

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 51, Número 7, 2023



CÂNCER DE MAMA

Febrasgo, CBR e SBM apresentam
novas recomendações para
o rastreamento da doença

RECONHECIMENTO MUNDIAL
RBGO conquista o primeiro
Fator de Impacto

ABRAGO
Evento em São Paulo marca a
fundação da Academia Brasileira
de Ginecologia e Obstetrícia

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

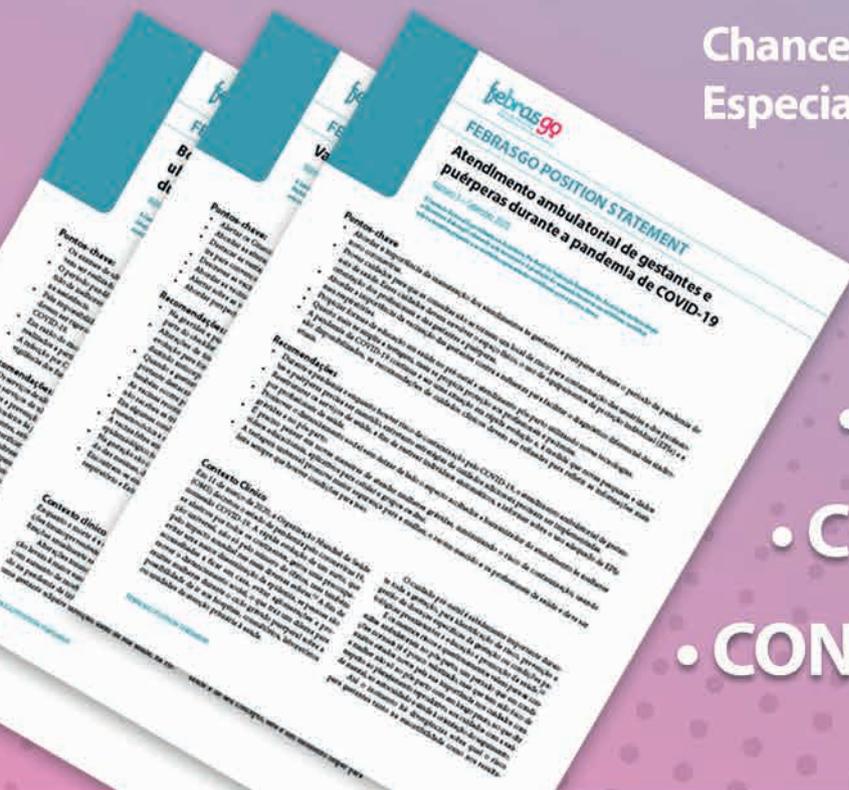


Prática
Assistencial



Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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



A revista *Femina* é uma publicação de acesso livre CC-BY (Creative Commons), a qual permite a citação e a reprodução de seus conteúdos, porém protegida por direitos autorais. É permitido citar e reproduzir seu conteúdo desde que sejam dados os devidos créditos ao(s) autor(es), na maneira especificada por ele(s) em seu(s) artigo(s).

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

CONSELHO EDITORIAL

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

Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
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



EDITORIAL

A cada volume, *Femina* veste-se de particular beleza! Neste julho, *Femina* se supera. Traz artigo de capa irreprensível, preciso e fascinante sobre o diagnóstico precoce por rastreamento adequado do câncer de mama e sua relevância clínica. Trata-se de texto insuperável redigido por membros da Febrasgo, do Colégio Brasileiro de Radiologia e da Sociedade Brasileira de Mastologia. Os autores descrevem as evidências observadas entre 2012 e 2022, úteis para a assistência das mulheres a partir dos 40 anos de idade. Descrevem a prevalência da doença no país e recomendam a realização de mamografia anual a partir dessa idade, com forte recomendação. Aceita-se a combinação de mamografia e tomossíntese, quando a última estiver disponível. Em suas dez páginas, o texto examina e orienta acerca de todas as possibilidades clínicas habitualmente encontradas na prática médica. O artigo é enriquecido com sessenta e oito referências atualizadas. Na sequência, a jornalista Letícia entrevista dois professores do grupo de redatores e o vice-presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Imaginologia Mamária da Febrasgo, dando destaque à eficácia do rastreamento adequado para salvar vidas.

A Academia Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia foi fundada em São Paulo em 23 de junho deste ano e disponibiliza trinta cadeiras, tendo como patronos principalmente os ex-presidentes da Febrasgo. Futuros acadêmicos titulares terão que se candidatar. Que venham logo os professores Ronald Bossemeyer, Lucas Viana Machado e outros entre nossos ícones. Com otimismo, *Femina* revela a programação para a inauguração de um Centro de Treinamento *Hands On* na sede da Febrasgo até o final deste ano, iniciativa a ser multiplicada em várias federadas ao longo dos próximos anos. Febrasgo/ensino insuflando nosso ego! Vamos ensinar melhor a ginecologia e obstetrícia (GO) do futuro! Mais no ensino: dois destacados professores de GO discutem e propõem caminhos que possibilitem um maior ganho do residente ao longo dos seus anos de treinamento. Eles enxergam a necessidade de que o residente, ao terminar seu curso, tenha adquirido *expertise* e esteja apto a analisar e sintetizar as evidências científicas antes de sua aplicação no dia a dia. Os autores descrevem um quadro com dez obstáculos e outro com quinze tópicos facilitadores. O desafio está lançado: aumentar a produção científica do residente egresso!

No Caderno Científico, a Febrasgo destaca seu posicionamento acerca da assistência ao parto vaginal operatório. O artigo, redigido pela CNE em Urgência Obstétrica, faz o balanço do pêndulo apontar mais para o vácuo-extrator do que para o fórcepe. Tempos mudados! Mas é possível o bom aprendizado dos dois instrumentos. Indicações, vantagens e desvantagens são descritas de modo invejável. As ilustrações são de excelência e enriquecedoras do texto. Os pontos-chave destacam cada instrumento, e as nove recomendações são professorais. Não deixem de ler! Artigo maravilhoso! Um estudo observacional de Santa Catarina descreve a tendência na ocorrência de nascimentos prematuros entre os anos de 2011 e 2021 naquele estado. O artigo é observacional, mas elegante, bem estruturado e bem analisado, e conclui pela estabilidade no número de partos pré-termo naquele período. Concluindo, professores de Foz do Iguaçu avaliam o efeito da educação sexual, da cinesioterapia e da fisioterapia no tratamento da anorgasmia, principalmente após lesão do assoalho pélvico. Os autores utilizaram instrumentos validados na obtenção das informações e, por esse aspecto, já merecem elogios. A visibilidade dos gráficos provoca a leitura!

Nosso congresso se aproxima, destacando a eleição para a presidência da Febrasgo. Embora seja chapa única, é importante que nos posicionemos!

Façam boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR

SUMÁRIO

390 Capa

Recomendações para o rastreamento do câncer de mama no Brasil do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

400 Entrevista

Rastrear salva vidas



404 Espaço RBGO
Inédito:
RBGO conquista Fator de Impacto

407 Abrago
Momento histórico:
**Febrasgo funda a Academia
Brasileira de Ginecologia
e Obstetrícia**

409 Hands On
Treinamento Hands On:
a medicina é prática

411 Residência Médica
**Trabalho de conclusão de curso na
formação do médico-residente**

416 Federada
Sogimig
**“A vida dentro da sociedade
é mais segura”**

419 Defesa e Valorização Profissional
**A vulnerabilidade
social e emocional
da prática médica
e as redes sociais**



422 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Parto vaginal operatório

ARTIGO ORIGINAL

**Tendência temporal de
nascidos prematuros no
estado de Santa Catarina
entre 2011 e 2021**

RELATO DE CASO

**Associação da educação
sexual, cinesioterapia e
terapia manual no tratamento
de mulheres anorgásmicas:
um estudo de caso**



Descritores:

Rastreamento de câncer de mama;
Mamografia; Ultrassom; Imagem de
ressonância magnética

Trabalho realizado na Comissão Nacional de Mamografia (CNM) do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), São Paulo, SP, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), São Paulo, SP, e com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Rio de Janeiro, RJ. Como é fruto de uma diretriz conjunta, será publicado nas respectivas revistas das três sociedades envolvidas.

1. Membro da Comissão Nacional de Mamografia, representante do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, São Paulo, SP, Brasil.
2. Coordenador da Comissão Nacional de Mamografia, Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, São Paulo, SP, Brasil.
3. Membro da Comissão Nacional de Mamografia, representante da Sociedade Brasileira de Mastologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Membro da Comissão Nacional de Mamografia, representante da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Linei Augusta Brolini Delle Urban
Avenida Paulista, 37, 7º andar, conjunto
71, 01311-902, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lineiurban@hotmail.com

Como citar:

Urban LA, Chala LF, Paula IB, Bauab SP, Schaefer MB, Oliveira AL, et al. Recomendações para o rastreamento do câncer de mama no Brasil do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Femina*. 2023;51(7):390-9.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Recommendations for breast cancer screening in Brazil from the Brazilian College of Radiology, the Brazilian Society of Mastology and the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45.

Recomendações para o rastreamento do câncer de mama no Brasil do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Linei Augusta Brolini Delle Urban¹, Luciano Fernandes Chala², Ivie Braga de Paula¹, Selma di Pace Bauab¹, Marcela Brisighelli Schaefer¹, Ana Lúcia Kefalás Oliveira¹, Carlos Shimizu¹, Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira¹, Paula de Camargo Moraes¹, Beatriz Medicis Maranhão Miranda¹, Flávia Engel Aduan¹, Salete de Jesus Fonseca Rego¹, Ellyete de Oliveira Canella¹, Henrique Lima Couto³, Gustavo Machado Badan³, José Luis Esteves Francisco⁴, Thaís Paiva Moraes⁴, Rosângela Requi Jakubiak¹, João Emílio Peixoto¹

RESUMO

Objetivo: Apresentar a atualização das recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Materiais e Métodos:** Foram feitas buscas das evidências científicas publicadas nas bases Medline, EMBASE, Cochrane Library, EBSCO, CINAHL e Lilacs, entre janeiro de 2012 e julho de 2022. As recomendações foram baseadas nessas evidências, mediante consenso da comissão de especialistas das três entidades. **Recomendações:** O rastreamento mamográfico anual é recomendado para as mulheres de risco habitual entre 40 e 74 anos. Acima de 75 anos, deve ser reservado para as que tenham expectativa de vida maior que sete anos. Mulheres com risco maior que o habitual, entre elas as com mamas densas, com história pessoal de hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular *in situ* clássico, hiperplasia ductal atípica, tratamento de câncer de mama ou de irradiação no tórax antes dos 30 anos ou, ainda, portadoras de mutação genética ou com forte história familiar, beneficiam-se do rastreamento complementar, sendo consideradas de forma individualizada. A tomossíntese é uma evolução da mamografia e deve ser considerada no rastreamento, sempre que acessível e disponível.

ABSTRACT

Objective: To present the update of the recommendations of the Brazilian College of Radiology, the Brazilian Society of Mastology and the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations for breast cancer screening in Brazil. **Materials and Methods:** Scientific evidence published in Medline, Embase, Cochrane Library, Ebsco, Cinahl and Lilacs between January 2012 and July 2022 was searched. Recommendations were based on this evidence, by consensus of the expert committee of the three entities. **Recommendations:** Annual mammographic screening is recommended for women aged between 40 and 74 years old. Above 75 years should be reserved for those with a life expectancy greater than seven years. Women at higher than usual risk, including those with dense breasts, a personal history of atypical lobular hyperplasia, classic lobular carcinoma in situ, atypical ductal hyperplasia, treatment for breast cancer, chest irradiation before age 30, carriers of genetic mutation or with a strong family history, benefit from complementary screening, being considered individually. Tomosynthesis is an evolution of mammography and should be considered in screening, whenever accessible and available.

INTRODUÇÃO

Em 2021, o câncer de mama tornou-se o câncer mais frequentemente diagnosticado no mundo, sendo a principal causa de morte entre as mulheres.⁽¹⁾ No Brasil, para o ano de 2023, foram estimados 73.610 novos casos de câncer de mama, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos a cada 100.000 mulheres.⁽¹⁾ O rastreamento é uma medida eficaz para detectar a doença no estágio inicial e reduzir sua mortalidade. Além disso, o diagnóstico precoce permite uma maior gama de opções terapêuticas e a redução da morbidade do tratamento.⁽²⁻⁴⁾

Em 2012 e 2017, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), por meio da Comissão Nacional de Mamografia (CNM), publicaram as recomendações para o rastreamento do câncer de mama.^(5,6) O objetivo desta atualização é publicar as evidências disponíveis sobre o rastreamento e fornecer informações para a tomada de decisões em mulheres com diferentes riscos para o desenvolvimento da doença.

MÉTODOS

Foram feitas buscas nas bases de dados Medline (via PubMed), EMBASE, Cochrane Library, EBSCO, CINAHL e Lilacs (via Bireme), utilizando o máximo de palavras-chaves, descritores e termos MeSH, a fim de encontrar evidências científicas sobre o rastreamento do câncer de mama com mamografia (MG), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM) e tomossíntese (TMS), em mulheres de risco habitual, intermediário e alto para

o câncer de mama, publicadas entre janeiro de 2012 e julho de 2022, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol. Buscas complementares foram feitas em *websites*, ferramentas *on-line* e nas referências dos estudos analisados. Foram selecionadas para análise as evidências processadas mais recentes, de maior qualidade (revisões sistemáticas e metanálises) e que melhor respondiam às perguntas estruturadas. Na ausência dessas, estudos primários (ensaios clínicos ou coortes) foram incluídos. O risco de viés dos estudos foi avaliado com as ferramentas: ROBIS (*Risk of Bias in Systematic Reviews*), RoB 2.0 (*Cochrane Risk of Bias Tools for Randomized Controlled Trials versão 2.0*), QUADAS-C (*Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies – Comparative*) e ROBINS-I (*Risk of Bias in Non-randomised Studies of Interventions*). A qualidade global do conjunto da evidência para cada desfecho foi avaliada pelo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

As recomendações foram baseadas nessas evidências, mediante consenso da comissão de especialistas das três entidades (CBR, SBM e Febrasgo), definido como concordância de pelo menos 75% dos membros com a recomendação. Na ausência de concordância inicial, em uma segunda rodada de discussão e votação, uma maioria simples era necessária para definir o consenso. As recomendações foram classificadas em cinco categorias:

- **Categoria A** – Recomendação **forte a favor**, baseada em evidência de **alta qualidade**.
- **Categoria B** – Recomendação **forte a favor**, baseada em evidência de **moderada qualidade**.
- **Categoria C** – Recomendação **fraca a favor**, baseada em evidência de **baixa qualidade**.
- **Categoria D** – Recomendação **a favor**, baseada somente em consenso de **especialistas**.
- **Categoria E** – Recomendação **contra**, pois a evidência é insuficiente para apoiar seu uso.

RECOMENDAÇÕES PARA O RASTREAMENTO**Rastreamento das mulheres com risco populacional usual****Mamografia**

Recomenda-se o rastreamento anual com MG para as mulheres entre 40 e 74 anos, preferencialmente com tecnologia digital (*Categoria A*).

A partir dos 75 anos, recomenda-se continuar o rastreamento se não houver comorbidades que reduzam a expectativa de vida e, se houver, que seja de pelo menos sete anos (*Categoria D*).

Ultrassonografia

Não se recomenda a US como rastreamento suplementar ou como método isolado para mulheres com risco habitual (*Categoria E*).

Nota: o uso da US é considerado em situações específicas de maior risco (vide sessão sobre mamas densas, risco intermediário e alto risco).

Ressonância magnética

Não se recomenda a RM como rastreamento suplementar ou como método isolado para mulheres com risco habitual (*Categoria E*).

Nota: o uso da RM é considerado em situações específicas de maior risco (vide sessão sobre mamas densas, risco intermediário e alto risco).

Tomossíntese

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG sintetizada (MGs) ou com a MG padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG 2D sintetizada (MGs) ou com a MG 2D padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

Rastreamento das mulheres com mamas densas

Mamografia

Recomenda-se o rastreamento anual com MG para as mulheres entre 40 e 74 anos, preferencialmente com tecnologia digital (*Categoria A*).

A partir dos 75 anos, recomenda-se continuar o rastreamento se não houver comorbidades que reduzam a expectativa de vida e, se houver, que seja de pelo menos sete anos (*Categoria D*).

Ultrassonografia

Recomenda-se que a US anual pode ser considerada como adjunta à MG nas mulheres com mamas densas, exceto quanto a RM for realizada (*Categoria B*).

Ressonância magnética

Recomenda-se que a RM bienal pode ser considerada como adjunta à MG nas mamas extremamente densas (*Categoria C*).

Tomossíntese

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG 2D sintetizada (MGs) ou com a MG 2D padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

Rastreamento das mulheres com história pessoal de biópsia com hiperplasia lobular atípica (HLA), carcinoma lobular in situ clássico (CLIS) e hiperplasia ductal atípica (HDA)

Nota inicial

É recomendado que as mulheres com HLA, CLIS ou HDA sejam avaliadas por modelos de cálculos de risco que

incluam essas variáveis em conjunto com outros dados clínicos, incluindo antecedentes familiares e densidade mamária, para estimar o risco de câncer de mama.

Mamografia

Para mulheres com estimativa de risco < 20% ao longo da vida, recomenda-se MG anual a partir dos 40 anos (*Categoria A*).

Para mulheres com estimativa de risco ≥ 20% ao longo da vida, recomenda-se MG anual a partir do diagnóstico (não antes de 30 anos) (*Categoria B*).

Ultrassonografia

Para mulheres com estimativa de risco 15%-20% ao longo da vida, a US pode ser considerada como adjunta à MG (*Categoria D*).

Para mulheres com estimativa de risco ≥ 20% ao longo da vida, a US é recomendada como método alternativo para aquelas que, por quaisquer motivos, não possam realizar a RM (*Categoria B*).

Ressonância magnética

Para mulheres com estimativa de risco ≥ 20% ao longo da vida, a RM anual deve ser considerada como adjunta à MG a partir do diagnóstico (não antes dos 25 anos) (*Categoria B*).

Tomossíntese

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG 2D sintetizada (MGs) ou com a MG 2D padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

Rastreamento das mulheres com história pessoal de tratamento de câncer de mama invasor ou carcinoma ductal in situ (CDIS)

Mamografia

Mulheres tratadas com **cirurgia conservadora** devem realizar MG anualmente (*Categoria A*), com início no mínimo seis meses após o término da radioterapia.

Mulheres tratadas com **mastectomia** devem realizar MG anualmente apenas da mama contralateral, com início um ano após o término do tratamento (*Categoria A*).

Mulheres submetidas a **adenomastectomia** podem considerar realizar MG em até um ano para avaliação do tecido fibroglandular residual, a fim de determinar a necessidade da manutenção do rastreamento mamográfico (*Categoria D*).

Ultrassonografia

A US pode ser utilizada no rastreamento complementar à MG quando a RM for indicada, porém, por quaisquer motivos, não puder ser realizada (*Categoria C*).

Ressonância magnética

Mulheres tratadas com **cirurgia conservadora** ou **mastectomia** (para avaliação da mama contralateral) que tiveram diagnóstico do câncer de mama antes dos 50 anos ou com mamas densas devem realizar RM anual (*Categoria C*), com início um ano após o término do tratamento.

Tomossíntese

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG 2D sintetizada (MGs) ou com a MG 2D padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

Rastreamento das mulheres com história pessoal de radioterapia torácica

Mamografia

Mulheres com história de irradiação no tórax antes dos 30 anos de idade devem realizar MG **anualmente a partir do oitavo ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 30 anos)** (*Categoria A*).

Ultrassonografia

A US deve ser utilizada no rastreamento apenas quando a RM, por quaisquer motivos, não puder ser realizada (*Categoria B*).

Ressonância magnética

Mulheres com história de irradiação no tórax antes dos 30 anos de idade devem realizar **RM anualmente a partir do oitavo ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 25 anos)** (*Categoria A*).

Tomossíntese

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG 2D sintetizada (MGs) ou com a MG 2D padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

Rastreamento das mulheres portadoras de mutação genética ou com forte história familiar de câncer de mama (risco $\geq 20\%$ ao longo da vida)

Mamografia

Mulheres com mutação patogênica do gene *BRCA1* ou não testadas, mas com parentes de primeiro grau portadoras, devem realizar MG **anualmente a partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 35 anos)** (*Categoria A*).

Mulheres com mutação patogênica do gene *TP53* ou não testadas, mas com parentes de primeiro grau portadoras, devem realizar MG **anualmente a partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 30 anos)** (*Categoria A*).

Mulheres com mutação patogênica do gene *BRCA2* ou outros genes de moderado ou alto risco para câncer de mama, além daquelas não testadas, mas com parentes

de primeiro grau portadoras, devem realizar MG **anualmente a partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 30 anos)** (*Categoria A*).

Mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, devem realizar MG **anualmente, iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos)** (*Categoria A*).

Ultrassonografia

A US deve ser utilizada no rastreamento apenas quando a RM, por quaisquer motivos, não puder ser realizada (*Categoria B*).

Ressonância magnética

Mulheres com mutação patogênica do gene *BRCA1* ou não testadas, mas com parentes de primeiro grau portadoras, devem realizar RM **anualmente a partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 25 anos)** (*Categoria A*).

Mulheres com mutação patogênica do gene *TP53* ou não testadas, mas com parentes de primeiro grau portadoras, devem realizar **RM anualmente partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 20 anos)** (*Categoria A*).

Mulheres com mutação patogênica do gene *BRCA2* ou outros genes de moderado ou alto risco para câncer de mama, além daquelas não testadas, mas com parentes de primeiro grau portadoras, devem realizar **RM anualmente partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 30 anos)** (*Categoria A*).

Mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, devem realizar RM **anualmente, iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos)** (*Categoria A*).

Tomossíntese

Recomenda-se que a TMS em combinação com a MG 2D sintetizada (MGs) ou com a MG 2D padrão (COMBO) seja considerada no rastreamento, quando disponível (*Categoria B*).

JUSTIFICATIVA

Os benefícios do rastreamento mamográfico foram avaliados por meio de estudos de coorte, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados, demonstrando redução da mortalidade específica por câncer de mama de 22% a 30%, nas mulheres de 40 a 74 anos.^(2-4,7) Quando analisados outros desfechos importantes, observou-se também melhor qualidade de vida, mensurada por meio do QALY (*quality-adjusted life-years*), devido a tratamentos menos agressivos,⁽²⁾ além de maior taxa de tumores iniciais, com características prognósticas melhores e axila negativa,⁽³⁾ e 28% menos tumores avançados.⁽⁴⁾

IDADE DE INÍCIO E PERIODICIDADE DO RASTREAMENTO

O início do rastreamento aos 40 anos reduz em 25% a mortalidade em 10 anos por câncer de mama, porém aumenta o falso-positivo (FP) de 4,8% para 7%.⁽⁷⁾ No Brasil também se observa que 41,1% das mulheres com diagnóstico de câncer da mama possuem menos de 50 anos.⁽⁸⁾ Quanto ao intervalo de rastreamento, nota-se que o intervalo bienal está relacionado a maior risco de tumores avançados (RR: 1,28), maiores que 15 mm e com piores fatores prognósticos.⁽⁷⁾ Dessa forma, a CNM recomenda o rastreamento anual com MG a partir dos 40 anos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS MULHERES ABAIXO DE 40 ANOS

Não é recomendado o rastreamento nesse grupo etário, devido à menor incidência do câncer de mama (cerca de 7% dos casos). Entretanto, o estudo AMAZONA III demonstrou que no Brasil esse número é de 17%, com tumores de maiores dimensões e pior prognóstico ao diagnóstico, comparativamente às mulheres acima de 40 anos.⁽⁹⁾ Portanto, em concordância com outras sociedades internacionais,^(10,11) a CNM recomenda que o médico assistente realize uma avaliação da estimativa do risco de câncer de mama para todas as mulheres acima de 30 anos, por meio dos modelos matemáticos, para melhor estratificação daquelas com risco aumentado, que poderiam se beneficiar de rastreamento diferenciado.

QUANDO INTERROMPER O RASTREAMENTO

Os estudos prospectivos, controlados e randômicos não incluíram mulheres acima de 74 anos, não havendo dados diretos sobre o rastreamento nessa faixa etária. No entanto, a expectativa de vida das mulheres tem aumentado, com incidência crescente do câncer de mama na faixa etária acima dos 75 anos. Atualmente, 26% das mortes por câncer de mama ocorrem em mulheres com diagnóstico após os 74 anos.^(12,13) Considerando esses fatores, muitas organizações médicas recomendam a individualização da decisão, que deve ser discutida com a mulher.

EFEITOS ADVERSOS DO RASTREAMENTO

Alguns efeitos adversos são relatados, porém a qualidade da evidência para análise deles é baixa. O sobrediagnóstico é um efeito discutido, porém sua estimativa é variável, devido à dificuldade de determinar qual tumor levaria ou não a paciente a óbito.⁽¹⁴⁾ O risco de carcinoma induzido pela radiação empregada no rastreamento mamográfico é baixo, porém maior em mulheres com mamas volumosas, nas quais a dose de radiação é maior, assim como naquelas submetidas a incidências complementares.⁽¹⁵⁾ Também foi associado a aumento de 2,9% no risco de biópsias com desfecho benigno,

que podem gerar ansiedade.⁽¹⁴⁾ Entretanto, a redução da mortalidade pelo câncer detectado precocemente pelo rastreamento supera os riscos dos danos causados pela exposição à radiação.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TOMOSSÍNTESE MAMÁRIA

A TMS é uma evolução da MG digital. Numerosos estudos confirmam a eficácia dessa tecnologia no rastreamento do câncer de mama, que aumenta a taxa de detecção em até 50%,⁽¹⁶⁻²⁰⁾ bem como reduz a taxa de reconvocação para imagens adicionais de 9% a 29%.^(19,20) Os tumores detectados têm características histológicas e imuno-histoquímicas semelhantes aos detectados pela MG,⁽²¹⁻²³⁾ com os resultados se mantendo nas rodadas subsequentes.⁽²⁴⁾ Dessa forma, a TMS é recomendada como método de rastreamento, quando acessível e disponível, pela CNM, assim como por várias sociedades médicas, entre elas o *American College of Radiology* (ACR),⁽¹⁰⁾ a *American Cancer Society* (ACS),⁽²⁵⁾ a *European Society of Breast Imaging* (EUSOBI),⁽²⁶⁾ a *Société d'Imagerie de la Femme* (SIFEM),⁽²⁷⁾ a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)⁽¹¹⁾ e as *European guidelines on breast cancer screening and diagnosis*.⁽²⁸⁾

A TMS deve ser usada em combinação com a MG 2D padrão (COMBO) ou com a MG 2D sintetizada (MGs), esta última com a vantagem de reduzir a dose de radiação.^(15,17,18) Como no Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ainda não estabeleceu os níveis de referência e de tolerância da dose glandular para TMS, a recomendação é que cada serviço pode realizar um levantamento das doses glandulares médias, utilizando uma amostra de pacientes com mamas de diversas espessuras, estabelecendo níveis locais de referência e de tolerância.^(29,30)

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO DAS MULHERES COM MAMAS DENSAS

A mama densa é um fator de risco para câncer de mama e se associa à redução da sensibilidade mamográfica. Por essas razões, métodos suplementares têm sido propostos. Todas as modalidades suplementares melhoraram a sensibilidade em relação à MG isolada, permitindo a detecção de cânceres em estádios iniciais ocultos na MG.⁽³¹⁻³⁸⁾

A RM é a técnica suplementar com maior taxa de detecção adicional de câncer.⁽³¹⁾ Isso aumenta a probabilidade de tratamentos menos invasivos e curativos. Dados sobre desfechos críticos, como a mortalidade, não estão disponíveis. Entretanto, ensaios randomizados mostraram que o uso suplementar da US na mama densa e da RM na mama extremamente densa reduziram a taxa de câncer de intervalo, um importante desfecho substituto centrado na paciente.^(24,34,39) Em relação aos danos, o uso de modalidades suplementares se associa a aumento de FP e biópsias.^(31,33,35-38) Dessa forma, a CNM recomenda,

para mulheres com mamas densas sem outros fatores de risco, o rastreamento com MG anual a partir dos 40 anos, com a opção do uso de métodos suplementares como a US ou a RM. Para mamas extremamente densas, há evidências científicas sugerindo a superioridade da RM.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO DAS MULHERES COM HISTÓRIA PESSOAL DE DIAGNÓSTICO DE HLA, CLIS E HDA

A HDA, a HLA e o CLIS são considerados lesões precursoras não obrigatórias para o CDIS e carcinomas invasivos,⁽⁴⁰⁾ e conferem aumento de risco relativo para o desenvolvimento subsequente deles ao longo da vida, sendo de 2,6 a 5,0 vezes para HDA, de 3,2 a 4,8 vezes para HLA e de 6 a 10 vezes para o CLIS.⁽⁴¹⁻⁴⁹⁾

Os trabalhos para avaliação do rastreamento nesse grupo são poucos e baseados em séries retrospectivas que estimaram o risco para carcinomas *in situ* e invasivos subsequentes. A estratégia atual para definir o rastreamento nesse subgrupo baseia-se no cálculo de risco para câncer de mama ao longo da vida.⁽¹¹⁾ Fatores como a idade ao diagnóstico e a densidade mamária impactam diretamente o risco de câncer, o qual pode ser estimado por meio de ferramentas de cálculo de risco baseado em modelos matemáticos.⁽⁴⁷⁾ Atualmente poucos modelos contemplam esse grupo no cálculo de risco, entre eles o *Breast Cancer Risk Assessment Tool* e o *IBIS Breast Cancer Risk Evaluation Tool*, devendo ser esses preferencialmente utilizados.^(11,47)

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO DAS MULHERES COM HISTÓRIA PESSOAL DE TRATAMENTO POR CÂNCER DE MAMA INVASOR E CDIS

Mulheres com história pessoal de câncer de mama apresentam risco sete vezes maior de desenvolver uma segunda neoplasia maligna da mama ipsilateral ou contralateral.⁽⁴⁸⁾ Nas pacientes tratadas com cirurgia conservadora, a MG apresenta menor sensibilidade devido às alterações cirúrgicas e maior incidência de carcinoma intervalar,⁽⁴⁹⁾ justificando a necessidade de rastreamento suplementar.

O rastreamento complementar com RM pode detectar de 8,2-18,1 cânceres adicionais à MG a cada 1.000 mulheres.⁽⁵⁰⁻⁵⁵⁾ O desempenho da RM nesse cenário tem se mostrado similar ao de pacientes com alto risco genético, considerando a sensibilidade, taxa de detecção, FP e valor preditivo positivo (VPP) das biópsias.⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾ Entretanto, as evidências científicas para a RM nessa população são fracas, baseadas em estudos predominantemente retrospectivos.^(49,50,55-59) Entre esse grupo heterogêneo, o benefício da RM é mais bem estabelecido em pacientes jovens (idade de diagnóstico < 50 anos) e com mamas densas.⁽⁴⁹⁻⁵²⁾

Poucos estudos avaliaram a acurácia da US, com taxa de detecção de cânceres adicionais à MG de 2,4 a 4,3/1.000 mulheres, porém com aumento de FP e menor VPP para biópsias. Quando realizada adicionalmente à RM, a US não resulta em melhora da sensibilidade,^(53,54) mas pode ser utilizada como rastreamento suplementar quando a RM não estiver disponível.

Em pacientes com história pessoal de câncer de mama tratadas com mastectomia, o rastreamento por imagem da mama tratada, com ou sem reconstrução, não está indicada devido à baixa taxa de detecção de cânceres assintomáticos pela MG, US ou RM.⁽⁵⁹⁾

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO DAS MULHERES COM HISTÓRIA DE RADIOTERAPIA TORÁCICA

As mulheres tratadas com radioterapia torácica antes dos 30 anos têm um risco médio de desenvolver câncer de mama 13,4 vezes maior do que a população em geral, semelhante àquelas portadoras da mutação do gene *BRCA1*.⁽⁶⁰⁾ O aumento da incidência ocorre cerca de 10 anos após o tratamento, persistindo 30 anos depois. A maior incidência ocorre quando o tratamento foi realizado entre os 10 e 14 anos (RR = 22,0) e entre 15 e 19 anos (RR = 14,3).⁽⁶¹⁾ Para esse grupo, existem evidências da importância do rastreamento com MG e RM iniciando a partir dos 25 anos ou oito anos após a radioterapia, em conformidade com as recomendações de outras entidades médicas, como o *Children's Oncology Group* e o *International Guideline Group*.⁽⁶⁰⁾

RASTREAMENTO DAS MULHERES PORTADORAS DE MUTAÇÃO GENÉTICA OU COM FORTE HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA (RISCO ≥ 20% AO LONGO DA VIDA)

As mutações em genes que causam predisposição ao câncer de mama são classificadas como de alto risco, quando causam aumento de cinco vezes ou mais em relação às mulheres não portadoras (*BRCA1*, *BRCA2*, *TP53*, *PTEN*, entre outros), ou de risco intermediário, quando aumentam entre 1,5-5 vezes (*ATM*, *CHEK2*, *BARD1*, entre outros).⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ No Brasil, um estudo demonstrou que os genes mais comumente mutados foram *BRCA1* (27,4%), *BRCA2* (20,3%), *TP53* (10,5%), *ATM* (8,8%), *CHEK2* (6,2%) e *PALB2* (5,1%).⁽⁶⁴⁾ A variante brasileira *TP53 R337H* foi fortemente associada ao risco de câncer da mama (OR = 17,4).⁽⁶⁴⁾ No caso das mulheres com forte história familiar de câncer de mama, porém sem mutação conhecida, definiu-se como de alto risco aquelas com estimativa **≥ 20% de risco ao longo da vida**, calculado pelos modelos matemáticos.⁽⁶²⁾ Essas mulheres apresentam o câncer em idade precoce, com picos de incidência entre 20-35 anos para a mutação *PT53*, 30-39 anos para a mutação *BRCA1*, 30-49 anos para as mutações *BRCA2*, assim como entre 40-59 anos para o alto risco familiar.⁽⁶²⁻⁶⁵⁾

Para esse grupo de risco, existem fortes evidências científicas da importância do rastreamento com RM, devido à redução de câncer de intervalo e à maior taxa de detecção de tumores em estágios precoces, o que pode reduzir a necessidade de quimioterapia e a mortalidade, apesar do maior número de FP.^(54,55,65-67) Quanto à MG, recentemente tem sido questionado seu papel nas pacientes com mutação *BRCA1*. Uma metanálise⁽⁶⁸⁾ demonstrou que a adição da MG à RM em pacientes com mutação *BRCA1* aumentou a sensibilidade de forma modesta (3,99%), com redução na especificidade (4%). Já na mutação *BRCA2*, o aumento na sensibilidade foi maior (12,6%), com pequena redução da especificidade (5%). Dessa forma, a CNM recomenda o rastreamento com RM, associado a MG, porém não iniciando a MG antes dos 35 anos para *BRCA1* e dos 30 anos para os demais grupos. Exames adicionais de US não produzem detecção adicional de câncer se a RM for realizada, devendo ser reservada para avaliação posterior ou servir de guia para a biópsia de achados identificados na RM.

Quanto ao impacto na mortalidade, um estudo importante foi publicado por Bae *et al.*,⁽⁵⁴⁾ o qual, apesar de retrospectivo, demonstrou que as mulheres de alto risco que fizeram o rastreamento com MG e RM tiveram melhor sobrevida global e tumores diagnosticados em estágios de melhor prognóstico do que as pacientes do grupo apenas com MG.

CONCLUSÃO

Esta diretriz traz o consenso das recomendações embasados em dados atuais para o rastreamento de câncer de mama no Brasil, subdivididas em seções de acordo com o risco para o desenvolvimento do câncer de mama, desde a abordagem de mulheres de risco habitual, que representam aproximadamente 80% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama, até de mulheres de risco aumentado.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a Luíza de Oliveira Rodrigues e a Mariana Ribeiro Fernandes, que conduziram a pesquisa e a análise crítica do conjunto da evidência científica para a elaboração desta publicação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [cited 2023 Apr 9]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Moshina N, Falk RS, Botteri E, Larsen M, Akslen LA, Cairns JA, et al. Quality of life among women with symptomatic, screen-detected, and interval breast cancer, and for women without breast cancer: a retrospective cross-sectional study from Norway. *Qual Life Res.* 2022;31(4):1057-68. doi: 10.1007/s11136-021-03017-7
3. Canelo-Aybar C, Ferreira DS, Ballesteros M, Posso M, Montero N, Solà I, et al. Benefits and harms of breast cancer mammography screening for women at average risk of breast cancer: a systematic review for the European Commission Initiative on Breast Cancer. *J Med Screen.* 2021;28(4):389-404. doi: 10.1177/0969141321993866

4. Puliti D, Bucchi L, Mancini S, Paci E, Baracco S, Campari C, et al. Corrigendum to "Advanced breast cancer rates in the epoch of service screening: the 400,000 women cohort study from Italy" [Eur J Cancer 75 (April 2017) 109-116]. *Eur J Cancer.* 2017;85:160. doi: 10.1016/j.ejca.2017.08.016
5. Urban LA, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NM, Kefalas AL, et al. Recommendations of Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Sociedade Brasileira de Mastologia, and Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia for imaging screening for breast cancer. *Radiol Bras.* 2012;45(6):334-9. doi: 10.1590/S0100-39842012000600009
6. Urban LA, Chala FC, Bauab SP, Schaefer MB, Santos RP, Maranhão NM, et al. Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations. *Radiol Bras.* 2012;50(4):244-9. doi: 10.1590/0100-3984.2017-0069
7. Miglioretti DL, Zhu W, Kerlikowske K, Sprague BL, Onega T, Buist DS, et al. Breast tumor prognostic characteristics and biennial vs annual mammography, age, and menopausal status. *JAMA Oncol.* 2015;1(8):1069-77. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.3084
8. Simon SD, Bines J, Werutsky G, Nunes JS, Pacheco FC, Segalla JG, et al. Characteristics and prognosis of stage I-III breast cancer subtypes in Brazil: the AMAZONA retrospective cohort study. *Breast.* 2019;44:113-9. doi: 10.1016/j.breast.2019.01.008
9. Franzi MA, Rosa DD, Zaffaroni F, Werutsky G, Simon S, Bines J, et al. Advanced stage at diagnosis and worse clinicopathologic features in young women with breast cancer in Brazil: a subanalysis of the AMAZONA III Study (GBECAM 0115). *J Glob Oncol.* 2019;5:1-10.
10. Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Lee CS, Destounis SV. Breast cancer screening for women at higher-than-average risk: updated recommendations from the ACR. *J Am Coll Radiol.* 2023 May 5. doi: 10.1016/j.jacr.2023.04.002. [ahead of print].
11. National Comprehensive Cancer Network. Breast cancer screening and diagnosis: Version 1.2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://www.nccn.org>
12. Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: a review. *JAMA.* 2014;311(13):1336-47. doi: 10.1001/jama.2014.2834
13. Lee CS, Lewin A, Reig B, Heacock L, Gao Y, Heller S, et al. Women 75 years old or older: to screen or not to screen? *Radiographics.* 2023;43(5):220166. doi: 10.1148/rg.220166
14. Hendrick RE, Helvie MA. United States Preventive Services Task Force screening mammography recommendations: science ignored. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;196(2):W112-6.
15. Miglioretti DL, Lange J, van den Broek JJ, Lee CI, van Ravesteyn NT, Ritley D, et al. Radiation-induced breast cancer incidence and mortality from digital mammography screening: a modeling study. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):205-14. doi: 10.7326/M15-1241
16. Friedewald SM, Rafferty EA, Rose SL, Durand MA, Plecha DM, Greenberg JS, et al. Breast cancer screening using tomosynthesis in combination with digital mammography. *JAMA.* 2014;311(24):2499-507. doi: 10.1001/jama.2014.6095
17. Heindel W, Weigel S, Gerß J, Hense HW, Sommer A, Krischke M, et al. Digital breast tomosynthesis plus synthesised mammography versus digital screening mammography for the detection of invasive breast cancer (TOSYMA): a multicentre, open-label, randomised, controlled, superiority trial. *Lancet Oncol.* 2022;23(5):601-11. doi: 10.1016/S1470-2045(22)00194-2
18. Alabousi M, Wadera A, Kashif Al-Ghita M, Salameh JP, Pozdnyakov A, Zha N, et al. Performance of digital breast tomosynthesis, synthetic mammography, and digital mammography in breast cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2021;113(6):680-90. doi: 10.1093/jnci/djaa205
19. Conant EF, Talley MM, Parghi CR, Sheh BC, Liang SY, Pohlman S, et al. Mammographic screening in routine practice: multisite study of digital breast tomosynthesis and digital mammography screenings. *Radiology.* 2023;307(3):e221571. doi: 10.1148/radiol.221571

