

# Feminina<sup>®</sup>

Publicação oficial da Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 49, Número 6, 2021

**Suplementação  
de probióticos  
durante a  
gestação e a  
lactação**

Especialistas explicam  
como acolher e  
orientar a população

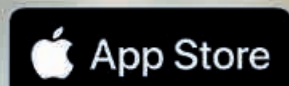
**LGBTQIA+**

**Acusações  
de assédio**

Cuidados na assistência

# Baixe agora o novo APP Febrasgo

**Agora ficou muito  
mais fácil acessar  
os conteúdos  
da Febrasgo!**



## **INSTALE O APLICATIVO**

(caso você tenha a versão anterior desinstale e exclua antes de instalar a nova)



## **USE SEU LOGIN**

(o mesmo do portal da FEBRASGO)



**APROVEITE  
OS CONTEÚDOS  
EXCLUSIVOS FEBRASGO**

**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

## 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](http://www.febrasgo.org.br)

## CORPO EDITORIAL

### EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

### COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

### EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

### EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**

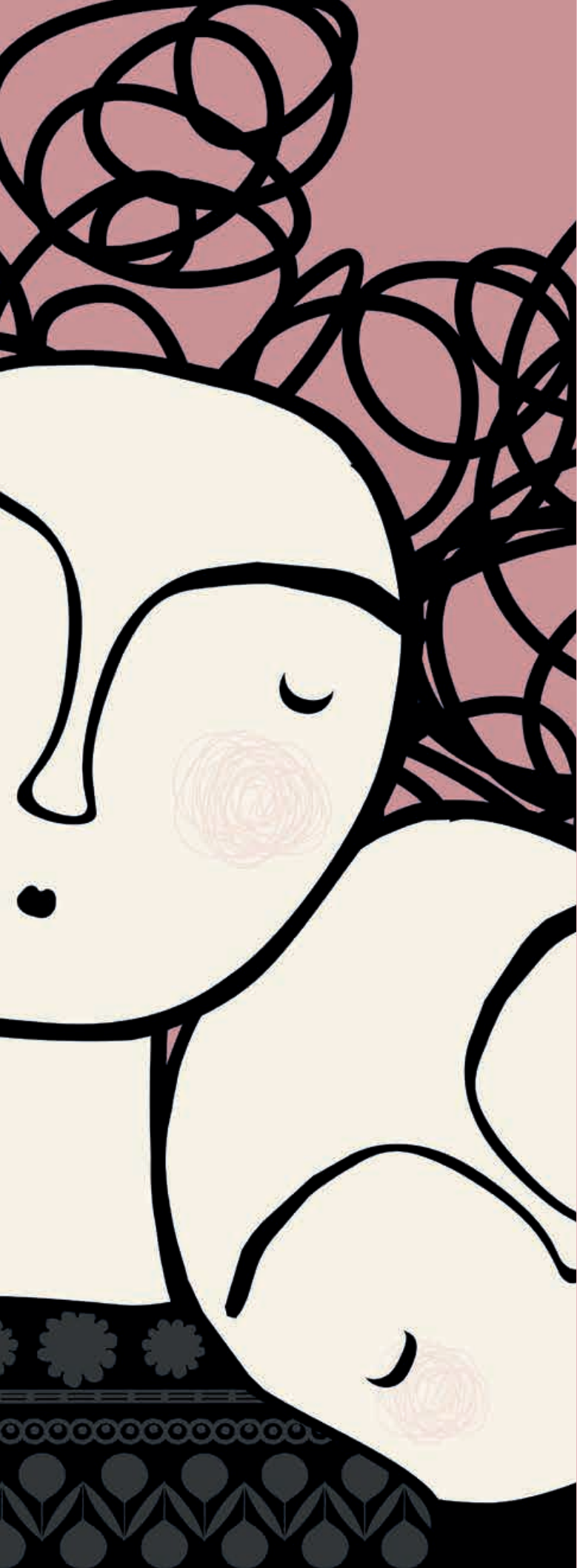
Editor: Maurício Domingues; Jornalista: Leticia Martins (MTB: 52.306);  
Revisora: Glair Picolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75,  
Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

## CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



Nossa profissão – e especialidade –, neste mês, foi aquecida por dois assuntos de grande interesse: a necessidade de harmonizar as posições do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB) acerca da telemedicina, e a publicação da nova portaria do CFM normatizando as atividades relacionadas ao atendimento dos casais que necessitam de técnicas de reprodução assistida. Fechando a lente na reprodução humana, neste volume, *Femina*, em sua matéria de capa, na forma de entrevista, destaca e expande a relevância dos cuidados do obstetra para assegurar a saúde do feto e do recém-nascido com a suplementação de probióticos durante a gravidez. Os estudos que dão suporte ao texto são atualizados e a leitura é fácil e agradável. A saúde sexual e reprodutiva do grupo LGBTQIA+ é discutida em texto da jornalista Letícia, na forma de entrevista com a presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Sexologia da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e com três especialistas dedicados ao tema. O documento é interessante e aborda todos os aspectos relacionados às práticas sexuais e reprodutivas. “Todos” aqui significa mesmo todos. Não deixe de ler!

O Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (GO) está agendado para ocorrer entre 17 e 20 de novembro. *Femina* entrevista o presidente da Febrasgo, professor Agnaldo Lopes, e o diretor científico da Febrasgo, professor César Fernandes. Embora totalmente *on-line*, pela primeira vez, a programação é focada na inclusão de “todos os brasileiros”. As inscrições estão abertas e a participação do gineco-obstetra brasileiro reflete seu engajamento no cenário científico do país. O grupo mineiro liderado pelo professor Gerson Lopes traz texto interessantíssimo acerca da prática, vivência e experiência do jovem ginecologista nos seus primeiros anos de atuação. Humildade, empatia, o saber ouvir e habilidades são mesclados na boa prática! Lição clara: não há médico que seja Deus no exercício da medicina! Os resultados do Teste do Progresso Individual do residente em GO, nos anos de 2018 a 2020, são apresentados por professores que se dedicam ao ensino da GO no país. Interessante para todos os educadores e residentes! Em texto objetivo, dois membros da CNE de Defesa e Valorização Profissional fazem o alerta de como evitar as acusações de assédio na assistência às nossas pacientes. Como editor da *Femina* e certo de que seja o desejo de todos os nossos leitores, registro o agradecimento da revista aos dois autores do texto. Outro artigo objetivo acerca do tratamento da osteoporose enriquece este volume da *Femina*.

No Caderno Científico, *Femina* publica a posição da Febrasgo acerca do manejo da síndrome antifosfolípide, em dois artigos originais envolvendo a população brasileira e uma revisão narrativa. O texto sobre síndrome antifosfolípide redigido pela CNE em Tromboembolismo Venoso da Febrasgo inclui seis pontos-chave e quatro recomendações úteis para o atendimento desses casos. A redação é irretocável. O estudo original, mostrando fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes de Medicina no Sul do Brasil, incluindo 423 alunos, homens e mulheres, foi afirmativo em apontar o parto vaginal como o mais seguro e dá ênfase à alta hospitalar precoce como aspecto vantajoso. A infecção urinária na gravidez foi examinada em outro artigo original sobre um estudo realizado em Mogi das Cruzes, incluindo 149 gestantes. Também nele a *E. coli* foi o agente encontrado em mais de dois terços das vezes. Esse agente mostrou ser resistente a vários antimicrobianos utilizados. Por fim, dois colegas de Goiânia revisitaram os aspectos emocionais dos casais com necessidade de reprodução assistida. Ansiedade e depressão são condições destacadas nos resultados negativos e são recebidos de modo diferente entre mulheres e homens. Os autores, então, preconizam a abordagem sexo-específica.

Começando a declinar o número de casos e mortes pela pandemia atual, vislumbramos abraços mais próximos entre nós. Até lá, continuamos com as medidas de proteção. Que junho e julho tenham sido festivos!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros  
EDITOR

# SUMÁRIO

326 Capa

## Suplementação de probióticos durante a gestação e a lactação



331 Entrevista

## Diga sim ao acolhimento

Lésbicas, bissexuais, mulheres trans, homens trans e não binários merecem atendimento ginecológico de qualidade.



339 Entrevista

## Expectativas para o 59º CBGO



**342** Federadas

## Sogito mais participativa

Atualização científica para todos os associados e projetos para reduzir os índices de câncer de colo de útero em Tocantins são bandeiras da nova gestão

**343** Residência médica

## Posturas para jovens ginecologistas

**347** Residência médica

## O Teste de Progresso Individual do Residente em Ginecologia e Obstetrícia (TPI-GO): a experiência brasileira da Febrasgo



**351** Defesa profissional

## Acusações de assédio: cuidados na assistência

**358** Caderno científico

**FEBRASGO POSITION STATEMENT**

## Síndrome antifosfolípide obstétrica

**ARTIGOS ORIGINAIS**

Fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina no Sul do Brasil

Perfil de sensibilidade de uropatógenos em gestantes de um hospital de ensino do município de São Paulo

**ARTIGO DE REVISÃO**

Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura

Corintio Mariani Neto<sup>1,2</sup>

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

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

**Conflitos de interesse:**

O autor é palestrante da empresa Hypera Pharma.

**Autor correspondente**

Corintio Mariani Neto

Av. Celso Garcia, 2477, 03015-000, Belenzinho, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: corintiomn@gmail.com

**Como citar:**

Mariani Neto C. Suplementação de probióticos durante a gestação e a lactação. *Femina*. 2021;49(6):326-30

# Suplementação de probióticos durante a gestação e a lactação

## INTRODUÇÃO

### *Fatores que influenciam a microbiota do recém-nascido*

A composição da microbiota intestinal da criança depende de fatores da gestação, do parto e do pós-parto. O tipo de parto e de aleitamento, o meio ambiente, a alimentação durante a infância e o uso ou não de medicamentos, como antibióticos, também interferem na microbiota no início da vida.<sup>(1,2)</sup>

Tradicionalmente se aceita que o ambiente fetal humano é estéril e o microbioma do neonato é adquirido durante e após o nascimento. Por outro lado, já foi postulado que os microrganismos orais e intestinais da mãe são seletivamente transportados para a placenta e, conseqüentemente, colonizam o trato alimentar fetal.<sup>(3,4)</sup>

Estudos descrevem que o microbioma da placenta é mais parecido com o microbioma oral e menos semelhante ao microbioma intestinal materno.<sup>(5,6)</sup> Ao contrário, outras pesquisas relatam ser o microbioma do intestino materno o maior doador do microbioma intestinal infantil, enquanto a fonte menos comum de colonização seria a cavidade oral da mãe.<sup>(7,8)</sup>

Embora esses achados sejam contraditórios em relação às fontes de semente, eles apoiam a noção de que a aquisição do microbioma intestinal infantil pode se iniciar potencialmente no útero. Entretanto, o mecanismo pelo qual as bactérias chegariam à placenta ainda não foi elucidado.<sup>(3)</sup>

De qualquer modo, é de fato com o parto que nós vamos entrar em contato com os microrganismos maternos, com uma diferença muito grande entre o que ocorre na cesariana e no parto vaginal. A microbiota intestinal de bebês nascidos de parto normal se assemelha à microbiota da vagina da mãe, enquanto a microbiota de bebês nascidos de cesariana é semelhante à microbiota da pele do abdome da mãe. Além disso, na cesárea há menor diversidade da colonização intestinal, o que traz conseqüências, como, por exemplo, alterações no desenvolvimento do sistema imune e maior risco de doenças atópicas.<sup>(2,9-11)</sup>

Vale destacar a prática recente da semente vaginal, adotada em cesáreas eletivas, que consiste em passar uma gaze com secreção vaginal materna para a boca, nariz e restante da pele do recém-nascido (RN), transferindo bactérias vaginais da mãe para a criança. O objetivo é permitir a colonização adequada do intestino do RN e, assim, reduzir o risco subsequente de doenças atópicas e distúrbios imunológicos.<sup>(12)</sup>

Até o momento, não há dados adequados sobre a segurança e o benefício desse processo. Assim, não se recomenda tal prática, exceto como protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da instituição.<sup>(4,13)</sup>

Além do tipo de parto, o trabalho de parto em si constitui outro fator importante. O estresse pelo qual passam a parturiente e o feto durante o parto estimula

a formação de interleucinas e várias substâncias anti-inflamatórias e pró-inflamatórias que vão modular o tipo de microbiota que vai colonizar o intestino dessa criança.<sup>(14)</sup>

Outra influência importante está relacionada com o tempo de gestação. O parto prematuro interfere diretamente no tipo de microbiota da mãe. Especificamente, a microbiota vaginal da grávida muda muito no decorrer da gravidez e no pré-termo ainda não houve tempo suficiente para a microbiota dessa mãe se adaptar ao nascimento, o que pode interferir no tipo de microrganismos encontrados inicialmente na criança.<sup>(15)</sup>

Normalmente, crianças que nascem pré-termo apresentam uma diminuição da diversidade bacteriana. Além disso, esses pequenos prematuros acabam permanecendo no hospital por mais tempo, muitas vezes não recebem leite materno (LM) e tendem a receber mais medicamentos, como antibióticos, por exemplo. Tudo isso interfere diretamente no tipo de microbiota encontrada nesse grupo de crianças, o que pode explicar, por exemplo, o maior risco de enterocolite necrotizante nesse grupo de RNs.<sup>(10,16)</sup>

A princípio, todas ou praticamente todas as crianças saudáveis deveriam ser amamentadas no peito. Quando se compara a composição do LM com a de fórmulas lácteas (FLs), percebem-se diferenças gritantes não só no que diz respeito aos nutrientes, mas também pela presença exclusiva de compostos bioativos (imunoglobulinas, citocinas, interleucinas) e microrganismos como bifidobactérias, vários lactobacilos, estreptococos, entre outros, que modulam, por exemplo, a produção de muco pelo intestino da criança, garantindo, além da nutrição completa, uma colonização mais saudável.<sup>(16,17)</sup>

Dentre os açúcares presentes no LM, devemos destacar os oligossacáridos, importantes para proteger a criança de infecções e garantir uma colonização mais saudável do intestino do RN. Eles funcionam como prebióticos, ou seja, estimulam o crescimento de uma microbiota saudável. Eles se ligam a receptores específicos da mucosa intestinal do RN e impedem a fixação de bactérias patobiontes, protegendo a criança de infecções intestinais. Ainda, modulam o desenvolvimento do sistema imune e do sistema nervoso. Por isso, crianças que recebem LM, além da diminuição de risco de desenvolverem doenças atópicas, autoimunes, infecciosas e funcionais, apresentam quociente intelectual superior ao das crianças que são alimentadas com FL.<sup>(10,18)</sup>

Assim, quando combinamos os fatores idade gestacional, tipo de parto e tipo de aleitamento, observamos diferentes padrões de microbiota encontrada nos RNs, com a pior combinação ocorrendo com os prematuros nascidos de cesárea e que recebem FL.<sup>(9)</sup>

## PROBIÓTICOS

Quando a homeostase bacteriana é interrompida como conseqüência de desequilíbrio na composição da

microbiota, mudança nas atividades metabólicas e distribuição alterada das bactérias no intestino, ocorre a disbiose. Com base nesses elementos, a disbiose mostra três características: perda numérica de bactérias benéficas, crescimento excessivo de bactérias potencialmente patogênicas e perda da diversidade bacteriana.<sup>(19,20)</sup>

Há várias maneiras de tentar corrigir a disbiose e recuperar a eubiose. Uma delas é a suplementação com probióticos como uma estratégia extremamente interessante para reequilibrar a microbiota intestinal, dificultando o aparecimento de várias doenças.<sup>(21)</sup> Probióticos são microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem benefícios à saúde do hospedeiro.<sup>(22,23)</sup>

Há vários critérios para qualificar os microrganismos presentes em suplementos alimentares como probióticos. A cepa específica precisa ser caracterizada e apresentar segurança, e ter pelo menos um estudo científico positivo relevante em humanos (não bastam estudos em laboratório ou em animais) com benefício reconhecido, e a dose estudada deve ser mantida viável até o final da vida útil, ou seja, resistir à ação digestiva gástrica e intestinal. Se não atender a esses requisitos, não é um probiótico. Como estamos falando de uso desses produtos em grávidas, lactantes e RNs, também é importante saber se de fato esse probiótico é seguro nessas situações.<sup>(24)</sup>

Os probióticos, segundo sua definição, devem ser estáveis durante a preparação e armazenamento, e devem sobreviver no trato intestinal para exercer efeitos benéficos na saúde do hospedeiro. Embora a adesão à célula epitelial intestinal e ao muco não seja uma propriedade universal dos probióticos, a alta capacidade de aderir à superfície intestinal pode interferir fortemente na atuação de bactérias patogênicas e regular o sistema imunológico.<sup>(25)</sup>

Os probióticos podem modular a resposta imune intestinal por meio da estimulação de certas citocinas e da secreção de IgA na mucosa intestinal. Os efeitos benéficos para a saúde, em particular o efeito imunomodulador dos probióticos, dependem da cepa utilizada. A suplementação, por exemplo, com lactobacilos, pode levar a uma série de benefícios, que são restritos à cepa específica dos lactobacilos utilizados.<sup>(25)</sup>

Revisão sistemática mostrou evidências de segurança com o uso de lactobacilos e bifidobactérias durante a gravidez. Em 11 estudos, foram examinadas 1.505 pacientes, e nenhum abortamento ou má formação fetal foram relatados. Também não se observou efeito algum sobre a incidência de cesariana (*odds ratio* [OR]: 0,88; intervalo de confiança [IC] de 95%: 0,65 a 1,19), peso ao nascer (diferença ponderada de 45 g; IC de 95%: 181 a 271) ou idade gestacional por ocasião do parto (diferença ponderada de 0,4 semana; IC de 95%: 0,4 a 1,2). Nenhum ensaio clínico randomizado e controlado sobre *Saccharomyces* durante a gravidez foi identificado, portanto, sua segurança não é conhecida.<sup>(26)</sup>

A esse respeito, ou seja, segurança do uso de probióticos durante a gestação, é interessante observar a revisão da Biblioteca Cochrane, em 2014, com seis estudos envolvendo 256 gestantes, que descreve redução de risco de diabetes gestacional com o uso de probióticos no início da gravidez, porém afirma que são necessários mais resultados de outras pesquisas em andamento.<sup>(27)</sup>

A mesma revisão foi atualizada recentemente, em 2021. Foi uma revisão de observação de desfechos de diabetes gestacional, porém os resultados foram surpreendentes. Os probióticos utilizados aumentaram, nessa população, a incidência de pré-eclâmpsia, um risco relativo de 1,85, ou seja, extremamente preocupante. E a conclusão dessa revisão mais atual é que devemos ter muito cuidado com o uso de probióticos na gravidez. Devemos salientar que se trata do uso precoce de probióticos na gestação, pois em todos os estudos o produto foi administrado antes da 20ª semana e, em um deles, antes da 16ª. Assim, essa revisão não se aplica às recomendações de uso de probióticos no terceiro trimestre da gestação.<sup>(28)</sup>

Por outro lado, tem sido demonstrado que a suplementação com algumas cepas específicas de lactobacilos no último trimestre de gestação, especialmente em mães atópicas e pais atópicos, pode reduzir a incidência de doenças alérgicas na sua prole, mais especificamente o eczema. Nesse contexto, a Organização Mundial de Alergia (WAO) determinou que há um benefício provável do uso de probióticos, resultando principalmente na prevenção do eczema. O painel de diretrizes da WAO sugere o uso de probióticos em: a) mulheres grávidas com alto risco de ter um filho alérgico; b) mulheres que amamentam bebês com alto risco de desenvolver alergia; c) bebês com alto risco de desenvolver alergia.<sup>(29)</sup>

Assim, a administração de lactobacilos às gestantes no final da gravidez foi associada à microbiota infantil saudável, demonstrando que a administração pré-natal de probióticos às mães por si só pode ser suficiente para conferir efeitos benéficos no desenvolvimento da microbiota intestinal da criança. Foram investigados vários fatores que pudessem influenciar essas populações de bifidobactérias, porém o mecanismo pelo qual a administração pré-natal do probiótico afeta a composição da microbiota intestinal infantil não foi elucidado.<sup>(30)</sup>

Em estudo clássico duplo-cego, randomizado e controlado por placebo, publicado no periódico *The Lancet*, em 2001, foi administrado o probiótico *Lactobacillus rhamnosus* GG no pré-natal a mães que tinham pelo menos um parente de primeiro grau (ou parceiro) com problemas alérgicos e, após o parto, por seis meses para suas bebês. A frequência de eczema atópico nas crianças do grupo probiótico foi metade da do grupo placebo (15/64 [23%] versus 31/68 [46%]; RR: 0,51 [IC de 95%: 0,32 a 0,84]). Assim, essa cepa específica de lactobacilo se mostrou eficaz na prevenção da doença atópica precoce nessas crianças de alto risco, demonstrando que a microflora intestinal é uma fonte de imunomoduladores naturais e probióticos para a prevenção de doenças atópicas.<sup>(31)</sup>

O mesmo grupo avaliou a persistência do potencial de prevenção do eczema atópico aos 4 e 7 anos de idade, com base em questionário e exame clínico. Com 4 anos, a doença foi observada em 14 de 53 crianças que receberam o probiótico, em comparação com 25 de 54 que receberam placebo (RR: 0,57, IC de 95%: 0,33 a 0,97). No grupo de crianças que completaram o acompanhamento até os 7 anos, o risco cumulativo de desenvolver eczema continuou significativamente menor no grupo probiótico, comparado ao grupo placebo (42,6% versus 66,1%; RR: 0,64; IC de 95%: 0,45 a 0,92).<sup>(32,33)</sup>

Várias metanálises foram conduzidas mostrando que de fato existe um efeito benéfico da suplementação com cepas específicas de lactobacilos e/ou bifidobactérias, desde a gestação, na redução da chance de doenças alérgicas no RN. Uma delas reuniu 17 estudos, com dados de 4.755 crianças (2.381 no grupo probiótico e 2.374 no grupo controle). Crianças do grupo tratado com probióticos tiveram risco significativamente menor para eczema, em comparação com os controles (RR: 0,78 [IC de 95%: 0,69 a 0,89],  $p = 0,0003$ ). Não foi documentado nenhum efeito significativo em termos de prevenção da asma, sibilância ou rinoconjuntivite. Esses resultados mostram que a suplementação de probióticos previne o eczema infantil, sugerindo, assim, uma indicação potencial para o uso de probióticos na gravidez e na infância.<sup>(34)</sup>

Estudo randomizado, controlado e duplamente cego foi realizado com o intuito de avaliar o impacto da intervenção probiótica perinatal nos padrões de crescimento infantil e no desenvolvimento de sobrepeso, objetivando à prevenção e ao controle dos efeitos da obesidade materna sobre a criança. Ao todo, 159 mulheres receberam probióticos ou placebo desde quatro semanas antes do parto até seis meses após o nascimento. A intervenção probiótica perinatal pareceu moderar a fase inicial de ganho de peso excessivo, sendo o impacto mais pronunciado na idade de 4 anos. A modulação precoce da microbiota intestinal com probióticos pode modificar o padrão de crescimento da criança ao conter o ganho excessivo de peso durante os primeiros anos de vida de crianças nascidas de mães obesas.<sup>(35)</sup>

Metanálise mais recente incluiu 4.356 mulheres grávidas de 18 ensaios clínicos randomizados. A suplementação com probióticos durante a gestação foi associada a uma diminuição significativa no risco de eczema atópico (RR: 0,68; IC de 95%: 0,58 a 0,81;  $p < 0,001$ ), eczema em geral (RR: 0,79; IC de 95%: 0,68 a 0,91;  $p = 0,002$ ), risco de morte neonatal (RR: 0,34; IC de 95%: 0,13 a 0,91;  $p = 0,031$ ) e enterocolite necrosante (RR: 0,38; IC de 95%: 0,18 a 0,81;  $p = 0,012$ ), além de aumento no tempo de gestação (diferença média ponderada: 0,09; IC de 95%: 0,04 a 0,15;  $p = 0,001$ ).<sup>(36)</sup>

## CONCLUSÃO

Do ponto de vista obstétrico, podemos concluir que a suplementação com probióticos no período pré-natal

ajuda a prevenir com segurança várias afecções em crianças que têm risco de desenvolver determinadas doenças, como, por exemplo, atopias, infecções perinatais e obesidade infantil, entre outras. Apesar de não haver consenso na literatura, a maioria das revisões sistemáticas e metanálises aponta para a vantagem da intervenção com probióticos quando iniciada no período pré-natal e mantida após o parto, quando comparada com a intervenção iniciada apenas no período neonatal.<sup>(34,37,38)</sup>

Reiteramos que o tipo de parto, o tempo de gestação, o tipo de aleitamento, os hábitos da gestante e a administração de medicamentos (como antibióticos) têm impacto na formação da microbiota do RN, sendo o melhor cenário a gestação saudável, o parto normal, no termo, com aleitamento materno exclusivo. Dependendo da qualidade dessa colonização, a criança pode desenvolver ou evitar problemas de saúde.

A suplementação com probióticos é uma estratégia segura para potencialmente compensar desequilíbrios provocados por cenários não ideais, como a cesárea eletiva, a prematuridade e o aleitamento com FLs. Essa estratégia ajuda a evitar a ocorrência de doenças atópicas, metabólicas e infecciosas, entre inúmeras outras, no período neonatal, na infância e na vida adulta.


Atitudes corretas dos gineco-obstetras podem ajudar a cuidar da formação da microbiota dessas crianças ainda durante a gestação, no parto e, depois, durante a lactação.

## REFERÊNCIAS

- Vandenplas Y. Healthy gut microbiota and long term health. *Benef Microbes*. 2015;6(2):173-9. doi: 10.3920/BM2014.0072
- Mohajeri MH, Brummer RJ, Rastall RA, Weersma RK, Harmsen HJM, Faas M, et al. The role of the microbiome for human health: from basic science to clinical applications. *Eur J Nutr*. 2018;57 Suppl 1:1-14. doi: 10.1007/s00394-018-1703-4
- Perez-Muñoz ME, Arrieta MC, Ramer-Tait AE, Walter J. A critical assessment of the “sterile womb” and “in utero colonization” hypotheses: implications for research on the pioneer infant microbiome. *Microbiome*. 2017;5(1):48. doi: 10.1186/s40168-017-0268-4
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion No. 725: Vaginal seeding. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):e274-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000002402
- Walker RW, Clemente JC, Peter I, Loos RJ. The prenatal gut microbiome: are we colonized with bacteria in utero? *Pediatr Obes*. 2017;12 Suppl 1:3-17. doi: 10.1111/ijpo.12217
- Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. *Sci Transl Med*. 2014;6(237):237ra65. doi: 10.1126/scitranslmed.3008599
- Gomez-Arango LF, Barrett HL, McIntyre HD, Callaway LK, Morrison M, Nitert MD. Contributions of the maternal oral and gut microbiome to placental microbial colonization in overweight and obese pregnant women. *Sci Rep*. 2017;7(1):2860. doi: 10.1038/s41598-017-03066-4
- Ferretti P, Pasolli E, Tett A, Asnicar F, Gorfer V, Fedi S, et al. Mother-to-infant microbial transmission from different body sites shapes the developing infant gut microbiome. *Cell Host Microbe*. 2018;24(1):133-145.e5. doi: 10.1016/j.chom.2018.06.005
- Akagawa S, Tsuji S, Onuma C, Akagawa Y, Yamaguchi T, Yamagishi M, et al. Effect of delivery mode and nutrition on gut microbiota in neonates. *Ann Nutr Metab*. 2019;74(2):132-9. doi: 10.1159/000496427

10. Butel MJ, Waligora-Dupriet AJ, Wydau-Dematteis S. The developing gut microbiota and its consequences for health. *J Dev Orig Health Dis.* 2018;9(6):590-7. doi: 10.1017/S2040174418000119
11. Cuppari C, Manti S, Salpietro A, Alterio T, Arrigo T, Leonardi S, et al. Mode of delivery and risk for development of atopic diseases in children. *Allergy Asthma Proc.* 2015;36(5):344-51. doi: 10.2500/aap.2015.36.3870
12. Dominguez-Bello MG, Jesus-Laboy KM, Shen N, Cox LM, Amir A, Gonzalez A, et al. Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nat Med.* 2016;22(3):250-3. doi: 10.1038/nm.4039
13. Haahr T, Glavind J, Axelsson P, Bistrup Fischer M, Bjurström J, Andresdottir G, et al. Vaginal seeding or vaginal microbial transfer from the mother to the caesarean born neonate: a commentary regarding clinical management. *BJOG.* 2018;125(5):533-6. doi: 10.1111/1471-0528.14815
14. Codagnone MG, Spichak S, O'Mahony SM, O'Leary OF, Clarke G, Stanton C, et al. Programming bugs: microbiota and the developmental origins of brain health and disease. *Biol Psychiatry.* 2019;85(2):150-63. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.06.014
15. Mai V, Young CM, Ukhanova M, Wang X, Sun Y, Casella G, et al. Fecal microbiota in premature infants prior to necrotizing enterocolitis. *PLoS One.* 2011;6(6):e20647. doi: 10.1371/journal.pone.0020647
16. Le Huërou-Luron I, Blat S, Boudry G. Breast- v. formula-feeding: impacts on the digestive tract and immediate and long-term health effects. *Nutr Res Rev.* 2010;23(1):23-36. doi: 10.1017/S0954422410000065
17. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients.* 2020;12(4):1039. doi: 10.3390/nu12041039
18. Bode L. Human milk oligosaccharides: every baby needs a sugar mama. *Glycobiology.* 2012;22(9):1147-62. doi: 10.1093/glycob/cws074
19. Capurso L. Thirty years of *Lactobacillus rhamnosus* GG: a review. *J Clin Gastroenterol.* 2019;53 Suppl 1:S1-S41. doi: 10.1097/mcg.0000000000001170
20. Maynard CL, Elson CO, Hatton RD, Weaver CT. Reciprocal interactions of the intestinal microbiota and immune system. *Nature.* 2012;489(7415):231-41. doi: 10.1038/nature11551
21. Vaiserman AM, Koliada AK, Marotta F. Gut microbiota: a player in aging and a target for anti-aging intervention. *Ageing Res Rev.* 2017;35:36-45. doi: 10.1016/j.arr.2017.01.001
22. Guarner F, Schaafsma GJ. Probiotics. *Int J Food Microbiol.* 1998;39(3):237-8. doi: 10.1016/s0168-1605(97)00136-0
23. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Probiotics in food: health and nutritional properties and guidelines for evaluation. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation on Evaluation of Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria, 1-4 October 2001 [Internet]. Rome: FAO/WHO; 2006 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <http://www.fao.org/3/a0512e/a0512e.pdf>
24. Binda S, Hill C, Johansen E, Obis D, Pot B, Sanders ME, et al. Criteria to qualify microorganisms as "probiotic" in foods and dietary supplements. *Front Microbiol.* 2020;11:1662. doi: 10.3389/fmicb.2020.01662
25. Ohashi Y, Ushida K. Health-beneficial effects of probiotics: its mode of action. *Anim Sci J.* 2009;80(4):361-71. doi: 10.1111/j.174326-30929.2009.00645.x
26. Elias J, Bozzo P, Einarson A. Are probiotics safe for use during pregnancy and lactation? *Can Fam Physician.* 2011;57(3):299-301.
27. Barrett HL, Dekker Nitert M, Conwell LS, Callaway LK. Probiotics for preventing gestational diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD009951. doi: 10.1002/14651858.CD009951.pub2
28. Davidson SJ, Barrett HL, Price SA, Callaway LK, Dekker Nitert M. Probiotics for preventing gestational diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(4):CD009951. doi: 10.1002/14651858.CD009951.pub3
29. Fiocchi A, Pawankar R, Cuello-Garcia C, Ahn K, Al-Hammadi S, Agarwal A, et al. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics. *World Allergy Organ J.* 2015;8(1):4. doi: 10.1186/s40413-015-0055-2
30. Lahtinen SJ, Boyle RJ, Kivivuori S, Oppedisano F, Smith KR, Robins-Browne R, et al. Prenatal probiotic administration can influence Bifidobacterium microbiota development in infants at high risk of allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;123(2):499-501.e8. doi: 10.1016/j.jaci.2008.11.034
31. Kalliomäki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2001;357(9262):1076-9. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04259-8
32. Kalliomäki M, Salminen S, Poussa T, Arvilommi H, Isolauri E. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2003;361(9372):1869-71. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13490-3
33. Kalliomäki M, Salminen S, Poussa T, Isolauri E. Probiotics during the first 7 years of life: a cumulative risk reduction of eczema in a randomized, placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;119(4):1019-21. doi: 10.1016/j.jaci.2006.12.608
34. Zuccotti G, Meneghin F, Aceti A, Barone G, Callegari ML, Di Mauro A, et al. Probiotics for prevention of atopic diseases in infants: systematic review and meta-analysis. *Allergy.* 2015;70(11):1356-71. doi: 10.1111/all.12700
35. Luoto R, Kalliomäki M, Laitinen K, Isolauri E. The impact of perinatal probiotic intervention on the development of overweight and obesity: follow-up study from birth to 10 years. *Int J Obes (Lond).* 2010;34(10):1531-7. doi: 10.1038/ijo.2010.50
36. Kuang L, Jiang Y. Effect of probiotic supplementation in pregnant women: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Nutr.* 2020;123(8):870-80. doi: 10.1017/s0007114519003374
37. Delcole G, Lerro L, Alvares MA, Pinto NS, Rodrigues RF, Rullo VE. Uso de probióticos e/ou prebióticos na prevenção de eczema em crianças com alto risco de atopía: uma revisão sistemática. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2020;4(2):181-9. doi: 10.5935/2526-5393.20200025
38. Panduru M, Panduru NM, Sălăvăstru CM, Tîpliciă GS. Probiotics and primary prevention of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(2):232-42. doi: 10.1111/jdv.12496

# Diga sim ao acolhimento



Lésbicas, bissexuais, mulheres trans, homens trans e não binários merecem atendimento ginecológico de qualidade. Especialistas explicam como acolher e orientar a população LGBTQIA+ sobre saúde sexual e reprodução humana

Por Letícia Martins

Junho é o mês dedicado à conscientização e à celebração dos direitos da comunidade LGBTQIA+. O movimento, que nasceu com a sigla GLS (*gays*, *lésbicas* e *simpatizantes*), luta pelos direitos e inclusão de pessoas de diversas orientações sexuais e identidades de gênero.

