e raspado vaginal para <i>Clamídia</i>, <i>Neisseria</i>, <i>Ureaplasma</i> e <i>Mycoplasma</i> podem ser usadas e apresentam acurácia semelhante.
<ul style="list-style-type: none"> Limitações da pesquisa molecular: pesquisa em esperma, paciente menstruada, uso de cremes vaginais. Além disso, não é possível fazer antibiograma.

Referências

- World Health Organization. Sexually transmitted infections: key facts [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Muralidhar S. Molecular methods in the laboratory diagnosis of sexually transmitted infections. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2015;36(1):9-17. doi: 10.4103/0253-7184.156686
- Mackay IM. Real-time PCR in the microbiology laboratory. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10(3):190-212. doi: 10.1111/j.1198-743x.2004.00722.x
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.r7004a1
- Lannoy LH, Silva RJ, Nahn Júnior EP, Oliveira EC, Gaspar PC. Brazilian protocol for sexually transmitted infections, 2020: infections that cause urethral discharge. *J Braz Soc Tropical Med*. 2021;54(Suppl 1):e2020633. doi: 10.1590/0037-8682-633-2020
- George JA, Panchatcharam TS, Paramasivam R, Balasubramanian S, Chakrapani V, Murugan G. Evaluation of diagnostic efficacy of PCR methods for *Chlamydia trachomatis* infection in genital and urine specimens of symptomatic men and women in India. *Jpn J Infect Dis*. 2003;56(3):88-92.
- Parsons LM, Warring AL, Otido J, Shayegani M. Laboratory diagnosis of chancroid using species-specific primers from *Haemophilus ducreyi* groEL and the polymerase chain reaction. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 1995;23(3):89-98. doi: 10.1016/0732-8893(95)00172-7
- LeGoff J, Péré H, Bélec L. Diagnosis of genital herpes simplex virus infection in the clinical laboratory. *Virology*. 2014;11:83. doi: 10.1186/1743-422X-11-83
- Muñoz N, Castellsagué X, Berrington de González A, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006;24(Suppl 3):S3/1-10. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.115
- Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2007;357(16):1579-88. doi: 10.1056/NEJMoa071430
- Wright TC Jr, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldie S, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *Obstet Gynecol*. 2004;103(2):304-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000109426.82624.f8
- Cunningham SA, Mandrekar JN, Rosenblatt JE, Patel R. Rapid PCR Detection of *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, and *Ureaplasma parvum*. *Int J Bacteriol*. 2013;2013:168742. doi: 10.1155/2013/168742
- Meyer T, Buder S. The laboratory diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae*: current testing and future demands. *Pathogens*. 2020;9(2):91. doi: 10.3390/pathogens9020091
- Hopkins MJ, Ashton LJ, Alloba F, Alawattagama A, Hart IE. Validation of a laboratory developed real-time PCR protocol for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in urine. *Sex Transm Infect*. 2010;86(3):207-11. doi: 10.1136/sti.2009.040634
- Gayet-Ageron A, Sednaoui P, Lautenschlager S, Ferry T, Toutous-Trellu L, Cavassini M, et al. Use of *Treponema pallidum* PCR in testing of ulcers for diagnosis of primary syphilis. *Emerg Infect Dis*. 2015;21(1):127-9. doi: 10.3201/eid2101.140790



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

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

164 Síndrome geniturinária da menopausa

Ana Lúcia Ribeiro Valadares, Jaime Kulak Junior, Lúcia Helena Simões da Costa Paiva, Elizabeth Jeha Nasser, Célia Regina da Silva, Eliana Aguiar Petri Nahas, Luiz Francisco Cintra Baccaro, Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues, Marco Aurélio Albernaz, Maria Celeste Osório Wender, Maria Célia Mendes, Rita de Cassia de Maio Dardes, Rodolfo Strufaldi, Rogerio Cesar Bocardo, Luciano de Melo Pompei

ARTIGOS ORIGINAIS

171 Conhecimento sobre métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia

Bruna Brandão Piantavinha, Márcia Sacramento Cunha Machado

178 Perfil epidemiológico e assistência clínica a mulheres com endometriose em um hospital universitário público brasileiro

Gabriel Duque Pannain, Brenda Senra Duque Ramos, Leda Caldeira de Souza, Luzia Ribeiro Nasser Salomão, Larissa Milani Coutinho

ARTIGO DE REVISÃO

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

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

Síndrome geniturinária da menopausa

Número 3 – Março 2022

A Comissão Nacional Especializada em Climatério 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

- A síndrome geniturinária (SGU) é uma síndrome crônica complexa, com múltiplas mudanças nos tecidos geniturinários, em resposta à perda de estrogênio da menopausa.
- A sintomatologia varia de leve a grave, podendo ter efeitos na função geniturinária e sexual, nos relacionamentos e na qualidade de vida.
- Os tratamentos podem ser não hormonais com lubrificantes e hidratantes ou com terapia estrogênica vaginal ou sistêmica.
- Uma abordagem multidisciplinar pode ser necessária quando há problemas complexos, incluindo disfunção sexual.
- O ginecologista está em uma posição única para discutir com sensibilidade os sintomas da SGU, aconselhar, educar e tratar adequadamente, proporcionando um acompanhamento de longo prazo.

RECOMENDAÇÕES

- A escolha da terapia depende da gravidade dos sintomas, da eficácia e segurança dos tratamentos e da preferência individual de cada paciente.
- As terapias não hormonais com lubrificantes e hidratantes são eficazes para a maioria das mulheres com sintomas leves da SGU.
- A terapia com estrogênio (TE) vaginal é o tratamento-padrão mais eficaz para os sintomas da SGU da menopausa.
- Nos casos de sintomas moderados e graves, a TE vaginal ou terapia hormonal sistêmica é recomendada, sendo a TE vaginal mais efetiva.
- Em estudos prospectivos abertos ou ensaios randomizados com casuística pequena, tanto o *laser* de CO₂ fracionado microablativo quanto o *laser* Erbium 2940 nm não ablativo têm se mostrado eficazes para o tratamento da SGU.
- Em mulheres após câncer de mama com SGU, o tratamento de primeira escolha são os lubrificantes e hidratantes. A prescrição de TE vaginal deve ser evitada e, se indicada em casos particularizados, deve considerar a gravidade dos sintomas e a concordância do oncologista.
- Nos casos refratários ao tratamento, devem-se avaliar outras etiologias como vulvodínia, disfunção do assoalho pélvico ou síndrome da bexiga dolorosa.

CONTEXTO CLÍNICO

A síndrome geniturinária (SGU) da menopausa, anteriormente chamada de atrofia vulvovaginal (AVV), é uma síndrome definida como um conjunto de sinais e sintomas resultantes da deficiência de estrogênio no trato geniturinário feminino, incluindo a vagina, lábios, uretra e bexiga. Essa síndrome inclui sintomas genitais de secura, queimação e irritação, sintomas

urinários e condições de disúria, noctúria, urgência e infecções do trato urinário (ITUs) recorrente e sintomas sexuais de dispareunia e falta de lubrificação.⁽¹⁾ Embora seja mais frequente em mulheres no climatério, também pode ocorrer em outras situações de hipostrogenismo.⁽¹⁾

A AVV afeta as mulheres na peri e pós-menopausa, com prevalência que varia de 36% a quase 90%.

Essa condição também já está presente nos anos pré-menopausa, com prevalência de 19% em mulheres entre 40-45 anos. Ao contrário dos outros sintomas da menopausa que são temporários e tendem a diminuir com o passar do tempo, a SGU tende a ir se agravando com a idade e com o maior tempo de hipogonadismo, se não for tratada adequadamente.⁽²⁾

Em mulheres na pós-menopausa, 64% relataram perda de libido e 58% evitaram qualquer intimidade sexual. No Brasil, 44% das mulheres consideram que os sintomas vaginais comprometem sua autoestima. Mesmo aquelas que não têm atividade sexual podem apresentar os desconfortos decorrentes dos sintomas.⁽³⁾

Apesar de serem sintomas muito comuns, mais de 70% das mulheres sintomáticas não se queixam ou não relatam esses sintomas ao médico. Estudos também mostram que os profissionais de saúde nem sempre questionam ativamente sobre a SGU. Além disso, muitas vezes eles não prescrevem nenhum tratamento para as mulheres.⁽⁴⁾

Esses sintomas estão diretamente relacionados à redução dos níveis circulantes de estrogênio após a menopausa. Os receptores de estrogênio (REs; ambos α e β) estão presentes na vagina, vulva, musculatura do assoalho pélvico, fâscia endopélvica, uretra e trígono da bexiga. Como resultado da deficiência de estrogênio que ocorre no climatério, alterações histológicas e anatômicas ocorrem nos tecidos urogenitais. Essas mudanças levam à redução da elasticidade da vagina, ao aumento do pH vaginal, a mudanças na flora vaginal, à diminuição da lubrificação, à vulnerabilidade à irritação e ao trauma físico. Dessa forma, com o avançar da idade, essas mulheres se tornam cada vez mais suscetíveis a sofrer com sintomas genitais e urinários.^(1,4,5)

COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO?

O diagnóstico é basicamente clínico e realizado por meio da anamnese e exame ginecológico (Quadro 1). Os sintomas de atrofia genital mais comumente relatados são ressecamento vaginal (55%), dispareunia (44%) e irritação genital (37%), com impacto sobre a função sexual (59%).⁽⁶⁾ Os médicos devem questionar ativamente sobre essas queixas durante a anamnese, porque, como exposto acima, muitas mulheres podem não relatar esses sintomas espontaneamente. Podem também ser realizados medida do pH vaginal com fita colorimétrica, *Vaginal Health Index* e índice de maturação vaginal.

QUAIS SÃO AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS INICIAIS?

As terapias iniciais de primeira linha para alívio dos sintomas leves a moderados da SGU da menopausa recomendadas são os lubrificantes e os hidratantes.⁽⁴⁾

Os lubrificantes vaginais são usados no pênis do parceiro, no introito vaginal e na vulva da mulher an-

Quadro 1. Sintomas e sinais genitais no exame físico

SINTOMAS	SINAIS
Secura vaginal Irritação e queimação genital Dispareunia Diminuição da lubrificação na atividade sexual Prurido vulvovaginal Desconforto e dor aguda genital Corrimento vaginal anormal Sangramento pós-coito	Escassez de pelos pubianos Fusão dos lábios menores ou sinequias Sinequia do prepúcio do clitóris Estenose do introito vaginal Paredes vaginais com mucosa pálida, perda da rugosidade e elasticidade, muitas vezes friável e com petéquias que sangram facilmente ao exame especular ou coleta do Papanicolaou Colo do útero encurtado Difícil visualização do orifício cervical Vagina encurtada e às vezes com estenose Epitélio vaginal pálido, ressecado, adelgado Corrimento vaginal: fluido aquoso ou purulento Eritema irregular Petéquias vaginais pH vaginal ≥ 5
URINÁRIOS	
Urgência urinária Frequência urinária aumentada Noctúria Disúria Infecções do trato urinário recorrentes	Eversão ou prolapso uretral Proeminência do meato uretral

Fonte: Portman et al.⁽¹⁾

tes e durante as relações sexuais, e podem melhorar a dor e facilitar a penetração vaginal por diminuir o atrito durante a relação sexual. Eles podem melhorar o desconforto vaginal e o prazer sexual, mas não têm a capacidade de reverter as alterações atróficas da mucosa vaginal.⁽⁷⁾

O ideal é que os lubrificantes tenham uma osmolaridade de até 380 mOsm/kg, mas, na prática clínica, a maioria excede esse valor, sendo aceitável até 1.200 mOsm/kg. Produtos hiperosmolares podem causar irritação e toxicidade nas células epiteliais da mucosa vaginal, o que não acontece com os iso-osmolares à base de água ou à base de silicone. Também podem conter glicerina, glicerol, conservantes como propilenoglicol ou parabenos e microbicidas. Os microbicidas podem afetar a população de lactobacilos, diminuindo a defesa e a proteção contra infecções, no entanto nem todos os estudos confirmam essa alteração na flora vaginal.^(7,8) Não existem muitas pesquisas sobre segurança e efeitos adversos dos lubrificantes. É aconselhável dar preferência para aqueles que são iso-osmolares e fisiologicamente mais semelhantes às secreções vaginais naturais.^(4,8)

Os hidratantes vaginais são produtos não hormonais com ação prolongada, que, ao contrário dos lubrificantes, devem ser usados regularmente duas a três vezes por semana. São produtos que contêm um polímero que adere por três dias à parede vaginal e se liga às moléculas de água. Essas, então, são liberadas para o tecido vaginal. São bioadesivos que contêm ácidos como o poliacrílico ou o hialurônico ou a poliacarbofila. Em alguns hidratantes, também há a adição de ácido lático para tornar o pH mais ácido.^(4,9) Revisão sistemática recente, na qual foram identificados e incluídos apenas cinco ensaios clínicos com ácido hialurônico, totalizando 335 mulheres, mostrou que o ácido hialurônico tem um perfil de eficácia e tolerabilidade similar ao do estrogênio vaginal, sendo uma boa alternativa não hormonal para tratamento da atrofia vaginal da pós-menopausa.⁽⁹⁾

Dados sobre a eficácia dos lubrificantes e hidratantes provenientes de ensaios clínicos são escassos. Por isso, a maioria dos *guidelines* considera que o estrogênio tópico é superior aos hidratantes vaginais, sendo o tratamento-padrão.^(4,10,11)

COMO É REALIZADO O MANEJO NOS SINTOMAS PERSISTENTES?