20. Lowry KP, Coley RY, Miglioretti DL, Kerlikowske K, Henderson LM, Onega T, et al. Screening performance of digital breast tomosynthesis vs digital mammography in community practice by patient age, screening round, and breast density. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2011792. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11792
21. Yun SJ, Ryu CW, Rhee SJ, Ryu JK, Oh JY. Benefit of adding digital breast tomosynthesis to digital mammography for breast cancer screening focused on cancer characteristics: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;164(3):557-69. doi: 10.1007/s10549-017-4298-1
22. Hovda T, Holen ÅS, Lång K, Albertsen JL, Bjørndal H, Brandal SH, et al. Interval and consecutive round breast cancer after digital breast tomosynthesis and synthetic 2D mammography versus standard 2D digital mammography in BreastScreen Norway. *Radiology*. 2020;294(2):256-64. doi: 10.1148/radiol.2019191337
23. Dang PA, Wang A, Senapati GM, Ip IK, Lacson R, Khorasani R, et al. Comparing tumor characteristics and rates of breast cancers detected by screening digital breast tomosynthesis and full-field digital mammography. *AJR Am J Roentgenol*. 2020;214(3):701-6. doi: 10.2214/AJR.18.21060
24. Pattacini P, Nitrosi A, Giorgi Rossi P, Duffy SW, Iotti V, Ginocchi V, et al. A randomized trial comparing breast cancer incidence and interval cancers after tomosynthesis plus mammography versus mammography alone. *Radiology*. 2022;303(2):256-66. doi: 10.1148/radiol.211132
25. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzog A, Michaelson JS, Shih YC, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 Guideline update from the American Cancer Society. *JAMA*. 2015;314(15):1599-614. doi: 10.1001/jama.2015.12783
26. Sardaneli F, Aase HS, Álvarez M, Azavedo E, Baarslag HJ, Balleyguier C, et al. Position paper on screening for breast cancer by the European Society of Breast Imaging (EUSOBI) and 30 national breast radiology bodies from Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Israel, Lithuania, Moldova, The Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland and Turkey. *Eur Radiol*. 2017;27(7):2737-43. doi: 10.1007/s00330-016-4612-z
27. Société d'Imagerie de la Femme. Préconisation de la SIFEM sur l'utilisation de la tomosynthèse en France [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.imageriedelafemme.org/preconisation-de-la-sifem-sur-lutilisation-de-la-tomosynthese-en-france/>
28. European Commission Initiatives on Breast and Colorectal Cancer. European breast cancer guidelines and screening tests: DBT or DM: tomosynthesis vs. digital mammography [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/screening-tests/DBT-or-DM>
29. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa - IN No. 92, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre requisitos sanitários para a garantia da qualidade e da segurança de sistemas de mamografia, e dá outras providências [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/in092_27_05_2021.pdf
30. Damlakis J, Frijia G, Brkljacic B, Vano E, Loose R, Paulo G, et al. How to establish and use local diagnostic reference levels: an ESR EuroSafe Imaging expert statement. *Insights Imaging*. 2023;14(1):27. doi: 10.1186/s13244-023-01369-x
31. Hadadi I, Rae W, Clarke J, McEntee M, Ekpo E. Diagnostic performance of adjunctive imaging modalities compared to mammography alone in women with non-dense and dense breasts: a systematic review and meta-analysis. *Clin Breast Cancer*. 2021;21(4):278-91. doi: 10.1016/j.clbc.2021.03.006
32. Phi XA, Tagliafico A, Houssami N, Greuter MJW, de Bock GH. Digital breast tomosynthesis for breast cancer screening and diagnosis in women with dense breasts - a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2018;18(1):380. doi: 10.1186/s12885-018-4263-3
33. Ohuchi N, Suzuki A, Sobue T, Kawai M, Yamamoto S, Zheng YF, et al. Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10016):341-8. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00774-6
34. Harada-Shoji N, Suzuki A, Ishida T, Zheng YF, Narikawa-Shiono Y, Sato-Tadano A, et al. Evaluation of adjunctive ultrasonography for breast cancer detection among women aged 40-49 years with varying breast density undergoing screening mammography: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2121505. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.21505
35. Brem RF, Tabár L, Duffy SW, Inciardi MF, Guingrich JA, Hashimoto BE, et al. Assessing improvement in detection of breast cancer with three-dimensional automated breast US in women with dense breast tissue: the Somolnsight Study. *Radiology*. 2015;274(3):663-73. doi: 10.1148/radiol.14132832
36. Wu T, Warren LJ. The added value of supplemental breast ultrasound screening for women with dense breasts: a single center Canadian experience. *Can Assoc Radiol J*. 2022;73(1):101-6. doi: 10.1177/08465371211011707
37. Rebolj M, Assi V, Brentnall A, Parmar D, Duffy SW. Addition of ultrasound to mammography in the case of dense breast tissue: systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2018;118(12):1559-70. doi: 10.1038/s41416-018-0080-3
38. Weigert J, Steenbergen S. The Connecticut experiments second year: ultrasound in the screening of women with dense breasts. *Breast J*. 2015;21(2):175-80. doi: 10.1111/tbj.12386
39. Bakker MF, de Lange SV, Pijnappel RM, Mann RM, Peeters PH, Monnikhof EM, et al. Supplemental MRI screening for women with extremely dense breast tissue. *N Engl J Med*. 2019;381(22):2091-102. doi: 10.1056/NEJMoa1903986
40. Lopez-Garcia MA, Geyer FC, Lacroix-Triki M, Marchiò C, Reis-Filho JS. Breast cancer precursors revisited: molecular features and progression pathways. *Histopathology*. 2010;57(2):171-92. doi: 10.1111/j.1365-2559.2010.03568.x
41. Hartmann LC, Radisky DC, Frost MH, Santen RJ, Vierkant RA, Benetti LL, et al. Understanding the premalignant potential of atypical hyperplasia through its natural history: a longitudinal cohort study. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2014;7(2):211-7. doi: 10.1158/1940-6207.CCR-13-0222
42. Worsham MJ, Abrams J, Raju U, Kapke A, Lu M, Cheng J, et al. Breast cancer incidence in a cohort of women with benign breast disease from a multiethnic, primary health care population. *Breast J*. 2007;13(2):115-21. doi: 10.1111/j.1524-4741.2007.00388.x
43. London SJ, Connolly JL, Schnitt SJ, Colditz GA. A prospective study of benign breast disease and the risk of breast cancer. *JAMA*. 1992;267(7):941-4.
44. Collins LC, Baer HJ, Tamimi RM, Connolly JL, Colditz GA, Schnitt SJ. The influence of family history on breast cancer risk in women with biopsy-confirmed benign breast disease: results from the Nurses' Health Study. *Cancer*. 2006;107(6):1240-7. doi: 10.1002/cncr.22136
45. Menes TS, Kerlikowske K, Lange J, Jaffer S, Rosenberg R, Miglioretti DL. Subsequent breast cancer risk following diagnosis of atypical ductal hyperplasia on needle biopsy. *JAMA Oncol*. 2017;3(1):36-41. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.3022
46. Page DL, Kidd TE Jr, Dupont WD, Simpson JF, Rogers LW. Lobular neoplasia of the breast: higher risk for subsequent invasive cancer predicted by more extensive disease. *Hum Pathol*. 1991;22(12):1232-9. doi: 10.1016/0046-8177(91)90105-x
47. Brentnall AR, Cuzick J. Risk models for breast cancer and their validation. *Stat Sci*. 2020;35(1):14-30. doi: 10.1214/19-STS729
48. National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review (CSR) 1975-2018 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 3]. Available from: https://www.seer.cancer.gov/csr/1975_2018/
49. Houssami N, Abraham LA, Kerlikowske K, Buist DS, Inwig L, Lee J, et al. Risk factors for second screen-detected or interval breast cancers in women with a personal history of breast cancer participating in mammography screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013;22(5):946-61. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-1208-T

50. Gweon HM, Cho N, Han W, Yi A, Moon HG, Noh DY, et al. Breast MR imaging screening in women with a history of breast conservation therapy. *Radiology*. 2014;272(2):366-73. doi: 10.1148/radiol.14131893
51. Giess CS, Poole PS, Chikarmane SA, Sippo DA, Birdwell RL. Screening breast MRI in patients previously treated for breast cancer: diagnostic yield for cancer and abnormal interpretation rate. *Acad Radiol*. 2015;22(11):1331-7. doi: 10.1016/j.acra.2015.05.009
52. Cho N, Han W, Han BK, Bae MS, Ko ES, Nam SJ, et al. Breast cancer screening with mammography plus ultrasonography or magnetic resonance imaging in women 50 years or younger at diagnosis and treated with breast conservation therapy. *JAMA Oncol*. 2017;3(11):1495-502. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.1256
53. Berg WA, Zhang Z, Lehrer D, Jong RA, Pisano ED, Barr RG, et al. Detection of breast cancer with addition of annual screening ultrasound or a single screening MRI to mammography in women with elevated breast cancer risk. *JAMA*. 2012;307(13):1394-404. doi: 10.1001/jama.2012.388
54. Bae MS, Sung JS, Bernard-Davila B, Sutton EJ, Comstock CE, Morris EA. Survival outcomes of screening with breast MRI in women at elevated risk of breast cancer. *J Breast Imaging*. 2020;2(1):29-35. doi: 10.1093/jbi/wbz083
55. Sippo DA, Burk KS, Mercaldo SF, Rutledge GM, Edmonds C, Guan Z, et al. Performance of screening breast MRI across women with different elevated breast cancer risk indications. *Radiology*. 2019;292(1):51-9. doi: 10.1148/radiol.2019181136
56. Lehman CD, Lee JM, DeMartini WB, Hippe DS, Rendi MH, Kalish G, et al. Screening MRI in women with a personal history of breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2016;108(3):djv349. doi: 10.1093/jnci/djv349
57. Weinstock C, Campassi C, Goloubeva O, Wooten K, Kesmodel S, Bellevance E, et al. Breast magnetic resonance imaging (MRI) surveillance in breast cancer survivors. *Springerplus*. 2015;4:459. doi: 10.1186/s40064-015-1158-5
58. Wernli KJ, Ichikawa L, Kerlikowske K, Buist DS, Brandzel SD, Bush M, et al. Surveillance breast MRI and mammography: comparison in women with a personal history of breast cancer. *Radiology*. 2019;292(2):311-8. doi: 10.1148/radiol.2019182475
59. Smith D, Sepehr S, Karakatsanis A, Strand F, Valachis A. Yield of surveillance imaging after mastectomy with or without reconstruction for patients with prior breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(12):e2244212. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.44212
60. Mulder RL, Kremer LC, Hudson MM, Bhatia S, Landier W, Levitt G, et al. Recommendations for breast cancer surveillance for female survivors of childhood, adolescent, and young adult cancer given chest radiation: a report from the International Late Effects of Childhood Cancer Guideline Harmonization Group. *Lancet Oncol*. 2013;14(13):e621-9. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70303-6
61. Swerdlow AJ, Cooke R, Bates A, Cunningham D, Falk SJ, Gilson D, et al. Breast cancer risk after supradiaphragmatic radiotherapy for Hodgkin's lymphoma in England and Wales: a National Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2012;30(22):2745-52. doi: 10.1200/JCO.2011.38.8835
62. Rijnsburger AJ, Obdeijn IM, Kaas R, Tilanus-Linthorst MM, Boetes C, Loo CE, et al. BRCA1-associated breast cancers present differently from BRCA2-associated and familial cases: long-term follow-up of the Dutch MRISC Screening Study. *J Clin Oncol*. 2010;28(36):5265-73. doi: 10.1200/JCO.2009.27.2294
63. National Comprehensive Cancer Network. NCCN guidelines: genetic/familial high-risk assessment: breast, ovarian, and pancreatic. Version 3.2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=2&id=1503>
64. Guindalini RS, Viana DV, Kitajima JP, Rocha VM, López RV, Zheng Y, et al. Detection of germline variants in Brazilian breast cancer patients using multigene panel testing. *Sci Rep*. 2022;12(1):4190. doi: 10.1038/s41598-022-07383-1
65. Frebourg T, Bajalica Lagercrantz S, Oliveira C, Magenheimer R, Evans DG; European Reference Network GENTURIS. Guidelines for the Li-Fraumeni and heritable TP53-related cancer syndromes. *Eur J Hum Genet*. 2020;28(10):1379-86. doi: 10.1038/s41431-020-0638-4
66. Chiarelli AM, Blackmore KM, Muradali D, Done SJ, Majpruz V, Weerasinghe A, et al. Performance measures of magnetic resonance imaging plus mammography in the high risk Ontario Breast Screening Program. *J Natl Cancer Inst*. 2020;112(2):136-44. doi: 10.1093/jnci/djz079
67. Saadatmand S, Geuzinge HA, Rutgers EJT, Mann RM, de Roy van Zuidewijn DB, Zonderland HM, et al. MRI versus mammography for breast cancer screening in women with familial risk (FaMRisc): a multicentre, randomised, controlled trial. *Lancet Oncol*. 2019;20(8):1136-47. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30275-X
68. Phi XA, Saadatmand S, De Bock GH, Warner E, Sardanelli F, Leach MO, et al. Contribution of mammography to MRI screening in BRCA mutation carriers by BRCA status and age: individual patient data meta-analysis. *Br J Cancer*. 2016;114(6):631-7. doi: 10.1038/bjc.2016.32



Rastrear salva vidas

Três sociedades médicas se unem para defender a redução da idade e da periodicidade do rastreamento do câncer de mama

Por Letícia Martins

Quanto antes, melhor. Uma frase curta que comporta uma mensagem de esperança: vida longa às mulheres com câncer de mama. A medicina avançou muito, e hoje as chances de cura dessa doença são altas, mas dependem muito do diagnóstico precoce. Por isso, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) se uniram para defender a mamografia anual como rastreamento do câncer de mama para mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos até os 74 anos e continuar se não houver comorbidades que reduzam a expectativa de vida e esta for de pelo menos sete anos.

A recomendação das três sociedades médicas difere das diretrizes do Ministério da Saúde, que preconiza a mamografia de rotina para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com um intervalo de até dois anos entre um exame e outro. Para justificar a redução da idade mínima e o intervalo entre um exame e outro, a Febrasgo, a SBM e o CBR se apoiam num trabalho de revisão da literatura científica, com base em artigos publicados nas bases Medline, EMBASE, Cochrane Library, EBSCO, CINAHL e Lilacs, entre janeiro de 2012 e julho de 2022, que apontam aumento no número de casos de câncer de mama em mulheres mais jovens.

No Brasil, 41,1% das mulheres com diagnóstico de câncer da mama têm menos de 50 anos. Ainda este ano, mais de 73,6 mil casos novos da doença podem ser diagnosticados, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca). As chances de cura e de um tratamento menos invasivo são maiores quando o diagnóstico ocorre nas fases iniciais, como explica o **Dr. Luciano Fernandes Chala**, coordenador da Comissão Nacional de Mamografia (CNM) do CBR: “O câncer de mama é um dos tumores mais diagnosticados no mundo. A redução da sua mortalidade observada nas últimas décadas resulta de avanços no rastreamento da

doença e das terapias adjuvantes. O objetivo do rastreamento é a detecção precoce, antes que a doença se torne sintomática. A detecção nos seus estágios iniciais reduz a necessidade de abordagens clínicas ou cirúrgicas mais extensas, assim como aumenta as chances de que o tratamento seja mais eficaz, uma vez que o avanço da doença pode não ter ocorrido”.

Diante desse cenário, algumas perguntas ecoam: por que deveríamos manter os mesmos critérios de rastreamento de décadas atrás se o perfil da população brasileira mudou nos últimos anos? Por que parar de rastrear o câncer antes dos 70 anos se a expectativa média de vida das mulheres subiu muito nas últimas quatro décadas, passando de 65 anos, em 1980, para 78 anos, em 2013, e 80 anos, em 2022?

É necessário repetir: o rastreamento do câncer de mama salva a vida. O risco de mulheres assintomáticas que fazem mamografia regularmente morrerem dessa neoplasia é 30% menor do que o daquelas que não fazem o exame anualmente. E, para divulgar as novas recomendações, as três entidades estão publicando em conjunto os resultados dessa revisão, que *Femina* traz como artigo de capa desta edição, do qual recomendamos a leitura.

“Precisamos compartilhar essas informações tanto com a população médica quanto com as mulheres em geral, pois todos precisam entender o que é o rastreamento e qual a importância de fazê-lo”, declara o ginecologista obstetra **Dr. Eduardo Carvalho Pessoa**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Imaginologia Mamária da Febrasgo e presidente da SBM – Regional São Paulo. Ele repete uma frase que gostaria que todos os médicos, mulheres e gestores da área da saúde compreendessem: “Rastrear o câncer de mama não é bom, é excelente”.

O Dr. Eduardo ressalta a distinção entre rastreamento e exame diagnóstico. Ele esclarece que o rastreamento do câncer de mama é realizado em mulheres assintomáticas,

ou seja, aquelas que não apresentam nenhum sinal ou sintoma da doença, incluindo a ausência de lesões palpáveis ou queixas relacionadas à mama. Nesse contexto, a mamografia é a ferramenta utilizada para o rastreamento, principalmente em mulheres com 40 anos ou mais, permitindo identificar tumores que não seriam detectados pela palpação ou visualmente.

Em contrapartida, o exame diagnóstico é destinado a mulheres que já apresentam sintomas ou suspeitas de câncer de mama, envolvendo investigações mais aprofundadas para confirmar a presença da doença. “Portanto, é essencial compreender que o rastreamento tem como objetivo identificar precocemente a doença em seu estágio inicial, enquanto o exame diagnóstico é destinado a avaliar casos suspeitos ou sintomáticos, visando a um diagnóstico preciso e tratamento adequado”, declara o médico.

Por sua vez, mulheres que se enquadram em um risco aumentado de câncer de mama, como aquelas com histórico familiar significativo da doença, requerem abordagens especiais no que diz respeito ao rastreamento. O Dr. Eduardo destaca que o risco de câncer de mama na população em geral é de aproximadamente 10% a 12%, ou seja, uma em cada oito mulheres até 84 anos tem chances de desenvolver a doença. Contudo, para mulheres com histórico familiar de câncer de mama, esse risco pode aumentar para 20% ou mais. “Nesse cenário de alto risco, é essencial que o médico solicite outros exames para o rastreamento, como a ressonância magnética”, pontua.

Geralmente, o rastreamento para essas mulheres de alto risco deve começar a partir dos 30 anos. O Dr. Eduardo também ressalta a existência de um subgrupo de mulheres que herdaram alterações genéticas, como as variantes patogênicas nos genes *BRCA1*, *BRCA2* e *TP53*, o que confere a elas um risco ainda maior de câncer de mama. “O cuidado personalizado com essas mulheres de alto risco é crucial para a detecção precoce de possíveis tumores, permitindo intervenções médicas oportunas e eficazes. Dessa forma, o rastreamento adequado desempenha um papel fundamental na luta contra o câncer de mama, possibilitando melhores prognósticos e maior qualidade de vida para as pacientes”, acrescenta.

MAS E SE A MULHER PERCEBEU ALGUM NÓDULO NA MAMA?

Nesse caso, ela não fará um exame para rastrear o câncer de mama, mas será avaliada para estabelecer o diagnóstico do achado clínico. A mamografia nessa situação é



“Precisamos compartilhar essas informações tanto com a população médica quanto com as mulheres em geral, pois todos precisam entender o que é o rastreamento e qual a importância de fazê-lo”,

declara o Dr. Eduardo Carvalho Pessoa.

“diagnóstica”, e isso deve constar no pedido de solicitação do exame da paciente. É um ponto crucial para o médico que está avaliando a mamografia saber se ela é feita no cenário de rastreamento ou de diagnóstico, para que possa contribuir de forma mais precisa com a investigação diagnóstica.

Nesse cenário do achado clínico suspeito de câncer de mama, como nódulos (caroços) endurecidos, fixos e indolores ou mudanças na pele ou no mamilo, a mamografia é uma das ferramentas utilizadas para estabelecer o diagnóstico preciso. “Infelizmente, no Brasil 40% dos tumores são visíveis, isto é, a mulher tira a blusa e dá para ver o câncer. Essa paciente não pode, em hipótese alguma, esperar para fazer uma mamografia como se estivesse aguardando um exame de rastreamento. Ela precisa de um diagnóstico rápido para começar a tratar rapidamente o câncer. É um caso de urgência”, alerta o Dr. Eduardo. Se o nódulo for suspeito, recomenda-se fazer uma biópsia. Caso não seja suspeito, o ultrassom de mama é indicado para traçar o diagnóstico.

INDICAÇÃO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

O Dr. Luciano Chala explica que uma das principais modificações na atual recomendação das sociedades médicas foi a criação de uma seção específica para mamas densas e a recomendação para que rastreamento suplementar com a ressonância magnética bienal deva ser considerado para mulheres com mamas extremamente densas. “Isso porque nos últimos anos, estudos como o Dense Trial demonstraram a importância do rastreamento suplementar nesse padrão de mama. Por utilizar meio de contraste endovenoso, a ressonância magnética é considerada uma modalidade de diagnóstico por imagem anatômica e funcional. Vários estudos demonstraram que ela é o método de imagem mais sensível para detecção do câncer de mama. Ela apresenta maior sensibilidade, inclusive, do que a mamografia e a ultrassonografia combinadas”, observa o coordenador da CNM da CBR.

Segundo ele, no início, essa maior sensibilidade foi percebida apenas para carcinomas invasivos, mas, com os avanços tecnológicos e os critérios de interpretação, ocorridos nos últimos anos, atualmente ela é também a técnica mais sensível para detectar o carcinoma ductal *in situ*. “Devido a essa elevada sensibilidade com a capacidade de detectar cânceres de mama biologicamente significativos em estádios iniciais, ocultos na mamografia, tomossíntese e ultrassonografia, ela tem sido inserida gradualmente no rastreamento do câncer de mama. Entre a última diretriz publicada em 2017 e a atual, novos estudos aumentaram as evidências sobre o benefício da ressonância magnética no rastreamento do câncer de mama em alguns grupos de mulheres”, afirma o Dr. Luciano.

No entanto, é importante destacar que ela não está indicada para o rastreamento do câncer de mama de todas as mulheres. De acordo com as novas diretrizes do CBR, da SBM e da Febrasgo, a ressonância magnética está indicada no rastreamento do câncer de mama para:

- Mulheres com mamas extremamente densas;
- Mulheres com história pessoal de neoplasia lobular não invasiva ou hiperplasia ductal atípica e estimativa de risco para câncer de mama igual ou superior a 20% ao longo da vida de acordo com modelos de cálculos de risco que incluam essas variáveis em conjunto com outros dados clínicos, incluindo antecedentes familiares e densidade mamária;
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasivo ou carcinoma ductal *in situ* tratadas com cirurgia conservadora ou mastectomia (para avaliação da mama contralateral) que tiveram diagnóstico do câncer de mama antes dos 50 anos ou que apresentam mamas densas;
- Mulheres com história de radioterapia torácica antes dos 30 anos de idade;
- Mulheres portadoras de mutação patogênica em genes com moderado ou alto risco para câncer de mama ou com forte história familiar de câncer de mama (risco \geq 20% ao longo da vida).

O Dr. Luciano ressalta que a ressonância magnética, apesar da alta sensibilidade, não é uma técnica perfeita. “Ou seja, ela apresenta falso-negativos representados por tumores que não captam o meio de contraste ou nos quais essa captação é muito pequena e eles não são diferenciáveis do tecido mamário normal. Por essa razão, via de regra, ela deve ser utilizada em associação com a mamografia”, pontua.

O uso da ressonância magnética no rastreamento enfrenta algumas barreiras, entre elas o alto custo do exame e a baixa disponibilidade de equipamentos e também da biópsia guiada pelo método, que é necessária para investigação de lesões suspeitas detectadas exclusivamente pela ressonância magnética. “Essas barreiras são particularmente relevantes no Brasil, onde as desigualdades sociais e econômicas são pronunciadas”, reconhece o Dr. Luciano.