Com o tempo, o movimento foi aumentando e a sigla também, para que cada vez mais pessoas se sintam representadas e suas pautas sejam defendidas na sociedade. Assim, a sigla LGBTQIA+ remete a *lésbicas*, *gays*, *bissexuais*, *travestis*, *transsexuais*, *queer*, *intersexuais*, *assexuais* e *outro(as)*.

No âmbito da saúde, a população LGBTQIA+ tem sido negligenciada, principalmente pelo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados específicos que necessitam e que diferem, substancialmente, daqueles oferecidos às pessoas heterossexuais e mulheres cisgêneros, isto é, mulheres que se identificam, em todos os aspectos, com o sexo designado em seu nascimento.

A presidente da Comissão Nacional Especializada em Sexologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Dra. Lúcia Alves da Silva Lara, explica que, no Brasil, são escassos os programas de ensino médico que tratam sobre a diversidade sexual e a saúde sexual e reprodutiva LGBTQIA+. “Assim, nos consultórios médicos e nas unidades básicas de saúde, essa população permanece invisível e à mercê de suas próprias descobertas e autocuidados informais tanto na saúde sexual quanto na reprodutiva”, argumenta.

Considerando que o ginecologista é a porta de entrada da mulher no serviço de saúde, independentemente de sua identidade de gênero e orientação sexual, é preciso olhar atentamente para os espaços de acolhida com o intuito de orientar esse público tanto na prevenção de doenças quanto no planejamento familiar.

No mês de junho, a revista *Femina* participa do movimento LGBTQIA+, trazendo relatos de ginecologistas e obstetras que trabalham na assistência a mulheres *lésbicas*, *bissexuais*, *pessoas trans*, *queer* e *intersexuais*. Confira o conteúdo a seguir.



**“Precisamos falar sobre saúde sexual e reprodutiva do público LGBTQIA+”**

Dra. Lúcia Alves da Silva Lara

Conheça o significado de algumas expressões usadas na matéria:

**Bissexual:** pessoas que manifestam interesse sexual e/ou afetivo por homens e mulheres.

**Cisgênero:** pessoa que manifesta identificação pessoal com o gênero atribuído a seu sexo biológico.

**Gênero:** características comumente utilizadas para identificar e diferenciar masculino, feminino e outros.

**Lésbicas:** mulheres que manifestam interesse sexual e/ou afetivo por outras mulheres.

**Orientação sexual:** modo como o desejo afetivo e/ou sexual se manifesta por outras pessoas.

**Transgênero ou transexual:** pessoa que não manifesta identificação pessoal com o gênero atribuído a seu sexo biológico.

## CONSULTAS GINECOLÓGICAS QUE TRAUMATIZAM

Em vez de se sentirem acolhidas e orientadas, muitas mulheres que têm relações homoafetivas saem traumatizadas das consultas ginecológicas. De acordo com uma pesquisa pioneira abordando saúde sexual de *lésbicas*, realizada entre 2002 e 2003, no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 83% das 150 mulheres pesquisadas esperavam que os médicos não tivessem preconceito com sua sexualidade.

Na prática, 28% delas responderam que os profissionais de saúde passaram a atendê-las rapidamente depois que elas informaram a orientação sexual e 17% delas sequer foram examinadas. “A parte mais grave é que, além de não conseguirem acolher essas mulheres, os colegas ginecologistas realmente acham que não há necessidade de examiná-las, porque, para eles, sexo entre duas mulheres não configura sexo e, portanto, não existe

risco de infecções sexualmente transmissíveis”, analisa a médica ginecologista e obstetra Dra. Luciana Maria de Oliveira Patrício Marques, com título de especialista pela Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto e atuante em sua cidade natal, Fortaleza (CE).

O erro maior está justamente em deduzir tanto a orientação como as práticas sexuais dessa pessoa. Esse preconceito leva a outra conclusão equivocada: de que lésbicas nunca tiveram sexo com homens. “Antes de tudo, é preciso entender que a sexualidade é fluida, principalmente nas mulheres, ou seja, elas podem realizar sexo somente entre elas, mas podem já ter realizado com homens cisgênero, mesmo sendo lésbicas. Nós, como profissionais ginecologistas, precisamos entender que tipo de relações essa mulher tem ou teve para poder acolher e orientar”, diz a Dra. Luciana, que vive uma relação homoafetiva com a artista Joana Cecília Cardoso Sales há oito anos, união da qual nasceu Maria Flor, de 2 anos, a alegria da família.

Na entrevista a seguir, ela traz informações para ajudar os ginecologistas a acolherem melhor essa população.

### ***Durante a consulta, quais perguntas o ginecologista pode fazer para a paciente?***

**Dra. Luciana:** É preciso perguntar, se for o caso, qual é a identidade de gênero e orientação sexual da paciente. Essas perguntas podem constar em ficha inicial de cadastro, o que facilita muito a comunicação e a abertura, como também que tipos de práticas sexuais essa pessoa tem ou já teve e se alguma vez fez sexo com penetração. Na sequência, questione se ela usa algum tipo de dispositivo durante a prática sexual e como se protege contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Nenhuma dessas perguntas é óbvia e o profissional só saberá se perguntar. Também não é preciso ter medo ou tabus. Quanto mais se questionam e naturalizam essas perguntas, maior a possibilidade de acolhimento e aproximação.

### ***Que tipos de dispositivos mulheres usam durante o sexo com outras mulheres?***

**Dra. Luciana:** Esses dispositivos são chamados de acessórios sexuais. Os dildos e os vibradores, por exemplo, podem ser usados sozinhos ou compartilhados. Eles são feitos com material especial e laváveis. Por tudo isso, o ginecologista precisa entender se o casal compartilha os acessórios durante o sexo para poder orientá-lo sobre a segurança e a higienização adequada. O vibrador, por



**“Antes de tudo, é preciso entender que a sexualidade é fluida, principalmente nas mulheres”.**

Dra. Luciana Patrício

exemplo, deve ser protegido com preservativo de látex durante o ato sexual e na hora que você vai compartilhar, sempre fazendo a troca a cada uso.

### ***Mulheres homossexuais têm mais risco de contrair ISTs?***

**Dra. Luciana:** Os riscos não são maiores. Eles podem ser semelhantes, mas infelizmente não temos estatísticas para demonstrar objetivamente isso, apenas estudos pequenos. Existem diferentes variáveis que podem agregar riscos, que são o que chamamos de comportamentos de risco, porém já é sabido que existem diversas possibilidades de contágio de ISTs no sexo entre pessoas com vulva, e já existem alguns dados e estudos comprovando isso. Na pesquisa realizada pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids no estado de São Paulo, revelou-se que 40% das entrevistadas que fazem sexo com mulheres relataram histórias de IST e 60% das que foram atendidas tinham sintomas ou queixa de IST. Ou seja, é importante orientá-las sobre as formas de proteção. No sexo entre pessoas com vulva, a possibilidade de contágio pode acontecer no contato vulva-vulva, oral-vulva, oral-ânus, dedos-vulva, dedos-ânus e por meio dos acessórios sexuais.

### ***Quais são as práticas sexuais seguras para casais homoafetivos femininos?***

**Dra. Luciana:** Depende da prática sexual. No caso do contato vulva-vulva, não existe no Brasil nenhum método de barreira acessível e eficaz. Nos Estados Unidos, é possível encontrar à venda uma calcinha de látex, em vários formatos e cores, extremamente flexível. Ela também serve para a prática oral-vulva e oral-ânus, mas, na inexistência dela no mercado brasileiro, as mulheres podem se proteger de duas formas; no caso de sexo oral, uma delas é usar o *dental dam*, uma folha de látex, comum em consultórios odontológicos, mas cujos preço e local de compra não são tão acessíveis. Outra opção seria cortar as duas pontas do preservativo masculino e depois abri-lo



Dra. Luciana Patrício e família.

no sentido longitudinal para ter uma película que pode ser usada para proteger a boca e a vulva. No entanto, além de não ser nada prático, é preferível encontrar, no mercado, preservativo de látex sem lubrificante, porque esses com lubrificante adormecem a língua.

### **E no caso da prática sexual usando os dedos?**

**Dra. Luciana:** Além de penetrar o dedo na vulva e/ou no ânus, casais homossexuais (assim como heterossexuais) podem praticar o *fisting*, que consiste em introduzir a mão e o antebraço na vagina ou no ânus da parceira. Nesses casos, o ginecologista precisa orientar sobre a necessidade de manter as unhas bem curtas e higienizar as mãos. O ideal mesmo é usar luvas ou dedeiras, tanto para troca entre o local de penetração, vagina ou ânus, quanto para evitar qualquer contato com secreções ou sangue, principalmente se houver lesões na pele das mãos, e lubrificar bastante a região íntima para diminuir o atrito e reduzir o risco de traumas ou fissuras, que podem abrir portas para infecções.

### **Existe alguma forma de redobrar os cuidados?**

**Dra. Luciana:** Sim, com a prevenção combinada. Além de usar barreiras protetoras, como citei anteriormente, é importante realizar testagens regulares e estar em dia com as vacinações disponíveis. De forma gratuita para qualquer faixa etária, temos a hepatite B e HPV, se estiver dentro da janela de idade recomendada, sendo de 9 a 14 anos para meninas sem comorbidades, de 9 a 45 anos para mulheres imunossuprimidas e de 9 a 45 anos no serviço privado. Outro cuidado indispensável é fazer consulta regular com ginecologista.

### **Na relação homoafetiva feminina, alguém faz o papel do homem?**

**Dra. Luciana:** Essa pergunta, infelizmente, é muito comum e esconde a questão do machismo e do patriarcado, o velho conceito de achar que só existe sexo se houver a figura do homem cisgênero. Então, precisamos urgentemente mudar a nossa forma de pensar. Sexo não se trata de homem e mulher cisgênero somente, mas de pessoas que querem se relacionar – e podem ser diversas –, e é preciso pensar nessa diversidade, perguntar e nunca pressupor. Que tal reformular a pergunta para a paciente assim: como você pratica a atividade sexual? Como e com quem você se relaciona sexualmente? E depois: você pratica penetração? Conheço colegas lésbicas que não gostam de ser penetradas, por exemplo. Então, precisamos realmente abordar esse tema para, depois, falarmos sobre saúde reprodutiva. Afinal, casais nas suas diversas conformações, que não sejam cisgênero e hetero, podem querer engravidar e constituir família.

### **Por falar em família, como é para a criança ter duas mães e nenhum pai?**

**Dra. Luciana:** Posso responder tranquilamente que é muito normal. A Maria Flor tem duas mães e muito amor em casa e não tenho dúvidas de que crescerá feliz. Quem, certamente, explicará quem é ou como é sua família é a própria Maria Flor, pois nossa conformação é natural para ela. Inclusive, já existem estudos comprovando que não há prejuízo no desenvolvimento ou mesmo traumas em comparação com uma família heteronormativa, pelo contrário.

### **REPRODUÇÃO HUMANA PARA CASAIS HOMOAFETIVOS**

Será que duas mulheres que se amam e resolvem constituir uma família podem ter filhos? Como isso seria possível? Quais informações elas precisam receber para tomar essa decisão da forma mais segura possível?

Antes de responder a qualquer uma dessas perguntas, existe outra ainda mais importante: elas querem ter filhos? Se a resposta for positiva, então a entrevista a seguir vai trazer alguns esclarecimentos. Quem responde é a Dra. Camylla Felipe Silva, ginecologista e obstetra e especialista em Reprodução Humana no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP), com título de especialista em Reprodução Assistida pela Febrasgo.



**“Fazer as perguntas necessárias e sem julgamento já é um ato de acolhimento”.**

Dra. Camylla Felipe Silva

Há cinco anos, a Dra. Camylla atende em clínica particular na capital São Paulo e tem percebido um crescimento exponencial de casais homoafetivos femininos que procuram por reprodução assistida. “Para ter uma ideia, eu atendo por semana cerca de três casais de mulheres que querem aumentar a família. Esse número vem aumentando à medida que a comunidade LGBTQIA+ tem conhecimento sobre seus direitos e técnicas de reprodução humana”, expõe a médica. O acesso à informação pela internet, em grupos de redes sociais e aplicativos de celular, também ajuda esses casais a obterem algum conhecimento a respeito do tema, mas nenhum outro canal substitui a informação de qualidade que vem direto dos profissionais de saúde, no caso os ginecologistas e obstetras. Na entrevista a seguir, a Dra. Camylla fala sobre as técnicas disponíveis para que casais homoafetivos possam realizar o sonho de ser mãe e como o médico pode ajudar nessa missão.

### **Femina: Os casais homoafetivos conhecem as técnicas disponíveis de reprodução humana?**

**Dra. Camylla:** Na maioria das vezes, os casais de mulheres chegam ao consultório com poucas informações sobre as técnicas seguras de reprodução humana, que são a inseminação intrauterina e a fertilização *in vitro*. Ambas as técnicas têm algumas diferenças importantes que pesam na escolha, e é fundamental entendermos que essa decisão cabe ao casal.

### **Quais são as principais diferenças?**

**Dra. Camylla:** A técnica de fertilização *in vitro* é a que geralmente traz mais sucesso de gravidez. Pode passar de 50% a 60% de chances de engravidar, dependendo do caso. Já na inseminação intrauterina, essa taxa é de, no máximo, 20% em média. É importante avaliar sempre a idade da paciente, a reserva ovariana e se o útero e as trompas são saudáveis para avaliar qual técnica utilizar. Na inseminação, basicamente preparamos a paciente para a ovulação e inseminamos o sêmen no útero dela durante o período fértil. Já a fertilização *in vitro* é um

pouco mais avançada. Os ovários dessa paciente são estimulados por meio de hormônios, depois coletamos os óvulos em uma clínica especializada. Eles serão fertilizados em laboratório com a amostra do sêmen que o casal escolher em um banco de sêmen. O desenvolvimento do embrião será feito no próprio laboratório e depois inserido no útero da paciente que cedeu os óvulos ou na da sua parceira. Por isso, outra vantagem da fertilização *in vitro* é que ambas as mulheres podem participar, ou seja, a gestação é compartilhada.

### **As pacientes geralmente têm conhecimento sobre isso?**

**Dra. Camylla:** Algumas mulheres chegam ao consultório sabendo muito sobre o assunto, mas a maioria desconhece as possibilidades da gestação compartilhada e há aquelas que não querem participar. Existem pacientes que acreditam que não haverá dificuldade no processo, que basta conseguir o sêmen e recorrer à inseminação, que o tratamento não tem como falhar. Por isso, na primeira consulta, é fundamental trabalhar o acolhimento, explicar todas as técnicas, como funciona o banco de sêmen, as questões legais envolvidas e quais são os direitos das duas mulheres nessa gravidez.

### **Para engravidar, as mulheres sempre recorrem ao banco de sêmen?**

**Dra. Camylla:** Nem sempre. Há mulheres homossexuais que podem até optar por ter relações com homens no intuito de engravidar, mas isso é muito individual e incomum. Aquelas que não podem pagar pelas técnicas de fertilização *in vitro* ou inseminação intrauterina em laboratório acabam optando, muitas vezes, por uma inseminação caseira.

### **Usando seringa ou cateter, não é?**

**Dra. Camylla:** Exatamente. Para isso, elas procuram um doador anônimo ou um amigo que aceite doar o sêmen. Uma vez conseguida a amostra, a mulher faz o cálculo do período fértil dela e, usando uma seringa, injeta o sêmen na própria vagina. Outras utilizam um cateter para inserir diretamente no útero. Teoricamente, esses doadores não cobram nenhum valor (cada um tem seu motivo para doar).

### **Essa técnica é segura? Quais riscos ela esconde?**

**Dra. Camylla:** A segurança é uma questão importante que as mulheres precisam avaliar antes de fazer a

inseminação caseira. Muitas vezes, na inseminação caseira, os doadores de sêmen não foram testados para doenças sexualmente transmissíveis, considerando inclusive a janela imunológica. Ou seja, é tudo na base da confiança. Quando elas optam por inseminar o sêmen com o cateter, existe o risco de infecções devido à falta de assepsia. Em casos graves, a mulher pode até perder o útero.

### Além da saúde, existe o risco legal?

**Dra. Camylla:** Existe, pois, na inseminação caseira, os doadores de sêmen são legalmente o pai das crianças que nascem. Isso significa que eles podem, a qualquer momento, reivindicar a paternidade. Para incluir a segunda mãe no documento de guarda da criança, somente com processo judicial. No caso do tratamento de reprodução em uma clínica, as pacientes levam para casa um documento que assegura que ambas são mães da criança e têm direitos legais iguais, independentemente de quem gestou ou cedeu os óvulos.

### Como é o acesso ao tratamento de reprodução assistida para esse casal homoafetivo no Sistema Único de Saúde (SUS)?

**Dra. Camylla:** Infelizmente ainda é bastante restrito. Aqui em São Paulo, por exemplo, são poucos os centros que oferecem esses serviços. O tempo na fila de espera varia entre um e quatro anos. Nesse quesito, também precisamos avançar muito.

### Diante de tudo isso, o que o ginecologista obstetra precisa orientar sobre reprodução para os casais homoafetivos?

**Dra. Camylla:** Em primeiro lugar, é importante acolher as mulheres homoafetivas e conversar com elas, falar sobre planejamento familiar e perguntar se elas querem ter filho. Esse é um ótimo começo. Muitas vezes, o ginecologista está habituado a questionar a paciente sobre o uso do anticoncepcional e, quando ela fala que tem uma relação homoafetiva, a preocupação com a gravidez desaparece. Não podemos fazer julgamentos. Casais homoafetivos também podem engravidar e é papel do ginecologista explicar as técnicas seguras de reprodução humana, além de alertar sobre os riscos da inseminação caseira. Então, comece perguntando sobre a vida sexual da paciente. Fazer as perguntas necessárias e sem julgamento já é um ato de acolhimento.

### COMO ATENDER MULHERES E HOMENS TRANS?

Com empatia, respeito, profissionalismo e sem julgamento. Esse é o resumo do que todos os entrevistados falaram ao longo das entrevistas, e a Febrasgo assina embaixo. Mas claro que, para exercer esse atendimento de forma adequada, conhecimento científico é indispensável.

Por isso, o ginecologista e obstetra Dr. Charles Schneider Borges, mestrando em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e *fellow* em Sexologia e Ginecologia Endócrina pela USP de Ribeirão Preto, conversou com a *Femina* para explicar como atender mulheres transgêneros.

Para um bom começo de conversa, ele explicou a diferença entre as expressões identidade de gênero e orientação sexual: “Identidade de gênero é como a pessoa se entende, por exemplo, se ela se identifica como homem ou como mulher, enquanto a orientação sexual está relacionada à atração. Infelizmente ainda é comum as pessoas ou mesmo os profissionais de saúde utilizarem o termo opção sexual, que é errado, pois sabe-se que não existe uma escolha, e sim uma orientação sexual”.

Feita essa breve introdução, o Dr. Charles esclarece a seguir outros pontos importantes do atendimento às mulheres transgêneros.

### Femina: Quem são os transgêneros?

**Dr. Charles:** Transgêneros são pessoas que não se identificam com o gênero do nascimento e são classificados entre: binários e não binários. Um transgênero binário se identifica com um dos dois gêneros que mais conhecemos: masculino e feminino. Enquanto o transgênero não binário não se vê em um dos dois gêneros tradicionais, podendo se definir como gênero fluido, gênero neutro, agênero, entre outros.



**“A recomendação é perguntar, de forma neutra, para a própria pessoa como gostaria de ser chamada”.**

Dr. Charles Schneider

### ***Essa definição, portanto, não está relacionada ao aspecto físico da pessoa?***

**Dr. Charles:** Exatamente. Durante muito tempo a sociedade e até médicos que não têm conhecimento sobre a saúde LGBTQIA+ entenderam que, para ser um homem trans ou uma mulher trans, era necessário ter características fenotípicas daquele gênero. Mas essa interpretação está equivocada. A partir do momento em que a pessoa se reconhece como homem ou como mulher, ela já é classificada como um homem trans ou uma mulher trans.

### ***O que é incongruência de gênero?***

**Dr. Charles:** Pessoa cuja identidade de gênero é incongruente com o sexo que lhe foi atribuído ao nascimento e que gera desconforto persistente. Isso leva ao desejo de mudança do corpo por meio de tratamento hormonal e, às vezes, cirúrgico, para adequá-lo ao gênero vivenciado.

### ***Como o ginecologista pode acolher uma pessoa trans no consultório?***

**Dr. Charles:** A recomendação é perguntar, de forma neutra, para a própria pessoa como gostaria de ser chamada (Como você gostaria que eu te chamasse?). Muitas vezes, a pessoa trans ainda não fez a transição para o nome social, por isso esse cuidado por parte do médico é fundamental e provavelmente vai facilitar a consulta. Depois, podemos ajustar tanto a identidade de gênero (entender que existem outros além do masculino e o feminino) quanto a demanda daquele paciente, seja de hormonioterapia, cirurgia ou apenas acompanhamento especializado.

### ***Feita essa identificação, qual é o tratamento hormonal para o homem e para a mulher?***

**Dr. Charles:** O tratamento pode ser hormonal, cirúrgico ou um acompanhamento de acordo com as expectativas daquela população. Nem sempre a pessoa trans tem uma demanda de fenótipo. Para uma mulher trans, pode ser necessário iniciar a terapia estrogênica nas suas diversas formas, enquanto para o homem trans se utiliza atualmente a testosterona.

### ***Pessoas trans têm maior risco de contrair ISTs em relação aos cisgêneros?***

**Dr. Charles:** Este é um mito antigo que precisa ser eliminado, pois a possibilidade de ISTs está atrelada a

um comportamento sexual de risco, e não à identidade de gênero. Por isso, um dos papéis do ginecologista é orientar o uso de preservativo tanto para a população transgênero quanto para a população cisgênero. Aliás, vale uma ressalva aqui: as expressões “preservativo masculino” e “preservativo feminino” encontram cada vez mais respaldo para serem substituídas por “preservativo externo” e “preservativo interno”, respectivamente. Enquanto o preservativo externo é utilizado para proteção do pênis ou em dispositivos sexuais, o preservativo externo pode ser utilizado na penetração vaginal e anal.

### ***Quais métodos contraceptivos podem ser oferecidos para os homens trans que mantêm relações sexuais com homens cis ou mulheres trans?***

**Dr. Charles:** A preferência deve ser para o acetato de medroxiprogesterona de depósito, por ser a medicação com maior potencial de amenorreia, além de bloquear o eixo hipotálamo-hipófise-gônada.

### ***Tanto a legislação brasileira quanto a literatura científica falam sobre o início da terapia hormonal?***

**Dr. Charles:** Sim. O Conselho Federal de Medicina e a literatura científica já aprovaram o início da terapia hormonal a partir dos 16 anos de idade e a cirurgia de afirmação de gênero a partir dos 18 anos de idade. Além disso, se houver forte suspeita de que uma criança ou adolescente tem de fato uma incongruência de gênero, podemos discutir a realização de um bloqueio puberal para atrasar a puberdade dela até que seja possível definir de fato se ela se identificará como transgênero ou cisgênero.

### ***E a indicação de terapia hormonal no SUS?***

**Dr. Charles:** De acordo com Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, a orientação de iniciar a terapia hormonal pode ser feita a partir dos 18 anos de idade, enquanto a indicação de cirurgia de afirmação de gênero, seja ela a mastoplastia masculinizadora, mamoplastia de aumento, neofaloplastia ou neovagina, é permitida depois dos 21 anos. Aqui vale um adendo: os termos “cirurgia de redesignação sexual” e “cirurgia de mudança de sexo” estão em desuso. A nomenclatura mais adequada é cirurgia de afirmação de gênero, porque o procedimento não muda nem redesigna o sexo da pessoa, mas afirma o gênero com o qual ela se identifica.

### Quais são as contraindicações para uso da terapia hormonal na população trans?

**Dr. Charles:** São contraindicações absolutas as pessoas com câncer hormônio-dependentes e pessoas com histórico de tromboembolismo (infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral), lúpus em atividade, além das contraindicações relativas de pessoas com grande risco de desenvolver doença cardiovascular, como fumantes, obesos, hipertensos, sedentários.

### A cirurgia de afirmação de gênero é realizada onde?

**Dr. Charles:** Atualmente, poucos centros no Brasil realizam essas cirurgias. Para realizá-la, a pessoa trans precisa ser acompanhada durante pelo menos dois anos. A cirurgia da mulher trans (mulher que se identifica com o gênero feminino, mas nasceu com o gênero biológico masculino) tem caráter funcional, apesar de um risco estimado de 50% de complicações, enquanto a cirurgia do homem trans, que configura a construção de um novo pênis (neofaloplastia), é feita em caráter experimental, com risco de até 30% de complicações. Por isso, é fundamental que o ginecologista saiba orientar sobre as peculiaridades do procedimento cirúrgico e o alto índice de complicações.

### Quando e para quem referenciar o paciente trans para o acompanhamento de terapia hormonal?

**Dr. Charles:** Acredito que, toda vez que o médico se sentir desconfortável e não tiver treinamento para prescrever a terapia hormonal, é interessante referenciar a pessoa de preferência para um ginecologista com atuação em ginecologia endócrina, bem como para os endocrinologistas e também para o clínico.


### E até quando manter a terapia hormonal?

**Dr. Charles:** A literatura científica ainda não tem uma definição para isso. Geralmente, orientamos que se mantenha a terapia hormonal até por volta de 60 a 65 anos, que coincide com o período em que interrompemos, geralmente, a terapia hormonal do climatério sintomático de mulheres cisgênero.

### Como proceder quando o homem trans deseja gestar?

**Dr. Charles:** Os homens trans em uso de terapia androgênica podem manter períodos anovulatórios, semelhante ao que ocorre na síndrome dos ovários policísticos. A literatura estima que, entre as terapias mais prescritas, o retorno à ovulação leva em média três meses com o uso de cipionato de testosterona e até seis meses com o uso de undecanoato de testosterona. Já em usuários de acetato de medroxiprogesterona de depósito, o retorno à ovulação pode levar de 20 semanas a um ano. Após esse período, podemos orientar medidas comportamentais ou técnicas de reprodução assistida.

### Vamos terminar a entrevista derrubando mitos: filhos de pessoas trans têm mais chances de serem transgêneros?

**Dr. Charles:** De fato esse é um dos maiores mitos envolvendo a saúde LGBTQIA+. Uma das teorias mais aceitas dá conta de que a formação da identidade de gênero é anterior ao nascimento e estaria relacionada a uma alteração no neurodesenvolvimento ainda na fase intrauterina. Os resultados são de estudos feitos com animais. Mas seja qual for a teoria, na prática todas as pessoas LGBTQIA+ merecem respeito e acolhimento. Como ginecologistas, devemos acolher e atender essas pessoas da mesma forma que atendemos qualquer outra mulher em nosso consultório. 





# Expectativas para o 59º CBGO

Com o lema “O congresso de todos os brasileiros”, a Febrasgo organiza o maior evento *on-line* de ginecologia e obstetrícia do Brasil

Por Letícia Martins



**R**ealizado tradicionalmente a cada dois anos, o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) acontecerá pela primeira vez na versão *on-line*, entre os dias 17 e 20 de novembro de 2021. O motivo é conhecido de todos: a pandemia do novo coronavírus, que perdura há mais de 15 meses.

Os congressos da Febrasgo sempre atraíram muitos participantes. O último evento presencial, promovido em novembro de 2019, poucos meses antes de vivermos essa pandemia, reuniu milhares de ginecologistas e obstetras em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul.

O formato virtual só perderá em um quesito: o calor humano. “Não teremos os abraços fraternos dos reencontros presenciais nem as conversas olho no olho na hora do cafezinho entre os intervalos das palestras. No entanto, o conteúdo científico, a variedade de temas e a qualidade do evento continuarão sendo de alto nível”, garante o Dr. Agnaldo Lopes, presidente da Febrasgo.

Outra vantagem da modalidade *on-line* é ser acessível. Médicos do Brasil todo poderão participar sem dispendar horas de viagem nem gastos com hotéis, passagens aéreas e alimentação, por exemplo. “Desde o início da pandemia, a Febrasgo se adaptou muito rapidamente aos eventos *on-line*, com a realização de diversos webinários, reuniões e fóruns virtuais. Agora teremos nosso tão esperado congresso bienal, que, mesmo no formato virtual, certamente irá agradar a todos”, destaca o Dr. Agnaldo, reforçando que o tema do 59º CBGO é justamente esse: o congresso de todos os brasileiros.

## TEMAS VARIADOS

A programação do CBGO é vasta e abrangente, pois o objetivo é contemplar praticamente todas as especialidades, desde a revisão de temas clássicos até os avanços na área diagnóstica e terapêutica. Essa amplitude é o que diferencia o congresso dos webinários já realizados pela Febrasgo. “O CBGO é uma oportunidade quase única que um colega da especialidade tem de fazer uma imersão de atualização nos temas de seu interesse com professores das principais universidades do país”, ressalta o diretor científico da Febrasgo, Dr. César Eduardo Fernandes.

Ele observa que o ginecologista e obstetra dos dias atuais precisa amearhar uma série enorme de conhecimentos, até porque já vai longe o tempo em que ele era apenas um especialista nos órgãos genitais das mulheres e no acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério. “Hoje, esse profissional é um médico de atenção geral à saúde da mulher, além, claro, dos



“Excelentes professores das universidades brasileiras participarão do Congresso, oferecendo sua experiência a favor da educação continuada aos ginecologistas e obstetras”, declarou o Dr. César Eduardo Fernandes.

cuidados especializados próprios da área de ginecologia e obstetrícia. Por isso, nós passamos por um temário bastante criativo, de bastante interesse para o ginecologista e obstetra”, completa o Dr. César.

Um dos pontos altos do congresso será a participação ao vivo dos professores em algumas sessões, possibilitando a interação com os congressistas por meio do envio de perguntas.

Para esta 59ª edição do Congresso, a Febrasgo pretende convidar palestrantes internacionais, que sempre contribuem para os debates, mas haverá um espaço maior aos especialistas brasileiros, visto que no Brasil há professores de alto nível que nada ficam a dever aos de grandes centros acadêmicos do mundo. “Excelentes professores das nossas universidades brasileiras lá estarão oferecendo a sua experiência e a sua inteligência a favor de uma educação continuada aos ginecologistas e obstetras, tendo como corolário que o grande beneficiário disso tudo é a população feminina que assistimos todos os dias nos nossos ambulatórios e consultórios, e que atendemos do mesmo modo nas unidades hospitalares”, completou o Dr. César.