Atualmente o melhor tratamento para essa condição é a administração de TE vaginal. Ele favorece o restabelecimento do trofismo vulvovaginal. Entre as opções disponíveis no Brasil de uso vaginal, temos o 17- β -estradiol, o promestrieno e o estriol.⁽⁴⁾ A recomendação para uso de qualquer dessas formulações é de uma aplicação intravaginal inicial à noite durante 14 dias e, em seguida, uma aplicação de manutenção duas a três vezes por semana enquanto persistirem os sintomas.⁽⁴⁾ As terapias baseadas em energia, *laser* e radiofrequência são outra opção.⁽⁴⁾

TE VAGINAL

17- β -estradiol

Comprimidos vaginais com 10 mcg de estradiol apresentam resultados de eficácia e segurança. Em um estudo duplo-cego randomizado, 309 mulheres na menopausa foram tratadas com comprimidos vaginais com 10 mcg de estradiol. Houve melhora significativa da porcentagem de células parabasais e superficiais e redução do pH vaginal, em comparação com o grupo placebo, após 12 semanas. A melhora clínica foi evidenciada após quatro semanas, persistindo até o final do estudo, com 52 semanas.⁽¹²⁾ Outro estudo avaliou a segurança endometrial em 336 mulheres durante 52 semanas, sem encontrar aumento da espessura endometrial.⁽¹³⁾ Estudos adicionais de segurança avaliando o endométrio por meio de biópsias foram publicados, sem encontrar aumento de hiperplasia ou carcinoma endometrial.⁽¹⁴⁾

O uso de comprimidos vaginais de estradiol na dose de 10 mcg oferece ação local, sem absorção sistêmica

significativa, permanecendo sua concentração baixa e estável ao longo do tempo. Um estudo demonstrou que as concentrações de estradiol se mantiveram entre 2,44-12,08 pg/mL após 52 semanas de avaliação, sendo comparáveis à de mulheres na pós-menopausa sem tratamento.⁽¹⁵⁾

Após avaliados os riscos e benefícios, a utilização de comprimidos vaginais de estradiol na dose de 10 mcg mostrou-se efetiva e segura, configurando-se como primeira escolha para o tratamento da SGU principalmente em pacientes sem outros sintomas climatéricos.⁽⁴⁾

Promestrieno

É um estrogênio sintético obtido pela dupla esterificação do estradiol, usado por via vaginal, localmente eficaz, que não apresentou efeitos estrogênicos sistêmicos. Portanto, pode ser uma opção de primeira linha para mulheres que precisam de absorção vaginal mínima.⁽¹⁶⁾

Revisão sistemática brasileira incluindo nove estudos de curta duração (14 a 40 dias em oito deles) e com número relativamente pequeno de pacientes demonstrou melhora dos sintomas (total ou redução da intensidade).⁽¹⁶⁾ Outro estudo do tipo ensaio clínico não controlado demonstrou melhora na atrofia vaginal ($p < 0,01$) e aumento no escore de saúde vaginal após o tratamento com promestrieno ($p < 0,01$).⁽¹⁷⁾

Avaliação de prescrições de promestrieno por quase 40 anos, em 34 países, demonstrou absorção vaginal muito baixa, mesmo após 4-6 meses de doses terapêuticas.⁽¹⁸⁾

Estriol

É um estrogênio derivado da metabolização da estroina e do estradiol no fígado, e sua afinidade pelo RE gira em torno de 10% a 15% da afinidade do estradiol. Mesmo com essa diferença de atividade, o estriol tem sido utilizado, com segurança e efetividade, há vários anos para o tratamento da AVV. Em seis estudos incluídos em revisão sistemática comparando o estradiol vaginal e o estriol em altas doses (0,5-1,0 mg/dia), verificou-se que esses produtos foram igualmente eficazes no alívio dos sintomas subjetivos e objetivos da SGU.⁽¹⁹⁾

Em mulheres tratadas com preparações de estrogênio vaginal em baixas doses, a adição de progestagênio geralmente não é necessária para proteção endometrial, entretanto pacientes que apresentam sangramento pós-menopausa na vigência do tratamento devem ser avaliadas, conforme apropriado.

Terapias baseadas em energia, *laser* e radiofrequência

O *laser* pode ser considerado uma opção terapêutica que possibilita à mulher evitar intervenções hormonais no tratamento da SGU. Podem ser utilizados o

laser de CO₂ fracionado microablativo ou o laser YAG Erbium vaginal não ablativo (LEV).⁽²⁰⁾

O tratamento com o laser de CO₂ ou LEV geralmente consiste em uma série de três a quatro aplicações, com intervalo de quatro a seis semanas, sendo um procedimento ambulatorial.^(20,21)

Outra energia eletromagnética que também tem sido estudada para o tratamento da SGU é a radiofrequência com efeito não ablativo.⁽²⁰⁾

Uma revisão sistemática recente incluiu 49 estudos que avaliaram métodos físicos para tratamento da SGU. Desses, 37 eram sobre o laser de CO₂, dos quais apenas quatro eram ensaios clínicos randomizados. Dez estudos sobre o laser Erbium foram incluídos e somente um era ensaio clínico randomizado. Dos dois estudos sobre radiofrequência, um foi um ensaio clínico, duplo-cego, randomizado e controlado, e o outro foi prospectivo aberto. Esta revisão sugeriu que a terapia a laser é eficaz e segura em mulheres pós-menopáusicas com SGU. Ainda há poucas evidências para apoiar a hipótese de que a terapia por radiofrequência seja segura e eficaz para SGU.⁽²²⁾

Em relação à terapia com laser vaginal em sobreviventes de câncer de mama, estudos sugerem melhora da saúde vaginal nesse grupo.⁽²³⁾

É importante lembrar, no entanto, que a maioria dos estudos com equipamentos baseados em energia não foi controlada por simulação ou placebo e incluiu um número pequeno de mulheres, com tempo de seguimento curto.^(22,23)

Outras terapias medicamentosas não disponíveis no Brasil

Outras terapias incluem testosterona vaginal, deidroepiandrosterona (DHEA) vaginal e ospemifeno oral. Esses tratamentos não são comercializados no Brasil, mas têm se mostrado eficazes no tratamento dos sintomas vaginais da SGU.⁽⁴⁾

HÁ EVIDÊNCIAS DA TE VAGINAL NO ALÍVIO DOS SINTOMAS URINÁRIOS?

Revisão sistemática demonstrou que a TE vaginal, comparada com placebo, reduziu significativamente a urgência urinária, a frequência ou noctúria e a incontinência urinária de esforço e de urgência. Para ITUs recorrentes, alguns estudos mostram redução da frequência de infecções, embora com menor evidência.^(24,25)

O QUE FAZER NOS CASOS REFRACTÁRIOS AO TRATAMENTO?

Avaliar outras etiologias

Nos casos de falha do tratamento com TE vaginal, depois da confirmação do uso correto da medicação,

deve-se realizar a avaliação de outras etiologias como vulvodínia, disfunção do assoalho pélvico⁽²⁶⁾ ou síndrome da bexiga dolorosa.^(4,26)

Associar fisioterapia pélvica

Pacientes com SGU que não respondem aos tratamentos vaginais ou que têm contraindicações à terapia hormonal devem ser encaminhadas a um fisioterapeuta pélvico para avaliação e tratamento.⁽²⁶⁾

Utilizar dilatadores vaginais

Os dilatadores podem ser úteis para pacientes com SGU que apresentem contraindicações à terapia estrogênica e que não tenham obtido melhora com hidratantes e lubrificantes. São também úteis para pacientes com estenose introital ou encurtamento e/ou estenose vaginal pós-radioterapia.^(4,26)

QUAIS SÃO AS SITUAÇÕES ESPECIAIS PARA A UTILIZAÇÃO DA TE?

Pacientes assintomáticas

O tratamento de paciente com atrofia vaginal assintomática é indicado em alguns contextos clínicos:

- No pré-operatório de cirurgia vulvovaginal. Utiliza-se a TE vaginal por 14 dias antes da data da cirurgia com o objetivo de otimizar a identificação dos planos do tecido e promover a cicatrização de feridas;⁽²⁷⁾
- Na presença de prolapso de órgão pélvico. Nas pacientes com prolapso de órgão pélvico e usuárias de pessário, a TE vaginal previne abrasões vaginais causadas por seu uso;⁽²⁶⁾
- Uma terceira situação é a das pacientes com atrofia vaginal significativa no exame físico, que nunca tiveram relações vaginais ou que estão sem atividade sexual por algum tempo, e que estão planejando iniciar/retomar relações sexuais com penetração vaginal. O tratamento deve ser oferecido antes que a paciente tenha relações sexuais vaginais para, assim, evitar o coito doloroso e facilitar a retomada da vida sexual.⁽²⁶⁾

Paciente com alterações anatômicas graves

O hipostrogenismo pode causar distorção anatômica moderada a grave na vulva e vagina. Isso pode incluir aglutinação dos grandes lábios, estreitamento introital, encurtamento ou estenose vaginal. O tratamento só deverá ser realizado se a paciente assim o desejar ou se for sintomática.^(4,26) O diagnóstico diferencial deve ser feito com dermatose vulvovaginal ou alterações malignas.^(1,4)

Para pacientes com aglutinação labial que são sintomáticas ou que desejam retomar a atividade sexual

com penetração vaginal, a terapia de primeira linha é o uso de estrogênio na área de aglutinação e a aplicação de pressão digital.⁽²⁶⁾

Nos casos de estreitamento introital sintomático e/ou encurtamento ou estenose vaginal, a terapia de primeira linha é a TE vaginal associada ao uso de dilataadores vaginais graduados. O creme de estrogênio pode ser aplicado ao dilatador. Em casos muito graves e como terapia de exceção, se não houver melhora com TE vaginal, as opções cirúrgicas devem ser discutidas com a paciente e realizadas por profissional capacitado.⁽²⁶⁾

Pacientes com câncer de mama

Nas mulheres com histórico pessoal de câncer de mama, o tratamento de primeira linha é realizado com lubrificantes e hidratantes vaginais. A prescrição de TE vaginal deve ser evitada. Só deve ser efetuada em situações particularizadas, dependendo do tipo e características do câncer, com decisão tomada em conjunto com o oncologista da mulher, avaliando-se riscos e benefícios, e mediante informação e consentimento prévios.⁽²⁸⁻³⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico da SGU é de suma importância, pois pode interferir negativamente na vida das mulheres. Os profissionais de saúde precisam ser mais proativos e questionar durante a anamnese sobre a presença dos sintomas e prescrever tratamento quando indicado. Existe uma gama de terapias disponíveis. Para sintomas mais leves, os lubrificantes e hidratantes são tratamentos de primeira linha, entretanto, para sintomas moderados a intensos, a terapia estrogênica vaginal é a mais eficaz e com maior evidência. O tratamento com TE vaginal em baixas doses deve ser mantido pelo tempo em que persistirem os sintomas, com seguimento adequado da paciente. Novas tecnologias com emprego de tratamentos baseados em energia como laser vaginal e a radiofrequência têm se mostrado eficazes e seguros quando usados por profissionais devidamente habilitados, mas muitos aspectos ainda precisam ser esclarecidos.