PAPEL DA TOMOSSÍNTESE NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Outra recomendação atualizada nas diretrizes das três sociedades médicas é a utilização da tomossíntese, sempre que disponível, para rastreamento do câncer de mama. De acordo com o mastologista **Dr. Henrique Lima Couto**, coordenador do Departamento de Imagem da SBM e vice-presidente da CNE de Imaginologia Mamária da Febrasgo, a



“A capacidade da tomossíntese de detectar câncer de mama é 40% maior do que a da mamografia digital”, diz o Dr. Henrique Couto.



“A detecção do câncer de mama nos seus estágios iniciais reduz a necessidade de abordagens clínicas ou cirúrgicas mais extensas, assim como aumenta as chances de que o tratamento seja mais eficaz”, afirma o Dr. Luciano Chala.

capacidade da tomossíntese de detectar câncer de mama é 40% maior do que a da mamografia digital.

Ele explica o mecanismo de cada uma: mamografia é um exame baseado em radiação, que faz uma imagem biplanar da mama a partir de duas incidências: a craniocaudal (de cima para baixo) e a médio-lateral oblíqua, numa inclinação de 30º a 60º de dentro para fora da mama. “Com isso, nós temos duas imagens em dois planos que, juntas, nos dão uma ideia tridimensional (não uma imagem) daquela mama. Assim, a maior limitação da mamografia é que ela não consegue evitar a sobreposição de estruturas, o que dificulta a identificação de lesões muito pequenas.”

Embora também seja baseada em radiação de raios X, a tomossíntese faz várias fotos em ângulo sequencial de 15º a 60º com espessura de 1 mm. “Com ela, conseguimos acabar com a sobreposição de estruturas e enxergar mais lesões, viabilizando o diagnóstico precoce”, analisa o Dr. Henrique.

Recentemente, o Dr. Henrique e o presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes, apresentaram um estudo no Congresso Europeu de Radiologia mostrando que essa capacidade de detecção precoce da tomossíntese economizaria para o sistema de saúde suplementar em torno de R\$ 200 a R\$ 400 milhões em cinco anos. Essa economia seria refletida em menos impactos no tratamento das mutilações e das quimioterapias, por exemplo, melhorando o tratamento e aumentando a qualidade de vida da mulher. “Nosso estudo levou em consideração o preço da aquisição dos equipamentos de tomossíntese e os gastos com exames e tratamentos. A economia de recurso financeiro foi impressionante e a melhoria na qualidade de vida é incontestável”, declara.

Outra vantagem da tomossíntese é a sua capacidade de diminuir os resultados falso-positivos e reduzir o número de exames de ultrassom, de exames adicionais e de biópsias. “Dessa forma, o rendimento de todo o sistema de rastreamento e tratamento do câncer de mama seria melhorado”, afirma o médico. “Nós submetemos esse estudo de custo-eficiência e impacto orçamentário à Agência Nacional de Saúde, que está avaliando a incorporação e a obrigatoriedade da tomossíntese pelos planos de saúde como método principal de rastreamento do câncer de mama”, diz. A expectativa, portanto, é que pelo menos na saúde suplementar a tomossíntese seja usada para rastrear o câncer de mama. Já no sistema público de saúde, vamos seguir lutando para que o rastreamento seja feito em todas as mulheres a partir de 40 anos, afinal, quanto antes, melhor.



Confira o novo curso de
Educação Continuada!

Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação (LARC)

São três aulas com apresentação de dados,
discussão e análise de casos clínicos.

- **Aula 1**

PAPEL DA ANTICONCEPÇÃO NA REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

- **Aula 2**

SITUAÇÕES PRÁTICAS ENVOLVENDO INDICAÇÕES E ESCOLHA DOS LARC

- **Aula 3**

LARC: ASPECTOS PRÁTICOS

Professores: Dr. Rogério Bonassi, Dra. Ilza Monteiro, Dra. Milena Brito e Dr. Luis Sakamoto.



Acesse apontando a câmera do
seu celular para o QrCode ou
através da página no site:

www.febrasgo.org.br/pt/educacao-continuada/category/contracecao-reversiveis-de-longa-acao-2023



Realização:



Apoio:



INÉDITO: RBGO conquista Fator de Impacto

Publicação científica da Febrasgo é a primeira revista de ginecologia e obstetrícia da América Latina a receber esse importante reconhecimento internacional

Por Letícia Martins



Uma notícia que enche de orgulho e alegria a comunidade de médicos, pesquisadores e comunicadores. A *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO), publicação científica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) lançada há 45 anos, foi contemplada em junho com o Fator de Impacto 1.2, principal métrica que qualifica como relevantes as publicações científicas com base nas citações que recebem.

O cálculo do Fator de Impacto é feito somando-se as citações dos artigos recebidas no ano do cálculo do Fator de Impacto e dividindo esse número pela quantidade de artigos publicados nos dois anos antecedentes. A base de estatística utilizada para o Fator de Impacto é o *Journal Citation Reports* (JCR) da editora Clarivate Analytics, que permite avaliar e comparar publicações científicas utilizando dados de citações extraídos de revistas acadêmicas e técnicas e o impacto delas na comunidade científica indexadas pela coleção principal da *Web of Science*.

Ou seja, essa conquista tem uma importância enorme tanto para a Febrasgo e seus associados, quanto para

estudantes e ginecologistas e obstetras de forma geral e de todo o continente latino-americano, afinal, trata-se da primeira revista de ginecologia e obstetrícia da América Latina a alcançar o Fator de Impacto. “O Fator de Impacto significa que a revista está sendo consultada, lida e citada em artigos científicos mundo afora, colaborando com o avanço da medicina e com a formação e atualização dos profissionais de ginecologia e obstetrícia”, declarou o editor-chefe da RBGO, Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, que assumiu a missão em 2015 e é o principal responsável pelo feito histórico.

Mas ele não aceita receber o mérito sozinho e agradece nominalmente ao presidente e ao diretor científico da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes e Dr. César Eduardo Fernandes, pela confiança e apoio que depositaram no trabalho dele. “Agradeço também ao time de 38 editores-associados da publicação, uma vez que sem o empenho deles seria impossível atingirmos tamanho sucesso”, celebra o Dr. Marcos Felipe, que também é editor da revista *Femina*.

Por sua vez, o Dr. Agnaldo exalta o brilhante trabalho feito pelo Dr. Marcos Felipe nos últimos anos e destaca

outra consequência positiva desse feito. “É certo que termos um Fator de Impacto impulsiona a visibilidade da nossa publicação e, assim, passaremos a receber ainda mais artigos dos Estados Unidos, Europa e outros, ou seja, da ciência de modo global”, completa ao exaltar a importância do intercâmbio de informação entre profissionais de diferentes regiões do mundo.

Já o Dr. César qualifica esse marco como extraordinário. “Ao expandir seu impacto para a comunidade internacional, fomentamos que a publicação passe a figurar em periódicos de renome mundial, conquistando algo que era um sonho [o Fator de Impacto]”, comenta.

O Dr. César lembra ainda que a RBGO disponibiliza um espaço significativamente importante – o Febrasgo *Position Statement* – para que as mais de 30 Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo possam publicar posicionamentos oficiais. “Hoje nós temos uma revista extremamente bem editorada e, também por isso, agradeço nosso escritório editorial, que mantém a rigorosidade e qualidade de publicações”, parabeniza o diretor científico.

A LONGA JORNADA PARA CHEGAR AO RECONHECIMENTO

O Dr. Marcos Felipe lembra que a primeira revista brasileira de ginecologia e obstetrícia do Brasil foi criada há quase cem anos, por ocasião do primeiro curso de pós-graduação em Medicina do país, que exigia de cada



“O Fator de Impacto significa que a revista está sendo consultada, lida e citada em artigos científicos mundo afora, colaborando com o avanço da medicina e com a formação e atualização dos profissionais de ginecologia e obstetrícia”,
 declarou o editor-chefe Dr. Marcos Felipe Silva de Sá.

aluno a realização de uma pesquisa científica para se formar. Em 1972, a Febrasgo criou a revista *Femina*, que publicava notícias sobre a área e a Federação, crônicas, poesias e alguns artigos científicos.

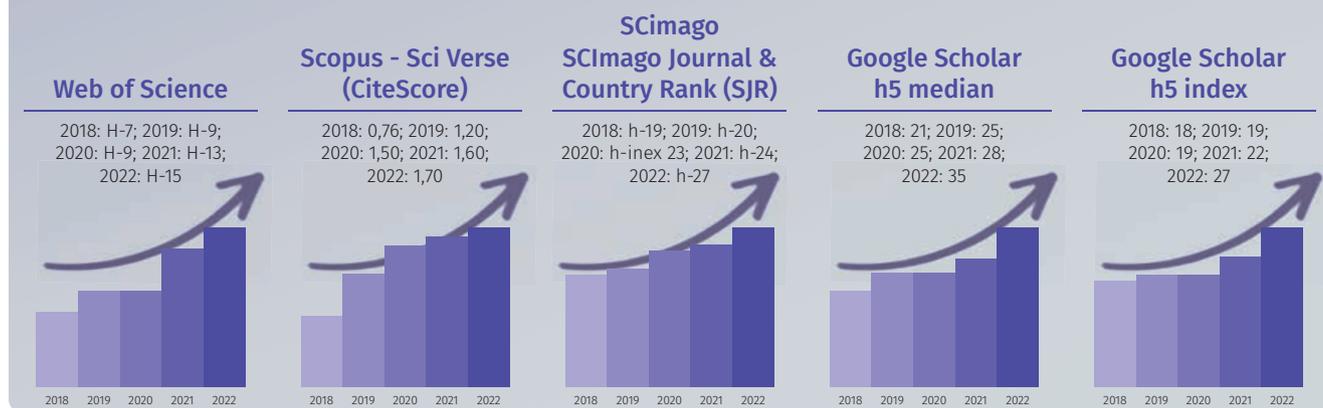
Com o aumento do número de teses de mestrado e de doutorado sendo produzidas nos cursos de pós-graduação e nos programas de residência médica, a Febrasgo percebeu a necessidade de lançar uma publicação especificamente científica. Assim nasceu em 1978 a RBGO. Porém, ela era publicada somente em português, não tinha periodicidade e não era citada em outras publicações. “Quando nós assumimos a RBGO, assumimos também o compromisso de internacionalizar a revista e torná-la relevante”, afirma o Dr. Marcos Felipe.

A jornada para alcançar o Fator de Impacto não foi fácil nem rápida. Para receber esse reconhecimento, a revista precisou cumprir 28 quesitos e passar por uma rigorosa avaliação da Clarivate Analytics. “O currículo de cada um dos editores é analisado constante e minuciosamente, assim como a qualidade dos artigos, a periodicidade da revista e – o mais importante – o número de vezes que ela é citada em publicações relevantes”, explica. Por isso, assim que assumiu a RBGO, o Dr. Marcos Felipe contou com a persistência e a dedicação da equipe editorial e científica para desempenhar uma série de providências, a fim de colocar a publicação na mira do holofote científico.

O primeiro passo foi dado há sete anos, quando a revista passou a ser editada em inglês e despertou a

Desempenho da RBGO nos últimos cinco anos, conforme os indicadores internacionais

Os indicadores demonstram o efeito positivo das medidas tomadas pela RBGO, cuja meta principal foi a conquista do Fator de Impacto, que representou colocá-la no rol das revistas de maior divulgação internacional.



PUBLICAÇÃO BRASILEIRA, RECONHECIMENTO UNIVERSAL

Confira 10 motivos que fazem a RBGO ser referência mundial e a principal revista da América Latina em ginecologia e obstetrícia:



- 1** Foi contemplada com o Fator de Impacto 1.2 pela Clarivate;
- 2** Possui uma equipe altamente qualificada de editores e revisores;
- 3** É publicada em inglês;
- 4** Tem periodicidade mensal;
- 5** Está indexada nas principais bases de dados da literatura científica internacional;
- 6** Não cobra taxa para submissão e revisão de artigos;
- 7** Recebe contribuições nacionais e internacionais;
- 8** *Open-access*: está disponível *on-line* para consulta gratuita;
- 9** É pautada pela inovação, compromisso com a qualidade e o respeito à ética na pesquisa;
- 10** Prioriza temas relevantes e atuais no campo da ginecologia, obstetrícia e áreas correlatas.

atenção de autores de vários países além do Brasil. Hoje 25% das submissões de artigos à RBGO são estrangeiras, de profissionais da Colômbia, Índia, México, Peru, Turquia, entre outros.

O segundo passo foi cadastrar a RBGO nas principais bases de dados da literatura científica internacional, como PubMed/Medline, Scopus, Isis – *Web of Science (Emerging Sources Citation Index)*, *Scientific Electronic Library online (SciELO)* e *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilás)*, para que pudesse ser encontrada e consultada por profissionais do mundo inteiro. “Esse trabalho levou mais tempo para ser concluído e a Febrasgo contratou a editora alemã Thiele Medical Publishers, que edita mais de 130 revistas de vários países e tem ampla experiência com produção e divulgação editorial, para ajudar nesta missão”, expõe o editor-chefe.

Além do acesso gratuito às consultas *on-line*, os autores têm custo zero para submeter seus artigos à RBGO. “Sabemos o quanto é oneroso e difícil desenvolver uma pesquisa no Brasil. Há revistas que cobram pela publicação de artigo, o que leva muitos profissionais a desistirem de publicar seus trabalhos. Na RBGO, nenhum autor paga para ter seu artigo publicado, mas nem por isso ele pode enviar qualquer coisa. Temos um processo rigoroso de análise, revisão e aprovação”, afirma o Dr. Marcos Felipe.

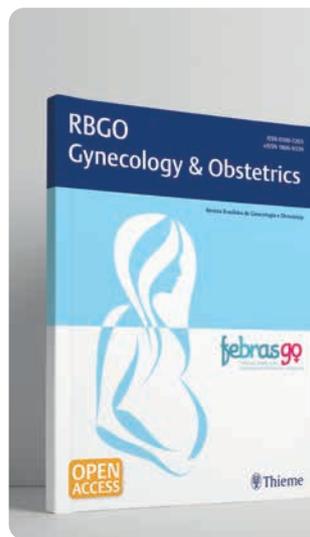
Toda essa estratégia deu certo e a RBGO aumentou significativamente o número de acessos. No entanto, para conquistar o Fator de Impacto, o número de acesso não é considerado e sim o número de citações. Por isso, em paralelo a todo trabalho que estava sendo feito para atender aos requisitos, o processo de avaliação dos artigos da RBGO também ficou mais criterioso, afinal,

quanto mais interessante e relevante o conteúdo dos artigos, maiores são as chances de a revista ser citada em publicações importantes.

O resultado de todo esse esforço foi recompensado em junho deste ano com o Fator de Impacto 1.2, que, segundo o próprio editor-chefe, foi melhor que a expectativa e trouxe vários benefícios para os autores que publicam na RBGO, como maior visibilidade para a carreira e melhor ranqueamento em concursos. “Eu estava esperando um Fator de Impacto de 0.7 ou 0.8 e conquistamos 1.2! Com isso, a RBGO tornou-se reconhecida mundialmente e estamos muito felizes. Mas o trabalho não para por aqui, pois precisamos manter o Fator de Impacto e fazer ainda mais para aumentá-lo. Nossa meta é o Fator de Impacto de 2.0”, finaliza o Dr. Marcos Felipe, convicto do potencial da RBGO. 

Submeta seu artigo

Acesse o QR Code e saiba como submeter seu artigo à RBGO! Faça parte da primeira revista de ginecologia e obstetrícia da América Latina com Fator de Impacto!



Momento histórico: Febrasgo funda a Academia Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Cerimônia de inauguração da Abrago foi marcada pela posse do presidente Dr. César Eduardo Fernandes e homenagens aos patronos e primeiros titulares

Por Letícia Martins



Dr. César Eduardo Fernandes assume como primeiro presidente da Abrago.



Evento de inauguração da Abrago reuniu ginecologistas e obstetras no dia 23 de junho em São Paulo.

O dia 23 de junho entrou para a história da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) com a concretização de um sonho: a fundação da Academia Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Abrago), que tem como principal objetivo reconhecer a atuação dos especialistas em ginecologia e obstetrícia no país. “A missão da Abrago é zelar pela nossa especialidade. Sua criação representa a manutenção da memória dos feitos da Febrasgo e uma grande

oportunidade de homenagear os colegas ginecologistas e obstetras que foram muito importantes e continuam sendo referência e exemplo para a geração atual e futura”, declarou o presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes.

Realizado na capital paulista, o jantar de inauguração da Abrago contou com a presença dos membros da diretoria da Febrasgo, dos presidentes das 27 federadas e de outros profissionais de referência da ginecologia e obstetrícia nacional. Além de celebrar a fundação da Academia, todos prestigiaram a posse do primeiro presidente da Abrago, Dr. César Eduardo Fernandes, atual diretor científico da Febrasgo e presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), que afirmou:

“A Abrago trabalhará em estreita parceria e sinergia de propósitos com a Febrasgo, que, por sua vez, tem a missão de cuidar da defesa profissional dos especialistas de ginecologia e obstetrícia, de dialogar com a comunidade científica dessa área, elaborando diretrizes e protocolos importantes para a atuação dos profissionais, além de participar

da formulação das melhores políticas públicas de saúde para as mulheres e conversar com as autoridades constituídas”.

Ex-presidente da Febrasgo entre 2016 e 2019, o Dr. César também assumiu como patrono da cadeira nº 17 da Academia e se declarou honrado com o convite para liderar a Academia nos seus primeiros passos: “Eu não poderia receber uma honraria maior do que essa. Responderei com muitas ações, dedicação e responsabilidade a essa outorga que a generosidade dos atuais ginecologistas me concedeu”.

ACADÊMICOS TITULARES E PATRONOS DAS CADEIRAS

A Abrago será composta por 30 acadêmicos titulares e eméritos, que estão sendo escolhidos e serão nomeados em breve. “Os membros da Abrago representarão todos os colegas que atingiram, no exercício da nossa especialidade, algum destaque que tenha justificado a sua presença ocupando uma das cadeiras. Eles serão como uma caixa de ressonância que dará eco e alavancagem a todas as questões maiores

“A criação da Abrago é uma grande oportunidade de homenagear os colegas ginecologistas e obstetras que foram muito importantes na nossa história.”

que digam respeito à saúde da mulher”, disse o Dr. César.

Para se candidatar à vaga de acadêmico titular, é preciso: ser médico ginecologista ou obstetra com pelo menos 20 anos de exercício da especialidade; ser associado titular da Febrasgo, em pleno gozo de seus direitos sociais, por pelo menos 15 anos; atuar ou ter atuado em associações médicas; exercer ou ter exercido atividades científicas, de ensino ou de clínica; dedicar-se ou ter-se dedicado a ações comunitárias, que indiquem efetiva contribuição para o bem-estar da mulher e, por último, mas não menos importante, ter postura ética.

A escolha dos patronos, por sua vez, foi pautada na metodologia meritória, em decisões colegiadas e transparência democrática. Os 30 patronos são presidentes e ex-presidentes da Febrasgo ou profissionais já falecidos de notório saber e reconhecida postura ética, seja no exercício da ginecologia e obstetrícia, seja em atividades associativas ou comunitárias.

Dos 18 médicos que já lideraram a Febrasgo, seis estão vivos e foram homenageados na cerimônia de fundação da Abrago e empossados como titulares das suas respectivas cadeiras. O Dr. Edmund Baracat, ex-presidente da Febrasgo de 1997 a 2005, recebeu a honraria de primeiro titular da Abrago e agradeceu pelo reconhecimento: “Agradeço à Febrasgo por eu ser o patrono e primeiro titular da cadeira nº 14 da Academia Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Isso é, sem dúvida, um motivo de muito orgulho para mim”, ressaltou o homenageado, que também atua como professor titular da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade de São Paulo. 

Conheça os patronos da Abrago

- CADEIRA Nº 1
Alberto Francia Gomes Martins
- CADEIRA Nº 2
Arnaldo de Moraes
- CADEIRA Nº 3
João Carlos Gomes da Silveira
- CADEIRA Nº 4
Martiniano José Fernandes
- CADEIRA Nº 5
José Bonifácio Medina
- CADEIRA Nº 6
Domício Pereira da Costa
- CADEIRA Nº 7
Paulo Belfort de Aguiar
- CADEIRA Nº 8
Domingos Ferreira Machado
- CADEIRA Nº 9
Laurival Antonio de Luca
- CADEIRA Nº 10
José Weydson Carvalho de Barros Leal
- CADEIRA Nº 11
Hans Wolfgang Halbe
- CADEIRA Nº 12
José de Souza Costa
- CADEIRA Nº 13
Hiloberto Carneiro de Oliveira
- CADEIRA Nº 14
Edmund Chada Baracat
- CADEIRA Nº 15
Nilson Roberto de Melo
- CADEIRA Nº 16
Etelvino de Souza Trindade
- CADEIRA Nº 17
César Eduardo Fernandes
- CADEIRA Nº 18
Agnaldo Lopes da Silva Filho
- CADEIRA Nº 19
Almir Antonio Urbanetz
- CADEIRA Nº 20
Aurea Beirão de Almeida
- CADEIRA Nº 21
Cícero Ferreira Fernandes Costa
- CADEIRA Nº 22
Clóvis Salgado Faria
- CADEIRA Nº 23
José Aristodemo Pinotti
- CADEIRA Nº 24
Gustavo Py Gomes da Silveira
- CADEIRA Nº 25
Jorge Fonte de Rezende
- CADEIRA Nº 26
José Galba de Araújo
- CADEIRA Nº 27
Lucas Monteiro Machado
- CADEIRA Nº 28
Luciane Maria Oliveira Brit
- CADEIRA Nº 29
Manoel João Batista Castello Girao
- CADEIRA Nº 30
Vardeli Alves de Moraes



Dr. Hans Wolfgang Halbe, ex-presidente da Febrasgo (1986-1989), recebe a placa de patrono da cadeira nº 11.