“A Febrasgo se adaptou muito rapidamente aos eventos *on-line*, com a realização de diversos webinários, reuniões e fóruns virtuais. Agora teremos nosso tão esperado congresso bienal, que, mesmo no formato virtual, certamente irá agradar a todos”, afirmou o Dr. Agnaldo Lopes.

### Participe!

Faça sua inscrição antecipada para o 59º CBGO com desconto especial, acompanhe a programação científica e conheça os palestrantes convidados.

[www.cbgo2021.com.br](http://www.cbgo2021.com.br)



# Bifilac GeFlora

## O legítimo LGG®

Probiótico amplamente estudado para uso em gestantes<sup>1-7</sup>

**ÚNICO** com todas as  
apresentações adequadas ao  
**clima brasileiro**<sup>\*8-11</sup>

\*quando comparado com produtos de *Lactobacillus rhamnosus* GG do mercado brasileiro.



6 sticks  
sem sabor

14 sticks  
sem sabor

7 caps



**RECOMENDAÇÃO DE USO:**  
1 cápsula ao dia *ou*  
2 sticks ao dia *ou*  
a critério médico

**PODE SER UTILIZADO:**



direto  
na boca



dissolvido  
no líquido

**A marca especialista em microbiota.**

Bifilac. Alimento registrado no MS sob nº 6.612.20004. Bifilac GeFlora. Alimento registrado no MS sob nº 6.5954.0005. Referências Bibliográficas: 1. Segers ME, Lebeer S. Towards a better understanding of *Lactobacillus rhamnosus* GG-host interactions. Microb Cell Fact. 2014;13 Suppl 1(Suppl 1):S7. 2. Kalliomäki M, Salminen S, Arvilommi H, et al. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2001;357(9262):1076-9. 3. Kalliomäki M, Salminen S, Poussa T, et al. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2003;361(9372):1869-71. 4. Kalliomäki M, Salminen S, Poussa T, Isolauri E. Probiotics during the first 7 years of life: a cupulbirth risk reduction of eczema in a randomized, placebo-controlled trial. J Allergy Clin Immunol. 2007;119(4):1019-21. 5. Lahtinen S, Boyle RJ, Kivivuori S, et al. Prenatal probiotic administration can influence Bifidobacterium microbiota development in infants at high risk of allergy. J Allergy Clin Immunol. 2009;123(2):499-501. 6. Gueimonde M, Sakata S, Kalliomäki M, et al. Effect of maternal consumption of lactobacillus GG on transfer and establishment of fecal bifidobacterial microbiota in neonates. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006;42(2):166-70. 7. Luoto R, Kalliomäki M, Laitinen K, Isolauri E. The impact of perinatal probiotic intervention on the development of overweight and obesity: follow-up study from birth to 10 years. Int J Obes (Lond). 2010;34(10):1531-7. 8. Revista ABC Farma Novembro/2020. 9. Rotulagem do produto Culturelle (cápsula). 10. Rotulagem do produto Bifilac GeFlora (cápsula). 11. Rotulagem do produto Bifilac GeFlora (sachê). 12. Barbuti RC, Schiavon LL, Oliveira CP, et al. Gut microbiota, prebiotics, probiotics, and synbiotics in gastrointestinal and liver diseases: proceedings of a joint meeting of the Brazilian society of hepatology (SBH), Brazilian nucleus for the study of helicobacter pylori and microbiota (Nbehpm), and Brazilian federation of gastroenterology (Fbg). Arq Gastroenterol. 2020. 13. Activ-Vial. Aptar CSP Technologies Activ-Polymer. Aptar Group, Inc. 2018. Disponível em: <https://www.csptechnologies.com/products/activ-vial-portfolio/>. Acesso: novembro, 2020 14. Sanders ME, Klaenhammer TR. Invited review: the scientific basis of *Lactobacillus acidophilus* NCFM functionality as a probiotic. J Dairy Sci. 2001;84(2):319-31. LGG® é uma marca registrada da Chr Hansen A/S. COD6945\_03/2020.

Mantecorp  
Farmasa

# Sogito mais participativa

**Atualização científica para todos os associados e projetos para reduzir os índices de câncer de colo de útero em Tocantins são bandeiras da nova gestão**

Por Letícia Martins



Francielle Batista

**M**ineira de Uberlândia, a médica Francielle Batista assumiu a presidência da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Tocantins (Sogito), em janeiro de 2021, com dois grandes desafios pela frente: aproximar os ginecologistas da população em geral e investir em atualização científica.

“Essa é minha primeira oportunidade de participar da diretoria da Sogito e estou recebendo apoio de outras colegas que já constituíram diretorias anteriores. Isso significa muito para mim, pois um dos nossos objetivos é fazer uma Sogito mais participativa”, diz a médica, que está acostumada com rotinas intensas.

Mãe de três crianças pequenas e administradora de um perfil com mais de 30 mil seguidores nas redes sociais, a Dra. Francielle começou sua gestão à frente da Sogito implantando reuniões semanais com os associados para atualização científica – todas, é claro, a distância, por causa da pandemia do novo coronavírus.

Empolgada com o desafio, ela explica que as reuniões duram entre uma e duas horas e têm sempre a presença virtual de especialistas do Brasil todo. Ao final de cada apresentação, os convidados abrem espaço para tirar dúvidas dos associados. “Isso é fundamental, pois nem sempre nossos associados conseguem participar dos congressos científicos, mesmo que eles sejam *on-line*. A ideia é, portanto, aproximá-los desses grandes nomes da ginecologia e obstetrícia. E a Febrasgo tem dado muito apoio para que possamos desenvolver os nossos projetos”, completa.

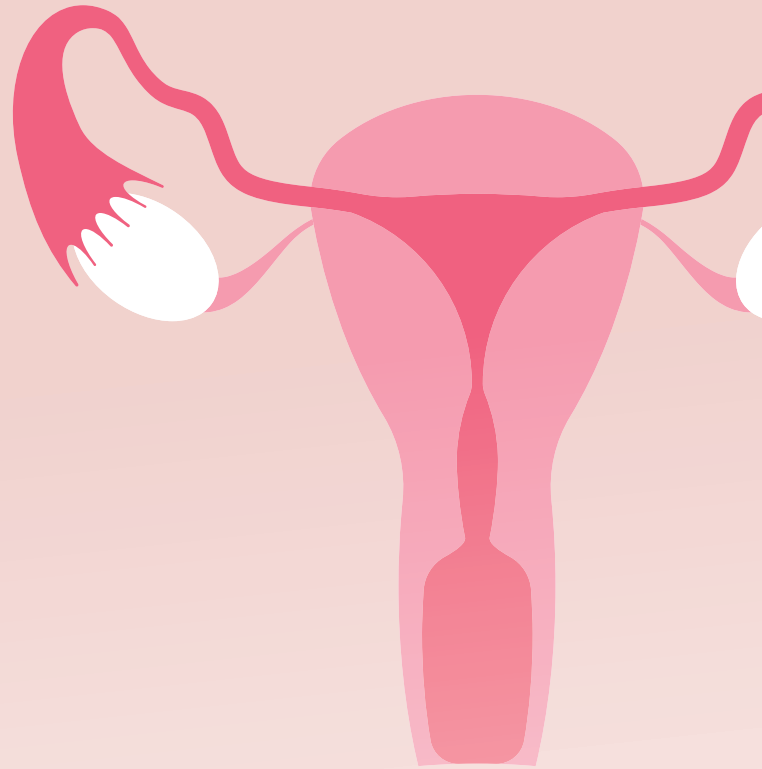
## CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Tocantins é o estado mais jovem do Brasil, com quase 1,5 milhão de habitantes, que, em sua maioria, vivem no interior, sem tanta facilidade de acesso às unidades básicas de saúde. Por isso, uma das maiores preocupações no que se refere à saúde feminina é prevenir o câncer de colo de útero e fazer o diagnóstico precoce.

“Esse tema traz muita angústia para os ginecologistas do Tocantins, pois ainda temos muitas perdas de vidas femininas em decorrência dessa doença. Muitas mulheres chegam até nós em estágios já avançado do câncer de colo de útero, sem condições de tratamento curativo. Então, a principal bandeira relacionada especificamente ao atendimento ginecológico é a redução dos nossos indicadores relacionados ao câncer de colo do útero”, afirma a Dra. Francielle.

## NOVOS MÉDICOS

Além de focar na atualização dos associados mais experientes, a presidente da Sogito também pretende aproximar a associação dos novos ginecologistas e obstetras. Para isso, a estratégia é abrir diálogo com as áreas acadêmicas e trazer os universitários para perto da federada. “Tudo isso para que eles possam conhecer melhor a área de ginecologia e se encantar por ela”, diz a Dra. Francielle.



# Posturas para jovens ginecologistas

1. Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Instituto de Saúde Sexual e Educação Continuada, Belo Horizonte, MG, Brasil.
3. Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, Brasil.
4. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Conflitos de interesse:**

Nada a declarar.

**Autor correspondente**

Gerson Pereira Lopes  
Rua Gonçalves Dias, 2.700, Santo  
Agostinho – 3019343-694,  
Belo Horizonte, MG, Brasil.  
consultoriogersonlopes@gmail.com

**Como citar:**

Lopes GP, Vale FB, Pires IC, Silva DP.  
Posturas para jovens ginecologistas.  
Femina. 2021;49(6):343-6

Gerson Pereira Lopes<sup>1,2</sup>, Fabiene Bernardes Castro Vale<sup>2,3,4</sup>,  
Isabela Cristina Vieira Pires<sup>2</sup>, Débora de Paula Silva<sup>2</sup>

**A**s faculdades de Medicina pelo Brasil são excelentes em ensinar diagnóstico, tratamento e quase todas as habilidades técnicas para lidar com um corpo, mas falham em passar habilidades interpessoais necessárias para lidar com uma alma. Além disso, o dia a dia dos planos de saúde e instalações públicas é comprometido pela repetida sobrecarga de trabalho que impõe uma prática apressada e, infelizmente, automatizada.

Podemos dizer que o sucesso do tratamento ocorre na vivência daquilo que surge no encontro do jovem ginecologista com a sua paciente, que se desenvolve entre os dois e que acontece quando a comunicação é bem-sucedida e cada um faz sua parte. É possível que realmente o que falta ao jovem ginecologista seja perceber que, na contemporaneidade, ele não pode centrar-se apenas nas queixas, mas também na pessoa que as apresenta. E isso pode ser ensinado e, o que é melhor, aprendido e apreendido. Algumas qualidades humanísticas já vêm de características pessoais, mas podem ser adquiridas e aprimoradas ao longo do tempo, apesar do impedimento que a sobrecarga de trabalho possa exercer. Não é necessário desenvolver todas as habilidades e usá-las a todo momento. A intenção é transformar aos poucos o atendimento tanto para o médico quanto para a sua paciente, com esta se beneficiando por sentir-se acolhida e bem tratada e aquele por encontrar a razão de seu trabalho no encontro diário com pacientes.

Grossemann e Patrício,<sup>(1)</sup> ao analisarem uma série de declarações de médicos sobre a relação médico-paciente, chegam a afirmar que, “durante a formação acadêmica, os profissionais aprenderam a buscar o objeto ‘doença’ nas pessoas e sentiram falta de abordagens que estimulassem seu potencial de se relacionar com o outro”. Além das limitações que apontaram no processo de ensino-aprendizagem no que se refere à subjetividade do outro, também expressaram o aprendizado da negação da própria subjetividade, em especial a expressão de seus sentimentos.

Algumas das habilidades necessárias ao jovem médico já foram descritas há tempos pelo psicólogo Carl Rogers,<sup>(2)</sup> responsável pelo desenvolvimento da corrente psicológica conhecida como “Abordagem Centrada na Pessoa”. Para ele, três atitudes eram fundamentais para se estabelecer o vínculo entre aquele que ajuda e o que é ajudado. A primeira é a congruência ou coerência. Segundo ele, manter uma atitude de fachada, ignorando o que se sente no momento, não é terapêutico e pode resultar em atitudes como descortesia, falta de atenção e hostilidade por parte do médico para com o paciente. De acordo com Rogers,<sup>(2)</sup> em seu livro “Tornar-se pessoa”, o termo “congruente” pretende dizer que qualquer atitude ou sentimento que o profissional estivesse vivenciando viria acompanhado da consciência (saber se a falta de disposição para ajudar ou sentimentos em relação ao cliente são devidos a seu estado atual de frustração, fadiga etc.).

Outra atitude destacada por Rogers<sup>(2)</sup> é a aceitação incondicional. É fácil querer impor valores quando se está em uma posição de certa autoridade, mas a aceitação do paciente como pessoa digna de valor, com conhecimentos sobre si e cujos valores diferem provavelmente daqueles dos profissionais é imperativa para que ele se engaje no tratamento e o processo de cura se estabeleça.

A terceira atitude é a empatia, que não é apenas se colocar no lugar do outro, ser simpático e dizer “eu entendo” ou contar uma história pessoal que se assemelhe. Empatia é uma habilidade muito mais refinada. É pausar seus valores e levar em conta as crenças, os valores, as capacidades e dificuldades do outro, para, assim, realmente se aproximar da dor ou da alegria dele. Ser simpático a uma situação significa perceber que para você aquilo também é alegre ou triste, bom ou ruim, porém usando os seus próprios referenciais. Na simpatia, nós caminhamos o mesmo caminho que a pessoa com os nossos próprios sapatos. Na empatia, nós colocamos os sapatos dos outros e buscamos nos aproximar de como é trilhar o caminho deles com as facilidades e dificuldades deles. É importante ressaltar que a empatia, explicitada de forma verbal ou não verbal, tem grande peso no encontro entre médico e paciente. Pensem e reflitam muito sobre isso, caros e jovens ginecologistas, pois aqui está uma das chaves para ter uma boa clientela.

É comum escutar que existe uma oposição entre subjetivo e objetivo e técnica e empatia e que o objetivo e a técnica são as polaridades desejadas. É possível andar por um caminho do meio sem pender demais para um lado ou outro. Como bem colocaram Caprara e Franco:<sup>(3)</sup> “Isto não significa que os profissionais de saúde tenham que se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, se faz necessária uma sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença”.

A humildade, que é condição primeira do aprendizado, também se revela fundamental no lidar com o paciente. Comte-Sponville<sup>(4)</sup> já disse que essa habilidade “é a virtude do homem que sabe não ser Deus...”; a um jovem ginecologista, a falta da humildade é igual a ausência de aprendizagem no evoluir de sua carreira. Sem humildade, não há aprendizagem – reflita bem sobre isso. A primeira faceta da humildade é representada pela consciência das limitações. A medicina é um dos pilares do bem-estar da sociedade, mas não salva aqueles que a praticam de errar e de desconhecer. Por isso, também é sempre importante nutrir a calma. Os pacientes muitas vezes abandonam ou não resistem ao tratamento, mas isso não quer dizer nada necessariamente sobre a competência do profissional. Saber até onde a medicina pode ir e ter tranquilidade em afirmar seus limites é uma atitude positiva para ambos: médico e paciente.

Outra atitude positiva é reconhecer que muitos casos requerem trabalho interdisciplinar e que a participação

de outros profissionais da saúde é necessária para uma proposta de cura eficiente e duradoura. Portanto, atualmente, é de suma importância saber trabalhar em um projeto de interdisciplinaridade.

Estar por inteiro e completamente disponível nas consultas também é algo que se deve ao paciente. Há dias em que o cansaço e as preocupações profissionais e pessoais falam mais forte, mas estar livre naquele momento para atendê-lo por completo passa uma sensação de entrega genuína; não usar o telefone na hora da consulta, olhar nos olhos, ser o mais pontual possível e desenvolver uma escuta interessada. Esse também pode ser um grande desafio nas consultas-relâmpago e com o sobrecarregamento dos profissionais, mas, na medida do possível, o médico precisa demonstrar interesse genuíno por aquilo que quem pede ajuda traz. Isso envolve escutar (e não só ouvir) e observar (e não apenas ver) de modo a não tentar ficar adivinhando ou tentando completar o que a sua paciente vai falar. Escutar para ajudar e não para se autoafirmar. Estar por inteiro também envolve ser responsivo – dar valor ao que a sua paciente traz e deixar claro para ela que você dá valor. Podem-se usar respostas que encorajem o contar, como “entendo”, “uhum” etc. Muitas vezes parafrasear aquilo que ela trouxe para confirmar que entendeu bem e para mostrar que está acompanhando o relato pode trazer alívio e sensação de “não preciso me preocupar, ele está entendendo justamente o que está se passando comigo”.

Existem outros limites por parte do médico, inclusive de um jovem ginecologista, que podem estar ligados a fadiga extrema, falta de condições de trabalho, má remuneração etc. É preciso sempre questionar qual é o máximo que se pode fazer com o que se tem e aceitar que muitas vezes não vai ser o seu melhor. Essa atitude está ligada também à congruência citada no início – reconhecer o que está acontecendo internamente e agir reconhecendo esses limites. A autocrítica, apesar de tóxica quando em grande quantidade, é uma ferramenta essencial ao longo da vida profissional, pois garante aprimoramento e crescimento contínuos.

As habilidades de comunicação estão no topo de habilidades insubstituíveis na relação médico-paciente. A arte de dialogar é o que permitirá diagnósticos acurados e tratamentos eficientes. A comunicação ideal no consultório inclui, por exemplo, dar chance de o paciente falar tudo que o aflige antes de interrompê-lo. Marvel *et al.*<sup>(6)</sup> verificaram que pacientes estadunidenses eram interrompidos pelos médicos 23,1 segundos depois de começarem a falar, os quais acabavam redirecionando as queixas dos pacientes e raras vezes os deixavam concluir. Essa exposição incompleta da queixa foi associada, segundo os pesquisadores, com mais queixas sendo levantadas ao fim das consultas, menos preocupações sendo compartilhadas e oportunidades perdidas de captar dados importantes ao diagnóstico. De acordo com os pesquisadores, perguntas de final fechado também eram vilãs para uma coleta de dados completa.



Cabe ressaltar que, ao contrário do que se pode pensar, os pacientes aos quais foi permitida a completa explanação de suas queixas usaram apenas seis segundos de consulta em média a mais do que os que foram interrompidos antes de completar seus relatos.

A comunicação também envolve a sensibilidade de perceber os efeitos de suas intervenções. Clara Feldman,<sup>(6)</sup> em seu excelente livro “Encontro: uma abordagem humanista”, fruto de anos de experiência dando aulas para alunos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, traz uma reflexão: “perguntar sempre, antes de dizer ou agir diante do outro: que efeitos irei, possivelmente, causar sobre e a quem pede ajuda?”. Apesar de os efeitos serem imprevisíveis, como bem lembrado por Feldman,<sup>(6)</sup> pode-se reconhecer que eles existem e o profissional deve manter-se atento aos seus desdobramentos.

E de maneira sábia, Clara Feldman<sup>(6)</sup> coloca muitas outras questões que necessariamente um jovem ginecologista tem que conhecer e sobre as quais tem que refletir. A postura não verbal não fica escondida pelo jaleco. Pacientes podem perceber a disponibilidade, o interesse e a congruência por meio da comunicação não verbal. O olhar ao conversar talvez seja a maior ferramenta não verbal disponível ao médico. É muito fácil querer agilizar a consulta e anotar no prontuário o mais rápido possível, mas o olhar pode passar a sensação de uma consulta mais completa. O toque também é uma via de diálogo não verbal, como dar um “tapinha nas costas”, um aperto de mão, demonstrar respeito e pedir permissão ao fazer o exame físico. Rir pode parecer bobo, mas, em um ambiente em que tudo é muito envolto de seriedade, o humor pode ter benefícios para a relação médico-paciente. Não precisa ser demais, e sempre se deve ter sensibilidade para saber se cabe no momento, se é confortável para você e para o paciente. É importante elogiar o cuidado do paciente consigo mesmo, quando for bom, e acreditar nas suas capacidades e no seu poder de auto-observação. Não é incomum a suposição de que o paciente não se interessará ou não entenderá as especificidades de sua condição. É direito do paciente saber tudo sobre a doença e é dever do médico explicar. Porém, é preciso conhecer seu público, para adaptar a linguagem a ele e saber traduzir em linguagem simples aquilo que ele está sentindo. Outro exemplo é não passar um remédio que o paciente não poderá comprar ou utilizar. É importante contextualizar, tanto social quanto economicamente, as indicações para a vida do paciente; e passar confiança e não ter uma postura punitiva ou julgadora. É importante mostrar que o paciente precisa estar atento a certos cuidados e até mesmo que o profissional se importa, mas de forma educativa, conscientizando e não julgando, caso contrário poderá haver omissões de informações de falta de engajamento no tratamento, a fim de evitar repreensão do médico. Deve-se ter a mente aberta e não querer impor seus valores/crenças, transformando o consultório em um

templo de conversões. Constantemente é preciso lembrar de que não é preciso querer mostrar eficiência a todo custo, pois a medicina não é e nunca foi uma ciência exata. Muitas vezes a sua eficiência está em oferecer a sua companhia a alguém que está sofrendo e que pede uma presença humana. Enfim, ser ético envolve tudo o que foi dito anteriormente.

A relação médico-paciente foi classificada por Emanuel e Emanuel<sup>(7)</sup> em quatro modelos: paternalista, informativo, deliberativo e interpretativo. O modelo paternalista, o mais comum entre médicos brasileiros, é também chamado de sacerdotal.<sup>(8)</sup> Ele está baseado no pressuposto de que o paciente não precisa saber muito sobre sua condição e não tem muito a contribuir com o seu tratamento, e as escolhas são feitas pela equipe médica e repassadas apenas parcialmente a ele. Assim, a autonomia e a participação do paciente são altamente limitadas. O caminho do meio pode estar na devida atenção à autonomia do paciente, ao reconhecimento do seu direito de saber de todos os detalhes sobre sua doença e certo poder de decisão ao longo do tratamento; já no que diz respeito ao médico, ser um profissional que não controla inteiramente o tratamento e que não é o guardião da saúde do paciente, mas um parceiro de caminhada em busca da cura. Naturalmente, a resolução conjunta se dá quando se harmonizam a autoridade (nada a ver com autoritarismo) do médico com a permissividade (estar aberto à ajuda) da parte do paciente.

Concluindo, não é esperado que o jovem ginecologista desenvolva todas essas habilidades mencionadas de uma só vez, mas que ele as mantenha em mente como um norte e tente usá-las na medida do possível para que a qualidade de seu atendimento seja mantida e para que o tratamento de seus pacientes seja mais completo e humano.

## REFERÊNCIAS

- Grossemann S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(2):99-104. doi: 10.1590/1981-5271v28.2-014
- Rogers CR. Tornar-se pessoa. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- Caprara A, Franco AL. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(3):647-54. doi: 10.1590/S0102-311X1999000300023
- Comte-Sponville A. Pequeno tratado das grandes virtudes [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 1999 [cited 2021 Jan 23]. Available from: [http://www.pfilosofia.pop.com.br/03\\_filosofia/03\\_03\\_pequeno\\_tratado\\_das\\_grandes\\_virtudes/pequeno\\_tratado\\_das\\_grandes\\_virtudes.htm](http://www.pfilosofia.pop.com.br/03_filosofia/03_03_pequeno_tratado_das_grandes_virtudes/pequeno_tratado_das_grandes_virtudes.htm)
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 1999;281(3):283-7. doi: 10.1001/jama.281.3.283
- Feldman C. Encontro: uma abordagem humanista. 2ª ed. Belo Horizonte: Crescer; 2004.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992;267(16):2221-6. doi: 10.1001/jama.1992.03480160079038
- Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Cent Rep.* 1972;2(3):5-7. doi: 10.2307/3560825



# O Teste de Progresso Individual do Residente em Ginecologia e Obstetrícia (TPI-GO): a experiência brasileira da Febrasgo

Marcos Felipe Silva de Sá<sup>1</sup>, Gustavo Salata Romão<sup>2</sup>, César Eduardo Fernandes<sup>3</sup>, Agnaldo Lopes da Silva Filho<sup>4</sup>

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

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

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

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

#### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

#### Autor correspondente

Marcos Felipe Silva de Sá  
Av. Bandeirantes, 3.900, Vila Monte Alegre,  
14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.  
marcosfelipe@fmrp.usp.br

#### Como citar:

Sá MF, Romão GS, Fernandes CE, Silva Filho AL. O Teste de Progresso Individual do Residente em Ginecologia e Obstetrícia (TPI-GO): a experiência brasileira pela Febrasgo. *Femina*. 2021;49(6):347-50.

\* Este manuscrito é a versão em língua portuguesa do editorial "Obstetric antiphospholipid syndrome", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(6):425-8.

Em consequência da grande expansão dos Programas de Residência Médica (PRMs) no Brasil nas últimas décadas, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão do Ministério da Educação, conta com infraestrutura técnico-administrativa subdimensionada e se tornou incapaz de gerenciar, com a intensidade exigida, as políticas educacionais para o aprimoramento daqueles programas.

Hoje são cadastrados na CNRM cerca de 53.776 médicos matriculados em 4.862 PRMs oferecidos por 809 instituições. Somente em Ginecologia e Obstetrícia (GO) são 312 PRMs. Não há informações sobre indicadores de desempenho dos residentes durante o seu treinamento e tampouco sobre a qualidade dos programas formadores. Evidentemente, esse conhecimento deveria ser adquirido com base em informações obtidas

por meio de avaliações permanentes com visitas, auditorias e relatórios da instituição que oferece os programas e aplicações de provas teóricas e práticas. Entretanto, isso não tem ocorrido na prática.

Vale lembrar que, de acordo com a legislação vigente, os alunos egressos de PRMs aprovados pela CNRM recebem automaticamente o certificado de especialista reconhecido pelo Ministério da Educação e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sem qualquer processo de avaliação de suas competências ao término do programa.

Tendo em vista a fragilidade do sistema, as Sociedades de Especialidades Médicas (SEMs) no Brasil, com outorga especial da Associação Médica Brasileira (AMB), passaram a conceder o título de especialista ao egresso da residência

após um exame de avaliação, em moldes variáveis, a depender da Sociedade que o concede. Nesse sentido, o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), concedido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), somente é outorgado mediante a avaliação do candidato por meio de provas teóricas e práticas cuidadosamente preparadas pela Comissão Nacional do TEGO da Febrasgo.

Nesse processo de avaliação, têm sido observadas falhas importantes na formação de novos especialistas que concluíram o PRM, o que tem elevado as taxas de reprovação para o TEGO. Assim, considerando a necessidade de qualificar a formação do especialista em GO no Brasil e entendendo que o Teste de Progresso Individual (TPI) representa um grande referencial para a autoavaliação e o aprimoramento dos médicos-residentes e dos PRMs, a Febrasgo implementou o TPI do Residente em GO (TPI-GO) a partir 2018. Embora o TPI seja amplamente utilizado internacionalmente, no Brasil há pouca experiência relatada sobre seu uso na Residência Médica.

O TPI é uma avaliação abrangente que utiliza preferencialmente questões de múltipla escolha, é aplicado periodicamente a todos os aprendizes de um mesmo currículo ou programa,<sup>(1)</sup> está alinhado à educação construtivista moderna e promove o conhecimento a longo prazo. A longitudinalidade dessa modalidade de avaliação fornece uma medida única e demonstrável da progressão cognitiva dos aprendizes.<sup>(2)</sup>

O objetivo funcional do TPI é fornecer informações confiáveis para a autoavaliação dos candidatos e serviços provedores de PRM, sendo, portanto, uma avaliação formativa. Aos médicos-residentes que se submetem à prova, o TPI fornece uma medida precisa sobre o seu nível de conhecimento em relação aos seus pares e em relação aos objetivos finais do treinamento na especialidade, de acordo a Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO).<sup>(2,3)</sup>

Além disso, por meio do desempenho em avaliações seriadas, é possível avaliar o progresso individual do componente cognitivo. Após cada avaliação, é possível reafirmar e consolidar os conhecimentos e identificar lacunas de aprendizagem e pontos de melhoria.<sup>(4)</sup>

Para os preceptores e supervisores de PRM, o TPI-GO fornece informações sobre o desempenho e a progressão de seus residentes que se submeteram à prova. Por meio dessas informações, é possível avaliar o perfil dos residentes admitidos em cada serviço, o conhecimento agregado aos residentes ao longo do programa de treinamento e o nível de conhecimento dos egressos, em relação à média nacional e em relação aos objetivos da MCGO. Também é

possível identificar pontos fortes e pontos de melhorias ou áreas que merecem reforço ao aprendizado.<sup>(4)</sup>

A partir de 2018, o TPI passou a ser oferecido anualmente a todos os médicos-residentes do primeiro (R1), segundo (R2) e terceiro (R3) ano de treinamento regularmente matriculados em PRMs reconhecidos pelo Ministério da Educação.

Em 2018 e 2019, o teste foi aplicado na modalidade presencial e de maneira sincrônica em 11 cidades brasileiras nas regiões de maior concentração de PRMs em GO. Em 2020, por causa da pandemia da COVID-19, e em respeito às exigências sanitárias, não foi possível aplicar presencialmente o TPI. Diante desse novo desafio, optou-se pela aplicação do teste *on-line*, haja vista que essa medida apresenta respaldo na literatura.<sup>(5)</sup>

A prova teórica para a obtenção do TEGO, aplicada anualmente aos especialistas recém-formados na área, é uma avaliação abrangente das competências previstas na MCGO<sup>(3)</sup> e referenciada para o nível concluinte dos PRMs. Por essas razões, esse modelo de prova foi eleito para ser aplicado no TPI-GO.<sup>(6)</sup>

Para estimular a participação dos residentes no TPI-GO, foram estabelecidos critérios desde uma bonificação de pontos até a dispensa da prova teórica do TEGO no ano seguinte à conclusão do PRM. Esses critérios se baseiam na aderência ao teste e no desempenho individual nele. Para que faça jus às bonificações, é condição essencial que o residente participe de todas as três versões do TPI – R1, R2 e R3 –, com desempenho mínimo progressivo estabelecido de acordo com o edital do concurso publicado a cada ano.<sup>(7)</sup>

## FEEDBACK INDIVIDUAL AOS CANDIDATOS

O *feedback* dos resultados do desempenho individual de cada candidato no TPI-GO é fornecido de maneira sigilosa ao próprio candidato, por meio de um sistema *on-line* de acesso pessoal protegido por senha. Essa medida visa evitar constrangimentos, discriminações ou desqualificações dos candidatos cujo desempenho não tenha sido satisfatório. Portanto, essa avaliação não se destina ao ranqueamento de candidatos ou de serviços. No sistema *on-line*, são apresentados gráficos nos quais o candidato pode avaliar a progressão do seu desempenho individual e compará-lo aos de seus pares por meio da mediana (Me), percentil 30 (P30) e percentil 60 (P60) do desempenho global. Para os candidatos concluintes dos programas de residência (R3), também é fornecida, além da avaliação quanto ao nível de desempenho no triênio, a informação de que lhe foi ou não concedida bonificação para o TEGO do ano seguinte.

## FEEDBACK AOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

Para os PRMs, o *feedback* é fornecido pela Febrasgo diretamente aos preceptores ou responsáveis. As informações fornecidas correspondem à Me de desempenho de cada categoria de residentes (R1, R2 e R3) daquele serviço, comparadas com a Me, P30 e P60 do desempenho global, sem a identificação dos seus residentes.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

No ano de 2020, o TPI-GO completou sua terceira edição, sendo possível avaliar o desempenho da primeira coorte completa de residentes que se aplicaram ao teste nos três anos consecutivos de PRM em GO no Brasil (Tabela 1).