REFERÊNCIAS

- Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10):1063-8. doi: 10.1097/GME.0000000000000329
- Cagnacci A, Xholli A, Sclauzero M, Venier M, Palma F, Gambacciani M, et al. Vaginal atrophy across the menopausal age: results from the ANGEL study. *Climacteric*. 2019;22(1):85-9. doi: 10.1080/13697137.2018.1529748
- Nappi RE, de Melo NR, Martino M, Celis-González C, Villaseca P, Röhrich S, et al. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA-LATAM): results from a survey in Latin America. *Climacteric*. 2018;21(4):397-403. doi: 10.1080/13697137.2018.1461826
- The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976-92. doi: 10.1097/GME.0000000000001609
- Frank SM, Ziegler C, Kokot-Kierepa M, Maamari R, Nappi RE. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) survey – Canadian cohort. *Menopause Int*. 2013;19(1):20-7. doi: 10.1258/mi.2012.012034
- Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *J Sex Med*. 2013;10(7):1790-9. doi: 10.1111/jsm.12190
- Edwards D, Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? *Climacteric*. 2016;19(2):151-61. doi: 10.3109/13697137.2015.1124259
- Potter N, Panay N. Vaginal lubricants and moisturizers: a review into use, efficacy, and safety. *Climacteric*. 2021;24(1):19-24. doi: 10.1080/13697137.2020.1820478
- Dos Santos CC, Uggioni ML, Colonetti T, Colonetti L, Grande AJ, Da Rosa MI. Hyaluronic acid in postmenopause vaginal atrophy: a systematic review. *J Sex Med*. 2021;18(1):156-66. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.016
- Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109-50. doi: 10.3109/13697137.2015.1129166
- Donders GG, Ruban K, Bellen G, Grinceviciene S. Pharmacotherapy for the treatment of vaginal atrophy. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(7):821-35. doi: 10.1080/14656566.2019.1574752
- Nachtigall L, Lang E, Gut R, Utian W, Archer DF, Simon J. An ultra-low dose (10µg) estradiol vaginal tablet improves signs and symptoms associated with vaginal atrophy. *Fertil Steril*. 2008;90 Suppl:S250. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.07.1315
- Ulrich LS, Naessen T, Elia D, Goldstein JA, Eugster-Hausmann M; VAG-1748 trial investigators. Endometrial safety of ultra-low-dose Vagifem 10 microg in postmenopausal women with vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010;13(3):228-37. doi: 10.3109/13697137.2010.481058
- Simon J, Nachtigall L, Ulrich LG, Eugster-Hausmann M, Gut R. Endometrial safety of ultra-low-dose estradiol vaginal tablets. *Obstet Gynecol*. 2010;116(4):876-83. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f386bb
- Eugster-Hausmann M, Waitzinger J, Lehnick D. Minimized estradiol absorption with ultra-low-dose 10 microg 17beta-estradiol vaginal tablets. *Climacteric*. 2010;13(3):219-27. doi: 10.3109/13697137.2010.483297
- Pompei LM, Fernandes CE, Melo NR. Promestrieno no tratamento da atrofia vulvovaginal: revisão sistemática. *Femina*. 2010;38(7):359-65.
- Sun AJ, Lin SQ, Jing LH, Wang ZY, Ye JL, Zhang Y. [Safety of promestriene capsule used in postmenopausal atrophic vaginitis]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2009;44(8):593-6. Chinese.
- Del Pup L, Di Francia R, Cavaliere C, Facchini G, Giorda G, De Paoli P, et al. Promestrieno, a specific topic estrogen. Review of 40 years of vaginal atrophy treatment: is it safe even in cancer patients? *Anticancer Drugs*. 2013;24(10):989-98. doi: 10.1097/CAD.0b013e328365288e
- Biehl C, Plotsker O, Mirkin S. A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 2019;26(4):431-53. doi: 10.1097/GME.0000000000001221

20. Wańczyk-Baszak J, Woźniak S, Milejski B, Paszkowski T. Genitourinary syndrome of menopause treatment using lasers and temperature-controlled radiofrequency. *Prz Menopauzalny*. 2018;17(4):180-4. doi: 10.5114/pm.2018.81743
21. Tadir Y, Gaspar A, Lev-Sagie A, Alexiades M, Alinsod R, Bader A, et al. Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: consensus and controversies. *Lasers Surg Med*. 2017;49(2):137-59. doi: 10.1002/lsm.22637
22. Sarmento AC, Lírio JF, Medeiros KS, Marconi C, Costa AP, Crispim JC, et al. Physical methods for the treatment of genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;153(2):200-19. doi: 10.1002/ijgo.13561
23. Knight C, Logan V, Fenlon D. A systematic review of laser therapy for vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors. *Ecancermedicallscience*. 2019;13:988. doi: 10.3332/ecancer.2019.988
24. Rahn DD, Carberry C, Sanses TV, Mamik MM, Ward RM, Meriwether KV, et al. Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2014;124(6):1147-56. doi: 10.1097/AOG.0000000000000526
25. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10):CD001405. doi: 10.1002/14651858.CD001405.pub3
26. Bachmann G, Santen RJ. Genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy): treatment [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/genitourinary-syndrome-of-menopause-vulvovaginal-atrophy-treatment>
27. Vesna A, Neli B. Benefit and safety of 28-day transdermal estrogen regimen during vaginal hysterectomy (a controlled trial). *Maturitas*. 2006;53(3):282-98. doi: 10.1016/j.maturitas.2005.05.012
28. ACOG Committee Opinion No. 659: the use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer. *Obstet Gynecol*. 2016;127(3):e93-6. doi: 10.1097/AOG.0000000000001351
29. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, Bachmann GA, Chism LA, Kagan R, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause*. 2018;25(6):596-608. doi: 10.1097/GME.0000000000001121
30. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 659: the use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer [Internet]. 2016 (Reaffirmed 2020) [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/03/the-use-of-vaginal-estrogen-in-women-with-a-history-of-estrogen-dependent-breast-cancer>

Como citar:

Valadares AL, Kulak Junior J, Paiva LH, Nasser EJ, Silva CR, Nahas EA, et al. Síndrome geniturinária da menopausa. *Femina*. 2022;50(3):164-70.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Genitourinary Syndrome of Menopause", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(3):319-24.

Ana Lúcia Ribeiro Valadares

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Jaime Kulak Junior

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Elizabeth Jeha Nasser

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Célia Regina da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Eliana Aguiar Petri Nahas

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

Luiz Francisco Cintra Baccaro

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues

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

Marco Aurélio Albernaz

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Maria Celeste Osório Wender

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

Maria Célia Mendes

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

Rita de Cassia de Maio Dardes

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

Rodolfo Strufaldi

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Rogério Cesar Bocardo

Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil

Luciano de Melo Pompei

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

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

Presidente:

Luciano de Melo Pompei

Vice-presidente:

Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

Secretária:

Elizabeth Jeha Nasser

Membros:

Ana Lúcia Ribeiro Valadares

Célia Regina da Silva

Eliana Aguiar Petri Nahas

Jaime Kulak Junior

Luiz Francisco Cintra Baccaro

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues

Marco Aurélio Albernaz

Maria Celeste Osório Wender

Maria Célia Mendes

Rita de Cassia de Maio Dardis

Rodolfo Strufaldi

Rogério Cesar Bocardo

Conhecimento sobre métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia

Knowledge about contraceptive methods of adolescents seen in the Gynecology Outpatient Clinic

Bruna Brandão Piantavinha¹, Márcia Sacramento Cunha Machado²

Descritores

Adolescência; Métodos contraceptivos; Preservativos; Anticoncepcional oral; Conhecimento

Keywords

Adolescence; Contraceptive methods; Condoms; Oral contraceptive; Knowledge

Submetido

29/06/2021

Aceito

29/11/2021

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.
2. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Bruna Brandão Piantavinha
Av. Dom João VI, 275, Brotas,
40290-000, Salvador, BA, Brasil
brunapiantavinha@hotmail.com

Como citar:

Piantavinha BB, Machado MS. Conhecimento sobre métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia. *Femina*. 2022;50(3):171-7.

RESUMO

Objetivo: Investigar o conhecimento das adolescentes atendidas no Ambulatório de Ginecologia sobre os métodos contraceptivos. **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo de corte transversal com adolescentes do sexo feminino, acompanhadas no Serviço de Ginecologia. A seleção foi por ordem de chegada mediante agendamento prévio. Após consulta médica, foi aplicado um questionário anônimo e estruturado sobre: características sociodemográficas; antecedentes ginecológicos; conhecimento do uso correto e indicação dos métodos contraceptivos. As variáveis foram analisadas pela estatística descritiva com medidas de tendência central e variabilidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A população estudada foi composta por adolescentes com média de idade de 15,80 anos (+/- 1,3), 48,0% de etnia/cor parda, 84,0% frequentavam a escola pública e 56,0% cursavam o ensino médio. A maioria possuía conhecimento insuficiente/ausência de conhecimento e 80,0% tinham informações sobre contracepção que não envolveu a participação de um profissional de saúde, apesar de eles indicarem o uso dos métodos para a maioria dessas jovens (75,0%). A combinação do preservativo masculino e anticoncepcional oral foi referida em 25,0% das adolescentes. **Conclusão:** A maioria das adolescentes possuía conhecimento insuficiente/ausente sobre métodos contraceptivos, o que parece contribuir para o uso inconsistente deles. A maior prevalência do uso do preservativo masculino e do anticoncepcional oral associada à baixa participação dos profissionais de saúde como fonte de informação para o uso correto dos métodos ratifica a necessidade de políticas públicas sobre educação sexual para que as adolescentes exerçam sua sexualidade com responsabilidade e segurança.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the knowledge of adolescents seen in the Gynecology Outpatient Clinic for Children and Youth. **Methods:** A quantitative transverse study was carried out with them, regularly seen at the Gynecology Outpatient Clinic for Children and Youth. We selected participants by arrival order. After having their appointment done, we applied an anonymous and structured questionnaire containing questions regarding sociodemographics characteristics, past gynaecological history and knowledge,

correct use and indications of contraceptives methods. Those variables were analysed using descriptive statistics such as central tendency and variability. The research was approved by the Ethics in Research Committee. **Results:** The population studied was composed of adolescents with an average age of 15.8 years (+/- 1.3), 48.0% of ethnicity/brown colour, 84.0% attended public school and 56.0% were in high school. Most of them had insufficient knowledge/lack of knowledge and 80.0% had information about contraception that did not involve the participation of a health professional, however health professionals had suggested a method of contraception for most of these young women (75.0%). The combination of male condoms and oral contraceptives were reported by 25.0% of adolescents. **Conclusion:** That most of the adolescents had insufficient/absent knowledge about contraceptive methods which seems to contribute to their inconsistent use. The high prevalence of the use of male condoms and oral contraceptives found in this study and low participation of health professionals as a source of information for the correct use of methods ratify the need for public policies on sex education for adolescents enjoy their sexuality responsibly and safely.

INTRODUÇÃO

O início da vida sexual na adolescência insere meninos e meninas em um contexto de vulnerabilidade a riscos como gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).^(1,2) Infelizmente, a maioria deles ainda não teve acesso a informações e serviços adequados ao atendimento de suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva que os orientassem a tomar decisões de maneira livre e responsável.⁽³⁾ No Brasil, o interesse sobre o comportamento contraceptivo de adolescentes e seus determinantes tem aumentado.⁽⁴⁾ Alguns estudos já demonstraram que adolescentes com baixa escolaridade iniciam a vida sexual mais precocemente e que os jovens de menor nível de escolaridade e idade possuem menos conhecimento sobre métodos anticoncepcionais.⁽⁵⁻⁷⁾ O estudo realizado por Martins *et al.*⁽⁵⁾ identificou que estudantes das escolas privadas relataram conhecer um maior número de métodos anticoncepcionais do que os das escolas públicas. Este estudo também observou a associação do pouco conhecimento sobre métodos contraceptivos dos adolescentes com variáveis socioeconômicas, sugerindo que os jovens que possuem melhores condições sociais têm acesso a informações de melhor qualidade, embora nem sempre suficientes.⁽⁵⁾ No que se refere aos trabalhos que avaliam o nível de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais na adolescência, este é identificado como insatisfatório, podendo resultar no comportamento sexual desprotegido, o que aumenta o risco de gravidez e ISTs nesse grupo.^(5,6,8) Um estudo realizado por Duarte *et al.* (2012)⁽⁹⁾ identificou que essa desinformação pode ser reflexo da falta de uma educação sexual de qualidade, seja pela dificuldade de abordagem dos assuntos relativos ao corpo e à sexualidade no núcleo familiar, seja pela ausência

de programas educativos em escolas e serviços de saúde. É importante destacar que o fato de os adolescentes utilizarem os métodos contraceptivos não significa que eles estejam sendo usados de maneira correta, principalmente em relação ao preservativo, conforme erros apontados por Molina *et al.*,⁽⁸⁾ em que os adolescentes colocam o preservativo apenas no momento da penetração. As questões relativas à contracepção, portanto, tornaram-se relevantes, uma vez que a eficácia do método contraceptivo depende, entre vários aspectos, do conhecimento dos adolescentes sobre os tipos de métodos e o seu uso adequado.^(1,8) Assim, buscando contribuir para a ampliação do conhecimento sobre sexualidade na adolescência, o presente estudo teve o objetivo de investigar o conhecimento das adolescentes sobre métodos contraceptivos em Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil na cidade de Salvador, Bahia. Considera-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para subsidiar a elaboração de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes de Salvador.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo observacional de corte transversal que foi realizado no Ambulatório Docente-Assistencial do Distrito de Brotas, na cidade de Salvador, Bahia, durante os meses de agosto a dezembro de 2019. As pacientes atendidas nesse ambulatório, em sua maioria, não possuem plano de saúde privado, sendo usuárias dos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, na sua maior parte, têm baixo nível socioeconômico e de escolaridade. A amostra de participantes foi composta por adolescentes do sexo feminino acompanhadas regularmente no Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil, e a seleção foi por ordem de chegada mediante agendamento prévio no serviço. Após avaliação ginecológica, ainda no consultório médico, foi aplicado um questionário anônimo e estruturado sobre: características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, além do conhecimento, do uso correto e da indicação dos métodos contraceptivos. As variáveis foram analisadas por meio da estatística descritiva utilizando-se as medidas de tendência central e de variabilidade. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 25 pacientes adolescentes com média (DP) de idade de 15,8 anos (1,3). A maior frequência observada foi de meninas da etnia/cor parda (48,0%), sendo 96,0% solteiras. As adolescentes que referiram praticar as religiões católica e evangélica se distribuíram de maneira equivalente na amostra (32,0% cada), seguidas das adolescentes que referiram não ter religião (28,0%). A maior parte das adolescentes

estudava em escola pública (84,0%) e não possuía trabalho no momento da entrevista (92,0%). As jovens que estavam cursando o ensino médio corresponderam a 56,0% do total e as que estavam no ensino fundamental representaram 44,0%. A maioria das adolescentes morava com pai e mãe (56,0%), seguidas das que moravam apenas com a mãe (32,0%); nenhuma referiu morar sozinha ou com o parceiro. A maior parte procedeu de outro Distrito Sanitário (DS) de Salvador (64,0%), diferente do DS de Brotas (Tabela 1).