Treinamento *Hands On*: a medicina é prática

Febrasgo anuncia a inauguração do Centro de Treinamento e Simulação para Ginecologistas e Obstetras

Por Letícia Martins



Dr. César Eduardo Fernandes, Dra. Maria Celeste Osório e Dr. Agnaldo Lopes durante a apresentação do Centro de Treinamento e Simulação.



Dr. Álvaro Luiz Lage, presidente da CNE de Urgências Obstétricas da Febrasgo, destaca a importância dos treinamentos.

Com o olhar no futuro e atenta às demandas atuais, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) está sempre avaliando e planejando novos projetos que ajudem na capacitação e atualização dos associados.

Nesse sentido, a Febrasgo iniciou em 2022 debates e apresentações com o objetivo de analisar a viabilidade de um centro de treinamento e simulação realística para que os profissionais da área possam praticar situações comuns e complexas da ginecologia e obstetrícia em um ambiente controlado e seguro, sem oferecer riscos às pacientes.

A proposta foi abraçada pela diretoria e pelos membros das Comissões Nacionais Especializadas em Ginecologia e Obstetrícia. Durante o 60º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em novembro do ano passado, uma sala de simulação realística foi montada

pela primeira vez para a realização de cursos “mão na massa” e foi um sucesso! Agora, esse projeto ganha um novo capítulo.

No dia 23 de junho, durante a programação da Assembleia Geral das Federadas (AGF) 2023, realizada em São Paulo (SP), a Febrasgo apresentou aos representantes das 27 associações brasileiras de ginecologia e obstetrícia o modelo do primeiro Centro de Treinamento e Simulação da Febrasgo, que está sendo instalado na nova sede da entidade na capital paulista. “O *Hands On* é muito interessante, porque desenvolve as habilidades dos alunos e profissionais em um cenário realístico e simulado. Com treinamentos, eles estarão mais bem preparados para lidar com situações de urgência e emergência na ginecologia e obstetrícia, tornando possível reduzir a morbidade e a mortalidade, já que os médicos serão menos surpreendidos durante um atendimento ou

uma cirurgia”, afirmou o presidente da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas, Dr. Álvaro Luiz Lage Alves, que participa da elaboração do projeto desde o início.

O espaço contará com equipamentos de última geração e manequins de simulação realística para o aprendizado e a prática de várias situações do dia a dia dos ginecologistas e obstetras, desde uma consulta ginecológica, realização de ultrassonografia de primeiro e segundo trimestre, parto vaginal até emergências obstétricas, como hemorragia pós-parto. “Os manequins possuem textura muito próxima à da pele humana, emitem sons e simulam o parto com muita propriedade. O simulador de ultrassonografia oferece toda gama de imagem necessária para o aprendizado e é possível fazer a cardiocografia para avaliar o bem-estar do feto”, detalhou o Dr. Álvaro, apontando outra grande vantagem da simulação: poder fazer o *debriefing*, isto é,

o debate das habilidades que foram executadas no cenário realístico para enriquecer o aprendizado.

Para implantar esse modelo inovador de treinamento, foi elaborado um plano de negócios minucioso e responsável, que demonstrou ser mais vantajoso investir em uma reforma completa da nova sede da Febrasgo para comportar o centro de simulação com duas salas de treinamento. Além da reforma do espaço físico e da aquisição de equipamentos, a Febrasgo também investe no treinamento da equipe.

“Todo esse investimento que a Febrasgo está fazendo vai contribuir ainda mais com a formação de jovens médicos e médicas para além do que já fazemos pela especialidade. Dessa forma, oferecemos assistência cada vez mais qualificada para as mulheres brasileiras”, declarou o presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes.

“Historicamente, a Febrasgo sempre discutiu trazer soluções para melhorar a formação dos ginecologistas e obstetras, e essa iniciativa grandiosa dá corpo a esse movimento”, completou o Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho, diretor financeiro da Federação.

O Dr. César Eduardo Fernandes, diretor científico da Febrasgo e presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), exaltou a iniciativa e ressaltou o emprego adequado dos recursos financeiros da Federação. “Considero o Centro de Treinamento e Simulação da Febrasgo um feito memorável e uma ação de extrema lucidez e responsabilidade com os associados. Parabéns ao nosso atual presidente, Dr. Agnaldo Lopes, que trouxe a ideia, perseverou e reuniu as pessoas certas para que fosse possível ter esse centro à disposição

“Todo esse investimento que a Febrasgo está fazendo vai contribuir ainda mais com a formação de jovens médicos e médicas para além do que já fazemos pela especialidade”, disse o Dr. Agnaldo Lopes.

“O projeto tem um potencial grandioso, pois todas as Comissões Nacionais Especializadas e as subespecialidades poderão desenvolver a metodologia ativa de ensino no centro de treinamento”, declarou o Dr. Álvaro Luiz Lage.

dos ginecologistas e obstetras do Brasil”, disse.

A expectativa é começar as atividades no Centro de Treinamento e Simulações em dezembro deste ano. “Estamos muito animados trabalhando na programação do primeiro curso de urgências obstétricas. O projeto tem um potencial grandioso, pois todas as Comissões Nacionais Especializadas e as subespecialidades poderão desenvolver a metodologia ativa de ensino no centro de treinamento da Febrasgo”, destacou o Dr. Álvaro.

EFEITO MULTIPLICADOR DO APRENDIZADO

Inicialmente, os profissionais interessados em participar dos treinamentos terão que se deslocar até São Paulo, mas a ideia é que no futuro outros estados também tenham condições de instalar um centro de simulação. O Dr. César ressaltou, no entanto, que os benefícios dos treinamentos *hands on* transpassarão os limites geográficos logo na estreia.

“O Centro de Treinamento e Simulação da Febrasgo tem importância vital na preparação de ginecologistas e obstetras na sua individualidade e ainda possui efeito multiplicador, na medida em que esses colegas, uma vez treinados nesse centro, poderão multiplicar o conhecimento nas regiões em que atuam e contribuir para avanços na assistência médica que se pratica neste nosso país continental”, concluiu o Dr. César.

“O centro de treinamento é a cereja do bolo que faltava para continuarmos crescendo enquanto entidade representativa das especialidades e, assim, poder levar assistência melhor para a mulher brasileira”, exaltou a diretora da Residência Médica, Dra. Maria Celeste Osório Wender.





Trabalho de conclusão de curso na formação do médico-residente

Alberto Trapani Jr.^{1,2,3,4}, Amanda Oppitz¹

1. Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil.
2. Comissão de Residência Médica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).
3. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
4. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Alberto Trapani Jr.
Rua Esteves Júnior, 458/802, Florianópolis, SC, Brasil
ginecoalberto@yahoo.com.br

Descritores:

Residência médica; Pesquisa; Iniciação científica

Como citar:

Trapani Jr. A, Oppitz A. Trabalho de conclusão de curso na formação do médico-residente. *Femina*. 2023;51(7):411-3.

INTRODUÇÃO

O ensino médico busca equilíbrio e otimização das técnicas de ensino e aprendizado, com o intuito de fornecer formação de qualidade, pautada em preceitos científicos e que busque desenvolver habilidades práticas, desenvoltura em pesquisa e profissionalismo.⁽¹⁾ O crescimento desordenado de escolas médicas pelo Brasil levou a uma piora da qualidade do ensino e da formação dos profissionais médicos, dificultando a inserção deles no mercado de trabalho e tornando necessária a continuação dos estudos para desenvolvimento de competência prática, profissional e científica.⁽²⁾

Em virtude da maioria dos modelos de graduação médica vigentes no país, muitos profissionais recém-formados buscam a residência médica como continuidade de sua formação.⁽³⁾ O método de ensino nas residências médicas, que é um modelo de pós-graduação, objetiva

à formação de especialistas, que representa uma tarefa ainda mais complicada de lapidação e aperfeiçoamento de conhecimentos específicos e desenvoltura de habilidades técnicas.⁽⁴⁾

Apesar da marcada importância dessa etapa da formação dos profissionais médicos, os métodos de ensino e aprendizagem durante a residência médica ainda são objetos de questionamento e pouco estudados.⁽⁵⁾ Discute-se quais os melhores caminhos que possibilitam a aquisição das variadas formas de conhecimentos, habilidades, competência técnica e de relacionamentos com os pacientes.⁽⁶⁾

Sabe-se que atividades relacionadas com pesquisa científica podem contribuir no aprimoramento da assistência clínica, pensamento crítico e desenvolvimento contínuo de conhecimentos e habilidades.⁽⁷⁾

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

A *expertise* médica parte do aprimoramento do raciocínio clínico e, nesse contexto, foram introduzidas, em alguns serviços de formação de residentes, avaliações sobre atividades observáveis e verificáveis pelos preceptores e supervisores, as EPAs (*Entrustable Professional Activities*).⁽⁸⁾ Tais atividades buscam avaliar a competência dos residentes nos contextos de atendimento às patologias inerentes a especialidade e também classificar a desenvoltura deles em cada área.⁽⁹⁾

Alguns modelos de avaliação de competências adquiridas com enfoque para residências de ginecologia e obstetrícia citam adicionalmente a capacidade de desenvolver ciência, levantando o questionamento sobre a importância da realização de trabalhos científicos para a conclusão da residência médica.⁽⁹⁾

Embora não seja razoável esperar que, após concluir o processo de formação, todos os residentes atuem como pesquisadores, espera-se ao menos que um médico especialista esteja apto a entender a literatura e avaliar criticamente as evidências antes de aplicá-las na prática diária.⁽¹⁰⁾

Ao avaliar o desempenho em pesquisa de 213 programas de residência médica de ginecologia e obstetrícia norte-americanos, a grande maioria dos coordenadores citou a capacidade de interpretar publicações como a mais importante habilidade a ser adquirida. Residentes que contaram com currículo de pesquisa formal durante o programa obtiveram melhor desempenho ao interpretar publicações, bem como escrever protocolos de pesquisa e manuscritos.⁽¹¹⁾

A produção científica durante o programa de residência médica não contribui apenas para a formação crítica dos residentes, mas também para a evolução de habilidades em exercer medicina baseada em evidências e evolução da ciência médica.⁽¹²⁾ Por tal motivo, foi introduzida, em alguns programas de residência médica de ginecologia e obstetrícia, a realização de pesquisas para trabalhos de conclusão de curso.

OBSTÁCULOS

A Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia é uma iniciativa da Febrasgo, que, entre os objetivos essenciais, visa distribuir as competências necessárias à formação de qualidade do residente de maneira hierarquizada e crescente em complexidade entre o primeiro, o segundo e o terceiro ano de residência.⁽¹³⁾

As competências incluem atendimento à paciente, conhecimento médico, aprendizado e aprimoramento baseados na prática, habilidades interpessoais, de comunicação, profissionalismo e prática baseada em sistemas.⁽¹³⁾

O tempo exigido para a aquisição dessas habilidades deixa pouco espaço disponível para a realização de atividades acadêmicas, principalmente de pesquisa, no dia a dia do residente. A falta de tempo dedicado à produção científica é citada por residentes e supervisores de programas como a barreira mais importante para empreendimentos de pesquisa.⁽¹⁴⁾

Apesar do potencial conhecimento técnico e científico adquirido durante o processo de produção científica realizada durante a residência médica, tais atividades podem se relacionar com sobrecarga de trabalho e estresse emocional dos residentes. Os programas de residência médica de ginecologia e obstetrícia do Brasil são marcados pelo excesso de horas de trabalho e altos níveis de estresse, levando ao prejuízo das atividades psíquicas e ao aumento de doenças mentais.⁽¹⁵⁾

Outro obstáculo na produção científica é a heterogeneidade da estruturação dos programas de residência médica no Brasil (Quadro 1). Existem desde programas associados a universidades públicas, com perfil de ensino acadêmico e incentivo à pesquisa, até programas em instituições sem nenhum suporte acadêmico, nos quais a supervisão e a preceptoria não são remuneradas para tais atividades e raramente existem cobranças de capacitações em relação a produção científica ou publicações de conteúdos médicos.

VANTAGENS E SUGESTÕES

Um estudo norte-americano comprovou a associação entre o número de publicações realizadas por médicos-residentes e melhores resultados nas avaliações de desempenho clínico, sem que houvesse prejuízo em suas habilidades de cuidar dos pacientes ou contribuir com as equipes de saúde.⁽¹⁶⁾

É possível que os residentes que são reconhecidos por suas realizações de pesquisa desfrutem de um "efeito halo", que pode torná-los atraentes em diversos aspectos de seu trabalho. Além disso, residentes que participam de pesquisa têm maior satisfação com o treinamento da residência, melhorando suas capacidades clínicas e sendo impulsionados para carreiras com atuação na medicina acadêmica.^(16,17)

Médicos-residentes do Chile, em um estudo sobre pesquisa científica entre residentes de diferentes áreas, citaram a disponibilidade de bons preceptores como facilitadora significativa para a realização de pesquisas. A *expertise*, o apoio, a presença e o incentivo dos preceptores foram exaltados pelos residentes.⁽¹⁸⁾

A estruturação dos programas de residência médica com divisão de atividades, organização de carga horária e adequação curricular, que englobe produção científica, é apontada como meio facilitador para a realização de pesquisas pelos residentes.⁽¹⁸⁾

Interessante seria a criação de um núcleo de pesquisa com carga horária específica de dedicação dos preceptores na orientação e dos residentes para participação e produção de estudos. Um currículo de produção científica deve ser construído e incluído nas competências e atividades de formação do médico-residente, oferecendo complementação em pesquisa científica, por meio de programa e cronograma definidos (Quadro 2).

Quadro 1. Obstáculos à produção científica na residência médica

Falta de tempo do residente reservado para pesquisa.
Desinteresse do residente quanto à produção científica.
Financiamento insuficiente ou inexistente.
Projeto pedagógico que não preconiza o trabalho de conclusão de curso.
Falta de tempo do corpo docente.
Computadores inadequados ou sem programas específicos.
Deficiência de preceptores capacitados.
Comissão de residência médica sem estrutura ou interesse.
Falta de acesso aos profissionais de estatística.
Instituição sem estrutura ou vocação acadêmica.
Supervisão e preceptoria sem remuneração específica.
Formação deficiente na graduação.

Por exemplo, capacitação e apresentação do projeto de pesquisa durante o primeiro ano, realização e apresentação do estudo no segundo ano e submissão/publicação durante o terceiro ano.

Quadro 2. Tópicos importantes em um currículo de pesquisa

Conceitos de medicina baseada em evidências.
Avaliar criticamente artigos da literatura médica.
Conhecer os tipos de estudo, conceitos estatísticos básicos e interpretação de resultados.
Entender a confiabilidade dos testes diagnósticos.
Elaborar um projeto de pesquisa.
Coletar informações de banco de dados médicos e métodos de pesquisa.
Compilar revisão baseada em evidências de uma questão clínica específica usando habilidades de avaliação crítica.
Discutir viés e confusão.
Apresentação do projeto de pesquisa aos pares e preceptores.
Submissão ao comitê de ética em pesquisa.
Apresentação preliminar dos resultados (qualificação).
Análise ampla dos resultados.
Apresentação final da pesquisa, em modelo de dissertação ou artigo, para uma banca e os pares.
Apresentação de resultados em eventos/congressos/anais.
Adaptação e submissão do artigo à publicação.

CONCLUSÃO

Pesquisar um tema envolve a busca do conhecimento atualizado e a construção de um projeto concebido de modo que permita encontrar respostas às indagações. As tarefas necessárias para desenvolver um projeto, planejadas e executadas de acordo com o método adequado, são caminhos que conduzem a um desenvolvimento considerável de diversas habilidades cognitivas e emocionais.^(14,17)

Para realizar um trabalho de pesquisa, é necessária boa dose de perseverança e muito compromisso com o trabalho, executando-se cada etapa metodológica de forma correta. Um estudo científico pode ter resultados esperados ou não, positivos ou negativos em relação a determinada demanda. Os resultados serão sempre válidos se durante a construção do projeto forem utilizados métodos adequados de realização e análise dos dados. Essas afirmações levam o orientador atento e também o supervisor de pesquisa a destacarem o paralelismo nas linhas de atitudes do aluno enquanto pesquisador sério e ser humano ético.⁽¹⁹⁾

Entre as qualidades que um bom médico deve ter, estão aquelas atribuídas ao bom pesquisador, ou seja: ser

minucioso e persistente, realizar análise crítica, ser detalhista na coleta e análise de dados e ter a capacidade de pensar além de ideias previamente estabelecidas.⁽¹⁹⁾

REFERÊNCIAS

- Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006;355(13):1339-44. doi: 10.1056/NEJMra055445
- Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM). As EPAs (Entrustable Professional Activities) na formação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia – Proposta da Febrasgo. *Femina*. 2022;50(6):326-45.
- Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Resolução residência médica [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamedica/resolucaoresidenciamedica>
- Feuerwerker LC. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 1998;2(3):51-71.
- Bottil SH, Regoll S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Rev Bras Educ Med*. 2020;34(1):132-40.
- Hebert RS, Levine RB, Smith CG, Wright SM. A systematic review of resident research curricula. *Acad Med*. 2003;78(1):61-8. doi: 10.1097/00001888-200301000-00012
- Bleker OP, ten Cate TJ, Holdrinet RS. General competencies of the future medical specialist. *Dutch J Med Educ*. 2004;23:4-14.
- ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med*. 2007;82(6):542-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e31805559c7
- Kanna B, Deng C, Erickson SN, Valerio JA, Dimitrov V, Soni A. The research rotation: competency-based structured and novel approach to research training of internal medicine residents. *BMC Med Educ*. 2006;6:52-60. doi: 10.1186/1472-6920-6-52
- Kenton K, Brubaker L. Research education in obstetrics and gynecology: how are we doing? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(5):532.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2007.07.030
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Matriz de competências em ginecologia e obstetrícia: versão 2 [Internet]. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2019 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/images/Matriz-de-competencias--2a-edicao---web.pdf>
- Potti A, Mariani P, Saeed M, Smego RA Jr. Residents as researchers: expectations, requirements, and productivity. *Am J Med*. 2003;115(6):510-4. doi: 10.1016/j.amjmed.2003.08.017
- Simões MC, Jakobi HR, Duran TC, Trapani Jr A. Saúde mental dos médicos-residentes. *Femina*. 2022;50(8):471-4.
- Seaburg LA, Wang AT, West CP, Reed DA, Halvorsen AJ, Engstler G, et al. Associations between resident physicians' publications and clinical performance during residency training. *BMC Med Educ*. 2016;16:22. doi: 10.1186/s12909-016-0543-2
- Takahashi O, Ohde S, Jacobs JL, Tokuda Y, Omata F, Fukui T. Residents' experience of scholarly activities is associated with higher satisfaction with residency training. *J Gen Intern Med*. 2009;24(6):716-20. doi: 10.1007/s11606-009-0970-4
- Merino T, Rojas V, Fuentes-López E, Sánchez C, Pizarro M, Fuentes-Cimma J, et al. Barriers for research activities in residency programs: a mix-methods study. *Medwave*. 2023;23(1):e2627. doi: 10.5867/medwave.2023.01.2627
- Guedes HT, Guedes JC. Avaliação, pelos estudantes, da atividade "Trabalho de Conclusão de Curso" como integralização do eixo curricular de iniciação à pesquisa científica em um curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;36(2):162-71. doi: 10.1590/S0100-55022012000400003



FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde integral da mulher.



SUA PACIENTE MUITO BEM INFORMADA!

Criada pela Febrasgo, a plataforma digital FEITO PARA ELA publica frequentemente informação confiável e segura sobre saúde feminina.

Se por um lado a internet tem um papel importante como fonte de informação, por outro ela facilita o compartilhamento de *fake news*. Com o objetivo de combater a desinformação e divulgar conteúdo confiável, a Febrasgo criou o FEITO PARA ELA, uma plataforma digital sobre saúde integral da mulher.

No *site* e nas redes sociais do FEITO PARA ELA, há muitas matérias e entrevistas sobre bem-estar e saúde, planejamento familiar, maternidade, prevenção de doenças, comportamento, carreira, entre outros temas fundamentais à vida da mulher brasileira.

Os textos são escritos com linguagem leve e acessível, afinal o objetivo é dialogar com todas as mulheres, independentemente do perfil. Cada matéria publicada na plataforma é apurada com responsabilidade e aprovada pela diretoria e especialistas membros das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo.

Os temas são pautados nas principais dúvidas das pacientes, como estas duas que destacamos abaixo.

Como mulheres homossexuais podem fazer sexo seguro?

Tão importante quanto respeitar as pessoas da comunidade LGBTQI+, é orientá-las sobre práticas sexuais seguras. Mulheres que fazem sexo com mulheres correm risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) se não usarem proteção.

Mas quais são os métodos de proteção? Onde encontrá-los? Esclarecemos essas e outras dúvidas em uma matéria no *site* do FEITO PARA ELA e ainda destacamos a importância de todas as pessoas com vulva e vagina passarem por consultas ginecológicas com regularidade.

Escaneie o QR Code com o seu *smartphone* e indique essa matéria para as suas pacientes homossexuais!



A camisinha feminina atrapalha a sensibilidade sexual?