Entre os candidatos, a participação das mulheres foi de 85,6%, 85,9% e 85,5%, respectivamente, em 2018, 2019 e 2020, numa demonstração clara de que a GO se tornou uma especialidade predominantemente de mulheres. O número total foi crescente ao longo dos três anos, particularmente à custa de R1. Observou-se um decréscimo de R2 e R3. Alguns fatores devem ser mencionados neste “balanço” de ganhos e perdas nesses números. Não

há dúvidas de que as oportunidades de bonificação e dispensa na prova teórica do TEGO tenham contribuído como estímulo para a participação longitudinal dos residentes. Por outro lado, é possível que boa parte da descontinuidade seja atribuída ao mau desempenho de alguns candidatos nas primeiras versões do teste, repercutindo em desistências diante da impossibilidade de bonificação ou dispensa da prova teórica do TEGO. Outro fator que deve ser mencionado para justificar a não adesão de parte considerável dos residentes é a dificuldade de liberação dos candidatos pelos coordenadores do programa, considerando a necessidade de trabalho do residente, na composição das equipes de plantonistas do serviço ao qual está vinculado o PRM no dia da prova. Como pode ser verificado, em todas as edições do TPI-GO houve melhora progressiva do desempenho entre os candidatos do primeiro (R1), segundo (R2) e terceiro (R3) ano da Residência Médica em GO. Isso reflete o acréscimo de conhecimento que ocorre durante o período de treinamento na maioria dos programas. Reflete também a qualidade da prova, que consiste de uma avaliação abrangente, válida e confiável de todo o conhecimento esperado para os concluintes dos programas (R3) (Tabela 2).

**Tabela 1.** Número de participantes nos três níveis de Residência Médica ao longo dos três anos de aplicação do TPI

Nível	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)
R1	497 (41)	568 (43)	628 (44)
R2	360 (30)	457 (35)	480 (34)
R3	345 (29)	289 (22)	314 (22)
Total	1.202	1.314	1.422
Incremento		9,3	7,6

**Tabela 2.** Mediana (Me), percentis 30 (P30) e 60 (P60) das notas atribuídas aos residentes em diferentes níveis que se submeteram ao TPI-GO nos anos de 2018, 2019 e 2020

	Teste do Progresso – Desempenho dos Residentes de Ginecologia e Obstetrícia por nível de tratamento								
	2018			2019			2020		
	R1	R2	R3	R1	R2	R3	R1	R2	R3
P30	4,8	5,2	5,5	5,5	5,8	6,1	5,1	5,4	5,8
Me	5,2	5,6	5,9	5,9	6,2	6,6	5,5	5,8	6,3
P60	5,5	5,8	6,1	6,1	6,4	6,8	5,6	6,0	6,5

## DESEMPENHO DA COORTE DE RESIDENTES DE 2018 A 2020

Merece destaque especial a avaliação de desempenho de 314 médicos-residentes que iniciaram o TPI-GO em 2018 como R1 e concluíram a última versão em 2020. Essa coorte de candidatos representa o primeiro grupo que se submeteu às três versões do TPI-GO desde a sua implementação e serve como referência para diversas análises e considerações.

As medianas de desempenho desse grupo em 2018, 2019 e 2020 foram, respectivamente, de 5,2 (R1) 6,2 (R2) e 6,3 (R3). Como pode ser verificado, houve progressão do desempenho do mesmo grupo de residentes do início até o final do seu período de treinamento, o que reflete a aquisição de conhecimento durante a residência. Esses resultados são condizentes com um TPI bem estruturado, em que a prova é abrangente e voltada ao conteúdo esperado para os concluintes do programa.<sup>(2)</sup>

O menor aumento no desempenho entre os anos 2019 e 2020, de certa forma, pode ser reflexo do período de pandemia da COVID-19, que seguramente afetou o desempenho de todos os residentes, indistintamente, tendo em vista as enormes restrições impostas nas atividades presenciais, particularmente nas práticas ambulatoriais e cirúrgicas.<sup>(8)</sup>

Em conclusão, a implantação do TPI para os residentes de GO de todo o país constituiu-se numa ótima experiência sob vários aspectos.

Pela ampla divulgação do TPI nas redes sociais, no *site* institucional da Febrasgo, nos eventos científicos da especialidade e por meio de mala direta para todos os residentes e PRMs de GO do país, tal iniciativa permitiu à Febrasgo se aproximar mais dos residentes e melhorar e atualizar o cadastro dos PRMs, preceptores e outras informações relevantes. O número de residentes associados à Febrasgo aumentou consideravelmente nos últimos dois anos.

A forma de devolutiva de desempenho para os coordenadores de programas permitiu cotejar seus resultados com os de serviços congêneres de todo o país e motivou reflexões e debates internos entre coordenadores, preceptores e residentes, chamando a atenção para a necessidade de melhorias em muitos programas. Ressalte-se que o empenho institucional, por meio do apoio dos dirigentes, coordenadores e preceptores dos programas, é fundamental, pois há a necessidade de liberação dos residentes da escala de plantões no dia da realização da prova.

As informações advindas do TPI podem ser utilizadas de forma consistente para a aprendizagem diagnóstica, prognóstica e corretiva, por meio da autoavaliação e do *feedback* estruturado. Quando comparado às avaliações somativas terminais, o TPI fornece maior subsídio e segurança nas tomadas de decisões de alto impacto, como aprovação, reprovação e progressão do aprendiz. Adicionalmente, os dados longitudinais podem servir como uma medida da qualidade e transparência dos programas e do cumprimento dos objetivos curriculares pelas instituições de ensino.

Considerando as imensas dificuldades encontradas pelos órgãos governamentais de auditar os PRMs de maneira permanente, esse modelo poderá servir para que a CNRM possa adotá-lo e validá-lo como um dos parâmetros de avaliação dos PRMs por meio de convênios com as SEMs. É bom mencionar que a Febrasgo, com recursos próprios, arcou com todas as despesas decorrentes da aplicação do teste, não onerando em nada a CNRM.

## REFERÊNCIAS

- van der Vleuten C, Freeman A, Collares CF. Progress test utopia. *Perspect Med Educ.* 2018;7(2):136-8. doi: 10.1007/s40037-018-0413-1
- Wigley W, van der Vleuten CP, Freeman A, Muijtjens A. A systemic framework for the progress test: strengths, constraints and issues: AMEE Guide No. 71. *Med Teach.* 2012;34(9):683-97. doi: 10.3109/0142159X.2012.704437
- Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 3, de 8 de abril de 2019. Dispõe a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2019 Abr. 11 [cited 2019 May 7];Sect. 1:192. Available from: [https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71090760](https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71090760)
- Dijksterhuis MG, Scheele F, Schuwirth LW, Essed GG, Nijhuis JG, Braat DD. Progress testing in postgraduate medical education. *Med Teach.* 2009;31(10):e464-8. doi: 10.3109/01421590902849545
- Karay Y, Reiss B, Schaubert SK. Progress testing anytime and anywhere – Does a mobile-learning approach enhance the utility of a large-scale formative assessment tool? *Med Teach.* 2020;42(10):1154-62. doi: 10.1080/0142159X.2020.1798910
- Romão GS, Fernandes CE, Sá MF. Teste de Progresso Individual do Residente em GO: relato da experiência do primeiro ano de implantação no Brasil. *Femina.* 2019;47(5):282-7.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Edital do Teste de Progresso Individual para Residentes em Ginecologia e Obstetrícia – TPI-GO [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/TEGO/2020/EDITAL-TPI-Corrigido.pdf>
- Sá MF. Shortcomings in the training program of medical residency during the COVID-19 pandemic in Brazil. How will they be repaired? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(3):155-7. doi: 10.1055/s-0041-1728694

# Acusações de assédio: cuidados na assistência

Maria Celeste Osório Wender<sup>1</sup>, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio<sup>2</sup>

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

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



**N**a sua prática diária, o ginecologista e obstetra deve ser bastante cauteloso com o delicado tema do risco de ter suas ações interpretadas como abuso ou assédio sexual. O assédio sexual é definido como toda conduta insistente e persecutória, com conotação sexual não desejada pela vítima, resultando em violação da liberdade sexual. É, portanto, uma ação ofensiva que atenta contra a disponibilidade sexual da pessoa assediada.<sup>(1)</sup> O assédio pode ocorrer de forma verbal, não verbal e física. Indubitavelmente, o aumento das denúncias e o aumento da proteção e segurança das vítimas nas normas são fatos que devem ser bastante valorizados e representam o necessário avanço e aprimoramento dos mecanismos de punição e julgamento dos crimes sexuais, em todas as esferas. Qualquer situação duvidosa ou qualquer mínimo indício deve ser denunciado SIM, pelas pacientes, acompanhantes, funcionários, terceiros ou mesmo colegas médicos que tomem conhecimento às sociedades médicas locais, ao conselho estadual e a outras autoridades competentes.

A Febrasgo estimula e endossa a valorização da palavra da vítima e as investigações e punições exemplares e rigorosas. É fato que a abordagem do assédio sexual está passando por mudanças significativas e cabe a toda sociedade médica, independentemente do gênero, encarar essas questões como inadmissíveis em qualquer esfera.<sup>(2)</sup>

Porém, este artigo não tem como objetivo abordar os casos suspeitos de assédio nem estimular subnotificações de qualquer espécie. O objetivo é ajudar os médicos ginecologistas éticos e respeitosos, que são certamente a maioria, a não deixarem dúvidas em relação à sua conduta ética e repleta de dignidade na sua relação médico-paciente.

Pela natureza da especialidade, o médico ginecologista e obstetra lida com a região íntima, com abordagem de questionamentos detalhados sobre a vida sexual, com exame físico da região genital e tantos outros aspectos que podem causar constrangimento e apresentam risco exacerbado de que uma pequena falha de comunicação possa prejudicar a lisura de toda a boa intenção. A sexualidade, querendo ou não, permeia o trabalho de todo ginecologista e obstetra.<sup>(3)</sup>

O primeiro passo é ter consciência da dimensão e da gravidade do problema e jamais menosprezar a situação de vulnerabilidade extrema e de exposição ao risco de ações suspeitas de assédio que a profissão que lida com a nudez e intimidade das pacientes nos traz a cada atendimento realizado no dia a dia.

O médico deve estar atento às definições legais e às atualizações sobre o tema e usar esses conceitos como forma de balizar a correção de sua conduta a cada instante.

Durante a anamnese, devem ser rigorosamente evitadas quaisquer insinuações de conotação sexual, por meio de comunicação verbal ou escrita, olhares, gestos, entre outras formas, sem qualquer mínimo deslize. Nunca podem ser utilizadas piadas e frases de duplo sentido nem ser feitas alusões que produzam embaraço e sensação de vulnerabilidade ou perguntas indiscretas sobre a vida privada. A aproximação física inoportuna é inconcebível, bem como qualquer toque ou criação de situações de contato corporal ou qualquer conotação sexual.<sup>(4)</sup> A postura e a conversa devem ser profissionais e cautelosas, notadamente nas questões que sejam relacionadas à atividade sexual, prazer, lubrificação e outros temas sensíveis, com atenção à formulação das perguntas, manejo empático e com profissionalismo das respostas e adequação ao nível de aprofundamento permitido pela paciente. Na dúvida, recomenda-se sempre perguntar antes de iniciar questionamentos sobre questões mais íntimas, como forma de obter consentimento tácito, por exemplo, com colocações como “agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua atividade sexual. Posso? Tudo bem para a senhora?”. Além disso, deve ser mantida linguagem técnica, acessível e respeitosa, sendo absolutamente inaceitável o uso de palavras ou expressões pejorativas ou de conteúdo impróprio ou obsceno.<sup>(1)</sup>

No momento do exame físico, a presença de auxiliar de enfermagem e/ou do acompanhante de escolha da paciente, se ela assim o desejar, é fundamental, independentemente do sexo do médico.<sup>(3)</sup> Deve-se estar atento a quaisquer manifestações ou expressões de desconforto, medo, surpresa ou dúvida por parte das pacientes, dirimindo qualquer dúvida ou prestando todos os esclarecimentos sempre que necessário.<sup>(3,4)</sup> A presença de um auxiliar de sala, além da comodidade e melhoria inquestionável das condições técnicas, também configura o claro respeito a princípios éticos que possam transmitir maior tranquilidade e confiança à paciente, preservando a relação médico-paciente.<sup>(3-5)</sup>

A solicitação de ter um acompanhante presente durante o exame físico deve ser SEMPRE respeitada, independentemente do sexo do ginecologista e do sexo do acompanhante.<sup>(3-5)</sup>

O exame físico deve ser realizado sempre com o consentimento em cada etapa. As áreas não examinadas naquele momento podem ser cobertas para preservar o pudor da paciente. Devem ser explicados às pacientes, previamente e de forma detalhada, os procedimentos que se realizarão durante o exame ginecológico.<sup>(4,5)</sup> O exame físico deve ser realizado com o mínimo de contato físico necessário para obter os dados indispensáveis para o diagnóstico e o tratamento.<sup>(3,5)</sup> Nenhuma técnica ou manobra divergente da descrita na literatura médica para o exame físico e propedêutica pode ser utilizada, e



o consentimento, a autonomia e os limites da paciente devem ser sempre respeitados.

Caso haja necessidade de algum exame mais invasivo, uma biópsia, por exemplo, recomenda-se a utilização de termo de consentimento. Este termo não exime o médico de sua responsabilidade, mas pode ajudar em uma eventual defesa. Deve-se lembrar que o termo de responsabilidade é um documento em que o médico fará constar o estado clínico, o tratamento necessário, as possíveis complicações e a necessidade da participação efetiva da paciente e de familiares para o sucesso dos procedimentos. Deve ser bem elaborado e assinado por duas testemunhas, já que nele o médico comprovará que todos estavam cientes dos riscos. A Febrasgo disponibiliza vários modelos de termos de consentimento, editáveis e revisados pela Comissão de Defesa e Valorização Profissional, na sua área para associados.

A atração pode acontecer de ambas as partes, mas cabe ao médico a atenção aos mecanismos psicológicos envolvidos, ao risco de idealização e transferência e contratransferência inadequadas e à consciência da sua responsabilidade em uma relação de poder assimétrico, sendo vedado o relacionamento na vigência do vínculo como paciente.<sup>(3)</sup> O contato sexual médico-paciente inclui qualquer toque nas diversas partes do corpo “com a intenção de provocar ou de satisfazer o desejo sexual do paciente, do médico ou de ambos”. De acordo com Gauer *et al.*,<sup>(6)</sup> o contato sexual médico-paciente é eticamente incorreto, independentemente de quem toma a iniciativa de sexualizar a relação terapêutica que deve existir entre ambos. Esse caráter de transgressão existe porque o contato sexual entre médico e paciente não é consensual: o paciente não é capaz de dar um consentimento moralmente válido a seu médico no sentido de permitir um relacionamento sexual com ele, porque os elementos fundamentais para que isso ocorra – intencionalidade, entendimento substancial, livre escolha e autorização autônoma – estão ausentes. No sentido de evitar o contato sexual médico-paciente, a Associação Médica Canadense refere que é responsabilidade do médico estabelecer e manter os limites de comportamento aceitáveis para si próprio e para seus pacientes.

Depois do fim da relação médico-paciente, que pode ser entendido como o momento em que os serviços médicos não são mais necessários ou desejados ou foram formalmente encerrados, pode ser descaracterizada a infração ética.<sup>(6)</sup> Entretanto, relacionamentos sexuais ou românticos com ex-pacientes ainda podem ser tipificados ou considerados antiéticos no caso de haver, por parte do médico, abuso da confiança, utilização de dados, conhecimento, emoções ou influência derivados do prévio relacionamento profissional.<sup>(3)</sup>

Os cuidados aqui elencados favorecem a necessária clareza, transparência e reforço da ética e do respeito no atendimento às pacientes. Sobre o tema, destacam-se os seguintes artigos do Código de Ética Médica (CEM),<sup>(7)</sup> que preveem as seguintes vedações:

“Art. 38. É vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais [...]”

Art. 40. É vedado ao médico aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.”

Nos casos em que as investidas da paciente ou qualquer outro sentimento ou situação venha a prejudicar a interpretação ou a execução ética da atividade profissional, o médico pode valer-se da exceção prevista no artigo 36, parágrafo 1º, do CEM,<sup>(7)</sup> que permite ao médico renunciar ao atendimento se ocorrerem fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, desde que comunique previamente ao paciente ou representante legal e assegure a continuidade dos cuidados, além de fornecer todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Essas reflexões são importantes para aprimorar o zelo e o cuidado na relação médico-paciente em Ginecologia e Obstetrícia e podem e devem resultar em aplicações práticas importantes e preventivas para a rotina dos associados da Febrasgo, tanto no setor público quanto no privado.

## REFERÊNCIAS

1. Moura J. UERN lança campanha de prevenção ao assédio moral e sexual [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 15]. Available from: <http://portal.uern.br/blog/uern-lanca-campanha-de-prevencao-ao-assedio-moral-e-sexual/>
2. É preciso debater o assédio sexual no meio médico [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 12]. Available from: <https://ipemed.com.br/blog/e-preciso-debater-o-assedio-sexual-no-meio-medico/>
3. Riechelmann JC. Assédio sexual e comportamentos inadequados na relação ginecologista-paciente. In: Boyacıyan K, organizador. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5ª ed. São Paulo: Cremesp; 2018. p. 307-27.
4. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Committee Opinion No. 390: Ethical decision making in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1479-87. doi: 10.1097/01.AOG.0000291573.09193.36
5. Associação Paulista de Medicina. Defesa profissional: consultas [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <http://associacaopaulistamedicina.org.br/defesa-profissional/consulta-defesa>
6. Gauer GJ, Cataldo Neto A, Machado PI, Machado FI. Violação de fronteiras: envolvimento sexual médico-paciente. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 15];58(4):306-10. Available from: [https://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11296/2/Violacao\\_de\\_Fronteiras\\_envolvimento\\_sexual\\_medico\\_paciente.pdf](https://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11296/2/Violacao_de_Fronteiras_envolvimento_sexual_medico_paciente.pdf)
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2009 set. 24 [cited 2020 Dec 12];Seç. 1:90. Available from: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/>



# Osteoporose: quem tratar e quando pausar o tratamento

Cynthia Maria Alvares Brandão<sup>1</sup>

1. Consultora médica em Osteometabolismo do Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.

O diagnóstico de osteoporose é rotineiramente feito por meio do exame de densitometria óssea por DXA (*dual x-ray absorptiometry*), de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nas mulheres pós-menopausadas, a densidade mineral óssea baixa, relativa a um  $T\text{-score} \leq (-2,5)$  em qualquer sítio ósseo analisado, caracteriza osteoporose. O diagnóstico também pode ser clínico, se houver antecedente de fratura por fragilidade em fêmur (independentemente da densitometria) ou em vértebras, quadril, rádio ou úmero proximal (em pacientes com osteopenia).<sup>(1)</sup>

## Para quem indicar tratamento?

As pacientes com diagnóstico de osteoporose têm indicação de receber tratamento medicamentoso,

cujo maior objetivo é a prevenção de fraturas. Dados acumulados nos últimos 20 anos mostram reduções muito significativas no risco de fraturas e de novas fraturas, com a terapêutica disponível, sejam drogas antirreabsortivas ou anabólicas. Essas drogas apresentam eficácia comprovada, com redução de risco em torno de 60%-70% para fraturas vertebrais, 75%-95% para múltiplas fraturas vertebrais, 40%-50% para fraturas de quadril e de 20%-35% para fraturas não vertebrais.<sup>(2)</sup>

Um enorme contingente de pacientes na pós-menopausa apresenta osteopenia na densitometria óssea e nega antecedentes de fraturas. Para essa população de mulheres osteopênicas, a decisão de iniciar tratamento torna-se um desafio, sendo necessário categorizar o risco de fratura para identificar nesse grupo as pacientes que se beneficiariam da intervenção terapêutica.

Segundo recentes diretrizes,<sup>(3-6)</sup> a **estratificação do risco de fratura**, ou seja, o cálculo do risco absoluto de fratura para os próximos anos, de cada paciente individualmente, deve orientar a indicação de tratamento e inclusive a seleção do medicamento a ser inicialmente prescrito. A estratificação do risco de futuras fraturas osteoporóticas, em mulheres pós-menopausadas, pode ser determinada usando a ferramenta FRAX, um modelo de previsão de risco desenvolvido pela Universidade de Sheffield ([www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX)), nos mesmos moldes do escore de Framingham para avaliar risco cardiovascular. A calculadora FRAX foi validada em várias coortes independentes e calibrada para os dados epidemiológicos de fratura e morte em mais de 60 países, cobrindo cerca de 80% da população mundial em risco.<sup>(7)</sup>

O FRAX Brasil, baseado em estudos brasileiros de risco de fratura, está disponível no site da Abrasso (Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo): <https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora>. Essa calculadora considera vários fatores clínicos de risco, como idade, sexo, raça, índice de massa corporal (IMC), antecedente pessoal de fratura, antecedente de fratura de quadril em pai ou mãe, tabagismo atual, abuso de álcool, uso crônico de glicocorticoides e presença de comorbidades, como doenças inflamatórias crônicas. O valor absoluto da densidade mineral óssea do colo femoral pode ser incluído, quando disponível. Os resultados do FRAX, com ou sem a medida da densidade mineral óssea, mostram a probabilidade em 10 anos de uma fratura osteoporótica maior (MOF – fratura clínica de vértebra, rádio, úmero proximal e quadril) ou de uma fratura de quadril isolada.

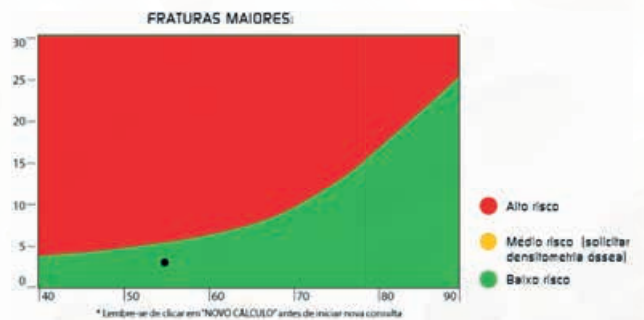
O limiar de risco que sugere intervenção terapêutica adotado no Brasil é o mesmo utilizado em vários países europeus onde o acesso à densitometria óssea também é limitado. A metodologia foi elaborada pelo *National Osteoporosis Guideline Group* (NOGG/UK) e compara o risco da paciente com a probabilidade de fratura de uma mulher da mesma idade, IMC e raça que tenha tido uma fratura prévia por fragilidade. A figura 1 mostra exemplos hipotéticos da calculadora FRAX associada à metodologia NOGG/UK.

Os indivíduos com antecedente de fratura osteoporótica apresentam o dobro do risco de nova fratura nos anos subsequentes, e o risco é particularmente elevado no primeiro ano, com pouca influência da idade e da densidade mineral óssea. Esse é o grupo populacional que mais se beneficia com o tratamento da osteoporose. O aumento agudo do risco de refratura imediatamente após uma MOF pode ser minimizado por intervenção terapêutica; dessa forma, o início imediato de tratamento nesses pacientes ditos como de muito alto risco ou com **risco iminente de fratura** deve ser imperativo.<sup>(8,9)</sup> A causa desse aumento agudo no risco de fratura após uma fratura índice pode estar associado a imobilização, diminuição da atividade física e alterações na coordenação motora e equilíbrio.<sup>(10)</sup>

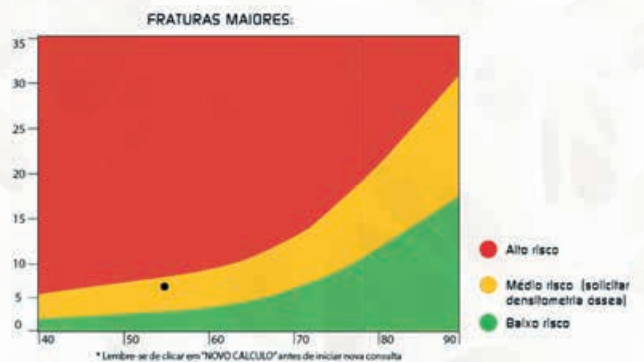
Para melhor estratificação de risco, mulheres osteoporóticas ou com osteopenia associada a fatores clínicos, em especial com idade > 70 anos ou em uso de corticosteroides, devem ter a coluna torácica e lombar avaliadas

para rastreamento ativo de fraturas vertebrais assintomáticas. Essa pesquisa pode ser feita por meio de radiografia convencional ou pelo emprego do VFA (*Vertebral Fracture Assessment*), um *software* do densitômetro que permite a visualização da coluna lateral e a avaliação qualitativa da altura dos corpos vertebrais no momento do exame de densitometria óssea.

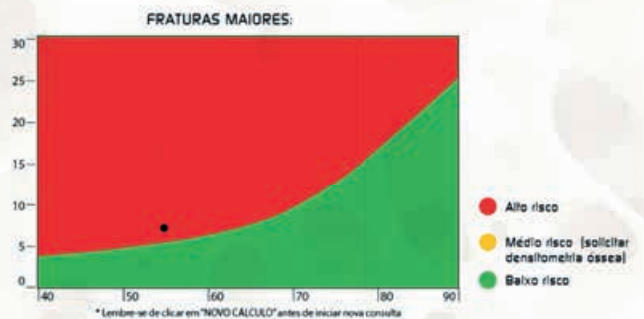
Outra inovação trazida pelas diretrizes mais recentes, além da **estratificação do risco de fratura** e da identificação da paciente com **risco iminente de fratura**, é a demonstração de que o uso inicial de anabólicos no tratamento da osteoporose, em comparação aos antirreabsortivos, traz uma redução de risco mais rápida e maior, alterando as estratégias terapêuticas anteriormente propostas, em particular para indivíduos com muito alto risco de fratura (Figura 2).



a) Paciente de 54 anos, osteopênica, sem outros fatores de risco



b) Paciente de 54 anos, com fratura vertebral, sem densitometria óssea



c) Paciente de 54 anos, osteopênica, com fratura vertebral

Figura 1. Simulações de cálculo do risco de uma fratura osteoporótica maior pelo FRAX/NOGG

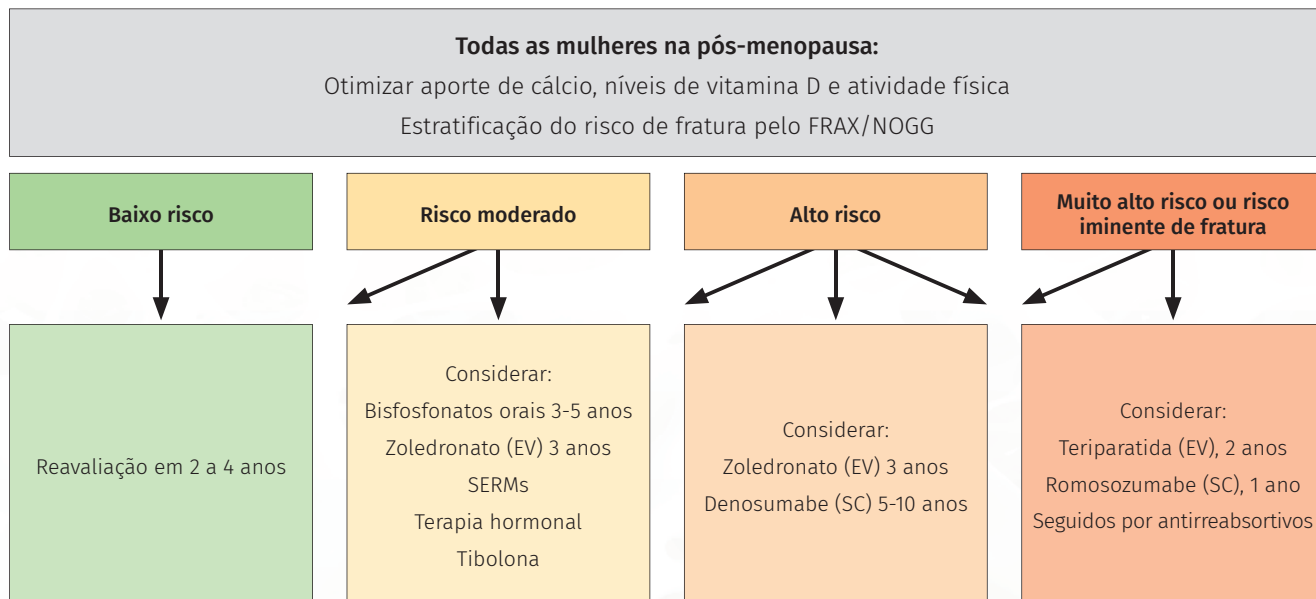


Figura 2. Diagrama simplificado para tratamento da osteoporose pós-menopausa

### Quando pausar o tratamento?

Dados de literatura correlacionando eficácia antifratura e eventos adversos sugerem que utilizemos inicialmente os bisfosfonatos orais por três a cinco anos e o zoledronato, em doses anuais, por três anos. Após esse período, a paciente deve ser reavaliada para se considerar a possibilidade de suspensão da droga *se houver baixo risco*, ou seja, sem risco imediato de fratura, com *T-score* atual > (-2,5), sem antecedente de fraturas osteoporóticas. Nesse grupo de pacientes, poderíamos realizar uma pausa (*drug holiday*) por um período variável, na dependência de surgirem novos fatores de risco ou perda de massa óssea observada na densitometria. Não se justifica a suspensão do tratamento em pacientes com alto risco de fratura, com *T-score* ≤ (-2,5), ou com fratura prévia, usuárias crônicas de glicocorticóides, ou com histórico de quedas frequentes. O tratamento deve ser mantido enquanto os benefícios esperados superarem os riscos potenciais.<sup>(11)</sup>

A duração ideal da pausa da terapia com bisfosfonatos não está estabelecida e varia dependendo das características da droga usada e da própria paciente. A afinidade de ligação ao osso é maior com o zoledronato, seguido pelo alendronato, e menor com o risedronato; portanto, espera-se que a pausa possa ser mais longa após tratamento com zoledronato e mais curta com risedronato. A retomada do tratamento deve ser feita se ocorrer fratura ou perda significativa de densidade mineral óssea. O aumento dos marcadores de reabsorção óssea (por exemplo, telopeptídeos C-terminais, telopeptídeo C-terminal (CTX) sérico) para níveis de pré-tratamento também podem indicar aumento do risco de fraturas, mas esse parâmetro não se aplica às pacientes com osteoporose que apresentavam marcadores de reabsorção óssea baixos antes do início do tratamento.<sup>(12)</sup>

Quanto ao denosumabe, anticorpo monoclonal anti-RANK-L (Prolia®, Amgen), a medicação deve ser usada até o paciente reduzir seu alto risco de fratura, em doses

subcutâneas semestrais, com reavaliação após esse período. Os pacientes de alto risco devem permanecer em tratamento por maior período de tempo. A extensão do estudo FREEDOM mostrou a segurança do uso até 10 anos, com aumento progressivo da densidade mineral óssea e baixa incidência de complicações, como fraturas atípicas ou osteonecrose de mandíbula.<sup>(13)</sup> De modo oposto aos bisfosfonatos, o denosumabe não permanece incorporado ao tecido ósseo e sua ação cessa totalmente cerca de seis meses após a última dose. Por essa razão, não se devem fazer pausas ou *drug holiday* durante o tratamento com denosumabe. A partir de 2016, começaram a surgir relatos de fraturas vertebrais múltiplas em usuários de denosumabe, após a interrupção da droga, relacionadas a elevada remodelação e perda óssea rápida. Com base nesses dados, as pacientes com alto risco de fraturas, após três a cinco anos de denosumabe, devem ser reavaliadas para permanecer em uso da droga por período maior de tempo ou receber terapia oral ou endovenosa com bisfosfonatos para evitar o rebote da remodelação óssea. As pacientes com baixo risco de fratura após tratamento com denosumabe podem receber bisfosfonatos orais ou mesmo um SERM, para evitar a alta remodelação e preservar o ganho de massa óssea obtido. Até o momento, não há consenso de qual o melhor esquema terapêutico com bisfosfonatos a ser usado após a interrupção do denosumabe, para a prevenção da perda rápida de osso.<sup>(14)</sup>