O conhecimento dos métodos contraceptivos foi investigado em toda a amostra (n = 25), mesmo naquelas que referiram não ter iniciado a atividade sexual. Foi observado que a maioria das adolescentes possuía conhecimento insuficiente/ausência de conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis. O conhecimento adequado dos métodos mais frequentemente referidos (preservativo masculino e anticoncepcional oral) foi inferior a 50%, sendo apenas 28,0% referente ao preservativo masculino e 44,0% em relação ao anticoncepcional oral (Tabela 2).

Foi observado também que a maioria das adolescentes possuía informações dos métodos contraceptivos que não eram provenientes de um profissional de saúde (80,0%). A família e/ou escola participaram como fonte de conhecimento sobre contracepção para 48,0% das adolescentes. Além disso, 28,0% das adolescentes referiram não saber usar, reconhecendo não ter conhecimento suficiente sobre os métodos contraceptivos disponíveis (Tabela 3).

As adolescentes sexualmente ativas representaram 32,0% da amostra (n = 8); e a maioria (87,5%) utilizou algum método contraceptivo na última relação sexual dentro de um ano, e mais da metade (62,5%) já utilizaram método contraceptivo de emergência. Dos métodos contraceptivos em uso, o preservativo masculino, o anticoncepcional oral e a injeção anticoncepcional foram os mais referidos, e cada um representou, isoladamente, 12,5% da amostra. A combinação de dois ou mais métodos contraceptivos foi referida em 62,5% das adolescentes, e o preservativo masculino esteve presente em todos os tipos de combinação (Tabela 4).

Por fim, foi observado que a maioria (75,0%) das adolescentes recebeu indicação do uso de métodos contraceptivos do médico/enfermeiro, seguida da família e/ou escola, que representaram 12,5%. Na amostra avaliada, a internet e amigo/vizinho não participaram como fonte de indicação da contracepção para as adolescentes (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Na amostra estudada, observou-se que a maioria das adolescentes possuía conhecimento insuficiente/ausência de conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis, sendo essa uma realidade consoante com a de outros estudos sobre o tema.^(5,8,6,10-13)

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas das adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil

Variáveis	n (%)
Cor/etnia	
Branca	2 (8)
Preta	6 (24)
Amarela	2 (8)
Parda	12 (48)
Indígena	3 (12)
Estado civil	
Solteira	24 (96)
União estável	1 (4)
Casada	- (-)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	10 (40)
Ensino médio incompleto	14 (56)
Ensino médio completo	1 (4)
Ensino superior incompleto	- (-)
Trabalho atual	
Sim	2 (8)
Não	23 (92)
Instituição de ensino	
Escola pública	21 (84)
Escola privada	4 (16)
Religião	
Católica	8 (32)
Evangélica	8 (32)
Kardecista	- (-)
Afro-brasileira	- (-)
Outra	2 (8)
Sem religião	7 (28)
Moradia	
Com mãe e pai	14 (56)
Apenas com a mãe	8 (32)
Apenas com o pai	1 (4)
Com avós	1 (4)
Com parceiro	- (-)
Sozinha	- (-)
Outro	1 (4)
Procedência	
Distrito de Brotas	8 (32)
Outro distrito	16 (64)
Outro município	1 (4)
Total	25 (100)

Tabela 2. Conhecimento dos métodos contraceptivos pelas adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil

Método contraceptivo	Adequado	Equivocado	Ausente/ Insuficiente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Calendário/tabelinha	5 (20)	1 (4)	19 (76)	25 (100)
Temperatura corporal basal	1 (4)	2 (8)	22 (88)	25 (100)
Muco cervical	4 (16)	2 (8)	19 (76)	25 (100)
Coito interrompido	8 (32)	2 (8)	15 (60)	25 (100)
Preservativo masculino	7 (28)	5 (20)	13 (52)	25 (100)
Preservativo feminino	4 (16)	8 (32)	13 (52)	25 (100)
Diafragma	9 (36)	1 (4)	15 (60)	25 (100)
Anticoncepcional oral	11 (44)	1 (4)	13 (52)	25 (100)
Adesivo anticoncepcional	4 (16)	1 (4)	20 (80)	25 (100)
Injeção anticoncepcional	10 (40)	- (-)	15 (60)	25 (100)
Anel vaginal	3 (12)	1 (4)	21 (84)	25 (100)
DIU hormonal	7 (28)	1 (4)	17 (68)	25 (100)
DIU de cobre	6 (24)	1 (4)	18 (72)	25 (100)

Tabela 3. Origem do conhecimento sobre métodos contraceptivos pelas adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil

Origem do conhecimento	n (%)
Profissional da saúde* e/ou outra fonte	5 (20)
Família e/ou escola	12 (48)
Internet	1 (4)
Amigo/vizinho	- (-)
Não sabe usar	7 (28)
Total	25 (100)

* Médico/enfermeiro e/ou farmacêutico.

Alguns estudos têm sugerido que a escolaridade das adolescentes é um dos determinantes mais importantes do comportamento sexual e reprodutivo.^(6,13,14) No presente estudo, a alta frequência de adolescentes da cor negra (incluindo pretas e pardas) matriculadas em escolas públicas evidencia uma situação socioeconômica, fruto de um processo histórico brasileiro, que parece influenciar o conhecimento sobre os métodos contraceptivos. Martins *et al.* (2006)⁽⁵⁾ observaram que adolescentes com maior nível socioeconômico – considerando aquelas com maior possibilidade de ingresso em escolas privadas – apresentaram conhecimento maior sobre os métodos contraceptivos. Entretanto, é preciso considerar e avaliar a insuficiência/ausência de conhecimento encontrada como fruto de um processo multifatorial que, além das variáveis socioeconômicas destacadas, depende da motivação, crenças, valores pessoais e familiares do adolescente. A sexualidade do

Tabela 4. Antecedentes ginecológicos das adolescentes sexualmente ativas (n = 8) atendidas em Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil

Variáveis	n (%)
Uso de método contraceptivo na última relação sexual	
Sim	7 (87,5)
Não	1 (12,5)
Uso de método contraceptivo de emergência	
Sim	5 (62,5)
Não	3 (37,5)
Métodos contraceptivos em uso	
Preservativo masculino	1 (12,5)
Anticoncepcional oral	1 (12,5)
Injeção anticoncepcional	1 (12,5)
Preservativo masculino e calendário/tabelinha	1 (12,5)
Preservativo masculino e anticoncepcional oral	2 (25)
Preservativo masculino e injeção anticoncepcional	1 (12,5)
Preservativo masculino, coito interrompido e anticoncepcional oral	1 (12,5)
Total	8 (100)

adolescente, como já foi suscitado em outros trabalhos, é também produto das normas morais e da preservação de tabus sociais presentes na coletividade, variáveis essas que, apesar de não serem analisadas no presente estudo, são importantes de serem ponderadas.^(7,8,15,16) Sabe-se que o acesso a informações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva, que sejam assimiladas de

Tabela 5. Indicação do uso dos métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes sexualmente ativas (n = 8) atendidas em Ambulatório de Ginecologia Infantojuvenil

Fonte de indicação do uso de métodos contraceptivos	n (%)
Profissional da saúde* e/ou outra fonte	6 (75)
Família e/ou escola	1 (12,5)
Internet	- (-)
Amigo/vizinho	- (-)
Não recebeu indicação	1 (12,5)
Total	8 (100)

* Médico/enfermeiro e/ou farmacêutico.

forma efetiva pelos adolescentes, é uma difícil tarefa para os serviços de saúde no Brasil.^(3,11) A baixa participação dos profissionais de saúde como fonte de conhecimento sobre os métodos contraceptivos observada neste estudo se reflete na qualidade da informação e na educação sexual dada para as adolescentes. Ademais, a desinformação de meninos e meninas sobre a sexualidade torna-se um problema de saúde pública, que também envolve as esferas familiar e escolar.^(9,10,12) No presente estudo, a família e/ou escola participaram como fonte de conhecimento na maioria dos casos. No entanto, pode-se concluir que essa participação não foi suficiente, considerando o baixo nível de conhecimento das adolescentes sobre o tema e o reconhecimento, por parte das próprias adolescentes envolvidas no estudo, da ausência de conhecimento sobre os métodos contraceptivos. Nesse sentido, outros estudos apresentaram resultados que confirmam a baixa participação dos profissionais de saúde como fontes de aprendizagem sobre contracepção, mostrando ainda que os amigos, a escola e a família lideram como fontes de informação que os jovens mais acessam.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Diante disso, é válido considerar que a ausência ou a pouca abordagem de temas referentes ao corpo e à sexualidade na escola e em casa torna-se um empecilho que dificulta a educação sexual dos adolescentes.^(1,9,11) Em casa, muitos pais não se dispõem ou encontram dificuldades em assumir o papel de protagonista na construção do conhecimento dos seus filhos em relação à sexualidade. Na escola, muitas vezes, por falta de preparação dos professores, deixa-se de discutir a dimensão subjetiva da sexualidade. Com isso, a abordagem sobre o tema acaba se tornando meramente biológica e distante das necessidades vividas pelos jovens alunos.^(12,13) Além disso, a ausência de uso da mesma linguagem e abordagem sobre a educação sexual na escola, na família e na rede de saúde se apresenta como outra barreira na qualidade educacional dos adolescentes.^(8,12) Neste estudo, os métodos contraceptivos mais frequentemente referidos foram o preservativo masculino e o anticoncepcional oral, sendo esse um resultado semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros.^(1,6,8,10,12,13,17) É interes-

te destacar que o preservativo masculino é um método de fácil uso, acessível e de baixo custo, sendo mais frequentemente usado nas primeiras relações sexuais.⁽¹¹⁻¹³⁾ A combinação de dois ou mais métodos referida por mais da metade das adolescentes sexualmente ativas neste estudo pode sugerir várias possibilidades: seja um comportamento mais responsável das adolescentes, que reflete a preocupação com a prevenção de doenças e contracepção, seja uma insegurança em usar somente o preservativo como método contraceptivo.^(11,13,17) A ideia de que a responsabilidade da prevenção é tanto dos meninos (que usariam preservativo masculino) quanto das meninas (que usariam o anticoncepcional oral) e que ambos devem assumir a contracepção juntos também pode justificar a alta frequência da combinação desses dois métodos no presente estudo.^(11,13) O estudo de Delatorre e Dias (2015)⁽¹³⁾ observou que o uso da pílula como método isolado geralmente aumenta com o desenvolvimento de uma vida sexual ativa, justamente quando há uma tendência de substituição gradual do preservativo pelo método hormonal. Assim, a combinação de ambos pode fazer referência a um momento de transição no relacionamento, visto que o anticoncepcional oral parece ganhar mais importância nas relações mais estáveis.^(13,17) Além disso, observou-se que a maioria das adolescentes sexualmente ativas utilizou algum tipo de contracepção, o que denota que conhecem pelo menos algum método contraceptivo e aparentemente reconhecem a necessidade de seu uso. Entretanto, vale destacar que esse comportamento não indica que as adolescentes estejam utilizando-os de maneira adequada, como é destacado em outros trabalhos sobre o tema.^(8,11-13,17) No presente estudo, mais da metade das adolescentes sexualmente ativas já utilizaram método contraceptivo de emergência, o que pode ratificar o uso descontinuado dos métodos contraceptivos regulares e as inconsistências nas práticas contraceptivas.⁽¹⁷⁾ O comportamento sexual de risco associado a alta frequência do uso da pílula do dia seguinte pode refletir também a maior preocupação das adolescentes em evitar uma gravidez na adolescência do que se proteger contra ISTs.^(13,17) Entre diversos fatores, a eficácia da contracepção varia de acordo com a habilidade do adolescente em se valer do seu conhecimento para usar o método de forma adequada e constante.⁽¹⁾ Existem também outras variáveis que dependem do desenvolvimento físico, mental e sexual do adolescente, mas que precisam ser consideradas ao analisar, por exemplo, os desejos e expectativas individuais quanto ao tipo de relacionamento a ser estabelecido com o parceiro sexual e o tempo de atividade nas práticas sexuais.^(11,13,17) O nível de maturidade emocional do adolescente é refletido, portanto, em decisões como estas que podem estar relacionadas ao possível uso descontinuado dos métodos contraceptivos e também naquelas que envolvem o enfrentamento da família, já que, muitas vezes, usar um método contraceptivo signi-