Quando falamos em proteção durante o sexo, logo vem à mente o preservativo masculino. Mas o que muita mulher não sabe é que a camisinha feminina também atua como uma barreira poderosa contra ISTs, além de ser um método contraceptivo seguro e acessível.

Trata-se ainda de uma opção de autoproteção, já que não depende do parceiro para ser inserida e não pode ser removida sem o consentimento da mulher.

Compartilhe essa informação com as suas pacientes!



A plataforma FEITO PARA ELA precisa de você para crescer e se tornar mais conhecida. Então, acesse o *site*, siga as redes sociais do Feito para Ela e indique-os para suas pacientes.

Vamos juntos combater a desinformação e levar informação de qualidade e segura às mulheres brasileiras!

FEITO PARA ELA – Recomendar a leitura é bom para a saúde!



“A vida dentro da sociedade é mais segura”

A nova presidente da Sogimig fala sobre os benefícios de participar do movimento associativo e os objetivos da gestão 2023-2025.

Por Leticia Martins



“Jovens e experientes, mulheres e homens, médicos e pacientes, de perto ou de longe, venham todos participar da Sogimig”. Se houvesse apenas 10 segundos para fazer um convite aos mineiros, essa seria a frase perfeita para anunciar o principal objetivo da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig), cuja nova gestão se iniciou em janeiro de 2023 e seguirá até dezembro de 2025.

Animada com a oportunidade de liderar pela primeira vez a entidade da qual faz parte há cerca de 20 anos, a ginecologista e obstetra mineira Dra. Inessa Beraldo

de Andrade Bonomi expõe, na entrevista a seguir, os desafios que tem pela frente e conta sobre os projetos que a federada desenvolverá neste biênio. O mais recente, iniciado em julho, visa aproximar os médicos da Sogimig. “Todos os ginecologistas e obstetras deveriam se sentir parte da sociedade médica e acreditar que cada ação vale a pena”, afirmou a Dra. Inessa.



Dra. Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Femina: A senhora assumiu a presidência da Sogimig em janeiro carregando uma bagagem de quase 20 anos de trabalho nessa federada. Como foi essa jornada?

Dra. Inessa Beraldo: O caminho que eu trilhei no associativismo é muito bonito. Iniciei nele assim que me formei na residência de ginecologia e obstetrícia e tive a possibilidade de estar perto de pessoas fantásticas que construíram a Sogimig ao longo desses anos. Passei por diversos setores dentro da sociedade, aprendendo muito, criando gosto pelo trabalho e me sentindo cada vez mais pertencente ao movimento. Acho que esse é o grande ponto: todos os ginecologistas e obstetras deveriam se sentir parte da sociedade médica e acreditar que cada ação vale a pena. Quando nos sentimos pertencentes, investimos tempo, energia e amor, porque percebemos como o nosso trabalho transforma a vida de outras pessoas. Conforme eu ia me envolvendo nas atividades da federada, eu via mais necessidade de estudar e me atualizar. Para ser médico, precisamos desenvolver muitas competências técnicas, mas não aprendemos na faculdade como fazer a gestão de uma

Acompanhe as ações
da Sogimig pelo site
e redes sociais.
www.sogimig.org.br



empresa ou sociedade. Assim, busquei outras formas de estudar, fiz cursos de especialização e comecei a trabalhar na gestão de hospitais, onde atuo até hoje. Essas oportunidades surgiram graças ao trabalho na Sogimig, por isso sou muito grata ao associativismo e acredito que a sociedade é feita pelos associados. Cada um dos membros é muito importante para a Sogimig. Por isso, como presidente, quero aproximar ainda mais os associados e fortalecer os trabalhos nas regionais.

Femina: A Sogimig é a segunda maior federada da Febrasgo. Isso facilita a gestão ou torna o desafio maior?

Dra. Inessa Beraldo: Nós temos quase 1.600 associados. O fato de sermos a segunda maior sociedade da Febrasgo é um ponto positivo, mas também um desafio, pois sinaliza que ainda há ginecologistas e obstetras no estado que não fazem parte da nossa sociedade, além de muitos que moram no interior e não participam tão ativamente das atividades. Gosto sempre de lembrar a conexão linda da nossa Sogimig com a Febrasgo, que foi fundada em Minas Gerais. Precisamos, portanto, resgatar o orgulho, o pioneirismo e o empreendedorismo que a Sogimig sempre teve dentro da Febrasgo e continuar fazendo história.

Femina: E como a Sogimig pretende se aproximar dos associados?

Dra. Inessa Beraldo: Minas Gerais é o quarto maior estado do Brasil e o segundo mais populoso. Somos o reflexo do Brasil, um país continental com tanta variedade de cultura, diferenças sociais e distâncias geográficas enormes. Portanto, um dos principais projetos desta gestão foi lançado em julho, chama-se Sogimig em Movimento e tem como objetivo percorrer todas as regionais mineiras. O estado conta com 12 regionais, mas nós fizemos uma redivisão, unindo algumas regionais de acordo com o número de associados. Assim, consideramos oito regionais. O primeiro evento aconteceu na regional central, em Sete Lagoas, e foi superinteressante! Posso afirmar que o projeto Sogimig em Movimento tem um potencial incrível de gerar sinergia com os associados que estão longe de Belo Horizonte, além de ser um meio de promover amplo debate sobre o cenário atual da ginecologia e obstetrícia e as dificuldades e os desafios das regionais no intuito de definir estratégias para vencê-los. Esse é um verdadeiro exemplo de como é importante a Sogimig estar perto dos associados e eles, dentro da sociedade. Gosto muito desta frase: “a vida dentro da sociedade é mais segura”.

Femina: O foco desta nova gestão da Sogimig é voltado, então, cem por cento para os médicos?

Dra. Inessa Beraldo: Na verdade, precisamos ter os médicos dentro da sociedade para, assim, chegarmos à população feminina, que é a razão da nossa existência como ginecologistas e obstetras. Desde as gestões passadas, a visão da Sogimig é estar presente na vida de todas as pessoas e médicos mineiros. Nós a mantivemos porque é uma meta desafiadora, possível e extremamente relevante. Estar presente na vida das mulheres significa ser referência para elas enquanto entidade e fonte confiável, e queremos que os médicos mineiros vejam a Sogimig como uma sociedade que valoriza, defende e leva conhecimento para todos eles.

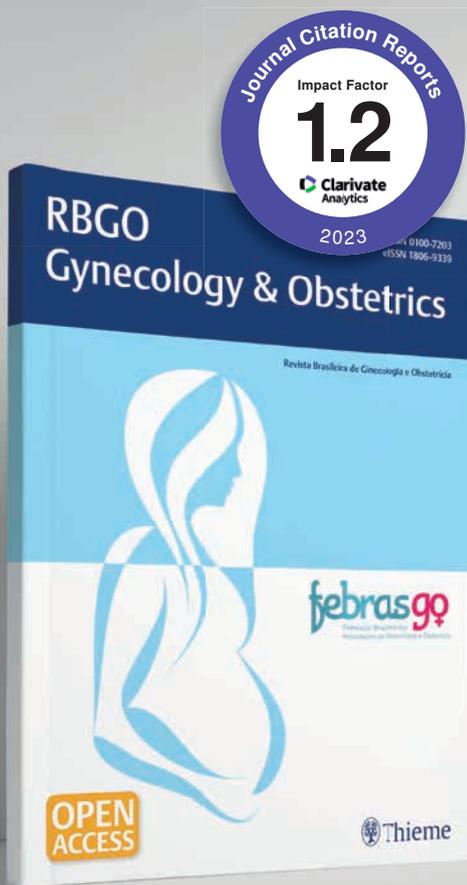
Femina: E quais são as estratégias para a Sogimig se fazer lembrada pelas mulheres?

Dra. Inessa Beraldo: Já há alguns anos nós criamos o slogan “Nós por elas” e definimos dois caminhos importantes. Um deles é levar informação de qualidade sem viés, focando na educação em saúde para todas as pessoas que precisam de cuidados ginecológicos, sejam elas mulheres cis ou pertencentes à comunidade LGBTQIA+. Como canal de comunicação com a população mineira, criamos o perfil no Instagram chamado @sogimigporelas. O outro caminho visa à realização de atividades como fóruns de discussão, palestras e campanhas de conscientização para o público leigo. Antes da pandemia, a Sogimig promovia muitas ações nos espaços públicos, como praças e rodoviárias, e pretendemos retomá-las. Nosso foco será, principalmente, as adolescentes e as mulheres que entraram no climatério.

Femina: Para colocar todas essas ações em prática, é preciso ter uma equipe engajada e motivada. Qual é o perfil da nova diretoria?

Dra. Inessa Beraldo: Para montar a nova diretoria, considerei o estudo Demografia Médica do Brasil 2023, que mostra o rejuvenescimento dos médicos brasileiros e a prevalência do perfil feminino. Por isso, ao meu lado na diretoria conto com mulheres e homens de várias idades. Há os médicos mais jovens, trazendo suas ideias inovadoras e a facilidade de trabalhar com a tecnologia da informação, e também os médicos mais experientes, que acumulam saber prático e teórico tanto na ginecologia e obstetrícia quanto no associativismo. O equilíbrio na junção desses perfis é que fará a diferença nesse caminho de renovação e de progresso que a Sogimig está construindo.





▶ RBGO – Primeiro Fator de Impacto: 1,2

A RBGO (*Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*) tem o orgulho de anunciar que conquistou seu primeiro Fator de Impacto. Essa conquista sustenta a posição da RBGO como a principal revista de ginecologia e obstetrícia (GO) da América Latina.

Ter uma revista de GO de alto padrão editada no Brasil tem sido a meta dos pesquisadores brasileiros para que a ciência de alta qualidade aqui produzida tenha a sua divulgação internacional cada vez maior. E a Febrasgo, como sociedade que se propõe a apoiar a boa formação dos ginecologistas e obstetras brasileiros, também entendeu essa necessidade e se empenhou ao máximo para oferecer aos nossos pesquisadores e profissionais em formação uma revista de alto nível e que seja competitiva internacionalmente. Nos últimos sete anos, a quase cinquentenária RBGO passou por uma reformulação completa que incluiu a sua edição em inglês, tornou-se uma revista *open access*, reestruturou seu quadro de editores associados, indexou-se nas principais bases de dados da literatura científica internacional, regularizou sua periodicidade e ofereceu todos esses melhoramentos a custo zero para os autores.

Finalmente, no mês de junho, após seis anos de sua submissão, a RBGO foi contemplada com o Fator de Impacto 1,2 pela Clarivates, com avaliação rigorosa de 28 quesitos, incluindo o número de citações dos artigos nela publicados.

Aproveitem esta oportunidade para juntarem-se à nossa comunidade acadêmica!

São muitos os benefícios de publicar na RBGO, que, a partir de agora, ganha maior importância e competitividade na divulgação dos trabalhos nela publicados. Nosso grande desafio a partir de agora é a manutenção desse *status*, com pretensões de ascensão.

Nossos agradecimentos aos autores que submeteram seus manuscritos à RBGO, aos editores associados e os revisores “anônimos”, à equipe do Editorial Office e aos colaboradores da Febrasgo, e um agradecimento especial à diretoria da Febrasgo, que acreditou na proposta da NOVA RBGO e deu apoio incondicional aos editores.

Marcos Felipe Silva de Sá
Editor da RBGO



ACESSE: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas-rbgo>

RBGO – Volume 44, Número 7, Julho 2023

EDITORIAL

RBGO – First Impact Factor: 1.2

Marcos Felipe Silva de Sá

ORIGINAL ARTICLES

COVID-19

Increased Cesarean section rates during COVID-19 pandemic: looking for reasons through the Robson 10 Group Classification System

Cassia Elane Berbel da Silva, Jose Paulo Siqueira Guida, Maria Laura Costa

TROPHOBLASTIC DISEASE

Geographical health district and distance travelled influence on clinical status at admission of patients with gestational trophoblastic disease

Valdete Aparecida Ribeiro da Silva, Izildinha Maestã, Roberto Antonio de Araújo Costa, Aline de Ávila Campos, Antonio Braga, Neil Horowitz, Kevin M. Elias, Ross Berkowitz

ENDOMETRIOSIS

Effect of Endometriosis on Cumulus ATP, Number of Mitochondria and Oocyte Maturity in Cumulus Oocyte Complex in Mice

Muhammad Ardianta Widyanugraha, Widjiati Widjiati, Hendy Hendarto

ONCOLOGY

Clinical characteristics and outcomes of a high-grade endometrial cancer cohort treated at the Brazilian National Cancer Institute

Eduardo Paulino, Andreia Cristina de Melo

MASTOLOGY/IMAGE

The automation of breast ultrasonography and the medical time dedicated to the method

Katyane Larissa Alves, Ruffo Freitas-Junior, Régis Resende Paulinelli, Marcus Nascimento Borges

REVIEW

Weaknesses in the continuity of care of puerperal women: an integrative literature review

Ane Gabriele Poli Petersen, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Denise Casagrande, Pâmella Pluta, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Fernanda Fernandes Carvalho, Caroline Sissy Tronco

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Operative vaginal delivery

Álvaro Luiz Lage Alves, Lucas Barbosa da Silva, Breno José Acauan Filho, Rodrigo Dias Nunes

A vulnerabilidade social e emocional da prática médica e as redes sociais

Maria Celeste Osório Wender¹,
Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²,
Leonardo Sérgio Luz³

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.
2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.
3. Professor da Disciplina de Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí.



Em caso recente amplamente noticiado, o inquérito policial sobre o óbito de uma criança de 6 anos após complicação de procedimento para troca de cateter foi divulgado com detalhes em portais de notícias e redes sociais, com vários trechos dos depoimentos, nomes completos dos médicos que participaram dos procedimentos e com partes da conclusão do inquérito, no qual o médico foi indiciado por homicídio culposo.⁽¹⁾ A notícia foi publicada às 21h38 do dia 28 de junho de 2023 e na manhã do dia 29 o médico foi encontrado sem vida próximo ao prédio onde residia.⁽²⁾

Houve intensa repercussão nacional, com manifestações de muitos médicos e diversas entidades médicas, Conselhos Regionais de Medicina em todo o país, sindicatos, cooperativas, Sociedade Nacional de Cirurgia Pediátrica, entre outros, em uníssono apoiando o médico, abordando a grave questão dos linchamentos virtuais, defendendo a diferença entre mau resultado e erro médico e questionando a responsabilidade e o impacto das notícias e comentários em redes sociais na vida moderna.^(3,4) A experiência e a dedicação do profissional indiciado foram amplamente destacadas nestas notas: um cirurgião pediátrico bem formado, com aproximadamente 25 anos de exercício profissional e mais de 20 mil cirurgias realizadas.⁽⁵⁾

Entre as inúmeras reflexões sobre a prática médica que o trágico desfecho provoca, a Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo, além de apresentar oficialmente suas condolências e respeito às famílias envolvidas, destaca três aspectos neste artigo: a definição correta de erro médico, a questão da responsabilidade sobre publicações e comentários na internet e a crise socioemocional que a profissão médica vivencia, intensificada pela exposição em redes sociais.

O erro médico é a falha do médico no exercício da profissão, é o resultado adverso decorrente de ação ou omissão do médico, nas hipóteses em que essa ação ou omissão seja intencional ou em que ocorra imperícia, negligência ou imprudência.⁽⁶⁾ É importante destacar e divulgar para a sociedade o entendimento de que há situações em que há mau resultado ou resultado insatisfatório, sem que se configure erro médico, que ocorrem apesar de o profissional ter empregado todos os recursos e técnicas adequados.⁽⁶⁾ Essas situações podem ocorrer, por exemplo, devido a situação incontrolável pelo profissional, em decorrência da própria evolução do caso, complicações inerentes a cada procedimento ou eventos imprevisíveis.⁽⁶⁾ Os componentes de abordagens são complexos e não há total controle humano: todo procedimento médico está sujeito a complicações, que não

vão obrigatoriamente indicar um erro médico.⁽⁶⁾ Embora o médico realize todas as condutas necessárias e previstas para o procedimento, seguindo o padrão de segurança, cada indivíduo possui uma maneira de reagir ao tratamento. Os maus resultados podem ocorrer, e tal situação não necessariamente acarreta a responsabilidade do médico: seu acontecimento pode não originar das atitudes específicas tomadas pelo médico, mas de fatos alheios à vontade dele e também imprevisíveis.⁽⁶⁾ Por outro lado, é direito de todo cidadão questionar qualquer resultado desfavorável e até plenamente compreensível em casos de perdas familiares, nessa fase de amadurecimento da sociedade em relação aos direitos. As denúncias são livres e, nas esferas civil, ética e penal, dão ensejo às apurações iniciais que, em caso de dúvidas ou necessidade de maior investigação, podem dar origem a processos.

Na esfera penal, o inquérito policial tem por finalidade subsidiar o oferecimento da denúncia ou da queixa pelo titular da ação penal e tem sido classificado apenas como peça de natureza administrativa, pré-processual, que, em caso, por exemplo, de acusação de homicídio, tem como destinatário o Ministério Público.⁽⁷⁾ O procedimento do inquérito termina com a conclusão do chamado “relatório”, no qual o delegado de polícia faz uma exposição de tudo aquilo que foi investigado, com caráter informativo e idealmente sem apresentar opiniões, julgamentos ou qualquer juízo de valor.⁽⁸⁾ Depois, ele o enviará ao foro para ser distribuído, e o juiz receberá e encaminhará o inquérito policial ao Ministério Público – que é, enfim, o titular da ação penal pública incondicionada, como nos casos de indiciamentos por homicídio.⁽⁸⁾ Após receber o inquérito policial, o promotor de justiça, do Ministério Público, poderá: (a) oferecer a denúncia; (b) pedir o arquivamento; (c) solicitar diligências; ou (d) realizar diligências. Perceba-se que uma ação penal realmente só se inicia se houver oferecimento da denúncia pelo Ministério Público, conforme o artigo 46 do Código de Processo Penal, que pode até mesmo arquivar o inquérito policial se não houver provas inequívocas de crime, autoria e materialidade.^(7,9) E se por acaso, após todo esse trâmite, o Ministério Público realmente oferecer a denúncia, inicia-se uma ação e processo, com todos os pressupostos processuais, que são tão importantes na nossa legislação, como o contraditório, ampla defesa, devido processo legal e presunção de inocência do réu.⁽⁸⁾ O estado de inocência é basilar na Constituição: “Ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória”.⁽⁸⁾ Assim, delegado não julga nem condena ninguém, e há de se respeitar esses princípios, além do sigilo e privacidade na condução dos inquéritos.

A segunda reflexão é sobre o conflito ético entre direitos fundamentais: por um lado, a publicidade dos atos administrativos públicos, a liberdade de opinião de todos e o dever de informar e a liberdade da imprensa e, por outro lado, a presunção de inocência, a privacidade, a honra e a dignidade do ser humano.⁽¹⁰⁾ Cabem

muitos questionamentos, como: o que deve prevalecer é o direito à informação da sociedade, a publicidade dos atos processuais ou o sigilo no inquérito policial? Os direitos da personalidade cedem diante do direito de informar? Até onde a imprensa pode divulgar e adentrar na intimidade das pessoas e até onde vai a informação e a violação da privacidade?⁽¹⁰⁾ A imprensa não pode deixar de se preocupar com a garantia constitucional da inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da honra, e não pode supervalorizar somente a repercussão de uma investigação criminal, colocando como protagonistas os agentes policiais e o “suspeito”.⁽¹⁰⁾ Se assim age, coloca também toda a comunidade para julgá-lo, com o risco (real) de que a repercussão social ofenda a sua tranquilidade, sua honra, sua inocência presumida e sua imagem.⁽¹⁰⁾ Como afirma Deborah Silva⁽¹⁰⁾ em sua monografia: “O sujeito indiciado hoje pode não ser o ‘condenado’, o réu de amanhã. Porém, a mídia já delimitou toda a vida, intimidade e honra do sujeito durante a investigação criminal. Mesmo não sendo condenado, a comunidade já o condenou e desaprovou a sua suposta conduta. E como ficará a vida desse sujeito após o escândalo de sua vida?” (p. 20).⁽¹⁰⁾ Há grandes diferenças no interesse social de violar o sigilo de acordo com o caso exposição de um criminoso perigoso e procurado, que protege a sociedade e outras vítimas, da condenação social prévia e ilegítima de alguém que ainda está em fase de investigação preliminar, tem conduta proba e presunção de inocência. A liberdade de imprensa deve sempre se pautar no ético e responsável entre o benefício do interesse público⁽¹⁰⁾ e as possíveis consequências de condenações prévias e injustas pela sociedade, com repercussões graves para o indivíduo.

Nos nossos tempos de redes sociais e seu alcance incalculável, todos esses questionamentos também se aplicam a cada um de nós, aos nossos comentários e publicações, enquanto cidadãos e também enquanto classe médica. O equilíbrio entre o dever de informar e a liberdade de opinião deve respeitar a honra, a privacidade, a intimidade e a imagem de todos. O direito à honra, à imagem e à intimidade das pessoas é protegido pelo artigo 5º, inciso X, da Constituição, que assegura ao ofendido o direito à indenização pelos danos materiais ou morais decorrentes da ofensa.⁽¹¹⁾ Nesse mesmo sentido, o Código Civil estabelece que aquele que, por ação, omissão ou abuso do exercício de um direito, violar direito alheio e causar dano a outrem, ainda que eminentemente moral (violação da honra, da imagem e da intimidade), comete ato ilícito.⁽¹¹⁾ Mais especificamente com relação à internet e às redes sociais, a Lei nº 12.965/2014, que instituiu o chamado Marco Civil da Internet, dispõe expressamente que ao usuário da rede mundial de computadores no país é assegurada “a inviolabilidade da intimidade e da vida privada, sua proteção e indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (artigo 7º, inciso I).⁽¹¹⁾ Desse modo, todo e qualquer ataque pessoal ou inverdade veiculados por qualquer

meio, inclusive a internet, capazes de causar algum tipo de dano moral ou material no ofendido configura ilícito, podendo a conduta do agressor configurar até mesmo o crime de calúnia (artigo 138 do Código Penal – imputar a outrem, falsamente, conduta criminosa), difamação (artigo 139 do Código Penal – atribuir a outrem fato ofensivo à sua reputação) ou injúria (artigo 140 do Código Penal – propagar ofensa a outrem que lhe diminua a autoestima ou a dignidade).⁽¹¹⁾ Além dos cuidados com as nossas próprias condutas, destaca-se que o médico também é sujeito desses direitos, devendo sempre reivindicá-los e defendê-los, individual e coletivamente, em todas as instâncias, para proteger sua honra, nome, privacidade, intimidade e imagem.