Os anabólicos disponíveis no Brasil – a teriparatida (Forteo®, Eli Lilly) e o recém-lançado romosozumabe (Evenity®, Amgen), anticorpo monoclonal antiesclerotina – apresentam prazos estabelecidos de uso de dois e um ano, respectivamente. A seguir, a paciente deve receber medicação antirreabsortiva, denosumabe ou bisfosfonatos para impedir a perda da massa óssea adquirida durante o tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Siris ES, Adler R, Bilezikian J, Bolognese M, Dawson-Hughes B, Favus MJ, et al. The clinical diagnosis of osteoporosis: a position statement from the National Bone Health Alliance Working Group. *Osteoporos Int*. 2014;25(5):1439-43. doi: 10.1007/s00198-014-2655-z
2. Barrionuevo P, Kapoor E, Asi N, Alahdab F, Mohammed K, Benkhadra K, et al. Efficacy of pharmacological therapies for the prevention of fractures in postmenopausal women: a network meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(5):1623-30. doi: 10.1210/jc.2019-00192
3. Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an Endocrine Society Guideline Update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(3):dgaa048. doi: 10.1210/clinem/dgaa048
4. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldeiry LS, Farooki A, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocr Pract*. 2020;26 Suppl 1:1-46. doi: 10.4158/GL-2020-0524SUPPL
5. Kanis JA, Harvey NC, McCloskey E, Bruyère O, Veronese N, Lorentzon M, et al. Algorithm for the management of patients at low, high and very high risk of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*. 2020;31(1):1-12. doi: 10.1007/s00198-019-05176-3
6. Radominsk SC, Bernardo W, Paula AP, Albergaria BH, Moreira C, Fernandes CE, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57 Supl 2:S452-66. doi: 10.1016/j.rbre.2017.07.001
7. Kanis JA, Harvey NC, Cooper C, Johansson H, Odén A, McCloskey EV, et al. A systematic review of intervention thresholds based on FRAX: a report prepared for the National Osteoporosis Guideline Group and the International Osteoporosis Foundation. *Arch Osteoporos*. 2016;11(1):25. doi: 10.1007/s11657-016-0278-z
8. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, Johansson H, Oden A, Delmas P, et al. A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Bone*. 2004;35(2):375-82. doi: 10.1016/j.bone.2004.03.024
9. Johansson H, Siggeirsdóttir K, Harvey NC, Odén A, Gudnason V, McCloskey E, et al. Imminent risk of fracture after fracture. *Osteoporos Int*. 2017;28(3):775-80. doi: 10.1007/s00198-016-3868-0
10. van Helden S, Wyers CE, Dagnelie PC, van Dongen MC, Willems G, Brink PR, et al. Risk of falling in patients with a recent fracture. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:55. doi: 10.1186/1471-2474-8-55
11. McClung M, Harris ST, Miller PD, Bauer DC, Davison KS, Dian L, et al. Bisphosphonate therapy for osteoporosis: benefits, risks, and drug holiday. *Am J Med*. 2013;126(1):13-20. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.06.023
12. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Clarke BL, Harris ST, Hurley DL, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis – 2016. *Endocr Pract*. 2016;22 Suppl 4:1-42. doi: 10.4158/EP161435.GL
13. Bone HG, Wagman RB, Brandi ML, Brown JP, Chapurlat R, Cummings SR, et al. 10 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the phase 3 randomised FREEDOM trial and open-label extension. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017;5(7):513-23. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30138-9
14. Tsourdi E, Langdahl B, Cohen-Solal M, Aubry-Rozier B, Eriksen EF, Guañabens N, et al. Discontinuation of denosumab therapy for osteoporosis: a systematic review and position statement by ECTS. *Bone*. 2017;105:11-7. doi: 10.1016/j.bone.2017.08.003



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

## SUMÁRIO

### FEBRASGO POSITION STATEMENT

#### 359 Síndrome antifosfolípide obstétrica

Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros,  
Ana Maria Kondo Igai, André Luiz Malavasi  
Longo de Oliveira, Marcelo Melzer  
Teruchkin, Fernanda Andrade Orsi

### ARTIGOS ORIGINAIS

#### 367 Fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina no Sul do Brasil

Natália de Amorim Faria, Otto Henrique  
May Feuerschuette, Carolina Marques  
de Avellar Dal-Bó, Catarine Wiggers de  
Campos, Gabriel Eduardo Scopel

#### 373 Perfil de sensibilidade de uropatógenos em gestantes de um hospital de ensino do município de São Paulo

Ana Clara Pinheiro Mott Galvão de Arruda,  
Pedro Augusto Marangoni, Jussara Leiko  
Sato Tebet

### ARTIGO DE REVISÃO

#### 379 Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura

Rafaela Paula Marciano,  
Waldemar Naves do Amaral

# Síndrome antifosfolípide obstétrica

*Número 6 – Junho 2021*

A Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso 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 Antifosfolípide (SAF) é uma trombofilia adquirida e frequentemente associada a resultados obstétricos adversos.
- A gravidade da SAF depende do tipo e complexidade dos anticorpos. Triplo positivo para anticorpos antifosfolípidios e altos títulos de anticorpos são comumente associados a uma doença mais grave.
- Os anticorpos antifosfolípidos descritos para o diagnóstico da síndrome são: IGG e IGM anticardiolipina, anticoagulante lúpico e IGG e IgM antibeta2 GPI.
- A ocorrência de trombose venosa e/ou arterial faz parte do quadro clínico.
- O tratamento da SAF na gravidez consiste no uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) e aspirina em baixa dosagem. A dose para anticoagulação depende da presença ou ausência de trombose prévia e do tipo de morbidade obstétrica.
- Pacientes refratários ao tratamento de anticoagulação podem precisar de terapias adicionais (hidroxicloroquina, prednisona e/ou imunoglobulina intravenosa).

## RECOMENDAÇÕES

- A profilaxia primária de resultados adversos da gravidez com aspirina em baixa dosagem pode ser considerada em portadores de anticorpos antifosfolípidos (AFL) assintomáticos que apresentem um perfil de alto risco.
- A profilaxia primária de resultados adversos da gravidez com aspirina em baixa dosagem e HBPM em dose profilática é recomendada.
- Pacientes com trombose prévia e SAF: anticoagulação de dose intermediária ou completa com HBPM e aspirina em baixa dosagem durante a gravidez.
- Pacientes com desfechos adversos graves na gravidez previamente tratados com aspirina e HBPM devem receber hidroxicloroquina iniciada antes da gravidez, associada a aspirina e HBPM. (nível de evidência 2C).

## CONTEXTO CLÍNICO

A síndrome antifosfolípide (SAF) é uma condição pró-trombótica e inflamatória caracterizada por eventos tromboembólicos ou complicações obstétricas combinadas com a presença de pelo menos um anticorpo antifosfolípide (AFL): anticoagulante lúpico (LAC), anticardiolipina (ACA) ou anti- $\beta$ 2glicoproteína I ( $\alpha$ 2GPI).<sup>(1)</sup>

## DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE

A síndrome antifosfolípide é diagnosticada na presença de pelo menos um dos seguintes critérios clínicos e um dos seguintes critérios laboratoriais:<sup>(1)</sup>

### Critérios clínicos para SAF

#### Morbidade gestacional

- Um ou mais óbitos inexplicáveis de um feto morfológicamente normal com >10 semanas de gestação.
- Um ou mais partos prematuros de um neonato morfológicamente normal com <34 semanas de gestação devido a pré-eclâmpsia grave (PEG) ou eclâmpsia (conforme definições padrão) ou características reconhecidas de insuficiência placentária.

- Três ou mais abortos espontâneos consecutivos inexplicáveis em <10 semanas de gestação, excluindo-se fatores maternos e paternos (como anormalidades anatômicas, hormonais ou cromossômicas).

**Trombose vascular**

Um ou mais episódios clínicos de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos.

- A trombose deve ser confirmada objetivamente.
- Em caso de confirmação histopatológica, a trombose deve estar presente sem inflamação da parede do vaso.

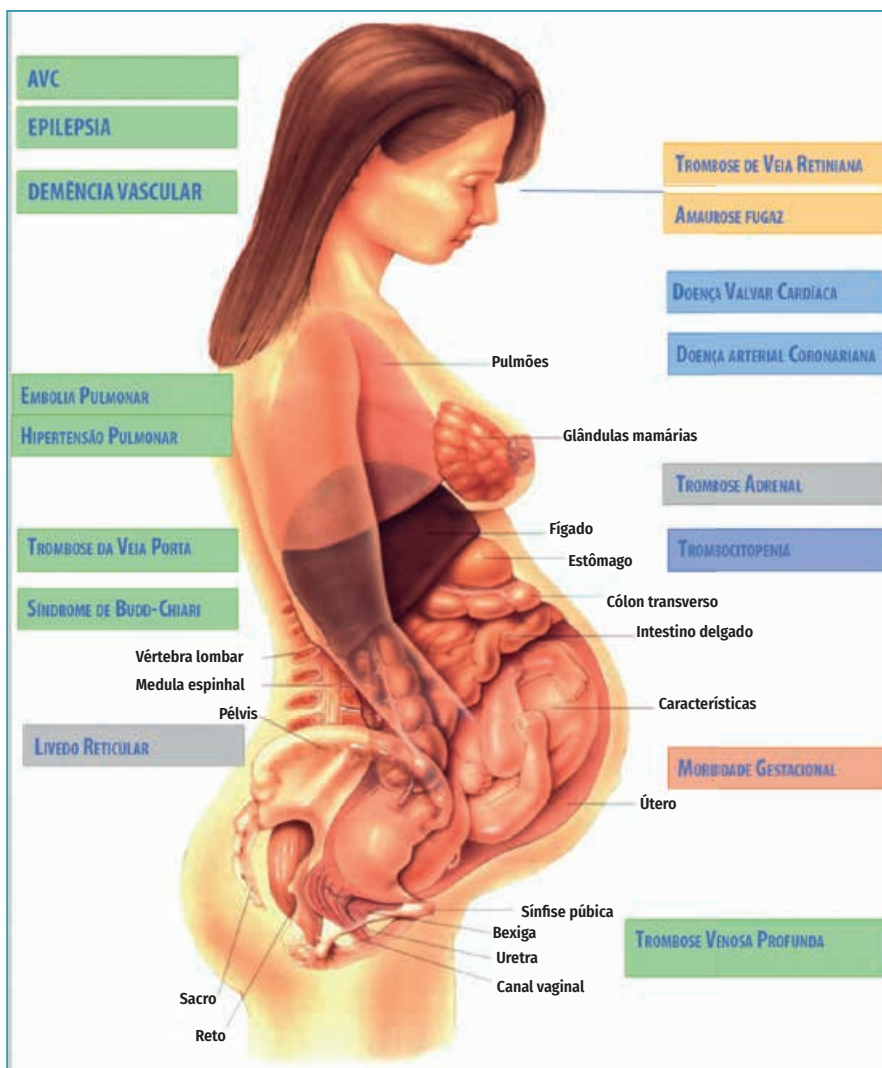
**Crítérios laboratoriais**

1. Anticoagulante lúpico positivo no plasma em duas ou mais ocasiões, com pelo menos 12 semanas de intervalo.

2. Anticardiolipina positiva IgG e/ou IgM no soro ou plasma em título médio ou alto (> 40 GPL ou MPL, ou > percentil 99) em duas ou mais ocasiões, com pelo menos 12 semanas de intervalo.
3. Anticorpo positivo anti-β2glicoproteína I do isotipo IgG e/ou IgM no soro ou plasma (títulos acima do percentil 99) em duas ou mais ocasiões com pelo menos 12 semanas de intervalo.

A síndrome antifosfolípide pode levar a um amplo espectro de complicações trombóticas, como tromboembolismo venoso (TEV), trombose venosa em locais incomuns e trombose arterial e capilar, que são altamente suscetíveis à recorrência.<sup>(2)</sup> Há vários outros sintomas e outros órgãos podem estar envolvidos, manifestações que, em parte, não são critério para SAF (Figura 1).

As complicações obstétricas são abortos recorrentes inexplicáveis (idade gestacional [IG] <10 semanas), morte de um feto morfologicamente normal,



**Figura 1.** Manifestações clínicas da síndrome antifosfolípide em mulheres

nascimento prematuro (IG <34 semanas) devido a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP ou crescimento intrauterino restrito (CIUR).<sup>(1,3)</sup>

Embora os anticorpos antifosfolípidos sejam a base das manifestações trombóticas e obstétricas da SAF, diferentes mecanismos estão associados a cada variante.<sup>(4)</sup> Apesar de um estado pró-trombótico ser a marca registrada da trombose na SAF, a SAF obstétrica é caracterizada por placentação defeituosa devido à inflamação, ativação do sistema complemento, hipercoagulabilidade e anormalidades na remodelação vascular dos vasos uterinos, que podem não estar relacionadas às lesões trombóticas.<sup>(4)</sup> Apesar de a trombose e manifestações obstétricas serem variantes distintas da SAF, a maioria dos pacientes apresenta ambas as complicações.<sup>(5)</sup>

A síndrome antifosfolípide primária ou associada a lúpus eritematoso sistêmico (LES) pode representar vários problemas à saúde das mulheres em termos de contracepção, reprodução e tratamento da menopausa. O atendimento ao paciente na prática médica diária pode ser comprometido pela apresentação clínica heterogênea e pelas abordagens terapêuticas disponíveis. O objetivo desta revisão e documento de posicionamento é oferecer recomendações úteis sobre o manejo de mulheres com SAF para a comunidade médica.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA SAF

Os anticorpos antifosfolípidos são amplamente usados como marcadores diagnósticos da SAF. Os seguintes anticorpos e títulos são considerados critérios laboratoriais para o diagnóstico de SAF: i) LAC positivo; ii) IgG ou IgM ACA em título médio ou alto (> 40 GPL/MPL ou >percentil 99); iii) IgG ou IgM aβ2GP1 em título médio ou alto (>percentil 99). Pelo menos um dos critérios laboratoriais deve estar presente em duas ou mais ocasiões, com pelo menos 12 semanas de intervalo.<sup>(1)</sup>

Além de ser utilizado para o diagnóstico, o perfil desses anticorpos também pode desempenhar um papel na apresentação clínica da doença. Miyakis *et al.*<sup>(1)</sup> sugeriram que a SAF deve ser categorizada de acordo

com a positividade do AFL, como tipo I (um AFL positivo), tipo IIa (presença somente de LAC), tipo IIb (presença somente de ACA) e tipo IIc (presença somente de aβ2GP1). Recentemente, Pengo *et al.*<sup>(6)</sup> sugeriram que a positividade para os três anticorpos AFL, conhecida como tripla positividade, era um fator de risco independente para trombose em portadores assintomáticos de AFL. Estudos clínicos sugerem que a positividade de LAC isoladamente, a positividade dupla e a tripla estão associadas a alto risco de complicações de SAF (Tabela 1).

## PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS: COMO MANEJAR ESSAS PACIENTES?

### Complicações obstétricas em portadores de AFL assintomáticos

A primeira evidência ligando a positividade AFL a resultados adversos da gravidez surgiu no início dos anos 1990. Em estudo observacional prospectivo, Lynch *et al.*<sup>(8)</sup> avaliaram 389 gestantes pela primeira vez, das quais 95 (24%) apresentavam AFL positivo. Durante o acompanhamento, a perda fetal foi observada em cerca de 16% das portadoras de AFL e 6,5% das pacientes com AFL negativo, o que gerou um risco 2,5 vezes maior de perda fetal em mulheres portadoras de AFL do que em não AFL.<sup>(8)</sup> Esses resultados foram confirmados por estudos de coorte e caso-controle avaliados posteriormente em uma metanálise, onde os portadores de AFL tinham probabilidade duas a quatro vezes maior de desenvolver resultados adversos na gravidez mediados pela placenta tardia, como pré-eclâmpsia, CIUR e perda fetal tardia.<sup>(9)</sup>

A abordagem mais benéfica para prevenir complicações obstétricas em mulheres portadoras de AFL ainda não foi definida. Como a avaliação de dados clínicos sobre profilaxia primária de complicações obstétricas é escassa e baseada em dados observacionais ou baixo número de casos, as evidências disponíveis são de baixa qualidade. Um estudo randomizado com 19 pacientes assintomáticos com AFL positivo não mostrou

**Tabela 1.** Definições de perfil de anticorpo antifosfolípide de alto e baixo risco (AFL)

Perfil AFL de alto risco	Perfil AFL de baixo risco
Anticoagulante lúpico persistentemente positivo (medido de acordo com as diretrizes ISTH), ou	Anticorpos de glicoproteína I ACA ou antibeta2 isolados em títulos baixos/médios, particularmente se forem positivos transitórios
Positividade dupla de AFL (qualquer combinação de anticoagulante lúpico, anticorpos ACA ou anticorpos antibeta2 glicoproteína I), ou	
Positividade tripla de AFL, ou	
Títulos AFL persistentemente altos	

ISTH: Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia; ACA: anticardiolipina; AFL: antifosfolípidos.

Fonte: Modificado de: Tektonidou *et al.* (2019).<sup>(7)</sup>

benefícios no uso de aspirina em baixa dosagem (85 mg 1x/dia) em comparação com o tratamento usual, embora o número de eventos adversos, como perda fetal e CIUR, fosse baixo e o estudo fosse insuficiente para mostrar diferenças reais entre os tratamentos.<sup>(10)</sup> Mais recentemente, em um estudo retrospectivo, Del Ross *et al.*<sup>(11)</sup> descreveram o efeito da aspirina em baixa dosagem (100 mg 1x/dia) nos resultados de 139 gestações em mulheres AFL positivas que não preenchiam os critérios para SAF. O risco de aborto espontâneo, prematuridade e CIUR foi semelhante entre as mulheres que usaram ou não aspirina em baixa dosagem, e a frequência de nascidos vivos foi alta (acima de 92%), independentemente do tratamento.<sup>(11)</sup>

Embora nenhuma evidência clínica apoie a profilaxia primária de complicações obstétricas entre portadores de AFL, os estudos disponíveis não avaliaram a profilaxia em pacientes com perfil de alto risco (positividade LAC isoladamente, positividade dupla e tripla) em que o risco de resultados adversos pudesse justificar a intervenção médica precoce. Para isso, os especialistas em SAF da Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) concordaram recentemente que é razoável considerar o uso de aspirina em baixa dosagem (75-100 mg 1x/dia) em mulheres grávidas assintomáticas com perfil de AFL de alto risco (Tabela 1) e nenhuma história de trombose ou complicações obstétricas.<sup>(7)</sup> A tabela 2 mostra um resumo dos tratamentos de acordo com o perfil clínico das pacientes.

### Complicações obstétricas em pacientes com SAF: está tudo resolvido?

Em uma grande coorte de 1.000 pacientes com SAF (muitas das quais com LES) que avaliou 188 gestações em dez anos, os riscos absolutos de perda fetal, CIUR e prematuridade foram altos, 16%, 26% e 48%, respectivamente.<sup>(5)</sup> Curiosamente, embora a proporção de perda precoce da gravidez tenha diminuído (de 35% para 16%) combinada com maiores chances de nascimento (de 47% para 73%) durante o período de dez anos de acompanhamento, o risco de um nascido vivo com prematuridade ou CIUR permaneceu extremamente alto (acima de 30%).<sup>(5)</sup> Essa observação destaca que, embora as estratégias atuais pareçam eficazes para prevenir abortos espontâneos em mulheres com SAF, há necessidades clínicas não atendidas no tratamento de complicações tardias da gravidez relacionadas com a SAF. Os primeiros estudos randomizados que avaliaram as abordagens de tratamento para a prevenção de abortos recorrentes foram realizados no final dos anos 1990 e início de 2000. Em um ensaio clínico randomizado, Rai *et al.*<sup>(13)</sup> demonstraram que a combinação de aspirina em baixa dosagem e heparina de baixo peso molecular foi superior à aspirina em baixa dosagem isoladamente na prevenção de abortos espontâneos em pacientes com SAF. A proporção de nascidos vivos foi cerca de duas vezes maior no grupo que recebeu aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular (71%) em comparação com o grupo que recebeu apenas aspirina em baixa dosagem (42%).<sup>(13)</sup> Embora um ensaio randomizado subsequente

**Tabela 2.** Manejo de mulheres grávidas com anticorpos antifosfolípidios ou SAF

Manifestações clínicas	Tratamento	Evidência
Presença persistente de AFL sem resultados adversos na gravidez ou trombose	Acompanhamento rigoroso do feto e da mãe durante a gravidez com ou sem tratamento com AAS	Nenhum estudo realizado em SAF. Fatores de risco a serem considerados: idade >35 anos, presença de doenças autoimunes, hipertensão crônica.
Positividade persistente para anticorpos antifosfolípidios e história de perda recorrente de gravidez no primeiro trimestre	AAS com HBPM profilático	Ensaio clínico randomizado de baixa qualidade
História anterior de complicações mediadas pela placenta	AAS com HBPM profilático	Ensaio clínico randomizado de baixa qualidade
Pacientes com SAF trombótica (venoso ou arterial)	AAS e dose intermediária ou dose completa de HBPM	Com base em um estudo observacional prospectivo
Anticoagulação no período pós-parto e SAF	Tromboprofilaxia com HBPM por seis semanas após o parto em caso de trombose prévia; duas semanas após o parto, se não houver trombose anterior ou fatores de risco adicionais	Com base em estudos de caso-controle e estudos de coorte

SAF: síndrome antifosfolípide; AFL: anticorpos antifosfolípidios; AAS: aspirina em baixa dosagem; HBPM: heparina de baixo peso molecular. Aspirina em baixa dosagem: 80-150 mg/dia.

Fonte: Adaptado de: Czwalińska e Bergmann (2020).<sup>(12)</sup>

não tenha demonstrado diferenças entre aspirina em baixa dosagem isoladamente e aspirina em baixa dosagem associada a terapias de heparina de baixo peso molecular em mulheres grávidas com SAF e abortos recorrentes,<sup>(14)</sup> o estudo teve vários problemas metodológicos, como a inclusão de mulheres grávidas após o 12ª semana de gestação e alta proporção de violações do protocolo (25% das mulheres mudaram de braço do estudo). Outros estudos observacionais e metanálises confirmaram a superioridade da aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular na prevenção de perdas gestacionais precoces. Um estudo observacional que avaliou 176 mulheres AFL/SAF com abortos recorrentes e 517 mulheres com abortos inexplicáveis demonstrou que a chance de nascimento de um filho vivo foi mais de duas vezes maior em mulheres AFL/SAF usando aspirina em baixa dosagem e heparina de baixo peso molecular em comparação com aquelas usando apenas aspirina em baixa dosagem.<sup>(15)</sup> Quaisquer efeitos do tratamento com aspirina em baixa dosagem ou aspirina em baixa dosagem mais heparina de baixo peso molecular foram observados nas mulheres grávidas com abortos anteriores inexplicados.<sup>(15)</sup> Em uma metanálise de cinco ensaios clínicos randomizados, o uso de aspirina em baixa dosagem mais heparina de baixo peso molecular foi globalmente associado a taxas mais altas de nascidos vivos do que aspirina em baixa dosagem isoladamente, embora não tenha havido diferença entre as duas estratégias de tratamento em relação às taxas de parto prematuro e pré-eclâmpsia.<sup>(16)</sup>

As estratégias de tratamento para prevenir complicações tardias da gravidez foram avaliadas recentemente pelo ensaio FRUIT. Neste estudo, 32 mulheres grávidas com SAF e história de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP em gestações anteriores foram randomizadas para receber aspirina em baixa dosagem mais heparina de baixo peso molecular ou apenas aspirina em baixa dosagem durante a gravidez em curso na ocasião. O estudo demonstrou que o risco absoluto desses distúrbios hipertensivos da gravidez não foi reduzido pelo uso de aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular, em comparação com aspirina em baixa dosagem isoladamente, sugerindo que aspirina em baixa dosagem associada a heparina não traz benefícios adicionais para o tratamento com aspirina em baixa dosagem isoladamente em termos de prevenção de complicações no final da gravidez.<sup>(17)</sup>

Considerando a evidência de que o uso de aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular é superior à aspirina em baixa dosagem isoladamente na redução de abortos espontâneos, mas não em resultados adversos no final da gravidez em mulheres com SAF, o uso de aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular é

sugerido durante toda a gravidez para prevenir aborto espontâneo recorrente e perda fetal em mulheres com SAF. Em mulheres com SAF e parto prematuro anterior devido a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP ou insuficiência placentária, a aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular ou aspirina em baixa dosagem isoladamente pode ser usada para prevenir a recorrência dessas complicações no final da gravidez.<sup>(7)</sup>

## MANEJO DE SAF OBSTÉTRICA REFRACTÁRIA

Pesquisa europeia publicada recentemente de mil casos de SAF obstétrica revelou que, até o momento, a proporção de perda fetal ainda é muito alta (em 27%) entre mulheres com SAF<sup>(18)</sup> e aborto espontâneo recorrente é o desfecho negativo mais frequente, apesar do avanço das estratégias terapêuticas para tratamento de pacientes ocorrido nos últimos anos.

Certamente, o risco de falha no tratamento é uma questão importante que pode afetar mais de 20% das pacientes com SAF obstétrica e alguns fatores de risco associados à falha no tratamento foram identificados. Em um grande estudo multicêntrico caso-controle, a ocorrência de falha no tratamento foi mais provável entre mulheres com LES ou outras doenças autoimunes, história de trombose e complicações na gravidez e tripla positividade para AFL.<sup>(19)</sup> Um estudo de coorte multicêntrico recente confirmou que a presença de doença autoimune, consumo de complemento e trombose prévia foram fatores de risco para a ocorrência de resultados adversos na gravidez na SAF, independentemente da abordagem de tratamento usada para prevenção desses resultados.<sup>(20)</sup>

Vários tratamentos clínicos para o tratamento da SAF obstétrica refratária têm sido descritos, como hidroxicloroquina, glicocorticoides, imunoglobulina e plasmaférese.<sup>(21-24)</sup> No entanto, eles foram descritos principalmente em estudos de série de casos e não há evidências clínicas robustas para apoiar o uso dessas terapias. A melhor evidência disponível vem de dois estudos de coorte recentes. Dois estudos multicêntricos retrospectivos demonstraram os benefícios da adição de hidroxicloroquina ao tratamento convencional para aumentar as taxas de nascidos vivos em casos de SAF obstétrica refratária.<sup>(25,26)</sup> Um estudo muito recente, publicado em 2020, mostrou que as combinações de aspirina em baixa dosagem com heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica podem melhorar os resultados da gravidez em pacientes com complicações graves neste período.<sup>(26)</sup> No entanto, esses estudos sofrem de confusão por viés de indicação, já que a estratégia de tratamento não foi designada aleatoriamente, mas escolhida com base nas características clínicas dos pacientes. Além disso, grande parte dos tratamentos alternativos foi comparada com dados

históricos, o que pode resultar em diversos vieses de informação. Em conjunto, os dados disponíveis apontam para um possível efeito da hidroxicloroquina na melhoria dos resultados da gravidez na SAF. Para confirmar essas suspeitas, dois ensaios clínicos randomizados estão sendo realizados para avaliar o impacto da hidroxicloroquina em adição à terapia padrão na melhora dos resultados da gravidez em mulheres com SAF obstétrica,<sup>(18,27)</sup> mas os resultados desses estudos ainda não estão disponíveis.

Até o momento, as sugestões atuais para o tratamento de SAF obstétrica refratária à aspirina em baixa dosagem associada a heparina de baixo peso molecular profilática são baseadas apenas na opinião de especialistas. As possíveis abordagens terapêuticas incluem: aspirina em baixa dosagem associada a dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular, hidroxicloroquina, baixa dosagem de glicocorticoides durante o primeiro trimestre da gravidez e imunoglobulina.<sup>(7)</sup>

### **PACIENTES COM SAF E MORBIDADE GESTACIONAL APRESENTAM MAIOR RISCO DE TROMBOSE?**

Os seguintes fatores foram associados a um maior risco de ter uma primeira trombose após uma morbidade gestacional:<sup>(28)</sup>

- Idade mais jovem no diagnóstico de SAF;
- Fatores de risco cardiovascular adicionais;
- Trombose venosa superficial;
- Doença das válvulas cardíacas;
- Positividade AFL múltipla.

### **SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE CATASTRÓFICA E GRAVIDEZ: UM DIAGNÓSTICO QUE NÃO DEVE SER ESQUECIDO**

A síndrome antifosfolípide catastrófica (SAFC) é uma condição rara mas com risco de vida, que pode ser precipitada pela gravidez. Ela pode ser difícil de diagnosticar, pois mimetiza outras microangiopatias trombóticas associadas à gravidez. O diagnóstico preciso e oportuno é fundamental para o tratamento eficaz.<sup>(29)</sup> Os critérios para SAFC incluem trombose de múltiplos órgãos em um período de uma semana que afeta pelo menos três órgãos ou tecidos. No entanto, essas diretrizes são usadas para fins de classificação e não para tratamento clínico definitivo. A condição é rara e corresponde a menos de 1% dos casos de SAF, mas pode ser fatal e a gravidez pode ser um gatilho. Além da gravidez, fatores precipitantes estão presentes na maioria dos casos e incluem infecções, cirurgia, neoplasias, anticoncepcionais e medicamentos. A gravidez é o fator precipitante em cerca de 8% dos casos.<sup>(30)</sup>

A SAFC relacionada à gravidez ocorre em indivíduos mais jovens do que aqueles não gestantes. Além disso, a SAFC tem maior probabilidade de se apresentar de novo na gravidez (48,2%) em comparação com não gestantes (26,3%). Também é relativamente mais provável que a SAFC relacionada à gravidez tenha maior associação com envolvimento do fígado e perda de gravidez anterior. O diagnóstico diferencial inclui outras microangiopatias trombóticas, muitas das quais associadas (ou específicas) à gravidez. As condições que compartilham muitas características com o SAFC incluem pré-eclâmpsia, síndrome HELLP, síndrome hemolítico-urêmica, púrpura trombocitopênica trombótica, exacerbação do lúpus, coagulação intravascular disseminada e esteatose hepática aguda da gravidez. Todas essas condições são caracterizadas por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e potencial malignidade.

A base do tratamento é a anticoagulação terapêutica. Imunossupressão, tratamento de suporte e remoção ou tratamento de quaisquer fatores precipitantes são recomendados. Outros tratamentos se concentram na imunossupressão. O tratamento de primeira linha geralmente inclui corticosteroides, embora a eficácia seja incerta. Além dos corticosteroides, a imunoglobulina intravenosa (IgIV) ou a plasmaférese são usadas para imunossupressão e tratamento adicionais. A dosagem ideal é incerta, mas normalmente 0,4 g/kg por dia por três a cinco dias. Em alguns centros, eles prosseguem com o parto imediato se a idade gestacional for  $\geq 34$  semanas de gestação. Em idades gestacionais anteriores, prossiga para o parto se o paciente não responder ao tratamento após um intervalo de tempo razoável (por exemplo, 24-48 horas) ou se o estado fetal estiver comprometido.<sup>(29)</sup> Rituximabe é um anticorpo monoclonal quimérico contra células B CD20 positivas. Em séries de casos não controlados, foi relatada utilidade do rituximabe na melhora da SAF (em pacientes sem SAFC). Os resultados foram bons (75%) em 20 pacientes com SAFC tratados com rituximabe.<sup>(31)</sup> Outro anticorpo monoclonal, o eculizumabe, é específico para a proteína complemento C5. Existem vários estudos em andamento avaliando o uso de eculizumabe na SAF e na SAFC. Enquanto isso, a medicação deve ser reservada para casos refratários devido ao alto custo.<sup>(32)</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- SAF trombótica e obstétrica são duas variantes diferentes da mesma síndrome.
- Em mulheres grávidas com SAF, a proporção de perda fetal e complicações obstétricas tardias é de cerca de 15-35% e 5%, respectivamente.
- A profilaxia primária de resultados adversos da gravidez com aspirina em baixa dosagem pode ser considerada em portadoras de AFL assintomáticas que apresentem um perfil de alto risco.

- O tratamento convencional para prevenção de complicações obstétricas consiste na associação de aspirina em baixa dosagem a heparina de baixo peso molecular em doses profiláticas.
- Opções de tratamento adequadas para casos refratários não estão estabelecidas, embora estratégias usando hidroxicloroquina, prednisona, imunoglobulina e plasmaférese tenham sido descritas em estudos de série de casos e o uso de hidroxicloroquina pareça ser a terapia mais promissora para SAF obstétrica refratária.