fica assumir, perante seus pais, a própria vida sexual ativa.⁽¹¹⁾ No que se refere à indicação do uso de algum método contraceptivo para as adolescentes sexualmente ativas, a participação do profissional de saúde foi expressiva no presente estudo. A escolha da contracepção mais adequada para cada adolescente deve ser feita a partir de aspectos pesquisados numa consulta médica como: idade ginecológica, maturidade psicológica, parceiro, tipo de relacionamento, frequência das relações sexuais, motivação, conhecimento dos pais.⁽¹¹⁾ Apesar disso, percebeu-se que a participação dos médicos/enfermeiros como fonte de conhecimento para as adolescentes, tanto as sexualmente ativas quanto aquelas que ainda não iniciaram a vida sexual, foi pequena. Assim, esse envolvimento parcial dos médicos/enfermeiros apenas na indicação do método contraceptivo para meninas ativas sexualmente pode traduzir uma postura mais pragmática e distante do profissional. Não basta apenas escolher e indicar o uso do método, é papel do profissional de saúde conhecer o que os adolescentes pensam e saber onde estão as maiores lacunas entre o conhecimento e a prática.^(6,8,10) Além de informar as adolescentes, antes da primeira relação sexual, sobre as consequências de uma gravidez não planejada e dos riscos associados às ISTs, é preciso reconhecê-las como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, estimulando-as a tomar decisões de maneira consciente e informada.^(11,12) É necessário, portanto, orientar sobre a responsabilidade de adotar uma prática sexual segura, respeitando a capacidade individual em receber e processar as informações, em vez de somente tentar mudar o comportamento que expõe a adolescente à situação de risco.^(11,12) Afinal, o desafio na sexualidade juvenil não pode ser resumido no aprendizado e interiorização da importância do uso correto dos métodos contraceptivos por parte das próprias adolescentes.⁽²⁾ A realização deste estudo apresentou algumas possíveis limitações, como aquela relacionada ao viés de informação, visto que abordar o comportamento sexual e contraceptivo das adolescentes envolve elementos de âmbito pessoal e peculiares desse grupo, que podem ser reflexos de atitudes idealizadas, e não, necessariamente, de eventos concretos. A baixa assiduidade das adolescentes às consultas ginecológicas no período da aplicação do questionário resultou em uma amostra pequena. Entretanto, vale destacar que a pesquisa continua em andamento e que resultados futuros serão analisados em uma amostra maior. Ademais, como o estudo foi realizado em um único serviço da capital do estado da Bahia, os resultados encontrados podem não ser representativos para outras localidades e as conclusões não devem ser generalizadas. Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos com amostras maiores, de diferentes regiões, e com delineamento longitudinal, a fim de minimizar esse problema. Não obstante tais limitações, o estudo traçou um perfil da população estudada, apresentando importantes contribuições para a temáti-

ca da sexualidade e contracepção na adolescência. Além disso, destacou a necessidade de reconsiderar a escola como espaço propício à orientação sexual de forma contínua e gradativa, de legitimar a família como responsável pela educação sexual dos seus filhos e de investir em políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes de Salvador, a fim de promover orientação e apoio adequados para que elas possam exercer a sua sexualidade com mais responsabilidade e segurança.

CONCLUSÃO

A escassez de estudos brasileiros com adolescentes escolares inseridos em contextos socioeconômicos distintos e a necessidade de melhor compreender o comportamento sexual das adolescentes validam a importância deste trabalho. A partir dele, observou-se que a grande maioria das adolescentes possui conhecimento insuficiente/ausente sobre métodos contraceptivos, o que parece contribuir para o uso inconsistente deles. No que se refere ao uso dos métodos contraceptivos, a maior prevalência do uso do preservativo masculino e do anticoncepcional oral encontrada no estudo e a baixa participação dos profissionais de saúde como fonte de informação para o uso correto dos métodos ratificam a necessidade de políticas públicas sobre educação sexual para as adolescentes. A partir disso, espera-se aumentar a consistência no uso e eficácia dos métodos contraceptivos, contribuindo-se para reduzir os riscos de ISTs ou gravidez não planejada na adolescência.

REFERÊNCIAS

1. Borges AL, Fujimori E, Kuschnir MC, Chofakian CB, Moraes AJ, Azevedo GD, et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2016;50 Suppl 1:1s-11. doi: 10.1590/s01518-8787.2016050006686
2. Duarte HH, Bastos GA, Del Duca G, Corleta HE. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(4):572-6. doi: 10.1590/S0103-05822011000400016
3. Teixeira AM, Knauth DR, Fachel JM, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(7):1385-96. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700004
4. Almeida MC, Aquino EM, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):566-75. doi: 10.1590/S0034-89102003000500004
5. Martins LB, Costa-Paiva L, Osís MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):57-64. doi: 10.1590/S0034-89102006000100010
6. Silva NC, Bomfim T, Cardozo NP, Franco MA, Marques SL. Proposta de instrumento para avaliar conhecimento de jovens sobre métodos contraceptivos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2007;17(38):365-74. doi: 10.1590/S0103-863X2007000300007
7. Gonçalves H, Machado EC, Soares AL, Camargo-Figuera FA, Seerig LM, Mesenburg MA, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):1-18. doi: 10.1590/1980-5497201500010003

8. Molina MC, Stoppiglia PG, Martins CB, Alencastro LC. Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos. *Mundo Saúde*. 2015;39(1):22-31. doi: 10.15343/0104-7809.201539012231
9. Duarte CF, Holanda LB, Medeiros ML. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. *J Health Sci Inst [Internet]*. 2012 [cited 2019 Jun 15];30(2):140-3. Available from: <https://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/avaliacao-de-conhecimento-contraceptivo-entre-adolescentes-gravidas-em-uma-unidade-basica-de-saude-do-distrito-federal/#>
10. Barreiros FA, Guazzelli CA, Moron AF. Conhecimento básico de adolescentes escolarizados sobre métodos anticoncepcionais. *Adolesc Saúde*. 2005;2(1):11-6.
11. Brêtas JR. Conhecimento e utilização de contraceptivos por adolescentes. *REME Rev Min Enferm [Internet]*. 2005 [cited 2019 Ago 5];9(3):223-9. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/465>
12. Madureira L, Marques IR, Jardim DP. Contracepção na adolescência: conhecimento e uso. *Cogitare Enferm*. 2010;15(1):100-5. doi: 10.5380/ce.v15i1.17179
13. Delatorre MZ, Dias AC. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Rev SPAGESP [Internet]*. 2015 [cited 2019 Oct 20];16(1):60-73. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100006&lng=pt
14. Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado IE, Oliveira-Campos M, Malta DC. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21 Suppl 1:E180013.supl.1. doi: 10.1590/1980-549720180013.supl.1
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades [Internet]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008 [cited 2019 May 4]. p. 57-76. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf
16. Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):474-81. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200015
17. Borges AL, Fujimori E, Hoga LA, Contin MV. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):816-26. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400023

Perfil epidemiológico e assistência clínica a mulheres com endometriose em um hospital universitário público brasileiro

Epidemiological profile and clinical assistance of women with endometriosis in a Brazilian public university hospital

Gabriel Duque Pannain¹, Brenda Senra Duque Ramos², Leda Caldeira de Souza¹, Luzia Ribeiro Nasser Salomão¹, Larissa Milani Coutinho¹

Descritores

Endometriose; Prevalência; Sinais e sintomas; Tratamento farmacológico

Keywords

Endometriosis; Prevalence; Signs and symptoms; Drug therapy

Submetido

30/08/2021

Aceito

29/11/2021

1. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Leda Caldeira de Souza
Av. Eugênio do Nascimento, s/n^o,
Dom Bosco, 36038-330, Juiz de Fora,
MG, Brasil
ledacaldeiradesouza@gmail.com

Como citar:

Pannain GD, Ramos BS, Souza LC, Salomão LR, Coutinho LM. Perfil epidemiológico e assistência clínica a mulheres com endometriose em um hospital universitário público brasileiro. *Femina*. 2022;50(3):178-83.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico e clínico e a assistência médica fornecida às pacientes acompanhadas no ambulatório específico para endometriose em um hospital universitário público brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo. Foram incluídos os prontuários médicos de 153 pacientes com endometriose acompanhadas em nosso ambulatório desde sua criação, em fevereiro de 2017, até abril de 2020. Os dados coletados foram utilizados para estabelecer os sintomas mais prevalentes, os métodos diagnósticos utilizados, os locais acometidos com maior frequência, o tratamento clínico estabelecido e as características epidemiológicas da população estudada. **Resultados:** A idade média das pacientes foi de $35,2 \pm 7,23$ anos. Os sintomas mais prevalentes foram dismenorria (88,2%), dispareunia (65,4%) e infertilidade (52,9%). O ovário foi o local mais acometido (60,1%). A coexistência de doenças autoimunes foi identificada em 7,2% das pacientes. Cerca de 47,7% das pacientes foram diagnosticadas com ressonância magnética pélvica e 45% foram tratadas com dienogeste. **Conclusão:** O reconhecimento da epidemiologia da endometriose, os sintomas mais frequentes e as comorbidades associadas à doença podem permitir aos profissionais de saúde melhorar sua capacidade diagnóstica e realizar uma assistência clínica individualizada e eficiente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological and clinical profile and the medical assistance provided to patients followed up in the specific outpatient clinic of endometriosis in a Brazilian public university hospital. **Methods:** It was a cross-sectional retrospective study. Medical records of 153 patients with endometriosis followed up in our specific outpatient clinic, since its creation, in February 2017, until April 2020 were included. Data collected was used to establish the most prevalent symptoms, diagnostic methods used, most frequent sites of involvement, clinical treatment and epidemiological characteristics of the study population. **Results:** The mean age of patients was 35.2 ± 7.23 years old. The most prevalent symptoms were dysmenorrhea (88.2%), dyspareunia (65.4%) and infertility (52.9%). Ovary was the most affected site

(60.1%). The coexistence of autoimmune disease was identified in 7.2% patients. About 47.7% were diagnosed by pelvic magnetic resonance imaging (MRI) and 45% were treated with dienogest. **Conclusion:** The recognition of endometriosis epidemiology, the most frequent symptoms and the comorbidities associated with the disease may enable health care professionals to improve the diagnostic capacity and to perform an individualized and efficient clinical assistance.

INTRODUÇÃO

Endometriose é uma condição ginecológica inflamatória crônica. É caracterizada pela proliferação benigna de tecido semelhante ao endometrial fora da cavidade uterina. A doença afeta de 6% a 10% das mulheres em idade reprodutiva, o que representa cerca de 176 milhões de mulheres ao redor do mundo.⁽¹⁻³⁾

Tanto a fisiopatologia quanto a classificação da doença permanecem alvo de controvérsia.^(4,5) Além da teoria mais tradicional, proposta por Sampson em 1927,⁽⁶⁾ na qual o fluxo menstrual retrógrado através das tubas uterinas explicaria a chegada de células endometriais à pelve, outras teorias também foram propostas ao longo dos anos. É muito provável que a endometriose seja uma doença multifatorial e que outros mecanismos, como a disseminação por via linfática e sanguínea, metaplasia do epitélio celômico, células-tronco e fatores imunes e angiogênicos, desencadeiem e façam parte da progressão da doença.⁽¹⁾

A apresentação clínica da endometriose varia amplamente. Os principais fenótipos incluem lesão do ovário (endometrioma), foco superficial peritoneal e endometriose profunda infiltrativa (lesão que infiltra o peritônio mais de 5 mm).⁽⁷⁾ Embora a sintomatologia não necessariamente corresponda ao estágio da doença, os sintomas mais comuns (dor pélvica e infertilidade) podem estar relacionados à atividade inflamatória intensa e à distorção da anatomia pélvica devido a aderências e fibrose.^(8,9) Ademais, quando há envolvimento do trato intestinal ou urinário, sintomas específicos podem ocorrer, como disúria e alterações do hábito intestinal, e disúria, respectivamente.⁽¹⁰⁾

Como é uma doença crônica, que pode cursar com sintomas de dor debilitante e infertilidade, a endometriose é relacionada a alta morbidade, prejudicando a qualidade de vida das pacientes.⁽¹¹⁾ Infelizmente, é uma condição de saúde subdiagnosticada, uma vez que há um atraso de até 11 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo.⁽¹²⁾