Quanto à crise socioemocional da profissão médica, a nota do Conselho Regional de Medicina da Bahia⁽¹²⁾ traz necessárias considerações: “A profissão médica não pode ser banalmente ‘criminalizada’, nem reduzida a uma profissão de fins e sem possibilidade de outro resultado que não seja a cura. O resultado não pode ser cobrado do médico como uma obrigação, independente de todos os seus esforços e meios, das condições dos pacientes e da própria fragilidade da vida e inexorabilidade da morte”.⁽¹²⁾ Excessos, sensacionalismos e deturpações sociais da função e possibilidade humana (e não divina) do médico fomentam o litígio e as dificuldades de relacionamento entre os profissionais de saúde e pacientes, além de assustar e afastar os médicos das atividades mais delicadas da profissão, tão árduas, carentes de profissionais e resultantes de tantos anos de dedicação, coragem e trabalho. O sofrimento de não conseguir salvar um paciente já é dor imensa para os bons médicos, e não podemos assistir passivamente que o desprestígio e o desrespeito à profissão majorem esse sofrimento a níveis insuportáveis. Tudo isso sem jamais desviar do zelo e defesa da boa conduta profissional e das devidas sanções nos casos devidamente julgados e cabíveis.

Profissões que têm fortes papéis sociais como a dos médicos buscam sempre a excelência como padrão, gerando altas expectativas em relação ao seu desempenho tanto de pacientes quanto dos próprios médicos, provocando muitas vezes frustração e sentimentos de angústia, com grande possibilidade de um adoecer psíquico. Entre médicos, o risco psicológico é até 20% maior entre os que se sentem esgotados e/ou frustrados com a profissão.⁽¹³⁾ Além disso, fatores como a limitação de tempo, a responsabilidade financeira, a hesitação em chamar a atenção e a preocupação com reputação e confidencialidade são barreiras mencionadas por médicos na literatura que diminuem sua procura por suporte psicológico ou tratamentos em saúde mental.⁽¹⁴⁾

A Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo lamenta profundamente toda a tragédia. As inquietantes reflexões também incluem a humanidade do médico, que precisa ser visto e acolhido em suas vulnerabilidades, por si mesmo e pelos seus pares, com as

necessárias discussões e abordagens da promoção de saúde, estilo de vida, compartilhamentos e dificuldades, em defesa de sua saúde mental e física e da sua honra e dignidade. O médico, diante das demandas da sociedade atual, necessita cada vez mais compreender o momento histórico de profundas mudanças pelas quais passa a profissão médica e os princípios do direito aplicados à prática médica nas esferas administrativa, ética, civil e penal, para se fortalecer enquanto classe e individualmente ante tantos desafios.

REFERÊNCIAS

- Gomes W. Médico cirurgião é indiciado por morte de criança de 6 anos no Hospital Unimed em Teresina. GP1 [Internet]. 28 jun 2023 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://www.gp1.com.br/pi/piui/noticia/2023/6/29/medico-cirurgiao-e-indiciado-por-morte-de-crianca-de-6-anos-no-hospital-unimed-em-teresina-550790.html>
- Médico Eduardo Melo é encontrado morto em Teresina. Diário do Povo [Internet]. 29 jun 2023 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://diario.dopovo.com.br/2023/06/29/medico-eduardo-melo-e-encontrado-morto-em-teresina/>
- Pessoa E. CRM-PI, Unimed e profissionais saem em defesa de médico indiciado por morte de criança em Teresina [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://www.oitomeia.com.br/noticias/2023/06/29/crm-pi-unimed-e-profissionais-saem-em-defesa-de-medico-indiciado-por-morte-de-crianca-em-teresina>
- Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Nota oficial: Dr. Eduardo Guimarães Melo [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://cipe.org.br/novo/nota-oficial-dr-eduardo-guimaraes-melo>
- Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Nota de falecimento: Dr. Eduardo Guimarães Melo [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://cipe.org.br/novo/nota-de-falecimento-dr-eduardo-guimaraes-melo>
- Rios LA. Erro médico: as controvérsias acerca da responsabilidade civil médica [monografia]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2022.
- Linhares R. Inquérito policial: o que é e para que serve? Politize! [Internet] 10 Nov 2020 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://www.politize.com.br/inquerito-policial/>
- Capez F. Curso de processo penal. 25ª ed. São Paulo: Saraiva; 2018. Inquérito policial; p. 113-65.
- Superior Tribunal de Justiça. O inquérito policial segundo o STJ: respeito aos direitos e às garantias fundamentais [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://www.stj.jus.br/sites/portalt/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/12022023-O-inquerito-policial-segundo-o-STJ-respeito-aos-direitos-e-as-garantias-fundamentais.aspx>
- Silva DM. O sigilo no inquérito policial e a divulgação dos fatos na imprensa [monografia]. Brasília (DF): Centro Universitário de Brasília; 2010.
- Scalioni FG. A lei e as redes sociais: tire suas dúvidas sobre o alcance do direito no mundo virtual [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://www.valladao.com.br/blog/lei-e-as-redes-sociais-tire-suas-duvidas-sobre-o-alcance-do-direito-no-mundo-virtual/>
- Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Nota oficial em defesa do ato médico e em luto pela perda do honrado médico piauiense [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/nota-oficial-em-defesa-do-ato-medico-e-em-luto-pela-perda-do-honado-medico-piauiense>
- Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide among physicians. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2199-200. doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.2199-a
- Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1887-94. doi: 10.1176/ajp.156.12.1887

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, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibalde Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahlale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

423 Parto vaginal operatório

Álvaro Luiz Lage Alves, Lucas
Barbosa da Silva, Breno José Acauan
Filho, Rodrigo Dias Nunes

ARTIGO ORIGINAL

436 Tendência temporal de nascidos prematuros no estado de Santa Catarina entre 2011 e 2021

Jerusa Venturi, Sílvia Vilela Venzon, Márcia
Regina Kretzer, Rodrigo Dias Nunes

RELATO DE CASO

443 Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso

Laura Marraui, Thaynah Leticia Silva dos
Santos, Simone Aparecida Vieira Rocha

Parto vaginal operatório

Número 7 – Julho 2023

A Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas 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

- Quando utilizados na técnica correta, fórceps e vácuo-extratores apresentam baixos índices de complicações.
- Para o feto com sinais de hipóxia no período expulsivo, o parto vaginal operatório tem potencial para reduzir a exposição aos fatores intraparto que promovem a encefalopatia hipóxico-iscêmica.
- Fórceps médios e/ou rotacionais são opções apropriadas em circunstâncias selecionadas e exigem habilidade e experiência.
- Os fórceps são mais resolutivos do que os vácuo-extratores para o parto vaginal operatório, porém são mais associados a lacerações perineais graves.
- Céfalo-hematoma é mais provável de ocorrer com o aumento na duração da vácuo-extração.
- Os vácuo-extratores de campânulas flexíveis apresentam taxas maiores de falha, porém apresentam menores incidências de trauma no couro cabeludo do neonato.

RECOMENDAÇÕES

- O parto vaginal operatório é contraindicado se a cabeça fetal não estiver insinuada, se a variedade de posição for desconhecida ou se o feto apresentar suspeita ou diagnóstico de desmineralização óssea ou distúrbios hemorrágicos.
- Avaliação ultrassonográfica antes da instrumentação do parto está recomendada quando existir dúvida na avaliação clínica da variedade de posição.
- Episiotomia de rotina não está recomendada no parto vaginal operatório devido à precária cicatrização e ao desconforto associados à episiotomia mediolateral e ao risco de lesão do esfíncter anal e do reto com a episiotomia mediana. Quando individualmente indicada, deve ser mediolateral e realizada somente após o sucesso da prova de tração.
- No período pélvico prolongado de fetos com peso estimado acima de 4.500 gramas, a cesárea intraparto para prevenção da distocia de ombro é preferível ao parto vaginal operatório baixo ou de alívio. Similarmente, o parto vaginal operatório com a cabeça fetal na pelve média deve ser evitado em fetos com peso estimado acima de 4.000 gramas, estando indicada a cesárea intraparto. Nessas situações, a instrumentação do parto deve ser considerada apenas na presença de operadores experientes, mediante avaliação individualizada da posição e tamanho fetais, da história dos partos anteriores e dos hábitos maternos.
- A tentativa de uso de fórceps deve ser interrompida se não houver progressão do polo cefálico após três trações efetuadas com pega correta e operador experiente.
- A extração a vácuo deve ser evitada antes de 32 semanas e deve ser cautelosa entre 32 e 36 semanas, pois o limite inferior de segurança para a idade gestacional ainda não está estabelecido.
- A extração a vácuo deve ser interrompida quando não houver evidência de descida progressiva da cabeça fetal ou quando a campânula se desprender em três ocasiões.
- O uso sequencial de vácuo-extractor e fórceps está associado ao aumento de complicações neonatais e não deve ser rotineiramente realizado. Após falha da tentativa de extração a vácuo, os riscos e benefícios de uma tentativa sequencial de uso de fórceps ou de cesárea devem ser avaliados.
- Neonatologistas devem ser informados sobre a técnica utilizada no parto vaginal operatório.

CONTEXTO CLÍNICO

O parto vaginal operatório é utilizado para propiciar um nascimento seguro pela via vaginal, mediante indicações maternas e fetais. Apresenta como maiores benefícios a prevenção de cesarianas e suas morbidades associadas, assim como das complicações neonatais oriundas da hipóxia intraparto.⁽¹⁾

Apesar de o fórcepe ter se apresentado como o recurso de maior potencial salvador de vidas na história da medicina, sua atual substituição pela cesárea ocorre pelo despreparo da nova geração de obstetras, pela incapacidade dos docentes para o ensino da sua prática e pela crescente judicialização médica da obstetrícia. Na atualidade, o fórcepe é um instrumento que detém estigma e preconceito social, advindos dos traumas maternos e neonatais ocasionados pelo mau uso. Já os vácuo-extratores são instrumentos mais contemporâneos. Apesar de serem menos resolutivos que os fórcepes, são mais fáceis de usar e apresentam vantagens que os tornaram instrumentos de escolha em diversos países.⁽²⁾

Nas últimas décadas, tem sido observado um aumento das taxas de cesáreas realizadas no segundo estágio do trabalho de parto, com redução concomitante do parto vaginal operatório. A extração fetal difícil na cesárea é evento que se associa à falha ou à falta de tentativa de parto vaginal operatório, potencialmente agravando a morbidade materna e neonatal. Sendo assim, a aquisição de habilidades e competências relacionadas ao uso de fórcepes e vácuo-extratores se tornou imprescindível no processo atual de formação dos obstetras.⁽³⁾

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES AO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

Para o feto com sinais de hipóxia no período expulsivo, o parto vaginal operatório tem potencial para reduzir a exposição aos fatores intraparto que promovem a encefalopatia hipóxico-isquêmica.⁽¹⁾ As principais indicações para o parto vaginal operatório são sinais de hipóxia fetal aguda, exaustão materna, período expulsivo prolongado, prolapso de cordão umbilical com dilatação cervical completa, morte súbita da parturiente, parada de progressão, assinclitismo persistente, distocia de rotação, apresentação cefálica defletida de terceiro grau (face) com variedade de posição mento anterior, resistência das partes moles, inércia uterina e prensa abdominal deficiente. O fórcepe (ou vácuo) denominado profilático (de alívio) possui o objetivo de diminuir o esforço e o desconforto do período pélvico. O parto operatório é útil nas condições ou complicações maternas que contraindiquem o esforço expulsivo (cardiopatas, doenças respiratórias graves, acidente vascular cerebral, aneurisma, varizes esofágicas, trauma

medular, miastenia *gravis*, retinopatia proliferativa, patologias neuromusculares etc.), na prevenção do estado fetal não tranquilizador e no parto pélvico vaginal cuja cabeça derradeira não desprende após falhas das manobras iniciais.^(4,5)

Por causar menos trauma materno que o fórcepe, o vácuo-extractor é uma excelente alternativa para o parto vaginal operatório, principalmente para a extração de alívio. Suas indicações são semelhantes às do fórcepe. Entretanto, como o vácuo-extractor requer maior tempo para a extração fetal, não deve ser o método preferencial nas situações de emergência. As principais vantagens do vácuo-extractor incluem a redução nos erros de aplicação, a maior facilidade de aprendizagem, a possibilidade de autodirecionamento e autorrotação, o menor emprego de força sobre a cabeça fetal, a menor necessidade de analgesia e de episiotomia e a redução das lacerações do trajeto. Vácuo-extratores de campânulas flexíveis provocam menos trauma grave no couro cabeludo fetal que os de campânula rígida, devendo ser preferenciais nos partos vaginais simples.^(4,5)

O parto vaginal operatório é contraindicado se a cabeça fetal não estiver insinuada ou se a variedade de posição for desconhecida. São contraindicações absolutas ao parto vaginal operatório: desproporção cefalopélvica, placenta prévia total ou parcial e as apresentações anômalas córmica, cefálica defletida de segundo grau (fronte) e cefálica defletida de terceiro grau (face) com variedade de posição mento posterior. Também está relativamente contraindicado se o feto apresentar suspeita ou diagnóstico de desmineralização óssea (osteogênese imperfeita) ou distúrbios hemorrágicos (hemofilia, doença de von Willebrand, trombocitopenia aloimune). O parto vaginal operatório em fetos com peso estimado acima de 4.000 gramas deve ser criterioso, quando se opta tanto pelo fórcepe quanto pelo vácuo-extractor. Com relação a fetos com peso estimado inferior a 2.000 gramas, o fórcepe se apresenta como instrumento mais seguro, podendo ser utilizado em fetos tão pequenos quanto 1.000 gramas.^(4,5)

No período pélvico prolongado de fetos com peso estimado acima de 4.500 gramas, a cesárea intraparto para prevenção da distocia de ombro é preferível ao parto vaginal operatório baixo ou de alívio. Similarmente, o parto vaginal operatório com a cabeça fetal na pelve média (planos 0 e +1 de De Lee) deve ser evitado em fetos com peso estimado acima de 4.000 gramas, estando indicada a cesárea intraparto. Nessas situações, a instrumentação do parto deve ser considerada apenas na presença de operadores experientes, mediante avaliação individualizada da posição e tamanho fetais, da história dos partos anteriores e dos hábitos maternos.⁽⁶⁾

A extração a vácuo não é isenta de riscos (hemorragia cerebral e retiniana), estando também contraindicada na prematuridade (idade gestacional < 32 se-

manas). Entre 32 e 36 semanas, o vácuo-extrator deve ser usado com muita cautela, pois o limite inferior de segurança para a idade gestacional ainda não está estabelecido. Uma vez que o tempo de extração fetal com o vácuo-extrator é prolongado, o instrumento também não deve ser utilizado diante de sinais de hipóxia fetal. Os vácuo-extratores também não são indicados para o parto vaginal pélvico (cabeça derradeira) e nem para a apresentação de face, devendo ser substituídos pelo fórcepe nessas situações. Ainda são contraindicações à vácuo-extração, porém relativas: coleta prévia de sangue ou trauma do couro cabeludo fetal, morte fetal, anomalias do polo cefálico (anencefalia, hidrocefalia), macrossomia e tração de prova negativa em tentativa anterior de fórcepe.^(5,7)

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS RECOMENDADOS PARA O PARTO VAGINAL OPERATÓRIO NA ATUALIDADE?

Os fórcepes e vácuo-extratores são os principais instrumentos recomendados para extração do feto do canal de parto, executada por meio da apreensão e tração do polo cefálico fetal. A escolha do instrumento é relacionada com a preferência e experiência do operador, bem como com as condições maternas e fetais.^(8,9)

Os fórcepes são instrumentos que possuem dois ramos, cada um com quatro componentes: colher (apreende o polo cefálico), haste (ou pedículo; situa-se entre o cabo e a colher), articulação e cabo. Os modelos mais conhecidos na atualidade são os de Simpson, Kielland, Piper e Marelli.⁽⁹⁾

Os fórcepes são mais resolutivos do que os vácuo-extratores, porém são mais associados a lacerações perineais graves. O fórcepe de Simpson é o mais difundido mundialmente. Apresenta os ramos cruzados, articulação inglesa (por encaixe) e fixa, cabo com digitações e aletas (apoio dos dedos) e colheres fenestradas. As curvaturas cefálica (adequa-se ao polo cefálico) e pélvica (adequa-se à pelve materna) das colheres são proeminentes, sendo essa especificidade vantajosa para apreensão e tração do polo cefálico. Possui três tamanhos, com comprimento dos ramos de 30, 33 e 35 cm.^(4,5,9)

O fórcepe de Kielland apresenta os ramos cruzados, porém a articulação deles se faz por deslizamento, possibilitando a aplicação assimétrica dos ramos na vagina e a correção do assinclitismo. Possui 39 cm de comprimento. Seus cabos são lisos, com aletas e botões de identificação (*knobs*) na face anterior. No instrumento articulado, as hastes ficam sobrepostas, com a direita acima da esquerda. As colheres são fenestradas, com bordas lisas e arredondadas, e possuem curvaturas cefálica e pélvica bem discretas, o que o torna específico para amplas rotações (Figura 1).⁽⁹⁾

O fórcepe de Piper é instrumento específico para extração da cabeça derradeira no parto pélvico. Possui



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 1. Fórcepes de Simpson (superior) e de Kielland (inferior)

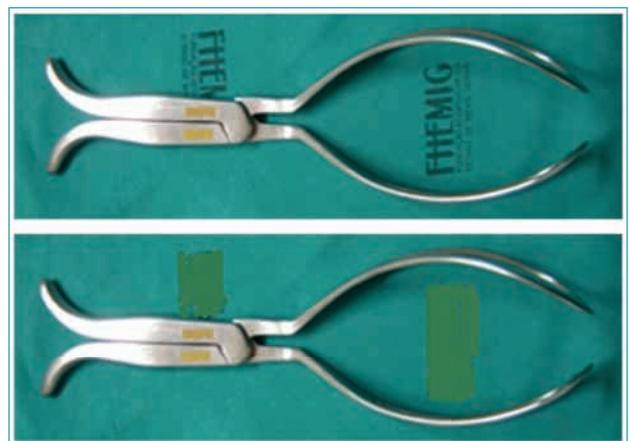
ramos longos (44 cm de comprimento) e cruzados, articulação inglesa e cabo sem digitações e sem aletas. Suas colheres são fenestradas e com curvaturas cefálica e pélvica bem proeminentes. Uma terceira curvatura, a perineal, está presente na face inferior das hastes, próximo das colheres (Figura 2).⁽⁹⁾



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 2. Fórcepe de Piper

O fórcepe de Marelli é específico para extração fetal em cesariana. Possui ramos cruzados, articulação inglesa e cabo liso e sem aletas. Suas colheres são fenestradas e não apresentam curvatura pélvica (colher “em baioneta”), uma vez que as extrações fetais com esse instrumento são realizadas por via abdominal (Figura 3).^(5,9)



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 3. Fórcepe de Marelli

Os vácuo-extratores são instrumentos que possuem uma campânula, um tubo de conexão e uma bomba de sucção. Por meio de pressão negativa, a campânula, aplicada no couro cabeludo, traciona a cabeça fetal. As campânulas podem ser rígidas (de metal), semirrígidas ou flexíveis e possuem formato de sino ou cogumelo (Figura 4). Os vácuo-extratores de campânulas flexíveis apresentam taxas maiores de falha, porém apresentam menores incidências de trauma no couro cabeludo do neonato.⁽⁸⁾



Fontes: Registros fotográficos dos autores; <https://www.panamedical.com.br/vacu-extratores>.

Figura 4. Vácuo-extratores Kiwi Omni Cup® (esquerda), Mityvac® (centro) e Mystic II (direita)



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 5. Espátulas de Thierry

Instrumentos menos difundidos são as espátulas e o dispositivo Odon. As espátulas são instrumentos que possuem dois ramos independentes e simétricos, que não se articulam. Cada ramo possui haste, cabo e colher sólida e larga. Os ramos atuam como alavancas independentes e a cabeça fetal não é comprimida entre as colheres. A ação das espátulas é semelhante à do calçador de sapato, cuja função é ajudar a deslizar. São descritas as espátulas de Thierry, Velasco e Teissier.⁽¹⁰⁾ As espátulas de Velasco são pequenas e mais retas. As de Thierry são maiores e apresentam uma ligeira curvatura pélvica na borda superior da colher (Figura 5). Comparadas aos fórceps e vácuo-extratores, as taxas de complicações neonatais das espátulas parecem ser semelhantes ou inferiores. As taxas de lacerações perineais graves também são similares, mas as lacerações de parede vaginal são mais comuns.⁽¹¹⁾

O dispositivo Odon é um instrumento de polietileno tipo filme, que cria um envoltório de ar ao redor da cabeça fetal, permitindo a extração por meio de tração (Figura 6).^(12,13) Apresenta o potencial de ser mais seguro e mais fácil de aplicar do que os fórceps e vácuo-extratores. Atualmente, vem sendo utilizado em testes clínicos experimentais multicêntricos, ainda não liberado pelas agências reguladoras para a prática clínica. Em um estudo observacional piloto, apresentou taxa de sucesso no nascimento próxima de 50%, sem desfechos adversos maternos ou neonatais graves, porém inferior às dos demais instrumentos.⁽¹⁴⁾

COMO DEVEM SER CLASSIFICADAS AS OPERAÇÕES NO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

As classificações das operações no parto vaginal operatório são baseadas nos planos da bacia e nos mecanismos de parto. A aplicação efetuada antes da insinuação do polo cefálico (“fórcepe alto”) é contraindicada. A classificação mais atual é a do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetria (2015), endossada pelo Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (2020) (Quadro 1).^(4,5)



Fonte: Adaptadas de Odon Device (2020)⁽¹²⁾ e Silvestri (2013)⁽¹³⁾.