## REFERÊNCIAS

- Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost.* 2006;4(2):295-306. doi: 10.1111/j.1538-7836.2006.01753.x
- Cervera R, Piette JC, Font J, Khamashta MA, Shoenfeld Y, Camps MT, et al. Antiphospholipid syndrome: clinical and immunologic manifestations and patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. *Arthritis Rheum.* 2002;46(4):1019-27. doi: 10.1002/art.10187
- Schreiber K, Hunt BJ. Pregnancy and antiphospholipid syndrome. *Semin Thromb Hemost.* 2016;42(7):780-8. doi: 10.1055/s-0036-1592336
- Meroni PL, Borghi MO, Grossi C, Chighizola CB, Durigutto P, Tedesco F. Obstetric and vascular antiphospholipid syndrome: same antibodies but different diseases? *Nat Rev Rheumatol.* 2018;14(7):433-40. doi: 10.1038/s41584-018-0032-6
- Cervera R, Serrano R, Pons-Estel GJ, Cervera R, Shoenfeld Y, de Ramón E, et al. Morbidity and mortality in the antiphospholipid syndrome during a 10-year period: a multicentre prospective study of 1000 patients. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(6):1011-8. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204838
- Pengo V, Biasiolo A, Pegoraro C, Cucchini U, Noventa F, Iliceto S. Antibody profiles for the diagnosis of antiphospholipid syndrome. *Thromb Haemost.* 2005;93(6):1147-52. doi: 10.1160/TH04-12-0839
- Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, Amoura Z, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(10):1296-304. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215213
- Lynch A, Marlar R, Murphy J, Davila G, Santos M, Rutledge J, et al. Antiphospholipid antibodies in predicting adverse pregnancy outcome. A prospective study. *Ann Intern Med.* 1994;120(6):470-5. doi: 10.7326/0003-4819-120-6-199403150-00004
- Abou-Nassar K, Carrier M, Ramsay T, Rodger MA. The association between antiphospholipid antibodies and placenta mediated complications: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Res.* 2011;128(1):77-85. doi: 10.1016/j.thromres.2011.02.006
- Cowchock S, Reece EA. Do low-risk pregnant women with antiphospholipid antibodies need to be treated? Organizing Group of the Antiphospholipid Antibody Treatment Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(5):1099-100. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70409-5
- Del Ross T, Ruffatti A, Visentin MS, Tonello M, Calligaro A, Favaro M, et al. Treatment of 139 pregnancies in antiphospholipid-positive women not fulfilling criteria for antiphospholipid syndrome: a retrospective study. *J Rheumatol.* 2013;40(4):425-9. doi: 10.3899/jrheum.120576
- Czwalinna A, Bergmann F. Prevention of pregnancy complications in antiphospholipid syndrome. *Hamostaseologie.* 2020;40(2):174-83. doi: 10.1055/a-1113-0689
- Rai R, Cohen H, Dave M, Regan L. Randomised controlled trial of aspirin and aspirin plus heparin in pregnant women with recurrent miscarriage associated with phospholipid antibodies (or antiphospholipid antibodies). *BMJ.* 1997;314(7076):253-7. doi: 10.1136/bmj.314.7076.253
- Farquharson RG, Quenby S, Greaves M. Antiphospholipid syndrome in pregnancy: a randomized, controlled trial of treatment. *Obstet Gynecol.* 2002;100(3):408-13. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02165-8
- Cohn DM, Goddijn M, Middeldorp S, Korevaar JC, Dawood F, Farquharson RG. Recurrent miscarriage and antiphospholipid antibodies: prognosis of subsequent pregnancy. *J Thromb Haemost.* 2010;8(10):2208-13. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04015.x
- Mak A, Cheung MW, Cheak AA, Ho RC. Combination of heparin and aspirin is superior to aspirin alone in enhancing live births in patients with recurrent pregnancy loss and positive anti-phospholipid antibodies: a meta-analysis of randomized controlled trials and meta-regression. *Rheumatology.* 2010;49(2):281-8. doi: 10.1093/rheumatology/kep373
- van Hoorn ME, Hague WM, van Pampus MG, Bezemer D, de Vries JJ; FRUIT Investigators. Low-molecular-weight heparin and aspirin in the prevention of recurrent early-onset pre-eclampsia in women with antiphospholipid antibodies: the FRUIT-RCT. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;197:168-73. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.12.011
- Belizna C, Pregnolato F, Abad S, Alijotas-Reig J, Amital H, Amoura Z, et al. HIBISCUS: Hydroxychloroquine for the secondary prevention of thrombotic and obstetrical events in primary antiphospholipid syndrome. *Autoimmun Rev.* 2018;17(12):1153-68. doi: 10.1016/j.autrev.2018.05.012
- Ruffatti A, Tonello M, Visentin MS, Bontadi A, Hoxha A, De Carolis S, et al. Risk factors for pregnancy failure in patients with antiphospholipid syndrome treated with conventional therapies: a multicentre, case-control study. *Rheumatology.* 2011;50(9):1684-9. doi: 10.1093/rheumatology/ker139
- Fredi M, Andreoli L, Aggogeri E, Bettiga E, Lazzaroni MG, Le Guern V, et al. Risk factors for adverse maternal and fetal outcomes in women with confirmed aPL positivity: results from a multicenter study of 283 pregnancies. *Front Immunol.* 2018;9:864. doi: 10.3389/fimmu.2018.00864
- Bramham K, Thomas M, Nelson-Piercy C, Khamashta M, Hunt BJ. First-trimester low-dose prednisolone in refractory antiphospholipid antibody-related pregnancy loss. *Blood.* 2011;117(25):6948-51. doi: 10.1182/blood-2011-02-339234
- Tenti S, Chelieschi S, Guidelli GM, Galeazzi M, Fioravanti A. Intravenous immunoglobulins and antiphospholipid syndrome: how, when and why? A review of the literature. *Autoimmun Rev.* 2016;15(3):226-35. doi: 10.1016/j.autrev.2015.11.009
- Ruffatti A, Favaro M, Hoxha A, Zambon A, Marson P, Del Ross T, et al. Apheresis and intravenous immunoglobulins used in addition to conventional therapy to treat high-risk pregnant antiphospholipid antibody syndrome patients. A prospective study. *J Reprod Immunol.* 2016;115:14-9. doi: 10.1016/j.jri.2016.03.004
- El-Haieg DO, Zanati MF, El-Foual FM. Plasmapheresis and pregnancy outcome in patients with antiphospholipid syndrome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99(3):236-41. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.05.045
- Mekinian A, Lazzaroni MG, Kuzenko A, Alijotas-Reig J, Ruffatti A, Levy P, et al. The efficacy of hydroxychloroquine for obstetrical outcome in anti-phospholipid syndrome: data from a European multicenter retrospective study. *Autoimmun Rev.* 2015;14(6):498-502. doi: 10.1016/j.autrev.2015.01.012

26. Ruffatti A, Tonello M, Hoxha A, Sciascia S, Cuadrado MJ, Latino JO, et al. Effect of additional treatments combined with conventional therapies in pregnant patients with high-risk antiphospholipid syndrome: a multicentre study. *Thromb Haemost.* 2018;118(4):639-46. doi: 10.1055/s-0038-1632388
27. Schreiber K, Breen K, Cohen H, Jacobsen S, Middeldorp S, Pavord S, et al. Hydroxychloroquine to Improve Pregnancy Outcome in Women with Antiphospholipid Antibodies (HYPATIA) protocol: a multinational randomized controlled trial of hydroxychloroquine versus placebo in addition to standard treatment in pregnant women with antiphospholipid syndrome or antibodies. *Semin Thromb Hemost.* 2017;43(6):562-71. doi: 10.1055/s-0037-1603359
28. de Jesús GR, Sciascia S, Andrade D, Barbhaiya M, Tektonidou M, Banzato A, et al. Factors associated with first thrombosis in patients presenting with obstetric antiphospholipid syndrome (APS) in the APS Alliance for Clinical Trials and International Networking Clinical Database and Repository: a retrospective study. *BJOG.* 2019;126(5):656-61. doi: 10.1111/1471-0528.15469
29. Silver RM. Catastrophic antiphospholipid syndrome and pregnancy. *Semin Perinatol.* 2018;42(1):26-32. doi: 10.1053/j.semperi.2017.11.006
30. Rodríguez-Pintó I, Moitinho M, Santacreu I, Shoenfeld Y, Erkan D, Espinosa G, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS): descriptive analysis of 500 patients from the International CAPS Registry. *Autoimmun Rev.* 2016;15(12):1120-4. doi: 10.1016/j.autrev.2016.09.010
31. Berman H, Rodríguez-Pintó I, Cervera R, Morel N, Costedoat-Chalumeau N, Erkan D, et al. Rituximab use in the catastrophic antiphospholipid syndrome: descriptive analysis of the CAPS registry patients receiving rituximab. *Autoimmune Rev.* 2013;12(11):1085-90. doi: 10.1016/j.autrev.2013.05.004
32. Unlu O, Erkan D. Catastrophic antiphospholipid syndrome: candidate therapies for a potentially lethal disease. *Annu Rev Med.* 2017;68:287-96. doi: 10.1146/annurev-med-042915-102529

**Como citar:**

Barros VI, Igai AM, Oliveira AL, Teruchkin MM, Orsi FA. Síndrome Antifosfolípide obstétrica. *Femina.* 2021;49(6):359-66.

\*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Obstetric antiphospholipid syndrome", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(6):494-500.

**Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros**

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Ana Maria Kondo Igai**

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**André Luiz Malavasi Longo de Oliveira**

Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil.

**Marcelo Melzer Teruchkin**

Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Fernanda Andrade Orsi**

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Conflito de interesses:**

nada a declarar.

**Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**

**Presidente:**

Venina Isabel Poço Viana Leme de Barros

**Vice-Presidente:**

André Luiz Malavasi Longo de Oliveira

**Secretário:**

Paulo Francisco Ramos Margarido

**Membros:**

Ana Maria Kondo Igai  
 Cristiano Caetano Salazar  
 Denis Jose Nascimento  
 Eduardo Zlotnik  
 Egle Cristina Couto  
 Eliane Azeka  
 Fernanda Andrade Orsi  
 Joaquim Luiz de Castro Moreira  
 Marcelo Melzer Teruchkin  
 Marcos Arêas Marques  
 Mônica Cristina da Costa Drago Souza  
 Valeria Doria

# Fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina no Sul do Brasil

*Factors associated with choice of birth delivery route among medical students in Southern Brazil*

Natália de Amorim Faria<sup>1</sup>, Otto Henrique May Feuerschuette<sup>1</sup>, Carolina Marques de Avellar Dal-Bó<sup>1</sup>, Catarine Wiggers de Campos<sup>1</sup>, Gabriel Eduardo Scopel<sup>1</sup>

## Descritores

Comportamento de escolha; Estudantes de Medicina; Parto normal; Cesárea; Parto

## Keywords

Choice behavior; Medical students; Natural childbirth; Cesarean section; Parturition

## Submetido

07/01/2021

## Aceito

10/05/2021

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

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar

## Autor correspondente:

Natália de Amorim Faria  
Avenida José Acácio Moreira, 787,  
Dehon  
88704-900, Tubarão, SC, Brasil.  
natalia.amorimfaria@hotmail.com

## Como citar?

Faria NA, Feuerschuette OH, Dal-Bó CM, Campos CW, Scopel GE. Fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina no Sul do Brasil. *Femina*. 2021;49(6):367-72.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina em uma universidade no Sul do país. **Métodos:** Estudo transversal realizado com estudantes de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) – Tubarão, no período de julho a novembro de 2019. **Resultados:** Fizeram parte da pesquisa 423 alunos, homens e mulheres, dos aproximadamente 600 matriculados no período. A maioria dos alunos considerou o parto vaginal (PV) mais seguro, e 44,1% dos estudantes escolheriam essa via para si/sua companheira. O principal motivo pelo qual os alunos escolheram PV foi a “alta hospitalar precoce”, e o principal motivo que levou à escolha de cesariana (PC) foi a “ausência de dor durante o parto”. Houve associação entre renda mais baixa e a escolha do PV ( $p = 0,002$ ). A via de parto pela qual o estudante nasceu também se associou com a que ele escolheria ( $p = 0,001$ ). Ademais, houve significância estatística entre a via de parto que o aluno considerou mais segura e a que ele de fato escolheria ( $p = 0,001$ ). Todas as alunas que já tiveram filhos realizaram PC. **Conclusão:** O fator mais relevante de escolha do PC foi a “ausência de dor durante o parto”, enquanto do PV foi “alta hospitalar precoce”.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the factors associated with the choice of birth delivery route among medical students at a university in the south of Brazil. **Methods:** Cross-sectional study carried out with medical students from the University of Southern Santa Catarina (Unisul) – Tubarão, from July to November 2019. **Results:** Four hundred twenty three students took part in the research, men and women, out of the approximately 600 enrolled in the period. Most students considered vaginal delivery (VD) to be safer, and 44.1% of students would choose this route for their partner. The main reason why students chose VD was “early hospital discharge”, and the main reason that led to the choice of cesarean section (CS) was “no pain during childbirth”. There was an association between lower income and the choice of VD ( $p = 0.002$ ). The route of delivery that the student was born was also associated with the one he would choose ( $p = 0.001$ ). In addition, there was statistical significance between the route of delivery that the student considered safer with the one he would actually choose ( $p = 0.001$ ). All female students who already had children underwent CS. **Conclusion:** The most relevant factor for choosing CS was “no pain during delivery”, while for VD was “early hospital discharge”.

## INTRODUÇÃO

A experiência da parturição representa um evento de grande relevância na vida das mulheres, simbolizando um processo singular que corresponde à transformação da mulher em seu novo papel de mãe.<sup>(1)</sup> Sabe-se que a decisão pelo tipo de parto acompanha todo o processo de gravidez, posto que essa atitude cria diversas expectativas na gestante.<sup>(2)</sup> Nesse contexto, a contribuição de profissionais e serviços de saúde como fonte de orientação e suporte à mãe constitui um recurso significativo, e o cuidado profissional muitas vezes deve se estender para além do corpo da gestante, buscando o acolhimento da mulher nesse processo, visto que ela pode se encontrar especialmente fragilizada.<sup>(3)</sup>

No que diz respeito à escolha da via de parto, em 2015, a Agência Nacional de Saúde (ANS), em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI),<sup>(4)</sup> criou o Projeto Parto Adequado, visando reduzir os índices de cesarianas, respaldando-se em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal projeto tem como objetivo modificar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto vaginal (PV), qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto, e favorecendo a redução de cesarianas sem indicação e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto inadequado.<sup>(4)</sup>

Dados da OMS indicam como ideal uma taxa de cesarianas de até 15% dos nascimentos.<sup>(5)</sup> No entanto, apesar das recomendações internacionais, o índice de partos cesáreos (PC) aumentou em todo o mundo nas últimas três décadas, alcançando índices maiores do que 50% em alguns países, com proporções mais altas entre mulheres latino-americanas, mulheres de países com médio rendimento e mulheres com cesarianas prévias.<sup>(6,7)</sup>

Semelhante a outros países em desenvolvimento, o Brasil exibe taxas de cesarianas que excedem àquelas preconizadas pela OMS, atingindo 55% em geral e superando os 80% quando é considerado somente o serviço privado, presumindo-se que a população com nível socioeconômico mais elevado tem maior acesso a essa tecnologia médica.<sup>(6,8)</sup> Acerca disso, considera-se que a identificação dos fatores associados à escolha do parto cirúrgico seria essencial para entender melhor o atual aumento do número de cesáreas.<sup>(9)</sup>

Importa salientar que nas últimas três décadas várias condições contribuíram para que a indicação de cesariana crescesse de forma consistente, incluindo melhores técnicas cirúrgicas e anestésicas, redução do risco de complicações pós-operatórias, fatores demográficos, percepção dos profissionais e dos pacientes sobre a segurança do procedimento, mudanças nos sistemas de saúde e demanda dos pacientes, sendo o requerimento materno um dos aspectos mais citados.<sup>(7,8,10)</sup>

Considerando que o PV traz algumas vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê, incluindo ausência de dor no pós-parto, recuperação mais rápida, menor risco de infecção e hemorragia e alta precoce, a cesárea se constituiria em uma alternativa para quando ocorres-

sem adversidades durante a gravidez ou PV, acarretando algum tipo de risco para a mãe, o bebê, ou ambos.<sup>(8)</sup>

Apesar disso, deve-se considerar que a recomendação do índice de 15% de cesarianas foi baseada em uma realidade diferente da atual, visto que o cenário de hoje é composto por mulheres que engravidam mais tardiamente e sujeitas a mais comorbidades, como diabetes, hipertensão e obesidade.<sup>(11)</sup>

Diante do que foi dito, a escolha do PV como a primeira opção não significa dizer que a cesariana, em situações pontuais, não deva ser a via eleita.<sup>(8)</sup> Sendo assim, os riscos e benefícios de cada via de parto precisam ser discutidos racionalmente, caso a caso, levando em conta algumas consequências negativas que a tentativa de aumentar o número de PV pode causar, como, por exemplo, aumento das taxas de traumas do assoalho pélvico e do esfíncter anal devido ao maior uso de fórceps e complicações relacionadas a um PV após cesariana, como ruptura uterina, placenta percreta, além de eventuais consequências psicológicas à gestante.<sup>(12)</sup>

Considerando a relevância da temática e que os estudantes da área da saúde estão diretamente envolvidos com o processo da gravidez, sua percepção sobre a preferência de parto revela-se de extremo interesse e, visto que um estudo realizado em Santa Catarina e publicado pela *Biomed Central Medical Education* relatou que 41,4% dos estudantes de Medicina do último ano de faculdade escolheriam um PC para o nascimento de seu próprio filho, faz-se necessário conhecer o porquê.<sup>(13,14)</sup>

O propósito deste estudo é reconhecer fatores associados à escolha de via de parto entre os estudantes de Medicina, a fim de examinar as condições relativas à preferência por uma ou outra via, dadas as diferenças encontradas na realidade brasileira e no que é preconizado pela OMS. Tem-se, também, como objetivo identificar se para os estudantes do terço final do curso houve modificação dessa opinião no decorrer dos anos com a experiência acadêmica. Nesse sentido, ao se caracterizarem as razões associadas à escolha do aluno, pode-se pensar em medidas a serem adotadas por profissionais de saúde e políticas públicas que se adequem ao que é recomendado.

## MÉTODOS

O estudo realizado foi do tipo transversal. A população de estudo foi composta por estudantes a partir de 18 anos matriculados no curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) – Tubarão, no período de julho até novembro de 2019.

Foi entregue um questionário autoaplicável aos alunos do curso de Medicina da Unisul – Tubarão. O questionário foi desenvolvido pelo pesquisador principal conforme os objetivos da pesquisa, contendo dados como sexo, idade, fase do curso, via de parto pela qual nasceu e via de parto que considera mais segura. O pesquisador compareceu às salas de aula de primeira a décima segunda fases do curso de Medicina e explicou a pesquisa, bem como seus objetivos. Os estudantes que

não foram localizados na sala de aula no momento de aplicação do questionário foram excluídos. Quem se recusou a responder ao questionário ou que o devolveu em branco ou incompleto (menos de 80% das perguntas respondidas) foi considerado como perda.

Os dados coletados foram compilados em planilha eletrônica no *software* Excel® e tratados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20.0 para Windows. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão dos dados e as qualitativas, por meio de frequência absoluta e percentual. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse, foram aplicados o teste Qui-quadrado, para a comparação de proporções, e o teste *t* de Student ou análise de variância (ANOVA), para a comparação das médias. O intervalo de confiança adotado foi de 5% (valor de  $p \leq 0,05$ ).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul, sob o parecer nº 3.445.640.

## RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 423 alunos, dos aproximadamente 600 que estavam matriculados no curso de Medicina da Unisul no período do estudo. A média de idade dos acadêmicos foi 22,6 anos, sendo a mínima de 18 e a máxima de 37 anos ( $DP \pm 3,34$ ). Desses, 114 (27%) pertenciam ao internato médico (a partir da nona fase), e o restante – 308 (73%) alunos –, às demais fases do curso (primeira a oitava). Em relação ao estado civil dos participantes, 408 (96,9%) se declararam solteiros, 8 (1,9%), casados e 4 (1%), em união estável. Ao analisar se os integrantes da pesquisa residem com alguém, 267 (63,3%) deles responderam que sim; desses, 181 (67,5%) residem com familiares, 70 (26,1%) com amigos, 12 (4,5%) com o cônjuge e os demais (quatro alunos) deixaram em branco. O perfil sociodemográfico dos alunos está descrito na tabela 1.

Ao serem questionados sobre por qual via de parto haviam nascido, 316 (75,1%) participantes responderam PC, enquanto 105 (24,9%) nasceram por PV e o restante não soube informar. Dos 423 acadêmicos que integraram a pesquisa, apenas 4 (1%) alunas do sexo feminino têm filhos, e todas elas realizaram uma cesariana. Em relação aos demais alunos, 330 (87,8%) deles relataram que têm a pretensão de ter um filho no futuro. Em relação à experiência acadêmica, 143 (34%) alunos relataram já ter assistido a algum PV, enquanto 200 (47,4%) referiram já ter assistido a uma cesariana. Dos participantes que já presenciaram algum tipo de parto, 67 (32,4%) relataram já ter testemunhado alguma intercorrência, e 30 (7,1%) referiram que a intercorrência foi em PV, 26 (6,2%) em PC e 11 (2,6%) em ambas as vias. Dados relacionados à opinião e ao conhecimento sobre a escolha da via de parto entre os estudantes mostraram que 248 (60,5%) deles consideraram mais segura a via vaginal, e o restante julgou que a cesariana seria mais segura. Em contrapartida, ao serem questionados sobre qual seria a via de parto de escolha para ter seu filho ou para sua companheira,

178 (44,1%) optariam por PV, enquanto 226 (55,9%), por cesariana. Os principais motivos pelos quais cada via de parto seria escolhida estão apresentados na tabela 2. Entre os participantes que escolheriam PC, o principal motivo alegado foi a ausência de dor durante o parto, enquanto, para os que escolheram PV, a razão mais frequentemente citada foi a alta hospitalar precoce.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos 423 acadêmicos de Medicina

Características da amostra	n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	259 (61,4)
Masculino	162 (38,5)
<b>Procedência</b>	
Santa Catarina	288 (72,2)
Outros estados	109 (27,3)
<b>Etnia</b>	
Branca	388 (92,4)
Não branca	32 (7,6)
<b>Renda familiar</b>	
1 a 5 salários mínimos	126 (30,4)
6 a 10 salários mínimos	122 (29,4)
Mais de 10 salários mínimos	166 (40)

**Tabela 2.** Principais motivos pelos quais cada via de parto (vaginal ou cesárea) seria escolhida

Características da amostra	n (%)
<b>Cesariana</b>	
Ausência de dor durante o parto	171 (75,6)
Elimina risco de complicações relacionadas ao trabalho de parto prolongado	145 (64,1)
Mais rápido/duração previsível	133 (58,8)
Menor risco de alteração da anatomia pélvica	101 (44,6)
Menos ansiedade	96 (42,4)
Possibilidade de escolher a data do nascimento	46 (20,3)
Impede o nascimento pós-termo	37 (16,3)
<b>Vaginal</b>	
Alta hospitalar precoce	139 (78)
Menos dor no pós-parto	128 (71,9)
Menor risco de infecção/hemorragia	126 (70,7)
Favorece o aleitamento	115 (64,6)
Mais contato com o recém-nascido	108 (60,6)
Ausência de cicatriz visível	77 (43,2)
Participação do companheiro(a)	49 (27,5)

Ao se comparar a renda familiar com a escolha da via de parto, foi observada prevalência da escolha da via vaginal entre os estudantes com menor renda, de um a cinco salários mínimos ( $p = 0,002$ ). Entre os alunos com renda familiar maior ou igual a seis salários mínimos, houve uma tendência à escolha de cesariana. Isso pode ser observado na tabela 3. Ademais, a via de parto que o aluno considera mais segura foi associada a escolha para o nascimento de seu filho, com significância estatística ( $p = 0,001$ ), como consta na tabela 3.

**Tabela 3.** Associação da via de parto considerada mais segura e a renda familiar com a via de parto de escolha

	Escolha		Valor de p
	Vaginal	Cesárea	
			$p = 0,001$
<b>Segura</b>			
Vaginal	154 (64,7)	84 (35,3)	
Cesárea	20 (12,8)	136 (87,2)	
<b>Renda</b>			
1-5 SM <sup>a,b</sup>	70 (58,3)	50 (41,7)	
6-10 SM	44 (37,3)	74 (62,7)	
>10 SM	61 (38,6)	97 (61,4)	

<sup>a</sup> SM: salários mínimos; <sup>b</sup> Resíduo padronizado ajustado > 1,96.

Também houve associação entre a via de parto pela qual o participante nasceu com a que ele escolheria para o nascimento de seu filho ( $p = 0,001$ ), visto que 62 (60,8%) alunos nascidos por via vaginal escolheriam essa mesma via para o nascimento de seu filho, enquanto 185 (61,5%) acadêmicos nascidos por cesariana optariam por cesariana. Não houve associação entre sexo e via de parto de escolha ( $p = 0,437$ ) e nem entre idade e via de parto de escolha ( $p = 0,799$ ). Referente aos alunos do terço final do curso (internato), 32 (28,3%) deles alegaram que mudaram de opinião acerca da via de parto que consideravam mais segura no decorrer do curso. Também, 99% deles consideraram que a experiência prática acadêmica no centro obstétrico é importante para que se tenha melhor conhecimento dos riscos e benefícios de cada via de parto.

## DISCUSSÃO

Com o aprimoramento de técnicas de intervenção no processo da parturição, houve expressiva mudança na assistência ao parto, configurando um cenário novo no Brasil e no mundo, onde o número de cesarianas ultrapassou o de partos vaginais.<sup>(15,16)</sup> Quanto a isso, atualmente existe muita discussão acerca da escolha da via de parto, e, conseqüentemente, pesquisas que dizem respeito ao assunto têm se tornado muito importantes.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, o estudo realizado por Knobel *et al.*,<sup>(13)</sup> que também verificou os fatores associados à escolha da via de par-

to entre estudantes universitários, evidenciou que os participantes tinham uma média de idade de 22,6 anos e eram em sua maioria solteiros (52,9%) e caucasianos (85,8%) e que predominavam estudantes do sexo feminino (62,3%), corroborando os resultados desta pesquisa.<sup>(13)</sup> Em se tratando da renda familiar, no estudo feito por Watanabe *et al.*,<sup>(14)</sup> que analisou a escolha pessoal dos estudantes de Medicina de Santa Catarina quanto à via de parto, consta que a maioria dos participantes tinha uma renda familiar superior a 5.000 reais (75%), igual ao resultado obtido na atual pesquisa.<sup>(14)</sup> Apesar de aquelas universidades serem públicas e da universidade pesquisada ser privada, tais semelhanças sugerem a hipótese de os estudantes universitários, em geral, e especialmente os dos cursos de Medicina, pertencerem a famílias de maior poder aquisitivo, podendo investir mais tempo e recursos na preparação para o vestibular.

Em relação à via de parto pela qual o participante nasceu, Knobel *et al.*<sup>(13)</sup> e Watanabe *et al.*<sup>(14)</sup> mostram que a maioria dos estudantes nasceu por PC, assim como nesta pesquisa.<sup>(13-15)</sup> Knobel *et al.*<sup>(13)</sup> também mostram que a maioria das alunas que já tiveram filho realizou PC (57,4%), indo ao encontro deste estudo, quando se constatou que, das alunas que já tiveram filhos, 100% foram por meio de cesariana. Essa diferença de porcentagem pode ser explicada pelo fato de que, no presente estudo, apenas quatro estudantes tiveram filhos, tendo menor variabilidade em relação a 21 mulheres do estudo de Knobel *et al.*<sup>(13)</sup>

Apesar das altas taxas de cesarianas que o Brasil apresenta, foi visto no estudo de Domingues *et al.*<sup>(16)</sup> que a maioria das puérperas participantes (63,2%) acreditava que, para uma gestação sem complicações, o PV era o mais seguro. A mesma constatação foi vista no estudo de Benute *et al.*,<sup>(15)</sup> realizado com primíparas e nulíparas. Uma pesquisa realizada com gestantes de um hospital público de São Paulo também demonstrou que 70,8% delas têm preferência pela via vaginal.<sup>(17)</sup> Essas informações condizem com o que foi visto no presente estudo, pois 60,5% dos estudantes consideraram o PV a opção mais segura. A escolha do PV como a via mais segura pelos participantes da pesquisa está de acordo com as recomendações mais atualizadas, demonstrando ter sido adequada a formação desses alunos na graduação e no internato médico.<sup>(10,12,13,18)</sup>

Em contrapartida, quando se analisa a porcentagem de acadêmicos que realmente escolheriam o PV para si ou sua companheira, observa-se que apenas 44,1% o teriam como via de escolha, enquanto 55,9% optariam por cesariana. Presumivelmente, isso pode ser relacionado a diversos fatores que influenciam a escolha da mulher, como valores culturais, econômicos e informações que eventualmente podem ser fornecidas à gestante durante o pré-natal.<sup>(15,19)</sup> Mesmo assim, ainda houve associação entre a via de parto que o participante considera mais segura e a que de fato ele escolheria, resultado semelhante ao observado na literatura.<sup>(13)</sup>

Quanto às motivações que os levaram a escolher determinado tipo de parto para si ou para sua companheira, o medo da dor e dos riscos de um trabalho de parto prolongado foi citado para justificar a preferência pela cesariana. A literatura científica aponta que a opção pela via de parto da gestante é influenciada, principalmente, pela tentativa de evitar dor e sofrimento, corroborando os resultados desta pesquisa.<sup>(13,14,16,17,19)</sup> Dessa forma, a orientação quanto à disponibilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e também analgesia regional ou parenteral durante o trabalho de parto pode diminuir a resistência dos estudantes de Medicina em escolher o PV por medo de dor.

Entretanto, um estudo realizado na Alemanha por Bihler *et al.*,<sup>(18)</sup> que avalia a preferência da via de parto entre profissionais médicas e mulheres grávidas, mostra que o fator mais relevante para a escolha de uma cesariana para ambos os grupos seria preocupações com a morbidade fetal, seguida por todos os tipos de desordens do assoalho pélvico no grupo de médicas. A dor foi mencionada por menos de 15% das mulheres grávidas e pouco mais de 30% das médicas. Isso pode se dever às diferentes políticas de assistência ao parto na Alemanha e no Brasil, que podem causar diferentes anseios quanto à escolha da via de parto.<sup>(20)</sup>

Em se tratando do PV, os principais fatores que levaram à tal escolha foram: alta hospitalar precoce (78%), menos dor no pós-parto (71,9%) e menor risco de infecção e hemorragia (70,7%). Um estudo realizado por Silva *et al.*,<sup>(21)</sup> que avaliou a preferência e a satisfação de mulheres quanto às vias de parto, mostra resultados semelhantes aos da presente pesquisa, tendo os fatores “menos dor” e “recuperação mais rápida” como os principais contribuintes para a escolha do PV.<sup>(21)</sup> Outra pesquisa feita com estudantes de Medicina do primeiro e do sexto ano mostrou que os principais motivos de escolha do PV também incluem recuperação mais rápida/ menos dor.<sup>(14)</sup> Com isso, pode ser visto que, na literatura científica, os principais motivos para a escolha do PV condizem com os do presente estudo.

Algumas limitações desta pesquisa são importantes de ser consideradas. Primeiramente, os aspectos e crenças sobre a via de parto mais segura não foram avaliados em profundidade. Outro fator importante é que, ao mesmo tempo em que o estudo estava sendo realizado, agências governamentais de saúde brasileiras estavam implementando uma série de estratégias para reduzir as taxas de PC no país. Tais circunstâncias, em particular, podem ter influenciado os resultados da presente pesquisa.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina em uma universidade no Sul do país. Foram obtidos alguns resultados relevantes, como: uma grande quantidade de alunos nasceu por PC (75,1%); a

maioria dos estudantes considera o PV a via mais segura, porém 55,9% optariam por um PC para si ou para sua companheira, além de que todas as alunas que já tiveram filhos realizaram um PC. Ainda assim, foi visto que a via de parto que o participante considera mais segura tem associação com a que ele realmente escolheria para si/sua companheira. Ademais, houve associação entre renda mais baixa (1-5 salários mínimos) e a escolha do PV, enquanto alunos com renda maior de seis salários mínimos tendem a escolher PC; também foi observada associação entre a via de parto pela qual o aluno nasceu e a que ele escolheria para ter seu filho/para sua companheira. Não houve associação entre sexo e idade com a via de parto de escolha. Foi observado que quase 100% dos estudantes do terço final do curso – o internato – consideram que a experiência acadêmica é fundamental para conhecer melhor os riscos e benefícios de cada via de parto. Diante disso, é essencial que as estratégias adotadas por agências governamentais de saúde brasileiras continuem implementando políticas que visem à melhoria da assistência ao parto no Brasil, a fim de conscientizar cada vez mais pessoas sobre as vantagens e desvantagens de cada via de parto. Além disso, nota-se a importância de os alunos terem uma boa instrução sobre o assunto durante a vida acadêmica, visto que, em breve, serão profissionais médicos, devendo saber instruir adequadamente a paciente nessa tomada de decisão.