Considerando todas as controvérsias relacionadas à endometriose, assim como a dificuldade em se estabelecer um diagnóstico precoce e manejo clínico assertivo, ainda há um déficit de informações relacionadas ao perfil epidemiológico da doença.^(13,14) O presente estudo tem o objetivo de delinear as características clínico-epidemiológicas das pacientes com endometriose e o

padrão do acompanhamento médico realizado em um hospital público universitário brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento retrospectivo, transversal. Foram analisados os prontuários médicos de todas as pacientes acompanhadas no ambulatório específico de endometriose de um hospital universitário público brasileiro, desde sua inauguração, em fevereiro de 2017, até abril de 2020. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local antes da coleta e análise dos dados. Foram incluídas no estudo 153 pacientes com endometriose. Todas tinham diagnóstico prévio realizado por exames de imagem (ultrassonografia e ressonância magnética pélvica), videolaparoscopia ou exame anatomopatológico. Pacientes sem exames complementares compatíveis com a doença, apesar da sintomatologia clínica, não foram incluídas. As pacientes foram avaliadas segundo as seguintes variáveis: características sociodemográficas (idade, estado civil); história ginecológica e obstétrica (menarca, sexarca, número de parceiros sexuais, história de doenças sexualmente transmissíveis, gestações, paridade e abortos); comorbidades; cirurgias prévias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas e atividades físicas. Ademais, informações específicas sobre a endometriose também foram coletadas dos prontuários médicos, como: método diagnóstico (ultrassonografia, ressonância magnética pélvica, videolaparoscopia, anatomopatológico); sintomatologia (dismenorreia, dispareunia, hematoquezia, disúria, disúria, hematúria, alterações no hábito intestinal ou urinário durante a menstruação, sangramento uterino anormal); infertilidade; achados do exame físico; tipo de lesão de endometriose (endometrioma, lesão peritoneal superficial, endometriose profunda); adeniose coexistente; dados sobre o tratamento clínico realizado. Os dados foram inseridos e analisados utilizando o IBM SPSS Statistics Program. Todas as informações coletadas foram revisadas para minimizar o risco de erro de dados.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 153 mulheres com idade entre 19 e 53 anos e média de idade de 35,2 ($\pm 7,23$) (Figura 1). Entre as pacientes, cerca de 39,9% eram casadas, 13% eram solteiras, 3,9% eram divorciadas e 3,9% viviam em um relacionamento estável. Nem todos os prontuários médicos tinham informações sobre o estado civil.

Em relação ao sítio de envolvimento, sete grupos foram considerados: ovário; região retrocervical; vagina; trato gastrointestinal; trato urinário; cicatriz umbilical; outros sítios. Entre eles, o mais frequente foi o ovário (60,1%, $n = 92$), seguido pela região retrocervical (37,9%, $n = 58$) e, então, pelo trato gastrointestinal (29,4%, $n = 45$) e trato urinário (11,1%, $n = 17$). Havia 6 pacientes (3,9%) com envolvimento vaginal, 4 (2,6%) com lesão em cicatriz umbilical e 7 (4,6%) com implante endometrial em

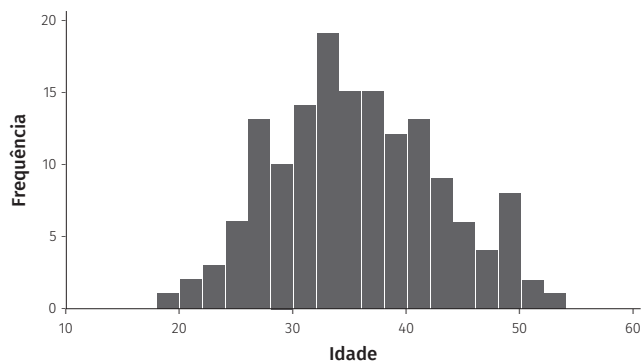


Figura 1. Histograma de idade (anos) da população estudada

outro local. Vinte e sete pacientes (17,7%) tinham adenomiose associada, evidenciada por exame de imagem ou confirmada após histerectomia e 6,5% tinham uma suspeita diagnóstica. Em relação à classificação da endometriose, 92 (60,1%) pacientes apresentavam endometrioma, 50 (32,7%) tinham endometriose superficial e 94 (61,4%) foram diagnosticadas com endometriose profunda. Em 9 prontuários médicos (5,9%) essa informação não estava disponível. A incidência dos sintomas foi: dismenorrea (88,2%, n = 135); disporeunia (65,4%, n = 100); infertilidade (52,9%, n = 81); hábito intestinal anormal durante a menstruação (43,8%, n = 67); sangramento irregular (38,6%, n = 59); disquezia associada ao período menstrual (22,2%, n = 34); disúria associada ao período menstrual, mas sem associação com alteração no exame de urina (9,1%, n = 14); hematoquezia associada ao período menstrual (6,5%, n = 10); mudanças no hábito urinário durante a menstruação (6,5%, n = 10); e hematúria durante a menstruação, não explicada por outras causas (1,9%, n = 3) (Figura 2). Em 30 mulheres (19,6%), foram identificadas lesões palpáveis ao exame físico.

Setenta e nove pacientes (51,6%) já haviam tido ao menos uma gestação no momento da consulta, 78 (50,9%) apresentavam ao menos uma comorbidade e 129 (84,3%) tinham operado previamente. Em parte das pacientes observamos a coexistência de algumas condições de saúde provavelmente associadas à endometriose, como doenças autoimunes (7,2%), migrânea (7,2%) e malformações müllerianas (1,3%). Além disso, 43 pacientes (28,1%) faziam uso de álcool, 38 (24,8%) praticavam atividades físicas e 11 (7,2%) eram tabagistas. Setenta e três pacientes (47,7%) foram diagnosticadas por meio de ressonância magnética pélvica, 27 (17,6%), por ultrassonografia, 46 (30%), por laparoscopia e 1 (0,6%), por anatomopatologia. Em relação ao tratamento clínico, 69 pacientes (45%) já haviam utilizado ou estavam em uso de dienogeste. Entre elas, 31 mulheres (45%) reportaram melhora completa dos sintomas, 7 (10,1%) relataram melhora parcial e 17 (24,6%) negaram benefício ou reportaram que foram impossibilitadas de fazer uso da medicação devido aos efeitos colaterais. As outras 14 pacientes (20,3%) mostraram-se indiferentes quanto ao

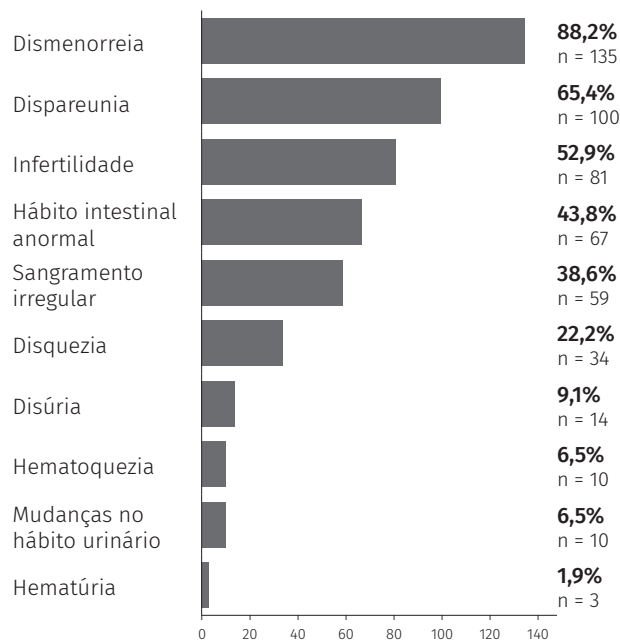


Figura 2. Principais sintomas de endometriose na população estudada

uso ou não haviam retornado após o início do dienogeste. Cinquenta e uma pacientes (33,4%) estavam em uso ou já haviam usado desogestrel, 20 das quais (39,2%) apresentaram melhora da dor e 2 (3,9%), melhora parcial. As outras suspenderam o uso de desogestrel devido a seus efeitos colaterais. Outras 3 (1,9%) mulheres mostraram melhora apenas após o uso de valerato de estradiol associado a dienogeste.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, evidenciamos o perfil epidemiológico e o padrão de assistência de pacientes brasileiras com endometriose, acompanhadas em um serviço especializado de um hospital público universitário.

Em nosso grupo de estudo, percebemos maior prevalência de endometriose profunda (61,4%), quando comparada aos implantes superficiais (32,7%). Esses dados devem ser analisados, no entanto, com cautela, uma vez que o nosso ambulatório pertence a um hospital de referência, recebendo pacientes com estágios mais avançados da doença e casos refratários ao tratamento. Além disso, a classificação é um dos aspectos que gera bastante controvérsia no manejo da endometriose. Enquanto alguns autores defendem o estadiamento cirúrgico, outros acreditam que fatores anatômicos, histológicos e até mesmo prognósticos devam também ser considerados.⁽⁵⁾

A relação entre adenomiose e endometriose é outro foco de incerteza na literatura.⁽¹⁵⁾ Ambas as condições compartilham de mecanismos patogênicos, como anormalidades de receptores de esteroides sexuais, inflamação, angiogênese, proliferação e fibrose. Entretanto, dados recentes indicam que a adenomiose pode ter

uma patogênese específica e ser uma entidade independente.⁽¹⁶⁾ A prevalência de pacientes com ambas as condições varia de 27% a 70%.^(17,18) Na nossa população de estudo, 17,7% das pacientes tinham um diagnóstico definitivo de adenomiose e 6,5% tinham uma suspeita diagnóstica da doença, sem confirmação. Não há consenso sobre o critério diagnóstico e classificação de lesões de adenomiose e, apesar de avanços em exames de imagem, seu reconhecimento permanece um desafio para muitos profissionais de saúde.^(18,19)

Os principais sintomas da endometriose, como evidenciado no nosso estudo, são a dismenorrea (88,2%), dispareunia (65,4%) e infertilidade (52,9%).⁽³⁾ Quando implantes de tecido endometrial afetam órgãos não reprodutivos, sintomas locais podem ocorrer. As principais são disquezia, hematoquezia e alteração no hábito intestinal, quando o intestino é afetado, e disúria e alteração do hábito urinário, quando as lesões alcançam a bexiga.⁽¹⁰⁾

Corroborando nossos achados, estudos reportam que os sítios mais comuns de endometriose são o ovário e região retossigmoide e retrocervical. Tais apresentações clínicas poderiam ser explicadas, pelo menos em parte, pela hipótese da menstruação retrógrada. Além disso, a posição ereta e o fluxo peritoneal podem ter um papel na distribuição anatômica das células endometriais regurgitadas na menstruação, contribuindo para a patogênese da endometriose profunda infiltrativa.⁽²⁰⁾

O mecanismo exato pelo qual a endometriose causa infertilidade é desconhecido. Distorção anatômica, desequilíbrio hormonal, aumento da cascata inflamatória no ambiente peritoneal, estresse oxidativo, pior qualidade oocitária e receptividade endometrial alterada são algumas das teorias sugeridas.^(21,22) Até 50% das mulheres com endometriose cursarão com infertilidade, valor próximo ao encontrado em nosso estudo (52,9%).⁽²³⁾

A coexistência de endometriose e algumas condições específicas de saúde tem sido descrita nos últimos anos. Uma metanálise recente mostrou que pacientes com endometriose têm risco aumentado de pelo menos uma doença autoimune – em nossa população, 7,2% das pacientes tinham ao menos uma.⁽²⁴⁾ Malformações müllerianas também podem ter maior incidência em mulheres com endometriose; encontramos 1,3% de mulheres com essa condição.⁽²⁵⁾ Ademais, 7,2% das pacientes relataram migrânea, condição frequentemente associada à endometriose, o que pode ser explicado por níveis elevados de prostaglandinas, fatores genéticos e síntese de óxido nítrico.⁽²⁶⁻²⁸⁾

Alguns estudos têm apontado para a relação entre endometriose e um estilo de vida sedentário. A atividade física diária pode promover melhora no sistema imunológico. Além disso, exercícios predispõem à redução na secreção de estrogênio, hormônio fortemente relacionado à progressão de lesões de endometriose.⁽²⁹⁾ No nosso estudo, observamos elevada taxa de sedentarismo. Ademais, encontramos baixa incidência de ta-

bagistas entre nossas pacientes (7,2%). De acordo com a literatura, o tabagismo pode reduzir o risco de endometriose. Embora a prevalência de consumo de álcool não tenha sido alta, o etilismo tem sido associado com a doença.^(13,14)

O diagnóstico definitivo da endometriose demanda análise histopatológica. Entretanto, métodos diagnósticos alternativos têm sido defendidos nos últimos anos, com o objetivo de evitar o atraso na detecção da doença.⁽¹²⁾ Atualmente, o exame físico associado a exames de imagem de boa qualidade pode prever, com alto grau de confiabilidade, lesões ovarianas e profundas. Quando realizadas por um profissional habilidoso, a ultrassonografia transvaginal tem alta sensibilidade e especificidade na detecção de endometriomas, lesões retrocervicais e retossigmoideas, e foi utilizada para diagnóstico em 17,6% da nossa população. Por sua vez, a ressonância magnética também tem um papel importante na detecção de lesões profundas. Em nosso estudo, ela estabeleceu o diagnóstico em 47,7% dos casos.^(30,31) A análise anatomopatológica pode auxiliar no diagnóstico de lesões situadas em locais atípicos. Tivemos um caso de endometrioma localizado na cicatriz da cesariana diagnosticado por essa técnica.⁽³²⁾