## REFERÊNCIAS

1. Santana FA, Lahm JV, Santos RP. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2015;17(3):210-4.
2. Oliveira VJ, Penna CM. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 3:1228-36. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0497
3. Zanatta E, Pereira CR, Alves AP. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Psiqui Prát Psicossociais*. 2018;12(3):1-16.
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Institute for Healthcare Improvement. Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado – fase 1 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2016 [cited 2019 May 5]. Available from: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_total\\_parto\\_adequado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf)
5. Rodrigues JT, Almeida IE, Oliveira Neto AG, Moreira TA. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Multitexto*. 2016;4(1):48-53.
6. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Padrões dos partos em uma coorte de nascimentos: cesarianas quase universais para os ricos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):635-43. doi: 10.1590/S0034-89102011005000039
7. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011;118(4):391-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x
8. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét*. 2014;21(3):509-17. doi: 10.1590/S1983-80422013000300015
9. Rebelo F, Rocha CM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(7):903-8. doi: 10.3109/00016349.2010.484044

10. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015;25(3):885-904. doi: 10.1590/S0103-73312015000300011
11. Ferrari JO. A autonomia da gestante e o direito à cesariana a pedido [tese]. Porto: Universidade do Porto; 2012.
12. Dietz HP, Campbell S. Clinical opinion toward normal birth – but at what cost? *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(4):439-44. doi: 10.1016/j.ajog.2016.04.021
13. Knobel R, Takemoto ML, Andreucci CB, Docusse P, McKinley DW, Amaral E. Factors associated with preference for vaginal birth among undergraduate students from Southern Brazil. *Birth*. 2016;43(3):263-7. doi: 10.1111/birt.12235
14. Watanabe T, Knobel R, Suchard G, Franco MJ, d’Orsi E, Consonni EB, et al. Medical students’ personal choice for mode of delivery in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional, quantitative study. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):57. doi: 10.1186/1472-6920-12-57
15. Benute GR, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, de Lucia MC, Francisco RP. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(6):281-5. doi: 10.1590/S0100-72032013000600008
16. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira AP, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Suppl 1:S101-16. doi: 10.1590/0102-311X00105113
17. Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC, Zugaib M. Women’s opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. 2010;26(3):319-26. doi: 10.1016/j.midw.2008.08.001
18. Bihler J, Tunn R, Reisenauer C, Kolenic GE, Pauluschke-Froehlich J, Wagner P, et al. The preferred mode of delivery of medical professionals and non-medical professional mothers-to-be and the impact of additional information on their decision: an online questionnaire cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;299(2):371-84. doi: 10.1007/s00404-018-4970-7
19. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0013
20. Patah LE, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):185-94. doi: 10.1590/S0034-89102011000100021
21. Silva AC, Félix HC, Ferreira MB, Wysocki AD, Contim D, Ruiz MT. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados a expectativa e satisfação com o parto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2017;19:1-11. doi: 10.5216/ree.v19.44139

# Perfil de sensibilidade de uropatógenos em gestantes de um hospital de ensino do município de São Paulo

*Sensitivity profile of uropathogens in pregnant women at a teaching hospital in the city of São Paulo*

Ana Clara Pinheiro Mott Galvão de Arruda<sup>1</sup>, Pedro Augusto Marangoni<sup>1</sup>, Jussara Leiko Sato Tebet<sup>1</sup>

## Descritores

Infecção; Gestantes; Sensibilidade; Trato urinário; Uropatógeno

## Keywords

Infection; Pregnant women; Sensibility; Urinary tract; Uropathogen

## Submetido

22/01/2021

## Aceito

10/05/2021

1. Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar

## Autor correspondente:

Pedro Augusto Marangoni  
Av. Dr. Cândido X. de Almeida e Souza, 200, Centro Cívico, 08780-911, Mogi das Cruzes, SP, Brasil.  
pedro.amarangoni@outlook.com

## Como citar?

Arruda AC, Marangoni PA, Tebet JL. Perfil de sensibilidade de uropatógenos em gestantes de um hospital de ensino do município de São Paulo. *Femina*. 2021;49(6):373-8.

## RESUMO

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil de sensibilidade antimicrobiana do patógeno mais comum causador da infecção do trato urinário (ITU) de gestantes que foram internadas em um hospital de ensino do município de São Paulo em determinado período. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal, quantitativo, realizado avaliando as uroculturas positivas e o perfil de sensibilidade antimicrobiana dos agentes mais comuns encontrados em ITUs das gestantes de hospital e maternidade-escola do município de São Paulo de janeiro de 2019 até janeiro de 2020. **Resultados:** A partir da análise de uroculturas positivas e antibiograma de 149 gestantes admitidas com quadro de infecção urinária no referido hospital no intervalo de tempo analisado, constatou-se que 83,89% dos casos apresentaram como patógeno a bactéria *Escherichia coli*. No âmbito da resistência bacteriana, percebeu-se que o maior índice foi encontrado no que tange a cefalotina (65%), ampicilina (58%) e ampicilina/sulbactam (45%). Ademais, a partir das análises individuais, 20 pacientes, ou seja, aproximadamente 13,42% apresentaram cepas sensíveis a todas as medicações apontadas, e as demais apresentaram resistência a, pelo menos, uma delas. **Conclusão:** A partir da premissa de eficácia desempenhada pelo protocolo de medicação empírica estabelecido pela instituição no tocante ao tratamento de infecção do trato urinário em gestantes, a cefalotina certamente não deveria compor o rol de drogas ofertadas às pacientes. Isso se dá, pois a sensibilidade apresentada pela *Escherichia coli*, patógeno que mais comumente está associado aos quadros de ITU do serviço, a essa droga é muito baixa. Já a nitrofurantoína apresentou um satisfatório espectro de cobertura, sendo a resistência à droga inferior a 10%. Com isso, conclui-se que ela deve permanecer como droga inicial para as ITUs das gestantes que chegam a essa instituição.

## ABSTRACT

**Objective:** The present study aims to evaluate the antimicrobial sensitivity profile of the most common pathogen that causes urinary tract infection (ITU) in pregnant women who were admitted to a Teaching Hospital in the city of São Paulo in a specific period. **Methods:** Retrospective, cross-sectional, quantitative study carried out evaluating positive urine cultures and the antimicrobial sensitivity profile of the most common agents found in ITU of pregnant women at Teaching Maternity hospital in the city of São Paulo from January 2019 to January 2020. **Results:** From the

of positive urine culture and antibiogram of 149 pregnant women admitted with a urinary tract infection in the referred hospital in the analyzed period of time, it was found that 83.89% of the cases presented the bacterium *Escherichia coli* as a pathogen. In the scope of bacterial resistance, it was noticed that the highest index was found with respect to Cephalothin (65%), ampicillin (58%) and ampicillin/sulbactam (45%). Furthermore, from the individual analyzes, 20 patients, that is, approximately 13.42% had strains sensitive to all the medications indicated, with the others showing resistance to at least one of them.

**Conclusion:** Based on the premise of efficacy performed by the empirical medication protocol established by the institution regarding the treatment of urinary tract infection in pregnant women, Cephalothin should certainly not be included in the list of drugs offered to patients. This happens because the sensitivity presented by *Escherichia coli*, the most commonly pathogen associated with the UTI pathogen of the service, to this drug is very low. Nitrofurantoin, on the other hand, presented a satisfactory coverage spectrum, with drug resistance below 10%. Thus, it is concluded that this should remain as an initial drug for ITUs of pregnant women who arrive at this institution.

## INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é caracterizada pela presença e replicação de bactérias, normalmente oriundas da microbiota intestinal, no trato urinário.<sup>(1,2)</sup> É uma das intercorrências clínicas mais comuns durante a gestação, devido às alterações anatômicas e fisiológicas nesse período que facilitam seu desenvolvimento.<sup>(3)</sup> Entre essas, são citadas a compressão extrínseca dos ureteres e a diminuição da atividade peristáltica provocada pela progesterona, que levam à dilatação progressiva das pelvis renais e ureteres, podendo atuar como mecanismos predisponentes de estase urinária, quando somadas com o aumento do débito urinário. Além disso, é citada também a redução do tônus vesical, a qual gera aumento da capacidade da bexiga e o consequente esvaziamento incompleto dela, não só como outro facilitador da estase urinária, mas também predisponente à ocorrência de refluxo vesicoureteral e pielonefrites. Com isso, os rins perdem a sua capacidade máxima de concentrar a urina, diminuindo, assim, a sua atividade antibacteriana e passando a excretar quantidades maiores de glicose e aminoácidos, fornecendo meio propício para a proliferação bacteriana.<sup>(2-4)</sup>

Esses processos tornam-se especialmente preocupantes durante o período gravídico, visto que as ITUs estão associadas a índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal significativas, devendo ser precocemente tratadas.<sup>(1-5)</sup> Entretanto, sabe-se que a realização desse tratamento é limitada, visto que é exatamente durante esse período que a terapia antimicrobiana e as possibilidades profiláticas são menores, considerando-se a toxicidade das drogas para o feto.<sup>(4)</sup>

Por consequência, tem-se como certa a necessidade de evitar os casos graves de infecção urinária, sendo preconizados pelas rotinas de pré-natal o rastreamento

da bacteriúria assintomática e o seu tratamento durante a gestação, por meio da realização de dois exames de urina durante o pré-natal, sendo o primeiro solicitado durante primeira consulta e o segundo, por volta da trigésima semana de gestação.<sup>(6)</sup>

O exame mais utilizado para o diagnóstico das bacteriúrias assintomáticas e das infecções urinárias é a urinalise, por meio do exame simples de urina e urocultura. Esses exames analisam a urina quanto a cor, densidade, aspecto, presença de leucócitos, bactérias, sangue, glicose, urobilinogênio, bilirrubina, nitrito e sedimentos urinários, e a quantidade de colônias bacterianas/mL de urina. A literatura indica que a presença de leucócitos, hemácias e nitrito são bons indicativos da vigência de uma bacteriúria ou infecção urinária.<sup>(4)</sup>

Como existem dificuldades para o diagnóstico diferencial da ITU oligossintomática em gestantes, a quantidade de colônias bacterianas/mL de urina cultivadas maior que  $10^5$  continua sendo o padrão para confirmar esse diagnóstico, igualmente ao diagnóstico da bacteriúria assintomática, na qual a colheita de duas amostras diferentes deve ser realizada. Porém, existem situações nas quais essas definições precisam ser avaliadas de maneira diferenciada, como no caso das infecções sintomáticas com a presença de piúria, em que o encontro de  $10^2$  colônias/mL de urina cultivadas confirma o diagnóstico. Deve-se lembrar que, em casos de punção vesical, qualquer quantidade de colônias já é suficiente para confirmar a suspeita diagnóstica.

Como dito, o diagnóstico deve ser precoce e o exame de urina, a urocultura e o perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos, feitos por meio da realização do antibiograma, devem ser usados para fornecer tratamento adequado, evitando o comprometimento do binômio mãe-feto. Contudo, em casos de ITU aguda, o tratamento deve ser iniciado o mais breve possível e a terapia antimicrobiana deve ser instituída empiricamente, já que não é possível aguardar o resultado da urocultura.<sup>(7)</sup> Deve-se salientar que, entre os perfis realizados, percebe-se a presença da *Escherichia coli* como o patógeno mais prevalente, sendo responsável por mais de 75% dos casos. Como consequência, a terapêutica inicial necessariamente deve levar em consideração o padrão de sensibilidade desse microrganismo aos antimicrobianos propostos.<sup>(2)</sup>

Para reduzir os riscos de falhas no tratamento empírico usado em casos agudos durante a gestação e diminuir o uso indiscriminado de antimicrobianos, é importante conhecer o perfil de sensibilidade dos patógenos causadores de ITU.<sup>(7)</sup> A partir daí, percebe-se a importância do estabelecimento de um perfil microbiológico das infecções urinárias na gravidez nos serviços hospitalares.

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o perfil de sensibilidade antimicrobiana do patógeno mais comumente causador da ITU de gestantes que foram internadas em um hospital de ensino do município de São Paulo em determinado período.

Pode-se citar como objetivos específicos a determinação da eficácia/ineficácia do esquema terapêutico

empregado pelo hospital e maternidade em questão no manejo de pacientes com ITU, além da determinação dos patógenos mais comumente encontrados nas pacientes do referido hospital e maternidade.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo, transversal, quantitativo, realizado avaliando as uroculturas positivas e o perfil de sensibilidade antimicrobiana dos agentes mais comuns encontrados em ITUs das gestantes de um hospital e maternidade-escola do município de São Paulo de janeiro de 2019 a janeiro de 2020.

A pesquisa foi realizada no laboratório do Hospital e Maternidade-Escola Vila Nova Cachoeirinha (Av. Dep. Emílio Carlos, 3.100, Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, SP, 02720-200), avaliando as uroculturas positivas de gestantes solicitadas na internação e no pronto-socorro obstétrico de janeiro de 2019 a janeiro de 2020.

Participaram deste estudo gestantes com todas as idades gestacionais, internadas na Casa da Gestante, em pré-parto, oriundas do pronto-socorro de uma maternidade-escola do município de São Paulo e que tiveram urocultura positiva realizada entre 2019 e 2020.

Foram utilizados dados qualitativos e quantitativos da urocultura e do perfil de sensibilidade bacteriana para a realização do estudo. A análise do antibiograma por parte do laboratório se deu de forma automatizada pelo sistema Walk-Away®.

Não foram realizadas intervenções no presente estudo. Entretanto, pode-se citar como possível consequência dele a mudança do protocolo para tratamento de ITUs em gestantes que chegam ao pronto-socorro obstétrico ou que estão internadas nesse serviço.

Por meio das uroculturas das gestantes internadas e oriundas do pronto-socorro obstétrico desse serviço, foram analisados os patógenos causadores da ITU mais frequentes. A partir de então, foi realizado o perfil de sensibilidade dos dois agentes mais frequentes, indicando os antibióticos aos quais os germes eram resistentes ou sensíveis.

O TCUD (termo de compromisso de utilização de dados) foi assinado e os dados coletados serão mantidos sob confidencialidade. O uso dos dados será única e exclusivamente para fins acadêmicos/científicos. A dispensa do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) foi fornecida, pois não foi necessário o acesso ao prontuário das pacientes e por conta da atual situação pandêmica; assim, os dados foram coletados a partir de tabulação elaborada pelo laboratório do hospital, contendo apenas os resultados de urocultura e antibiograma das pacientes internadas com clínica de ITU no período analisado (CAAE: 37033520.2.0000.5454, Parecer nº 4.275.962).

## RESULTADOS

A partir da análise das uroculturas positivas e antibiogramas de 149 gestantes admitidas com quadro de infecção urinária no referido hospital e maternidade-escola do município de São Paulo de janeiro de 2019 a janeiro de 2020, constatou-se que 125 (83,89%) dos casos apresentaram como patógeno a bactéria *Escherichia coli*, 6 (4,03%), *Klebsiella pneumoniae*, 5 (3,36%), *Enterococcus faecalis*, 5 (3,36%), *Proteus mirabilis*, 4 (2,68%), *Staphylococcus epidermidis*, 1 (0,67%), *Enterobacter asburiae*, 1 (0,67%), *Citrobacter freundii*, 1 (0,67%), *Klebsiella aerogenes* e 1 (0,67%), *Pseudomonas aeruginosa* (Figura 1).

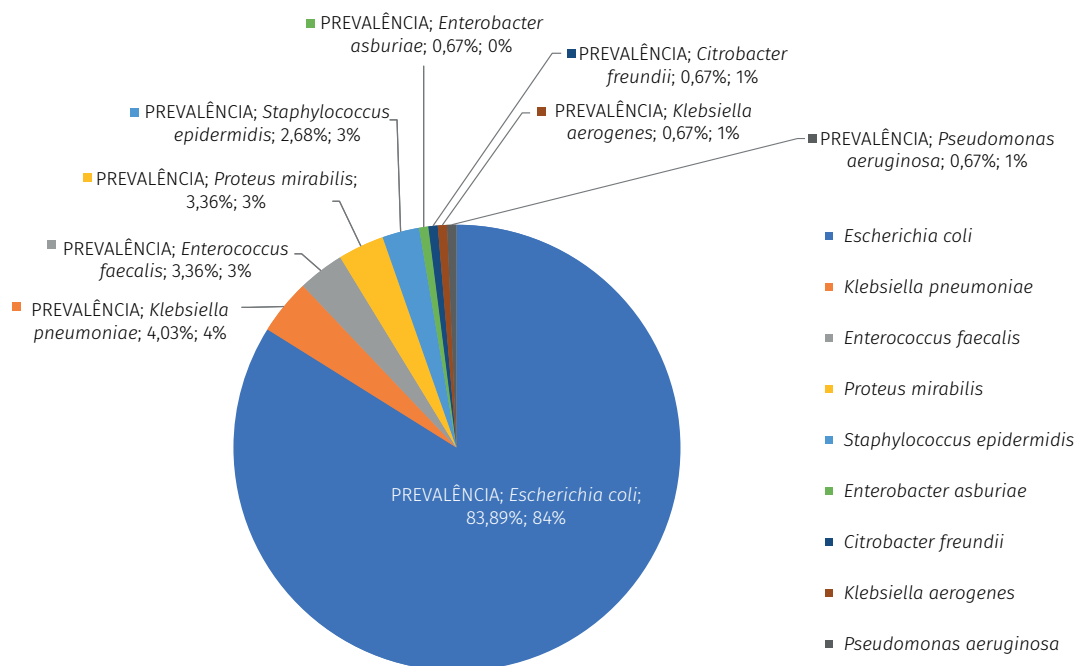


Figura 1. Prevalência dos patógenos

No que tange ao antibiograma relacionado ao patógeno mais prevalente, observou-se sensibilidade igual ou superior a 90% para amicacina, ceftazidima, cefepima, cefotaxima, piperacilina + tazobactam, meropenêm, imipenêm e nitrofurantoína; entre 80% e 89% para amoxicilina + ácido clavulânico e gentamicina; entre 70% e 79% para ciprofloxacino, levofloxacino e norfloxacino; e inferior a 70% para ampicilina/sulbactam, trimetoprima/sulfametoxazol, cefalotina e ampicilina (Figura 2). Ademais, registrou-se resultado intermediário igual ou inferior a 10% para amicacina, ceftazidima, ciprofloxacino, cefepima, cefotaxima, trimetoprima/sulfametoxazol, levofloxacino, piperacilina + tazobactam, meropenêm, imipenêm, ampicilina, nitrofurantoína, amoxicilina + ácido clavulânico, gentamicina e norfloxacino; entre 10% e 20% para ampicilina/sulbactam; e entre 20% e 30% para cefalotina.

No âmbito da resistência bacteriana, percebeu-se que o maior índice foi encontrado no que tange a ampicilina (54%), trimetoprima/sulfametoxazol (38%) e cefalotina (37%). Ademais, a partir das análises individuais, 30 (24%) pacientes apresentaram cepas sensíveis ou intermediárias a todas as medicações apontadas, e as demais apresentaram resistência a, pelo menos, uma delas. Nesse contexto, é importante ressaltar que, no domínio das ITUs, as pacientes com resultado intermediário podem ser triadas e conseqüentemente tratadas clinicamente como pacientes sensíveis, visto que a categoria intermediária implica eficácia clínica em locais do corpo onde certos medicamentos (como betalactâmicos e quinolonas) atingem fisiologicamente maior concentração (tal como ocorre no trato urinário) ou quando a

dosagem medicamentosa mais alta do que a convencional pode ser usada sem maiores prejuízos à paciente.

Em comparação com o segundo patógeno mais incidente nas pacientes (*Klebsiella pneumoniae*), percebe-se que ele tem 100% de sensibilidade a amicacina, ceftazidima, ampicilina/sulbactam, ciprofloxacino, cefepima, cefotaxima, levofloxacino, piperacilina + tazobactam, meropenêm, imipenêm, gentamicina e norfloxacino; 83% a trimetoprima/sulfametoxazol; 67% a amoxicilina + ácido clavulânico e cefalotina; e 33% a nitrofurantoína. No tocante às maiores taxas de resistência, na *Klebsiella pneumoniae* é encontrada resistência em relação à amoxicilina + ácido clavulânico (33%), cefalotina (17%) e trimetoprima/sulfametoxazol (17%). Os resultados intermediários limitam-se a cefalotina (17%) e nitrofurantoína (33%) (Figura 3).

### DISCUSSÃO

Como referido, a *E. coli* foi o patógeno mais encontrado nas pacientes. Esse dado apresenta-se em conformidade com estudos nacionais e internacionais acerca do assunto, os quais classificam o patótipo como *E. coli* uropatogênica.<sup>(8-14)</sup> Essas bactérias “residem” no trato gastrointestinal, o que ratifica a maior probabilidade de contaminação do trato urinário em mulheres devido à proximidade entre os dois sistemas, acentuada por práticas higiênicas precárias.<sup>(15)</sup>

No que diz respeito às mulheres gestantes, algumas outras condições, já citadas neste trabalho, como a compressão extrínseca dos ureteres e a diminuição do peristaltismo, preexistem, e isso pode acentuar a

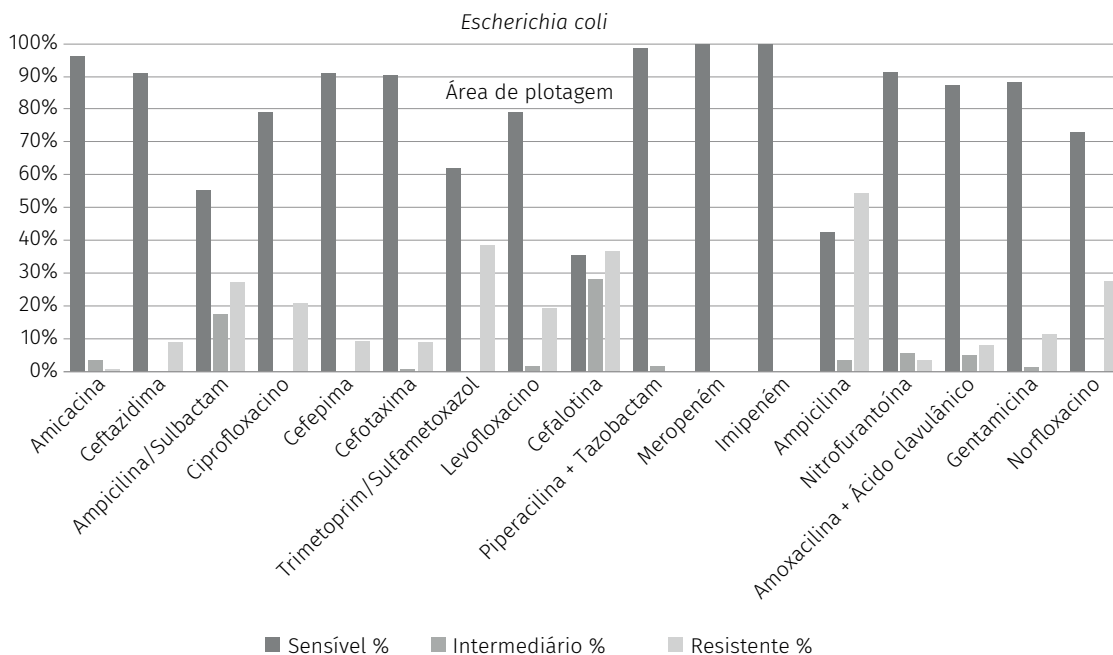


Figura 2. Antibiograma referente ao patógeno *Escherichia coli*

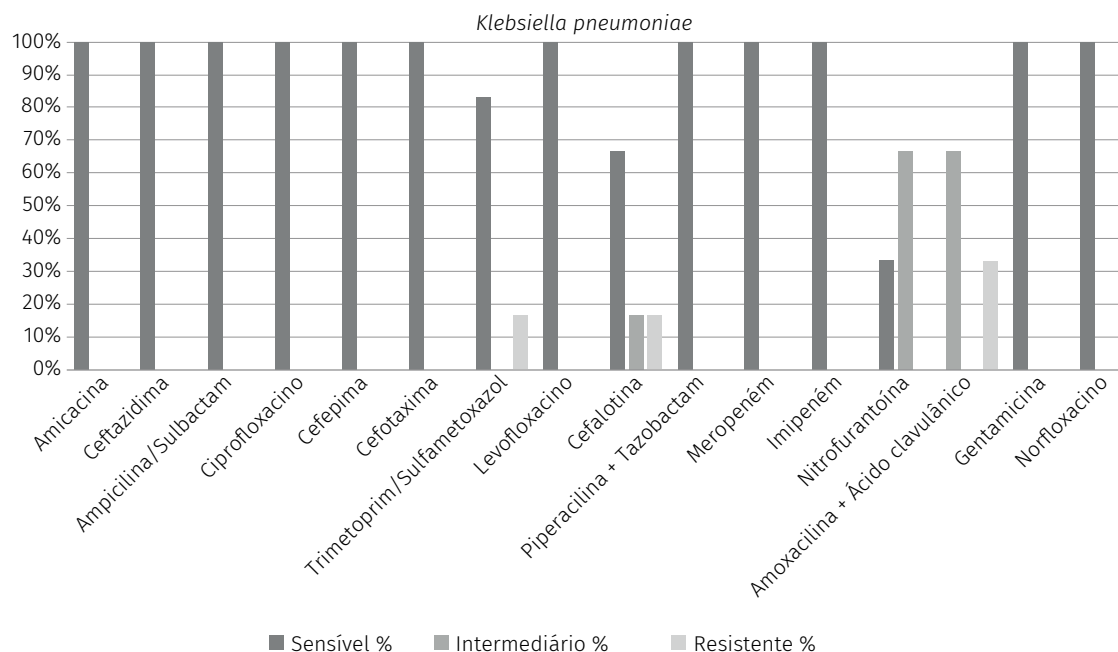


Figura 3. Antibiograma referente ao patógeno *Klebsiella pneumoniae*

probabilidade de contração da infecção; considerando as consequências danosas que a infecção pode trazer à gestação, é imperativo tratá-la.

Qualquer tratamento farmacológico em mulheres grávidas precisa considerar os efeitos colaterais, portanto as opções de medicamentos podem ser restritas.<sup>(14)</sup> Associado a isso, os diferentes perfis de sensibilidade apresentados levam à elaboração de protocolos de tratamento próprios de cada instituição, os quais embasam a antibioticoterapia empírica estabelecida nos pacientes que apresentem sinais clínicos de ITU. No caso do referido hospital e maternidade-escola da cidade de São Paulo, os medicamentos preconizados são a cefalexina 500 mg de seis em seis horas e a nitrofurantoína 100 mg de seis em seis horas, sendo recomendada a duração de sete dias de tratamento, tendo em vista que a duração de três dias tem alto índice de falha.

Tendo-se como base de análise não só a possibilidade do uso de cefalotina como indicador suplente das cefalosporinas orais (por exemplo, a cefalexina), no que se refere ao índice de resistência/sensibilidade apresentado em um antibiograma, no âmbito de ITUs não complicadas, mas também os resultados apresentados no presente estudo, observa-se que o patógeno mais frequente (*Escherichia coli*) apresenta sensibilidade igual a 35% (63%, quando somada com os resultados intermediários) para cefalotina e sensibilidade superior a 90% para nitrofurantoína. Esse dado desencoraja o uso da cefalotina e, consequentemente, da cefalexina para tratamento da ITU em gestantes, pois a sensibilidade apresentada pela *Escherichia coli* a essa droga é baixa, quando comparada a nitrofurantoína, a qual apresentou boa cobertura, sendo a resistência à droga inferior a 10%.<sup>(8)</sup>

## CONCLUSÃO

A partir da premissa de eficácia desempenhada pelo protocolo de medicação empírica estabelecido pela instituição no tocante ao tratamento de ITU em gestantes, a cefalotina e, consequentemente, a cefalexina, não deveriam compor o rol de drogas ofertadas prioritariamente às pacientes. Isso porque a sensibilidade apresentada pela *Escherichia coli*, patógeno mais comumente associado aos quadros de ITU do serviço, a essa droga é baixa. Já a nitrofurantoína apresentou um espectro de cobertura satisfatório, sendo a resistência à droga inferior a 10%. Com isso, conclui-se que, ao contrário da cefalexina, a nitrofurantoína deve permanecer como droga preferencial para o tratamento das ITUs das gestantes que chegam a essa instituição.

## REFERÊNCIAS

- Mazzer M, Silva JO. Causas e riscos de infecção urinária em gestantes. Rev Multidiscip Saúde [Internet]. 2010 [cited 2020 Nov 14];2(4):62-70. Available from: <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/918/807>
- Pagnonceli J, Colacite J. Infecção urinária em gestantes: revisão de literatura. Rev Uningã Rev [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 14];26(2):26-30. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1797/1403>
- Fernandes FA, Oliveira CN, Souza CL, Oliveira MV. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. C&D Rev Eletrônica Fainor. 2015;8(1):54-70. doi: 10.18378/rebes.v8i4.6115
- Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(2):93-100. doi: 10.1590/S0100-72032008000200008
- Carvalho FA, Rodrigues MA, Bottega A, Hörner R. Prevalência e perfil de sensibilidade de bactérias isoladas da urina de gestantes atendidas no serviço de obstetria de um hospital terciário. Sci Med. 2016;26(4):ID24071. doi: 10.15448/1980-6108.2016.4.24071

6. Hackenhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):199-204. doi: 10.1590/S0100-72032013000500002
7. Silva LM, Macedo CF, Vasconcelos DP, Gomides MD, Sadoyama G. *Escherichia Coli* isoladas de infecção urinária em gestantes: perfil de resistência aos antimicrobianos. *Encicl Biosfera* [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 14];10(19):231-9. Available from: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/2542>
8. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. 28th ed. Wayne: CLSI; 2018.
9. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. *Eur J Clin Invest.* 2008;38 Suppl 2:50-7. doi: 10.1111/j.1365-2362.2008.02009.x
10. Moraes D, Braoios A, Alves JL, Costa RM. Prevalence of uropathogens and antimicrobial susceptibility profile in outpatient from Jataí-GO. *J Bras Patol Med Lab.* 2014;50(3):200-4. doi: 10.5935/1676-2444.20140015
11. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am.* 2014;28(1):1-13. doi: 10.1016/j.idc.2013.09.003
12. Ballesteros-Monrreal MG, Arenas-Hernández MM, Enciso-Martínez Y, Martínez-de la Peña CF, Rocha-Gracia RC, Lozano-Zaraín P, et al. Virulence and resistance determinants of uropathogenic *Escherichia coli* strains isolated from pregnant and non-pregnant women from two states in Mexico. *Infect Drug Resist.* 2020;13:295-310. doi: 10.2147/IDR.S226215
13. Omidifar N, Taghi E, Mohebi S, Motamedifar M. Distribution and antimicrobial susceptibility pattern of bacterial pathogens causing urinary tract infection in pregnant women in Shiraz, Southwest Iran. *Gene Rep.* 2020;20:100731. doi: 10.1016/j.genrep.2020.100731
14. Stella AE, Oliveira AF. Padrões de resistência a antibióticos em enterobactérias isoladas de infecções do trato urinário em gestantes. *Res Soc Dev.* 2020;9(8):e862986337. doi: 10.1016/j.dru galcdep.2011.01.018
15. Fihn SD. Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med.* 2003;349(3):259-66. doi: 10.1056/NEJMcp030027

# Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura

*Emotional aspects in assisted human reproduction: an integrative literature review*

Rafaela Paula Marciano<sup>1</sup>, Waldemar Naves do Amaral<sup>1</sup>

## Descritores

Infertilidade; Emoções;  
Técnicas reprodutivas

## Keywords

Infertility; Emotions;  
Reproductive techniques

## Submetido

09/02/2021

## Aceito

10/05/2021

1. Universidade Federal de Goiás,  
Goiânia, GO, Brasil.

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar

## Autor correspondente:

Rafaela Paula Marciano  
Av. Esperança, s/n, 74690-900,  
Goiânia, GO, Brasil.  
rafaela.psi2016@gmail.com

## Como citar?

Marciano RP, Amaral WN. Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura. *Femina*. 2021;49(6):379-84

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar os aspectos emocionais presentes no processo de reprodução humana assistida (RHA), por meio de uma revisão interativa da literatura. As bases de dados utilizadas foram PubMed, BVS e Periódicos Capes, com os descritores “infertility” AND “reproductive techniques” AND “emotions”. Foram incluídos e analisados 24 artigos dos últimos cinco anos (2015 a 2020). Os resultados indicam que existem diversos sentimentos negativos que permeiam os casais inférteis, especialmente quando existem falhas no tratamento. O apoio social durante o tratamento em RHA melhora a qualidade de vida do casal e diminui o sofrimento emocional. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos casais inférteis e as intervenções terapêuticas também foram avaliadas como positivas para o manejo do estresse, da ansiedade e da depressão. As diferenças de gênero apareceram nos estudos e reiteram a relevância das relações de gênero, indicando a necessidade de intervenções diferentes para homens e mulheres.