O tratamento clínico da endometriose procura primariamente aliviar a dor, melhorar a qualidade de vida e prevenir a progressão da doença. Ele deve ser individualizado, considerando os sintomas, os sítios de envolvimento, a profundidade da lesão e se a paciente tem desejo reprodutivo.⁽³³⁾ Derivados sintéticos de progesterona são considerados a primeira linha no tratamento clínico de endometriose. Progestágenos podem combater a progressão dos implantes por inibir inflamação, proliferação celular, neovascularização e neurogênese. Ademais, eles também promovem *downregulation* de receptores de estrógeno e reduzem a produção local de estradiol.^(34,35) Apesar de serem atualmente prescritos em nosso ambulatório, o número de mulheres que pararam de utilizar os progestágenos isolados devido a efeitos adversos foi relevante. Enquanto o dienogeste é frequentemente relacionado à cefaleia e à redução da libido, o desogestrel é associado à irregularidade menstrual, principalmente nos primeiros meses de uso.⁽³⁶⁾

A resistência aos progestágenos foi observada na nossa população. De acordo com a literatura, a falha do tratamento hormonal não é uma ocorrência rara nas pacientes com endometriose, e pode ocorrer principalmente na doença profunda. Fatores epigenéticos, estresse oxidativo e expressão reduzida de receptores de progesterona na lesão ectópica podem estar envolvidos no processo. Entretanto, as evidências atualmente disponíveis são escassas e, até o momento, não há estratégia oficial ou definitiva recomendada para superar a resistência à progesterona na endometriose. Portanto, o manejo clínico das pacientes que têm falha inicial no tratamento deve ser individualizado.⁽³⁵⁾

O tratamento cirúrgico, realizado por meio de videolaparoscopia ou laparotomia, é necessário em muitos casos. Conhecimento prévio sobre a extensão e a localização da doença auxilia a melhorar o planejamento perioperatório. A melhor estratégia cirúrgica é baseada nos tratamentos personalizados, com excisão total dos focos sintomáticos, evitando-se intervenções desnecessárias.^(30,37,38)

CONCLUSÃO

A maior parte dos resultados observados no nosso estudo está de acordo com os dados disponíveis na literatura. Embora tenhamos avaliado pacientes de apenas um hospital, ressalta-se a importância de delinear as características clínico-epidemiológicas específicas das mulheres com endometriose em diferentes regiões do Brasil e do mundo. Dessa forma, profissionais de saúde de diferentes localidades poderão definir estratégias mais eficientes e individualizadas para o diagnóstico precoce da doença, fomentando melhor assistência às suas pacientes.

REFERÊNCIAS

- Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98(3):511-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.06.029
- Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364(9447):1789-99. doi: 10.1016/s0140-6736(04)17403-5
- Zondervan KT, Becker CM, Koga K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(1):9. doi: 10.1038/s41572-018-0008-5
- Donnez J. Endometriosis: enigmatic in the pathogenesis and controversial in its therapy. *Fertil Steril*. 2012;98(3):509-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.07.1125
- Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32(2):315-24. doi: 10.1093/humrep/dew293
- Sampson JA. Metastatic or embolic endometriosis, due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *Am J Pathol*. 1927;3(2):93-110.43.
- Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril*. 2012;98(3):564-71. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.07.1061
- Andres MP, Borrelli GM, Abrão MS. Endometriosis classification according to pain symptoms: can the ASRM classification be improved? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:111-8. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.003
- Tosti C, Pinzauti S, Santulli P, Chapron C, Petraglia F. Pathogenetic mechanisms of deep infiltrating endometriosis. *Reprod Sci*. 2015;22(9):1053-9. doi: 10.1177/1933719115592713
- Charatsi D, Koukoura O, Navela IG, Chintziou F, Gkorila G, Tsagakoulis M, et al. Gastrointestinal and urinary tract endometriosis: a review on the commonest locations of extrapelvic endometriosis. *Adv Med*. 2018;2018:3461209. doi: 10.1155/2018/3461209
- Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96(2):366-73.e8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.090
- Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(4):354.e1-12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039
- Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997;24(2):235-58. doi: 10.1016/s0889-8545(05)70302-8
- Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci*. 2002;955:11-22. doi: 10.1111/j.1749-6632.2002.tb02761.x
- Leyendecker G, Wildt L, Mall G. The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(4):529-38. doi: 10.1007/s00404-009-1191-0
- Vannuccini S, Tosti C, Carmona F, Huang SJ, Chapron C, Guo SW, et al. Pathogenesis of adenomyosis: an update on molecular mechanisms. *Reprod Biomed Online*. 2017;35(5):592-601. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.06.016
- Templeman C, Marshall SF, Ursin G, Horn-Ross PL, Clarke CA, Allen M, et al. Adenomyosis and endometriosis in the California Teachers Study. *Fertil Steril*. 2008;90(2):415-24. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.027
- Benagiano G, Brosens I, Carrara S. Adenomyosis: new knowledge is generating new treatment strategies. *Womens Health (Lond)*. 2009;5(3):297-311. doi: 10.2217/whe.09.7
- Vannuccini S, Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. *F1000Res*. 2019;8:F1000 Faculty Rev-283. doi: 10.12688/f1000research.17242.1
- Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod*. 2006;21(7):1839-45. doi: 10.1093/humrep/del079
- Miller JE, Ahn SH, Monsanto SP, Khalaj K, Koti M, Tayade C. Implications of immune dysfunction on endometriosis associated infertility. *Oncotarget*. 2017;8(4):7138-47. doi: 10.18632/oncotarget.12577
- Sanchez AM, Vanni VS, Bartiromo L, Papaleo E, Zilberberg E, Candiani M, et al. Is the oocyte quality affected by endometriosis? A review of the literature. *J Ovarian Res*. 2017;10(1):43. doi: 10.1186/s13048-017-0341-4
- Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A. Endometriosis and infertility. *J Assist Reprod Genet*. 2010;27(8):441-7. doi: 10.1007/s10815-010-9436-1
- Shigesaki N, Kvaskoff M, Kirtley S, Feng Q, Fang H, Knight JC, et al. The association between endometriosis and autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2019;25(4):486-503. doi: 10.1093/humupd/dmz014
- Pitot MA, Bookwalter CA, Dudiak KM. Müllerian duct anomalies coincident with endometriosis: a review. *Abdom Radiol (NY)*. 2020;45(6):1723-40. doi: 10.1007/s00261-020-02465-y
- Ferrero S, Pretta S, Bertoldi S, Anserini P, Remorgida V, Del Sette M, et al. Increased frequency of migraine among women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2004;19(12):2927-32. doi: 10.1093/humrep/deh537
- Nyholt DR, Gillespie NG, Merikangas KR, Treloar SA, Martin NG, Montgomery GW. Common genetic influences underlie comorbidity of migraine and endometriosis. *Genet Epidemiol*. 2009;33(2):105-13. doi: 10.1002/gepi.20361
- Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Vatel M, Marcellin L, Santulli P, Chapron C, et al. Migraine in relation with endometriosis phenotypes: results from a French case-control study. *Cephalalgia*. 2020;40(6):606-13. doi: 10.1177/0333102419893965
- Bonoche CM, Montenegro ML, Rosa E Silva JC, Ferriani RA, Meola J. Endometriosis and physical exercises: a systematic review. *Reprod Biol Endocrinol*. 2014;12:4. doi: 10.1186/1477-7827-12-4
- Abrao MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod*. 2007;22(12):3092-7. doi: 10.1093/humrep/dem187
- Ferreira MC, Carneiro MM. Ultrasonographic aspects of endometriosis. *J Endometr Pelvic Pain Disord*. 2010;2(2):47-54. doi: 10.1177/228402651000200201

32. Kawaguchi Y, Hanaoka J, Ohshio Y, Igarashi T, Okamoto K, Kaku R, et al. Diagnosis of thoracic endometriosis with immunohistochemistry. *J Thorac Dis.* 2018;10(6):3468-72. doi: 10.21037/jtd.2018.05.121
33. Kodaman PH. Current strategies for endometriosis management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(1):87-101. doi: 10.1016/j.ogc.2014.10.005
34. Vercellini P, Bracco B, Mosconi P, Roberto A, Alberico D, Dhouha D, et al. Norethindrone acetate or dienogest for the treatment of symptomatic endometriosis: a before and after study. *Fertil Steril.* 2016;105(3):734-43. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.11.016
35. Reis FM, Coutinho LM, Vannuccini S, Batteux F, Chapron C, Petraglia F. Progesterone receptor ligands for the treatment of endometriosis: the mechanisms behind therapeutic success and failure. *Hum Reprod Update.* 2020;26(4):565-85. doi: 10.1093/humupd/dmaa009
36. Tanmahasamut P, Saejong R, Rattanachaiyanont M, Angsuwathana S, Techatraisak K, Sanga-Areekul N. Postoperative desogestrel for pelvic endometriosis-related pain: a randomized controlled trial. *Gynecol Endocrinol.* 2017;33(7):534-9. doi: 10.1080/09513590.2017.1296124
37. Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrão MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:102-10. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.020
38. Kondo W, Ribeiro R, Trippia C, Zomer MT. [Deep infiltrating endometriosis: anatomical distribution and surgical treatment]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(6):278-84 doi: 10.1590/S0100-72032012000600007. Portuguese.

Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa

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

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

Descritores

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

Keywords

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

Submetido

24/03/2021

Aceito

29/11/2021

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

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

Como citar:

Carmo CB, Melo LC, Silva TF, Souza EM, Garcia CM. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. Femina. 2022;50(3):184-92.

RESUMO

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

ABSTRACT

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

MÉTODOS

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

Após a análise dos títulos, foram excluídos 841, restando 69 referências. Com a leitura do resumo estruturado, foram excluídos 31, restando um total de 38 artigos

que foram lidos na íntegra, e, após a leitura, foram excluídos 15, restando 23 para a análise.

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

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Essa questão também é discutida no âmbito internacional, por Howell *et al.* (2015),⁽⁷⁾ em estudo realizado nos EUA que mostra que as mulheres negras têm, geralmente, menor nível socioeconômico e moram em regiões mais afastadas dos grandes centros, fato discutido no estudo de Zhang *et al.* (2013),⁽⁸⁾ que defendem que o racismo pode limitar as oportunidades econômicas e o acesso aos recursos sociais para mulheres negras. Os autores também destacam que, na sua amostra, 73,7% dos partos de mulheres negras foram realizados em hospitais que concentraram 17,8% dos partos das mulheres brancas, indo ao encontro dos dados de Howell (2018),⁽⁹⁾ que conclui que mulheres de minorias raciais e étnicas dão à luz em hospitais de qualidade inferior aos de mulheres brancas. Nos Estados Unidos, 75% das

Quadro 1. Descrição dos artigos

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

Continua >

Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?/ Gestational risk and social inequalities: a possible relationship?	Érica Marvila Garcia, Katrini Guidolini Martinelli, Silvana Granado Nogueira da Gama, Adauto Emmerich Oliveira, Carolina Dutra Degli Esposti, Edson Theodoro dos Santos Neto	2019	Brasil	Estudo transversal	B1	Garcia EM, Martinelli KG, Gama SG, Oliveira AE, Esposti CD, Santos Neto ET. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(12):4633-42. doi: 10.1590/1413-812320182412. 31422017 ⁽⁶⁾
Black-White Differences in Severe Maternal Morbidity and Site of Care	Elizabeth A. Howell, Natalia Egorova, Amy Balbierz, Jennifer Zeitlin, Paul L. Hebert	2015	EUA	Estudo transversal	A1	Howell EA, Egorova N, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Black-white differences in severe maternal morbidity and site of care. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(1):122.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.019 ⁽⁷⁾
Racial Disparities in Economic and Clinical Outcomes of Pregnancy Among Medicaid Recipients	Shun Zhang, Kathryn Cardarelli, Ruth Shim, Jiali Ye, Karla L. Booker, George Rust	2014	EUA	Estudo transversal	B2	Zhang S, Cardarelli K, Shim R, Ye J, Booker KL, Rust G. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among medicaid recipients. Matern Child Health J. 2013;17(8):1518-25. doi: 10.1007/s10995-012-1162-0 ⁽⁸⁾
Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality	Elizabeth A. Howell	2018	EUA	Artigo de revisão	B1	Howell EA. Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(2):387-99. doi:10.1097/GRF.0000000000000349 ⁽⁹⁾
Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women	Katy Backes Kozhimannil, Connie Mah Trinacty, Alisa B. Busch, Haiden A. Huskamp, Alyce S. Adams	2011	EUA	Estudo de coorte	B1	Kozhimannil KB, Trinacty CM, Busch AB, Huskamp HA, Adams AS. Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women. Psychiatr Serv. 2011;62(6):619-25. doi: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0619 ⁽¹⁰⁾
Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012/ Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012	André Henrique do Vale de Almeida, Silvana Granado Nogueira da Gama, Maria Conceição Oliveira Costa, Elaine Fernandes Viellas, Katrini Guidolini Martinelli, Maria do Carmo Leal	2019	Brasil (Recife)	Estudo transversal	B4	Almeida AH, Gama SG, Costa MC, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2019;19(1):43-52. doi: 10.1590/1806-93042019000100003 ⁽¹¹⁾

Continua >

Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção/Humanization in health care and racial inequalities: an intervention proposal	Luís Eduardo Batista, Daphne Rattner, Suzana Kalckmann, Maridite Cristóvão Gomes de Oliveira	2016	Brasil (São Paulo)	Proposta de Intervenção	B1	Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MC. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde Soc. 2016;25(3):689-702. doi: 10.1590/s0104-12902016146290 ⁽¹²⁾
Raça e violência obstétrica no Brasil/Race and obstetric violence in Brazil	Kelly Diogo de Lima	2016	Brasil (Recife)	Estudo transversal de base populacional	Monografia	Lima KD. Raça e violência obstétrica no Brasil [TCC] [Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [cited 2020 Jul 1]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547 ⁽¹³⁾
Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira/Institutional racism and black woman health: an analysis of Brazilian scientific production	Beatriz Muccini Costa Oliveira, Fabiana Kubiak	2019	Brasil (Salvador)	Revisão sistemática	B2	Oliveira BM, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. Saúde Debate. 2019;43(122):939-48. doi: 10.1590/0103-1104201912222 ⁽¹⁴⁾
The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States	Saraswathi Vedam, Kathrin Stoll, Tanya Khemet Taiwo, Nicholas Rubashkin, Melissa Cheyney, Nan Strauss, Monica McLemore, Micaela Cadena, Elizabeth Nethery, Eleanor Rushton, Laura Schummers, Eugene Declercq, and the GVtM-US Steering Council	2019	EUA	Estudo transversal	B1	Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. Reprod Health. 2019;16(1):77. doi: 10.1186/s12978-019-0729-2 ⁽¹⁵⁾
Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil/Black women's childbirth assistance in a countryside hospital in Maranhão, Brazil	Ilka Cassandra Pereira Belfort, Suzana Kalckmann, Luís Eduardo Batista	2016	Brasil (Maranhão)	Estudo transversal	B4	Belfort IK, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. Saúde Soc. 2016;25(3):631-40. doi: 10.1590/s0104-129020162571 ⁽¹⁶⁾
Racial and ethnic differences in the risk of postpartum venous thromboembolism: a population-based, case-control study	M. Blondon, L. B. Harrington, M. Righini, F. Boehlen, H. Bounameaux, N. L. Smith	2014	EUA	Caso-controle de base populacional	A1	Blondon M, Harrington LB, Righini M, Boehlen F, Bounameaux H, Smith NL. Racial and ethnic differences in the risk of postpartum venous thromboembolism: a population-based, case-control study. J Thromb Haemost. 2014;12(12):2002-9. doi: 10.1111/jth.12747 ⁽¹⁷⁾

Continua >

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

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

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

tinham o dobro de chance de iniciar tratamentos para saúde mental.

Em relação ao acesso ao pré-natal, Theophilo *et al.* (2018)⁽⁴⁾ constataram que as mulheres de raça/cor preta/parda têm acesso dificultado. Em sua pesquisa, observou-se que 64,7% das mulheres pretas/pardas tiveram acesso às preconizadas sete consultas de pré-natal; já entre as brancas, foram 71,6% ($p < 0,001$). Em concor-

dância, Diniz *et al.* (2016)⁽⁵⁾ demonstraram que a proporção de mulheres que tiveram seis ou mais consultas foi maior para mulheres brancas (82,3%), com um valor de 73,2% para as de cor preta ($p < 0,001$). Almeida *et al.* (2019)⁽¹¹⁾ concluíram que quanto mais escura a cor de pele da gestante, maior a probabilidade de escolaridade inadequada à idade, o que possui como desdobramento direto o menor número de consultas de pré-natal (67,6% vs. 48,8%, $p = 0,004$). Internacionalmente, Howell (2018)⁽⁹⁾ mostra que 79% das mulheres brancas iniciam o pré-natal no primeiro trimestre. Para mulheres negras, a porcentagem é de 64%.⁽²⁴⁾

Quanto ao atendimento em saúde no âmbito nacional, Theophilo *et al.* (2018)⁽⁴⁾ constataram que, para as mulheres pretas/pardas, o tempo de espera para serem atendidas foi maior, quando comparadas com mulheres brancas ($p < 0,001$). Uma proporção maior de mulheres pretas/pardas (68%) não teve acompanhante no parto, e, para mais de 50%, o motivo foi a desautorização do serviço de saúde. Diniz *et al.* (2016)⁽⁵⁾ corroboraram tais constatações quando, por meio da utilização do índice de Kotelchuck, obtiveram o dado de que há maior proporção de mulheres pretas e pardas na categoria “pré-natal inadequado”, com 16,9% e 13,1%, respectivamente ($p < 0,001$). Batista *et al.* (2016)⁽¹²⁾ reforçam a questão de as mulheres pretas e pardas não terem acompanhante na maioria das vezes e ainda relatam que as mulheres negras e pardas tiveram menor acesso a anestesia durante o parto (16,4% e 21,8%, respectivamente), quando comparadas com as mulheres brancas (13,5%) ($p < 0,001$). A pesquisa de Leal *et al.* (2017)⁽²⁾ descobriu, nos dados da plataforma *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, que, mesmo após o controle das variáveis sociodemográficas por meio do pareamento pelos escores de propensão, em comparação às brancas, puérperas de cor preta tinham maior risco de terem um pré-natal inadequado (*odds ratio* [OR]: 1,62; 1,38-1,91), falta de vinculação à maternidade (OR: 1,23; 1,10-1,54), ausência de acompanhante (OR: 1,67; 1,42-1,97), peregrinação para o parto (OR: 1,33; 1,15-1,54) e menos anestesia local para episiotomia (OR: 1,49; 1,06-2,08).⁽²⁾ Foram identificadas disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto, que configuraram um gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas. Lima (2016)⁽¹³⁾ enfatiza em seu trabalho os toques vaginais repetitivos, em frequência superior a um toque por hora, que são 26% mais comuns em pardas do que em brancas ($p < 0,001$).

Oliveira e Kubiak (2019)⁽¹⁴⁾ relatam, em artigos de revisão, que foi identificada uma ideologia nas redes de assistência à saúde, com pensamentos como “pessoas negras são mais resistentes à dor” ou “negro não adoecer”, refletindo os problemas de acesso e a pior qualidade de atendimento a que essas pessoas estão sujeitas. São as negras a maioria das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação, e são as negras ou pardas de menor escolaridade e da

região Nordeste que estão mais sujeitas a algum tipo de violência (física, verbal ou psicológica). Em contrapartida, as brancas de classes A e B possuem melhor índice de satisfação no atendimento à saúde. Contudo, Leal *et al.* (2017)⁽²⁾ destacam que, apesar de as mulheres de cor preta terem sido as que mais identificaram a discriminação, elas atribuíam essas experiências a outros motivos que não somente raça/cor.

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

A questão fisiológica foi discutida várias vezes como um dos principais motivos pelos quais os níveis de mortalidade de mulheres negras são superiores aos de mulheres brancas. Nacionalmente, Belfort *et al.* (2016)⁽¹⁶⁾ chegaram à conclusão de que 100% das mulheres pretas entrevistadas em um estudo ocorrido no Maranhão alegaram anemia ferropriva durante o período gestacional. Oliveira e Kubiak (2019)⁽¹⁴⁾ confirmam a questão dos altos índices de anemia ferropriva e hipertensão arterial durante a gestação.^(14,16) Similarmente, Diniz *et al.* (2016)⁽⁵⁾ verificaram, entre as mulheres negras, que a síndrome hipertensiva na gestação foi mais frequente, atingindo 25,8% daquelas de cor preta, enquanto entre as brancas a proporção foi de 15,9% ($p < 0,001$).

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

Em relação à morbimortalidade, Oliveira *et al.* (2019)⁽¹¹⁾ observam que, entre os óbitos de crianças menores de

1 ano, 61,8% foram de crianças pretas e pardas, e, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade, a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil.^(1,25)

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

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

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

O princípio da equidade, também visado no SUS, não é alcançado em diversos espaços de saúde no Brasil, e internacionalmente ele tampouco se faz presente, principalmente quando comparadas as populações branca e

preta. A forma como as relações étnico-raciais foi construída e moldada ao longo da história torna a população negra mais vulnerável aos determinantes sociais da saúde. Características como menor nível socioeconômico ou menor escolaridade, marcantes da população negra, também refletem as consequências do racismo estrutural. Cabe reconhecer que o racismo é um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experienciadas pela população negra de todas as regiões, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de suas vidas.⁽²⁶⁾

CONCLUSÃO

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

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JE, Ferrari AP, Tonete VL, Parada CM. Resultados perinatais e do primeiro ano de vida segundo cor da pele materna: estudo de coorte. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03480. doi: 10.1590/s1980-220x2018003903480
2. Leal MC, Gama SG, Pereira AP, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33 Supl 1:e00078816. doi: 10.1590/0102-311x00078816
3. Serbin JW, Donnelly E. The impact of racism and midwifery's lack of racial diversity: a literature review. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(6):694-706. doi: 10.1111/jmwh.12572

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



CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O congresso de todos os brasileiros

16-19/Nov, 2022 • Rio de Janeiro, RJ

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

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

**Mais informações,
em breve!**

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Gerenciamento



CCM CONGRESSES



Quando você quer engravidar?

Cerca de 62% das brasileiras já tiveram uma gestação não planejada no Brasil.¹ Isso acontece por falta de informação, uso incorreto do contraceptivo e falta de eficácia.

Conheça os métodos contraceptivos de longa ação!

 DIU hormonal de baixa dose	 DIU hormonal	 DIU de cobre	 Implante
Dispositivo hormonal inserido no útero pelo médico ²	Dispositivo hormonal inserido no útero pelo médico ³	Dispositivo de cobre inserido no útero pelo médico ³	Bastão flexível de silicone, que libera hormônios, inserido no braço pelo médico. ^{4*}
Duração: 5 anos ²	Duração: 5 anos ³	Duração: até 10 anos ³	Duração: 3 anos ^{4*}
Eficácia: 99,8% ⁷	Eficácia: 99,9% ⁷	Eficácia: 99,2% ⁷	Eficácia: 99,9% ⁷
Não deve afetar o desejo sexual ^{5*}	Não deve afetar o desejo sexual ^{5*}	Não deve afetar o desejo sexual ^{5*}	Menos de 5% das usuárias referem impacto na libido. ⁶
Acesso: coberto pelos planos de saúde ⁸	Acesso: coberto pelos planos de saúde e disponível nas secretarias municipais do Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Ceará e São Paulo. ⁸	Acesso: coberto pelos planos de saúde e disponível no SUS ^{9,10}	Acesso: não tem cobertura pelos planos de saúde e foi recentemente incorporado no SUS para alguns perfis de pacientes ^{9,11}



Para saber mais, acesse a página liberdadevemdedentro.com.br

Referências: 1. Wender MCO, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*. 2022;50(3):137-141. 2. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Dermout S, et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;210:22-28. 3. Mansour D. Copper IUD and LNG IUS compared with tubal occlusion. *Contraception*. 2007 Jun;75(6 Suppl):S144-51. 4. Adams K, Beal MW. Implanton: a review of the literature with recommendations for clinical management. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Mar-Apr;54(2):142-9. 5. Enzlin P, Weyers S, Janssens D, et al. Sexual functioning in Women using Levonorgestrel-releasing Intrauterine Systems as compared to Copper Intrauterine devices. *J Sex Med*. 2012;9:1065-73. 6. Brache V, Faundes A, Alvarez F, Cochon L. Nonmenstrual adverse events during use of implantable contraceptives for women: data from clinical trials. *Contraception*. 2002 Jan;65(1):63-74. 7. <http://www.contraceptivetechnology.org/wp-content/uploads/2013/09/Contraceptive-Failure-Rates.pdf> - último acesso em 01/04/2022. 8. <https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20090528escplanfamiliar.pdf> 9. <https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20090528procnaocob.pdf> 10. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html 11. <http://conitec.gov.br/ministerio-da-saude-incorpora-no-sus-implante-para-prevencao-da-gravidez-pormulheres-entre-18-e-49-anos#:~:text=RENAME%202020-,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20incorpora%20no%20SUS%20implante%20para%20preven%C3%A7%C3%A3o%20da,entre%2018%20e%2049%20anos&text=O%20Minist%C3%A9rio%20>

Material informativo destinado a público geral. Dúvidas sobre o seu tratamento, consulte sempre seu médico. PP-KYL-BR-0905-1 MAR 2022 | sac@bayer.com | 0800 7021241