## ABSTRACT

*The aim of this work was to analyze the emotional aspects present in the assisted human reproduction (RHA) process, through an interactive literature review. The databases used were PUBMED, BVS and CAPES journals, with the descriptors “infertility” AND « reproductive techniques” AND “emotions.” 24 articles from the last five years (2015 to 2020) were included and analyzed. The results indicate that there are several negative feelings that permeate infertile couples, especially when treatment failures, social support during RHA treatment improves the couple’s quality of life and reduces emotional distress. The coping strategies used by infertile couples and interventions therapeutics were also evaluated as positive for the management of stress, anxiety and depression. The gender differences appeared in the studies and reiterate the relevance of gender relations, indicating the need for different interventions for men and women.*

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera infértil um casal que mantém relações sexuais sem métodos contraceptivos durante 12 meses sem engravidar. A infertilidade é uma condição prevalente e representa um importante problema social e de saúde pública. De acordo com a OMS, a infertilidade afeta de 50 a 80 milhões de pessoas em todo o mundo.

As tecnologias reprodutivas surgiram nos anos 1980 com o objetivo de contornar a infertilidade ao possibilitarem a gestação a casais inférteis.<sup>(1)</sup>

Segundo Trindade e Enumo,<sup>(2)</sup> a angústia decorrente do diagnóstico de infertilidade pode variar de acordo com a valorização atribuída à maternidade e à paternidade de cada cultura. Além do diagnóstico, o tratamento de reprodução assistida mobiliza fortes reações emocionais, podendo ser sentido como uma experiência devastadora.<sup>(3)</sup> O medo, a ansiedade e as incertezas quanto aos desfechos dos tratamentos afetam diretamente o bem-estar desses pacientes.

O processo de reprodução assistida geralmente é vivenciado com muita instabilidade emocional, marcado por sentimentos de esperança e desilusão, ansiedade e depressão.<sup>(4)</sup> Em alguns casais, esses sentimentos podem desencadear isolamento e queda na autoestima e se configurar em quadros depressivos e ansiosos, com perturbações nas esferas emocional, sexual e dos relacionamentos conjugais.<sup>(5)</sup>

Dessa forma, por meio da análise de pesquisas científicas dos últimos cinco anos (2015 a 2020), o presente estudo tem por objetivo analisar os aspectos emocionais presentes no processo de reprodução humana assistida (RHA). Este estudo é uma revisão integrativa da literatura que busca proporcionar uma síntese de múltiplos estudos publicados que facilitem o entendimento do tema proposto.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura no período de agosto de 2020. Foram seguidas as recomendações dos *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).<sup>(6)</sup> A questão norteadora deste estudo foi: Quais os aspectos emocionais presentes no processo de RHA?

Realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Periódicos Capes. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca: “*infertility*” AND “*reproductive techniques*” AND “*emotions*”.

Foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos (2015 a 2020), escritos em inglês, que abordavam o tema proposto e com o texto completo disponível. Foram excluídos estudos de dissertações, teses, artigos duplicados e artigos que não contemplavam a questão norteadora.

Após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão em cada estudo, foram pré-selecionados 54 artigos para leitura do texto completo. Foram excluídos 30 artigos após leitura do texto completo e foram incluídos para análise 24 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os estudos, a fim de responder à questão norteadora do estudo, emergiram cinco categorias temáticas: (1) alterações emocionais em RHA; (2) sofrimento emocional *versus* falhas de tratamento; (3) apoio social; (4) estratégias de enfrentamento; e (5) intervenções terapêuticas.

## ALTERAÇÕES EMOCIONAIS EM RHA

A utilização das tecnologias de RHA é financeira e emocionalmente desgastante. Um diagnóstico de infertilidade e, subsequentemente, seu tratamento carregam consigo o potencial de resultados psicossociais negativos para a saúde mental. Muitos estudos encontrados nesta revisão têm reportado a ansiedade e a depressão no campo da infertilidade, sendo postuladas como causa e/ou como consequência da infertilidade.

Em uma revisão sistemática, foram avaliadas as reações emocionais de homens e mulheres durante a fertilização *in vitro* (FIV), buscando identificar diferenças entre os gêneros. Os resultados indicaram que, embora homens e mulheres experimentassem sofrimento psicológico durante a FIV, as mulheres apresentavam maior ansiedade e depressão antes do tratamento, piorando ainda mais no dia da retirada dos oócitos, durante, pré e pós-transferência do(s) embrião(ões) e durante o período de espera para a realização do teste de gravidez. Antes do tratamento, os homens apresentaram escores elevados de depressão, que aumentaram ainda mais durante o tempo que os casais esperaram para saber o resultado da FIV.<sup>(7)</sup>

Tais achados são esperados, considerando a dor física, social e emocional que promovem. As mulheres na sociedade moderna ainda consideram a maternidade como um papel importante e uma identidade respeitada, embora atualmente tenham outras formas de realização na vida. Em busca da realização do desejo da maternidade, as mulheres inférteis são expostas a vários procedimentos de RHA, incluindo injeções, medicamentos orais e exames invasivos. A FIV oferece uma nova esperança de conceber, mas também adiciona grande sofrimento psicológico às mulheres que não alcançam a taxa de sucesso (de 28,3% a 37,3%, segundo dados da REDLARA).

As diferenças de gênero no sofrimento emocional em casais submetidos à FIV também foram expressas em um estudo realizado em Portugal. Os resultados indicaram que homens com maior tempo de infertilidade, que foi associada a ansiedade e sintomas depressivos, relataram maior importância da paternidade. Já as mulheres que eram inférteis por muito tempo, mas que estavam em tratamento, expressaram emoções positivas, como esperança e otimismo, e tiveram diminuição dos sintomas depressivos. Nos homens, o processo foi o oposto, o que pode ser resultado de um menor envolvimento com o tratamento, evitando a vivência de emoções positivas, como esperança e otimismo, que ocorrem no início do tratamento após vários anos de infertilidade.<sup>(8)</sup>

A ansiedade e a depressão também foram avaliadas em outro estudo comparando casais que conceberam por meio de RHA e casais que conceberam espontaneamente. Os resultados indicaram que os pais solteiros que conceberam por meio de RHA não exibiram risco aumentado de ansiedade e depressão clinicamente significativas durante a gravidez e no período pós-parto, quando

comparados com casais que conceberam naturalmente. Em contraste, os pais que conceberam filhos gêmeos por meio de RHA parecem apresentar maior risco de doenças psicopatológicas clinicamente significativas durante a gravidez e no período pós-parto do que os pais de filho único. Os resultados sugerem que os pais que conceberam filhos por meio de RHA, independentemente do tipo de gravidez (se única ou múltipla), podem ter mais dificuldades de adaptação ao período perinatal.<sup>(9)</sup>

A depressão também apareceu como tema central em um estudo prospectivo realizado com 416 mulheres inférteis, nos EUA. Os resultados revelaram que mulheres inférteis com depressão têm menos probabilidade de iniciar o tratamento para infertilidade. Além disso, mulheres com maior tempo de infertilidade apresentavam maior chance de depressão.<sup>(10)</sup>

No Brasil, foi realizado um estudo com grávidas que conceberam por meio de RHA, com o objetivo de examinar a experiência da gravidez e como ela pode ser afetada pela RHA. Os resultados do estudo sugerem que a própria gravidez era considerada uma recompensa ou compensação pelas dificuldades enfrentadas no tratamento. As perspectivas das gestantes diferiam de acordo com o fato de a gravidez ter acontecido no primeiro ciclo de tratamento com RHA, daquelas que haviam se submetido a tratamentos anteriormente malsucedidos. Essas últimas concentravam-se menos nos aspectos mecânicos do processo, mas estavam mais preocupadas com possíveis problemas físicos. Para as mulheres em primeiro tratamento, a novidade e as demandas técnicas desse processo pareciam ser as maiores preocupações. Já as mulheres que engravidaram no primeiro ciclo de tratamento parecem ter lidado com as demandas emocionais e físicas do tratamento com mais facilidade do que as mulheres com ciclos malsucedidos, talvez porque os procedimentos tenham sido novidades, tidos como indispensáveis para atingir seu objetivo.<sup>(11)</sup>

O estresse gerado pela infertilidade e pela RHA promove um impacto na saúde mental e física do casal. A infertilidade, em ambos os sexos, pode trazer alterações dos aspectos emocionais, especialmente nos níveis de ansiedade e de depressão. A infertilidade é considerada uma experiência devastadora, especialmente para as mulheres. Tal impacto talvez seja maior nas mulheres pelo grau de importância social e cultural que a realização da maternidade pode ter na identidade feminina.

## **SOFRIMENTO EMOCIONAL VERSUS FALHAS NO TRATAMENTO**

Os pacientes inférteis experimentam profundo sofrimento emocional e distúrbios adaptativos, dos quais a ansiedade e a depressão são os mais comuns. Porém, não existe um consenso na literatura científica sobre se as alterações emocionais influenciam ou não nas falhas no tratamento ou se as falhas no tratamento promovem alterações emocionais.

Em um estudo de revisão sistemática, foi avaliada a influência da ansiedade e da depressão nos resultados do tratamento de infertilidade. Embora não esteja claro se um maior nível de ansiedade influencia os resultados dos procedimentos de RHA, sem dúvida, leva a uma menor qualidade de vida entre os casais inférteis. Os resultados do estudo indicam que se submeter à RHA leva a um aumento do nível de ansiedade, especialmente em casos de falha do tratamento e maior duração da infertilidade. Além disso, a maioria dos estudos revela níveis mais elevados de ansiedade e depressão entre as mulheres, em comparação com os homens, durante o tratamento da infertilidade.<sup>(12)</sup>

Resultados semelhantes foram encontrados em outra revisão sistemática e metanálítica que examinou a associação do sofrimento das mulheres inférteis com o resultado da RHA. No entanto, os resultados do estudo indicam que mulheres que experimentam ansiedade elevada, sintomas depressivos ou estresse antes do tratamento e aquelas que experimentam ansiedade elevada ou sintomas depressivos durante o tratamento não tinham maior probabilidade de ter resultados desfavoráveis. Contudo, os autores apontam a necessidade de aliviar o sofrimento associado à infertilidade, ao tratamento e à falha do tratamento.<sup>(13)</sup>

Em um estudo transversal, avaliou-se o impacto do número de falhas anteriores no tratamento da infertilidade sobre a ansiedade e a depressão. Os resultados indicaram um aumento da depressão e da ansiedade após falha no tratamento da infertilidade, mostrando que a ansiedade atingiu seu nível máximo após uma falha de tratamento. Observou-se que o nível de ansiedade diminuiu com mais falhas, mas ainda permaneceu mais alto do que entre os pacientes sem falha no tratamento. Em relação à depressão, o nível máximo ocorreu quando o número de falhas foi dois.<sup>(14)</sup>

Resultados semelhantes foram encontrados em uma revisão sistemática e metanálise. Uma estimativa combinada do efeito da falha no tratamento sobre os resultados psicológicos nos estudos encontrou escores mais altos de depressão e ansiedade em mulheres e escores mais altos de depressão em homens após falha no tratamento. Além disso, a depressão diminuiu após o tratamento bem-sucedido.<sup>(15)</sup>

Em uma metanálise, investigou-se o impacto dos escores de ansiedade e depressão durante o tratamento e no resultado de RHA. Os resultados revelaram que as mulheres que conseguiram engravidar por meio de RHA relataram escores médios de depressão mais baixos do que as mulheres que não engravidaram. Além disso, os resultados mostraram que a depressão e a ansiedade, tomados em certos estágios do ciclo de tratamento de RHA, são fatores relevantes na previsão do resultado da RHA. A associação entre os escores de depressão e ansiedade durante o tratamento de RHA e o resultado pode surgir porque as mulheres que respondem mal ao ciclo de estimulação podem apresentar níveis mais elevados

de ansiedade ou depressão em relação aos resultados ruins. No entanto, não está claro ainda se a ansiedade e a depressão durante o tratamento de RHA são marcadores de outros fatores ligados a resultados piores ou se são contribuintes para se obterem resultados piores.<sup>(16)</sup>

Em um estudo prospectivo realizado na Turquia, avaliou-se o efeito da ansiedade e da depressão no resultado da gravidez em casais que se submetem à RHA. Os resultados indicaram que os homens apresentavam mais ansiedade do que as mulheres antes da RHA e após o resultado da gravidez, enquanto o escore de depressão das mulheres foi maior do que o dos homens no início da RHA. O estudo também indicou que os escores de ansiedade e depressão de casais que obtiveram um resultado positivo de gravidez foram menores do que os de casais com resultado negativo.<sup>(17)</sup>

Os resultados dos estudos analisados nessa categoria mostram controvérsias sobre a relação entre os aspectos psicológicos e o sucesso da RHA, o que pode ser atribuído à utilização de diferentes metodologias. No entanto, é consenso entre os estudos que a infertilidade e as falhas no tratamento em RHA podem provocar alterações emocionais, especialmente ansiedade e depressão.

## APOIO SOCIAL

O apoio social se baseia nas relações interpessoais, na disponibilidade de apoio, de demonstrar preocupação com o outro e ajudar com os recursos disponíveis em situações de crise. O apoio social bem-sucedido, seja do parceiro, de familiares e/ou dos amigos, em momentos de estresse, pode amortecer o impacto na saúde física e mental das mulheres inférteis. Em contrapartida, a falta de apoio social é fator de risco para ansiedade e depressão pré-natal.

Os estudos analisados nessa categoria indicaram a importância do apoio social no tratamento de RHA. Em uma pesquisa experimental, verificou-se a importância das interações sociais de apoio no processo de tratamento da infertilidade. Os resultados indicaram uma diminuição no nível de estresse experimentado após a interação social de apoio. Os autores concluíram que uma interação social de apoio reduz significativamente os níveis de estresse de casais inférteis e tem efeito benéfico na saúde e no bem-estar do casal.<sup>(18)</sup>

Em contrapartida, em outro estudo, comparou-se o apoio fornecido e recebido do parceiro durante a gravidez em casais que engravidaram por RHA com casais que haviam concebido espontaneamente. Os resultados indicaram que as mulheres que engravidaram por RHA sentiram que receberam menos apoio do que as mulheres do grupo que conceberam espontaneamente e, quando receberam apoio, não tiveram redução na ansiedade ou na depressão. Os autores concluíram que o apoio do parceiro pode ser insuficiente para reduzir a ansiedade e a depressão durante a gravidez por meio de RHA, particularmente durante o período pré-natal.<sup>(19)</sup>

Todo o processo de RHA costuma afetar o funcionamento de indivíduos, casais e famílias, especialmente aqueles submetidos à FIV. Os achados de uma revisão sistemática indicam que os parceiros que passam pela FIV podem não ter apoio suficiente de suas redes sociais mais próximas, o que pode levar ao abandono da FIV.<sup>(20)</sup>

De forma geral, os estudos dessa categoria apontam a importância do apoio social durante a RHA. Além disso, o apoio social está associado com maior qualidade de vida, tanto para homens quanto para mulheres, podendo levar a uma diminuição do sofrimento emocional.

## ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

A RHA é considerada uma solução para os casais inférteis, mas também fonte de grande estresse. Injeções diárias, análise de sêmen, inúmeras ultrassonografias, longa lista de espera e altos custos financeiros são considerados fatores estressantes pelos casais que buscam tratamento para infertilidade. Tais fatores estão associados também ao aumento do nível de ansiedade e depressão nos casais inférteis.

Os estudos encontrados nessa categoria analisaram as formas de enfrentamento utilizadas pelos casais inférteis para o manejo das emoções, especialmente do estresse, da ansiedade e da depressão. Uma das estratégias de gerenciamento de estresse muito utilizada é a estratégia de resolução de problemas que envolve métodos que são usados pelo indivíduo para controlar seus pensamentos e ações, bem como para regular suas emoções contra situações estressantes. Em um ensaio clínico randomizado realizado com mulheres inférteis, observou-se que a capacidade de resolver o problema aumenta o sentimento de esperança e a capacidade de controlar as emoções positivas e diminui a ansiedade e a depressão nos indivíduos. Os autores concluem que a resolução de problemas é uma das estratégias de enfrentamento mais importantes para lidar com a infertilidade, tratamentos e muitos de seus efeitos psicológicos.<sup>(21)</sup>

O estudo de Ghasemi *et al.*,<sup>(22)</sup> no Irã, corrobora esses achados e aponta a importância de as mulheres inférteis utilizarem estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com as emoções negativas que surgem durante os períodos de espera do tratamento. As mulheres que utilizaram estratégias de enfrentamento focadas no problema atingiram uma saúde geral mais elevada, em comparação com as mulheres que utilizaram menos estratégias de enfrentamento focadas no problema.<sup>(22)</sup>

Em outro estudo, comparou-se o enfrentamento da infertilidade em parceiros de ambos os sexos para avaliar as diferenças de gênero. Como estratégias de enfrentamento, as mulheres tentavam falar abertamente sobre a infertilidade com outras pessoas, enquanto os homens eram mais contidos a esse respeito e preferiam apenas falar com as parceiras. As mulheres aceitaram mais a RHA do que os homens, mas os homens

aceitariam a ausência de filhos com mais frequência do que as mulheres.<sup>(23)</sup>

Um estudo examinou as associações entre a saúde mental de mulheres que iniciam um tratamento de infertilidade e seus recursos internos (esperança, reflexão e ruminação); além de verificar se a saúde mental está associada à idade e se essa associação é mediada pelos recursos internos. Os resultados indicaram que as mulheres mais jovens relataram maior sofrimento e ruminação do que as mulheres mais velhas. Maior esperança foi associada a maior bem-estar, e maior ruminação foi associada a maior sofrimento. Além disso, descobriu-se que a esperança e a ruminação mediam a associação entre idade e saúde mental.<sup>(24)</sup>

De forma geral, os estudos analisados nessa categoria apontam a importância da estratégia de resolução de problemas para a redução de níveis de estresse, ansiedade e depressão no tratamento de infertilidade. Outras estratégias de enfrentamento encontradas foram falar abertamente sobre o problema e utilizar recursos internos como a esperança e a reflexão.

## INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Existem diversas possibilidades de intervenções terapêuticas com casais inférteis que visam auxiliar os indivíduos a lidarem com os sentimentos despertados pela infertilidade, assim como a buscarem refletir sobre as decisões relacionadas ao tratamento, oferecendo escuta e apoio. Dessa forma, buscou-se analisar, nessa categoria, as intervenções terapêuticas utilizadas para redução do sofrimento emocional desses casais.

Patel *et al.*<sup>(25)</sup> observaram que as mulheres apresentam maior sofrimento e flutuações emocionais do que os homens. Os períodos de retirada de oócitos, transferência de embriões e espera do resultado dos testes de gravidez são as fases mais críticas. Como intervenções psicológicas eficazes, os autores apontam o aconselhamento, que pode atender às necessidades específicas da situação dos pacientes, fornecer suporte emocional e auxiliar nos processos psicológicos complexos dos casais inférteis, como reflexão sobre as crises a eles associadas, trabalho de luto, aceitação da situação, compreensão do significado e impacto na vida, e resolução de conflitos.<sup>(25)</sup>

Em um estudo, foi avaliada a eficácia de um protocolo de consulta de enfermagem sobre o estresse vivenciado por casais inférteis. Os resultados indicaram que as mulheres estavam mais estressadas do que os homens no momento do diagnóstico de infertilidade. Além disso, o nível de estresse percebido no pós-teste diminuiu no grupo de intervenção que recebeu sessões de gerenciamento de estresse durante a consulta de enfermagem. Já no grupo controle, esse nível de estresse no pós-teste não diminuiu, evidenciando a importância da intervenção.<sup>(26)</sup>

Uma revisão sistemática analisou a eficácia das intervenções psicossociais nos sintomas de ansiedade e depressão em casais submetidos à RHA. Os resultados

apontaram que esses casais experimentam um nível elevado de estresse relacionado tanto à infertilidade quanto aos tratamentos. As principais intervenções encontradas pelos autores foram a terapia cognitivo-comportamental, *mindfulness*, técnicas de relaxamento, meditação e psicoterapia individual e de grupo.<sup>(27)</sup>

O impacto positivo das terapias complementares durante o processo de FIV foi avaliado em outra revisão sistemática. O resultado da revisão indicou que as terapias complementares podem ser ferramentas eficazes para reduzir a ansiedade das mulheres inférteis, levando-as a uma experiência mais positiva.<sup>(28)</sup>

Em outra pesquisa realizada na Turquia, foi avaliado o nível de sofrimento em mulheres inférteis e suas habilidades de enfrentamento. Os resultados do estudo indicaram que o nível de depressão, sofrimento psicológico e solidão é reduzido à medida que a renda da mulher aumenta. Além disso, elevado nível de estresse e dificuldade em utilizar estratégias para manejo do estresse são fatores que podem impactar negativamente a infertilidade, como o abandono e a descontinuidade no tratamento.<sup>(29)</sup>

Os estudos apontaram diferentes intervenções terapêuticas utilizadas (técnicas de relaxamento, psicoterapia individual e em grupo, meditação, *mindfulness*), mas todas foram identificadas como ferramentas eficazes para reduzir a ansiedade e o estresse e auxiliar no enfrentamento da infertilidade e seus tratamentos. As técnicas reprodutivas expõem o casal infértil a mais sofrimento psíquico, sendo, portanto, recomendável que se ofereçam aos pacientes intervenções terapêuticas, destacando a importância do profissional da área de saúde mental no campo da infertilidade.

## CONCLUSÃO

Há consenso na literatura científica sobre os impactos psicológicos do diagnóstico de infertilidade e da RHA nos casais. As tentativas de concepção podem gerar intensas emoções para o casal e eclosão de sentimentos de frustração, impotência, estresse, ansiedade e depressão. Quando existem falhas no tratamento em RHA, o sofrimento emocional pode ser ainda maior. Os estudos analisados indicaram que casais com falhas no tratamento em reprodução assistida possuem mais distúrbios emocionais do que os casais que obtiveram sucesso. Os estudos analisados apontaram a importância do apoio social durante o tratamento em RHA, melhorando a qualidade de vida do casal e diminuindo o sofrimento emocional. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos casais inférteis também foram avaliadas como positivas para o manejo do estresse, da ansiedade e da depressão. Por fim, as intervenções terapêuticas utilizadas nos estudos analisados se mostraram como ferramentas eficazes para a diminuição do sofrimento emocional dos casais submetidos à RHA. As diferenças de gênero também apareceram nos estudos e reiteraram a relevância das relações de gênero, indicando a necessidade de intervenções diferentes para homens e mulheres.

## REFERÊNCIAS

- Machin R, Couto MT. "Fazendo a escolha certa": tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis*. 2014;24(4):1255-74. doi: 10.1590/S0103-73312014000400012
- Trindade ZA, Enumo SR. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicol USP*. 2002;13(2):151-82. doi: 10.1590/S0103-65642002000200010
- Borlot AM, Trindade ZA. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estud Psicol (Natal)*. 2004;9(1):63-70. doi: 10.1590/S1413-294X2004000100008
- Melamed RM, Ribeiro MF, Seger-Jacob L. O casal infértil e o profissional de saúde mental – possíveis abordagens. In: Melamed Rm, Quayle J, organizadores. *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 167-88.
- Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estud Psicol*. 2006;23(4):433-9. doi: 10.1590/S0103-166X2006000400011
- Galvão TF, Pansani TS, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):335-42. doi: 10.5123/S1679-49742015000200017
- Ying L, Wu LH, Loke AY. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *J Assist Reprod Genet*. 2016;33(2):167-79. doi: 10.1007/s10815-015-0638-4
- Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I, Almeida-Santos T. Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *Br J Health Psychol*. 2016;21(2):302-17. doi: 10.1111/bjhp.12169
- Tendais I, Figueiredo B. Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter? *Hum Reprod*. 2016;31(10):2303-12. doi: 10.1093/humrep/dew212
- Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Hum Reprod*. 2017;32(3):582-7. doi: 10.1093/humrep/dew351
- Dornelles LM, MacCallum F, Lopes RC, Piccinini CA, Passos EP. The experience of pregnancy resulting from Assisted Reproductive Technology (ART) treatment: a qualitative Brazilian study. *Women Birth*. 2016;29(2):123-7. doi: 10.1016/j.wombi.2015.08.012
- Gdańska P, Drozdowicz-Jastrzębska E, Grzechocińska B, Radziwon-Zaleska M, Węgrzyn P, Wielgoś M. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekol Pol*. 2017;88(2):109-12. doi: 10.5603/GP.a2017.0019
- Nicoloro-SantaBarbara J, Busso C, Moyer A, Lobel M. Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Soc Sci Med*. 2018;213:54-62. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.033
- Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;130(3):253-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.044
- Milazzo A, Mnatzaganian G, Elshaug AG, Hemphill SA, Hiller JE; Astute Health Study Group. Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(11):e0165805. doi: 10.1371/journal.pone.0165805
- Purewal S, Chapman SC, van den Akker OB. Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reprod Biomed Online*. 2018;36(6):646-57. doi: 10.1016/j.rbmo.2018.03.010
- Terzioglu F, Turk R, Yucel C, Dilbaz S, Cinar O, Karahalil B. The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *Afr Health Sci*. 2016;16(2):441-50. doi: 10.4314/ahs.v16i2.12
- Malina A, Glogiewicz M, Piotrowski J. Supportive social interactions in infertility treatment decrease cortisol levels: experimental study report. *Front Psychol*. 2019;10:2779. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02779
- Darwiche J, Milek A, Antonietti JP, Vial Y. Partner support during the prenatal testing period after assisted conception. *Women Birth*. 2019;32(2):e264-71. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.006
- Malina A, Pooley JA. Psychological consequences of IVF fertilization - Review of research. *Ann Agric Environ Med*. 2017;24(4):554-8. doi: 10.5604/12321966.1232085
- Gojani MG, Kordi M, Asgharipour N, Esmaeili H, Amirian M, Eskandarnia E. The effect of problem-solving skill training on mental health and the success of treatment of infertile women under intrauterine insemination treatment. *J Educ Health Promot*. 2017;6:107. doi: 10.4103/jehp.jehp\_20\_17
- Ghasemi M, Kordi M, Asgharipour N, Esmaeili H, Amirian M. The effect of a positive reappraisal coping intervention and problem-solving skills training on coping strategies during waiting period of IUI treatment: an RCT. *Int J Reprod Biomed*. 2017;15(11):687-96. doi: 10.29252/ijrm.15.11.687
- Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwał-Kolarz D. Gender differences in the experience of Infertility concerning Polish couples: preliminary research. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2337. doi: 10.3390/ijerph16132337
- Shlomo SB, Skvirsky V, Taubman-Ben-Ari O, Azuri Y, Horowitz E. Mental health of women entering fertility treatment: what role do age and internal resources play? *Stress Health*. 2017;33(4):470-6. doi: 10.1002/smi.2733
- Patel A, Sharma PS, Kumar P. Role of mental health practitioner in infertility clinics: a review on past, present and future directions. *J Hum Reprod Sci*. 2018;11(3):219-28. doi: 10.4103/jhrs.jhrs\_41\_18
- Zaidouni A, Ouasmani F, Benbella A, Kasouati J, Bezad R. The effect of nursing consultation based on orem's theory of self-care and bandura's concept on infertility stress. *J Hum Reprod Sci*. 2019;12(3):247-54. doi: 10.4103/jhrs.JHRS\_159\_18
- Masoumi SZ, Parsa P, Kalhori F, Mohagheghi H, Mohammadi Y. What psychiatric interventions are used for anxiety disorders in infertile couples? A systematic review study. *Iran J Psychiatry*. 2019;14(2):160-70. doi: 10.18502/ijps.v14i2.996
- Logiudice JA, Massaro J. The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): a systematic literature review. *Appl Nurs Res*. 2018;39:220-8. doi: 10.1016/j.apnr.2017.11.025
- Dag H, Yigitoglu S, Aksakal BI, Kavlak O. The association between coping method and distress in infertile woman: a cross-sectional study from Turkey. *Pak J Med Sci*. 2015;31(6):1457-62. doi: 10.12669/pjms.316.8605

# FEBRASGO POSITION STATEMENT

Mantendo o compromisso com a promoção da educação e atualização médica continuada em Ginecologia e Obstetrícia, a Febrasgo produz o Position Statement. Manuscritos com conteúdos baseados em evidências científicas sobre a temática proposta e resultados que contribuem para a prática clínica.

**O Febrasgo Position Statement documenta o estado atual da área de Ginecologia e Obstetrícia na**



**Pesquisa e  
Extensão**

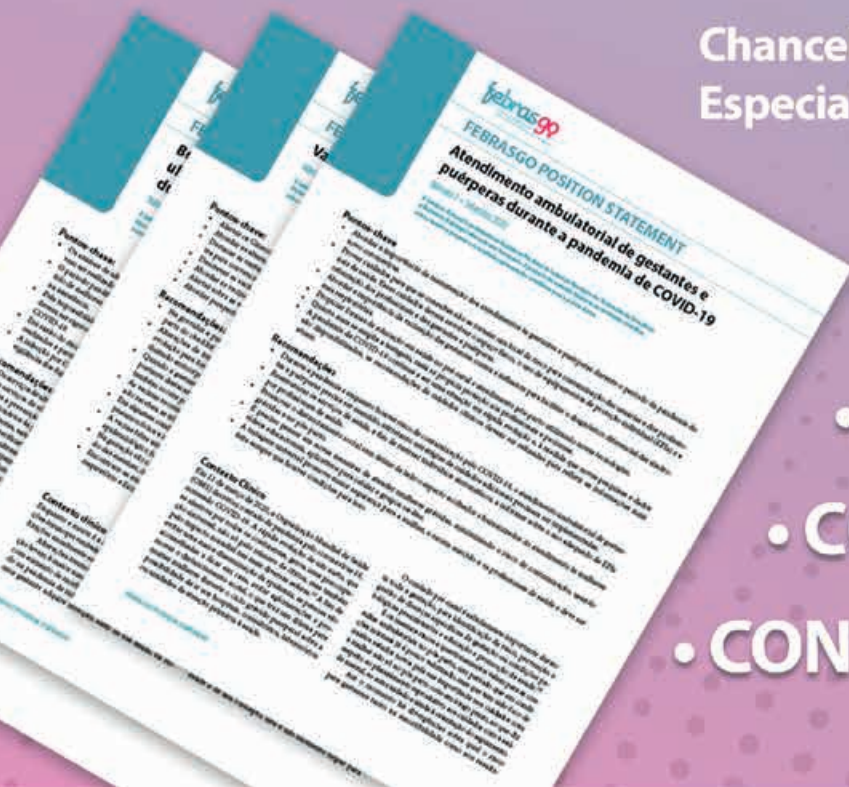


**Prática  
Assistencial**



**Educação**

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS

# 59º CBGO

Congresso Brasileiro de  
Ginecologia e Obstetrícia

2021  
EDIÇÃO ONLINE

O congresso de todos os brasileiros

febrasgo  
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS  
ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

▪ 17 a 20 de novembro ▪

**Participe do maior e melhor  
evento de Ginecologia e  
Obstetrícia do Brasil!**

**Inscrições abertas**



Acesse:  
[www.cbgo2021.com.br](http://www.cbgo2021.com.br)

Ou escaneie o QRCode ao lado

Realização:

febrasgo  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Gerenciamento:

CCM CONGRESSES