Figura 6. Dispositivo Odon

Quadro 1. Classificação do parto vaginal operatório do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (2015)⁽⁴⁾

Tipo	Achados
Alívio	O couro cabeludo fetal é visível no introito vaginal, sem separação dos pequenos lábios; o crânio fetal já atingiu o assoalho pélvico e está próximo ou ocupando o períneo; a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior (OP, OS) ou no oblíquo (OEA, ODA, OEP, ODP), com rotação que não excede 45°.
Baixo	Vértice cefálico no plano + 2 de De Lee ou abaixo, sem atingir o assoalho pélvico, podendo ocorrer duas situações: a) Rotação ≤ 45° (OEA, ODA, OEP, ODP); b) Rotação > 45° (incluem OET e ODT).
Médio	O polo cefálico se encontra insinuado, porém acima do plano + 2 de De Lee; a rotação pode ser ≤ 45° ou > 45°.

OP: occipitopúbica; OS: occipitossacra; OEA: occipito-esquerda-anterior; ODA: occipito-direita-anterior; OEP: occipito-esquerda-posterior; ODP: occipito-direita-posterior; OET: occipito-esquerda-transversa; ODT: occipito-direita-transversa

QUAIS SÃO OS PRÉ-REQUISITOS PARA A REALIZAÇÃO DO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

Os principais pré-requisitos para o parto vaginal operatório incluem informação e concordância quanto aos benefícios e riscos do procedimento, pelve materna adequada, estimativa do peso fetal realizada (clínica ou ultrassonográfica), insinuação do polo cefálico, dilatação e apagamento cervical completos, membranas rotas, esvaziamento vesical prévio, conhecimento da apresentação e da variedade de posição, e anestesia satisfatória (bloqueio regional nas aplicações médias/rotatórias, bloqueios de pudendo ou perineal nas aplicações baixas e de alívio).⁽¹⁵⁾

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS TEMPOS OPERATÓRIOS E DETALHES TÉCNICOS DA APLICAÇÃO DOS FÓRCIPES?

A aplicação do fórcepe deve ser precedida de sondagem vesical e anestesia materna satisfatória. A anestesia raquidiana baixa (“em sela”) é preferencial, principalmente nas situações de urgência e nos fórcepes médios e rotacionais. Possui as vantagens de rápida instalação, propiciando bloqueio anestésico das fibras sacrais e relaxamento perineal, sem interferências na contratilidade uterina, prensa abdominal e qualidade dos puxos. Nas situações em que a parturiente já se encontra sob analgesia por bloqueio epidural, com cateter instalado, a infusão de doses maiores de anestésicos será necessária e o tempo para instalação satisfatória da analgesia será maior.⁽¹⁶⁾

Os tempos operatórios são, sequencialmente: apresentação do instrumento adiante da vulva, introdução e aplicação, apreensão do polo cefálico, verificação da pega, prova de tração e tração definitiva (com ou sem rotação).^(4,5)

O primeiro tempo compreende a apresentação do instrumento à vulva, simulando a maneira como ficará depois de aplicado na cabeça fetal (Figura 7). A apreensão inclui a aplicação (introdução e colocação) e a apreensão propriamente dita. No caso do fórcepe, para aplicação dos ramos, são executados movimentos de “introduz-abaixa”, penetrando com as colheres sempre pelos vazios sacrais (espaços bilaterais entre o sacro e os ísquios). Nas variedades oblíquas, o primeiro ramo a ser aplicado deve ser sempre o posterior. Nas variedades transversas (fórcepe de Kielland), o primeiro ramo a ser inserido é opcional, porém o ramo anterior é habitualmente preferível. Nas variedades diretas (occipitopúbica [OP] e occipitossacra [OS]), o ramo esquerdo deve ser aplicado primeiro, com o intuito de evitar a necessidade do descruzamento dos ramos após a aplicação do segundo (ramo direito) (Figuras 8 e 9). No polo cefálico rodado, o ramo que será aplicado no parietal anterior é introduzido por meio do tríplice movimento espiroidal, que inclui, sequencialmente, translação, abaixamento e torção do cabo (espiral de La Chapelle) (Figura 10). É importante ressaltar que a rotação manual é uma alternativa para correção do polo cefálico rodado (variedades de posição transversas e oblíquas). O polo cefálico é apreendido com as pontas dos dedos posicionadas nos ossos parietais (polegar de um lado e os demais dedos do outro). Durante a contração uterina, a cabeça fetal é discretamente elevada, fletida e rodada, até se posicionar em variedade de posição OP.^(4,5)

A pega ideal é a biparietomalomentoniana. A verificação da pega correta utiliza três critérios diagnósticos fundamentais (critérios de Laufe): a pequena fontanela deve estar a um dedo transversal do plano das hastas (“no centro da figura”); a sutura sagital deve situar-se perpendicularmente e equidistante ao plano das hastas; as fenestras das colheres não devem ser percebidas por mais que uma polpa digital entre a ca-



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 7. Apresentação do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica



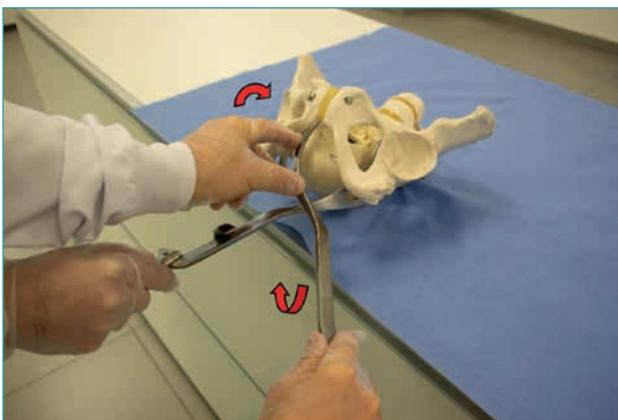
Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 8. Aplicação do ramo esquerdo do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 9. Aplicação do ramo direito do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica

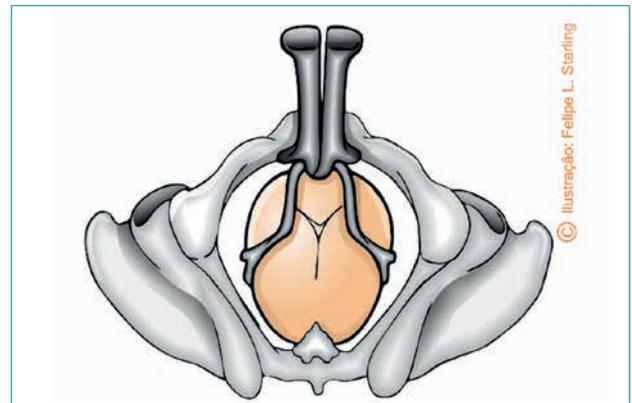


Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 10. Aplicação do ramo direito do fórcepe de Kielland, com a espiral de La Chapelle, na variedade de posição occipito-esquerda-anterior (OEA)

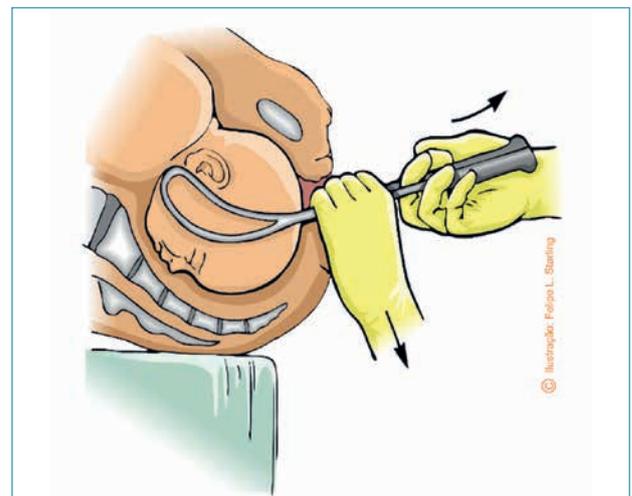
beça apreendida e o fórcepe, em nenhum dos lados (Figura 11). Após a verificação da pega ideal, os ramos devem ser deslocados em direção ao occipital.^(4,5)

A tração deve ser simultânea às contrações e realizada de forma axial, ou seja, no eixo do canal de parto, perpendicularmente ao plano de parada da apresentação. O operador deve estar sentado em altura adequada, com o tórax no mesmo nível do canal de parto e com os braços flexionados pouco abaixo da mesa. A força deve ser exercida somente com os braços. Para obtenção da tração axial, a mão dominante, posicionada nos cabos, exerce força direcionada ao tórax do operador. Simultaneamente, a outra mão, posicionada nas hastes, efetua força direcionada para baixo, contra o períneo materno (manobra de Saxtorph-Pajot), proporcionando um vetor de 45° e tração axial efetiva (Figura 12).^(4,5)



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

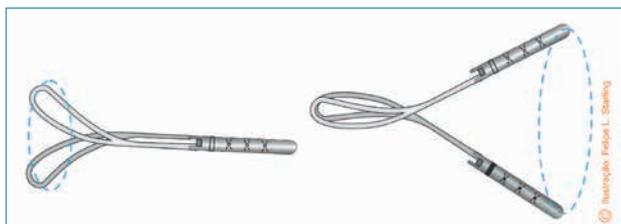
Figura 11. Critérios diagnósticos fundamentais da pega ideal (Laufe)



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 12. Tração axial (manobra de Saxtorph-Pajot) na variedade de posição direta occipitopúbica

A rotação é realizada nas variedades oblíquas e transversas, simultaneamente à tração. A rotação com o fórcepe de Simpson deve ser efetuada com amplo movimento dos cabos em arco (circundação). Com o fórcepe de Kielland, o movimento dos cabos é efetuado em “chave de fechadura” e a rotação pode ser completada antes da tração (Figura 13). Ressalta-se que o fórcepe de Simpson é mais adequado para pequenas rotações. Já o fórcepe de Kielland deve ser o instrumento de escolha para as rotações, principalmente quando acima de 45°. Completada a rotação e confirmado o êxito da tração (prova de tração positiva), estando o polo cefálico com o occipital abaixo da sínfise púbica, avalia-se a necessidade da episiotomia.^(4,5)



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 13. Rotação em “chave de fechadura” com o fórcepe de Kielland e em amplo movimento de circundação dos cabos com o fórcepe de Simpson

A retirada dos ramos do fórcepe deve anteceder a saída completa da cabeça fetal, devendo ser efetuada assim que a mandíbula estiver acessível. Os ramos são retirados em ordem inversa de sua aplicação (Figura 14). O desprendimento do polo cefálico é completado pela manobra de Ritgen modificada. Após completadas a ex-



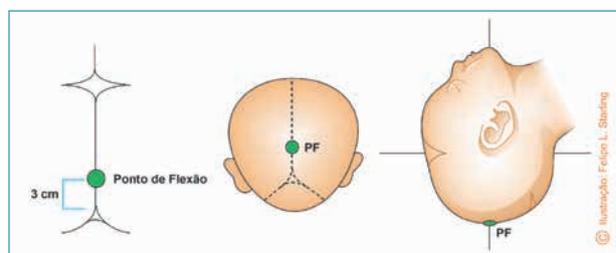
Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 14. Remoção dos ramos do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica

tração fetal e a dequitação, efetua-se a revisão do canal de parto e, se necessário, o reparo das lacerações e/ou episiorrafia.^(4,5) Apesar da alta eficácia para resolução do parto, a tentativa de fórcepe deve ser interrompida se não houver progressão do polo cefálico após três trações efetuadas com pega correta e operador experiente.^(4,5)

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS TEMPOS OPERATÓRIOS E DETALHES TÉCNICOS DA APLICAÇÃO DO VÁCUO-EXTRATOR?

O bloqueio do nervo pudendo pode ser preferível à anestesia neuroaxial quando se opta pela vácuo-extração. A infiltração de anestésico local é bilateralmente realizada abaixo das espinhas ciáticas. Diferentemente das colheres dos fórceps, as campânulas dos vácuo-extratores não entram em contato significativo com as paredes vaginais e nem aumentam o diâmetro do polo cefálico.^(5,15) Imediatamente antes do uso, o vácuo-extractor deve ser testado pelo operador, imprimindo vácuo por meio de compressão da campânula na própria palma da mão. O instrumento deve ser apresentado adiante da vulva, demonstrando como será a aplicação da campânula na cabeça fetal.^(17,18) Antes da aplicação da campânula, o couro cabeludo fetal deve ser secado. A campânula executará a ação de prensão do polo cefálico, devendo ser introduzida no vestíbulo vulvar e aplicada sobre a sutura sagital, com equidistância nos ossos parietais e com seu centro a 3 cm adiante do lambda (no ponto de flexão). Com o centro da campânula posicionado no ponto de flexão, sua borda posterior vai distar 1 cm (um dedo) do lambda (Figura 15). A campânula não deve ser inadvertidamente aplicada sobre as fontanelas. O posicionamento da campânula é o mesmo para qualquer variedade de posição. Nas variedades de posição oblíquas (occipito-esquerda-anterior [OEA], occipito-esquerda-posterior [OEP], occipito-direita-anterior [ODA], occipito-direita-posterior [ODP]), a tração da campânula, efetuada durante o processo de vácuo-extração, promove a descida do polo cefálico com autorrotação.^(17,18)



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

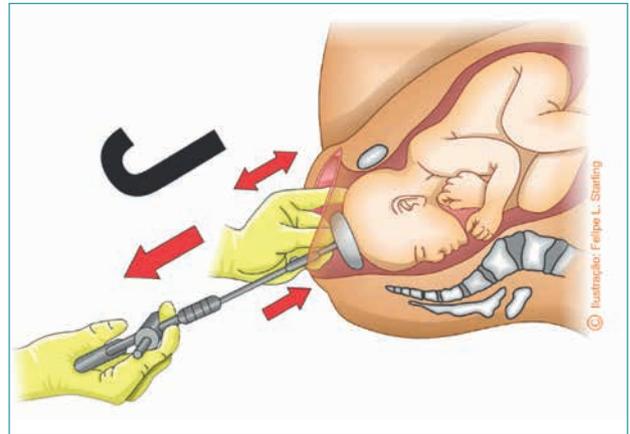
Figura 15. Ponto de flexão do polo cefálico fetal

Antes da tração, a boa pega deve ser verificada, confirmando a ausência de tecido materno entre a campânula e a cabeça fetal. O manômetro deve ser calibrado no má-

ximo até 500 mmHg (entre 350 e 500 mmHg) durante as contrações, com redução para 100 mmHg no relaxamento uterino.^(17,18) Entretanto, a manutenção da pressão entre 350 e 500 mmHg no intervalo das contrações, intencionando evitar a descontinuidade da descida e o desprendimento da campânula, parece não aumentar as complicações neonatais e também tem sido recomendada.⁽¹⁹⁾

O operador, assentado adiante da mesa de parto e com o tórax na altura do canal de parto, deve tracionar perpendicularmente ao plano da campânula, até que o occipital se posicione abaixo da sínfise púbica. A tração, executada durante a contração uterina, deve seguir a curvatura pélvica (Jota de Pajot), mantendo a haste de tração sempre reta, em ângulo de 90° com a campânula. Sendo assim, a mão que traciona exerce uma força perpendicular aos planos da campânula e do polo cefálico fetal, em direção ao tórax do operador. A tração eficiente é obtida pelo desequilíbrio entre a mão que traciona e a mão que mantém a campânula acoplada ao polo cefálico fetal, semelhante a um “cabo de guerra”. Essa força é contrária e levemente superior à força exercida pela mão que mantém a campânula acoplada ao polo cefálico fetal. A campânula é mantida acoplada ao polo cefálico fetal por meio de força também perpendicular, que é exercida em direção superior, no sentido contrário à força de tração e de intensidade levemente inferior a esta, suficiente para prevenir o desprendimento da campânula durante toda a ação de tração. A força de direção superior é exercida pelo dedo polegar, posicionado no centro da campânula. Simultaneamente, os dedos indicador e médio são posicionados diretamente no polo cefálico, contribuindo para a manutenção do acoplamento da campânula no couro cabeludo fetal (Figuras 16 e 17). O manômetro deve ser observado durante todo o processo de tração, com a finalidade de detectar a perda do vácuo, indicativa de correção da calibragem.^(17,18)

Assim que o occipital alcança a sínfise púbica, a bomba de sucção e o tubo de conexão do vácuo-extrator são elevados e avalia-se a necessidade de episiotomia. Após exteriorização vulvar da mandíbula fetal, a campânula é removida pressionando-se a válvula de alívio da pressão (vácuo), e a extração do polo cefálico fetal é completada com a manobra de Ritgen modificada.^(17,18) A extração a vácuo habitualmente é alcançada com até três trações. Três trações suaves adicionais são aceitáveis para completar a deflexão do polo cefálico. A tentativa de extração a vácuo deve ser interrompida quando não houver evidência de descida progressiva da cabeça fetal, quando a campânula se desprender em três ocasiões ou quando o tempo de tração exceder 20 minutos. Durante a tração, o desprendimento brusco da campânula, por perda de vácuo e movimentos vigorosos, deve ser evitado, uma vez que propicia lacerações no couro cabeludo. O uso sequencial de vácuo-extrator e fórcepe está associado ao aumento de complicações neonatais



Seta vermelha maior: força perpendicular de tração, em direção inferior
Seta vermelha menor: força perpendicular de manutenção da campânula no polo cefálico fetal (dedo polegar), em direção superior
Seta vermelha dupla: manutenção do acoplamento da campânula no couro cabeludo (dedos indicador e médio)
Letra jota preta: direção resultante da tração, no formato de jota (“Jota de Pajot”)

Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 16. Técnica de tração na vácuo-extração



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 17. Técnica de tração na vácuo-extração

e não deve ser rotineiramente realizado. Sendo assim, após falha da tentativa de extração a vácuo, os riscos e benefícios de uma tentativa sequencial de fórcepe ou de cesárea devem ser criteriosamente avaliados.^(17,18)

QUAIS SÃO AS TÉCNICAS ESPECÍFICAS DO FÓRCIPE QUE EXIGEM MAIOR HABILIDADE E COMPETÊNCIA DO OPERADOR?

Fórcepes médios e/ou rotacionais são opções apropriadas em circunstâncias selecionadas e exigem ha-

bilidade e experiência do operador.^(4,5,20) As variedades de posição oblíquas posteriores e transversas e a cabeça derradeira no parto pélvico determinam técnicas específicas de aplicação do fórcepe.^(9,20)

No fórcepe em variedades oblíquas posteriores (ODP e OEP), existem três opções técnicas, relacionadas com o modelo, disponibilidade dos fórcepes e habilidade e preferência do operador. A rotação para OP exige mais habilidade, mas deve ser preferível sempre que possível, evitando-se o desprendimento do polo cefálico em OS. Em todas as possibilidades de aplicação, o primeiro ramo a ser introduzido deve ser o posterior. Subsequentemente, o segundo ramo (anterior) é introduzido por meio da espiral de La Chapelle.^(9,20)

Uma opção é efetuar a rotação de 45° no sentido posterior, para OS. Nessa situação, os ramos dos fórcepes são aplicados com a curvatura pélvica das colheres em direção anterior. Apesar de a rotação não ser ampla, o desprendimento do polo cefálico ocorre em variedade posterior (OS), o que exige tração mais vigorosa e indica o fórcepe de Simpson como instrumento preferencial. A rotação deve ser efetuada em amplo movimento de circundação dos cabos.^(9,20)

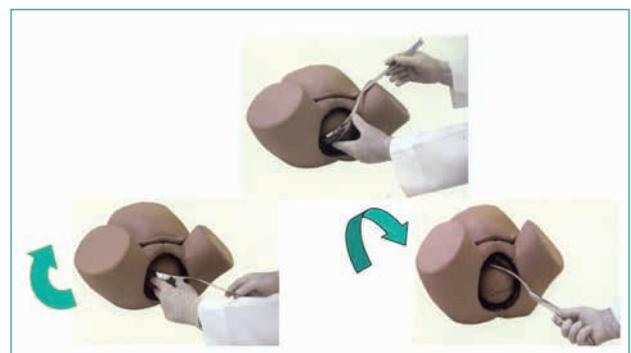
Uma segunda estratégia para aplicações em variedades posteriores, que tem como vantagem evitar o desprendimento do occipital contra a musculatura perineal, é efetuar uma ampla rotação de 135° no sentido anterior para OP, seguida de extração em pega única. Essa técnica exige experiência do operador e o uso do fórcepe de Kielland. Aqui, a discreta curvatura pélvica desse fórcepe permite que as colheres sejam direcionadas para baixo no momento da aplicação. Completados os 135° de rotação (em “chave de fechadura”), a curvatura pélvica do fórcepe se posiciona no mesmo sentido da curvatura pélvica materna e o desprendimento cefálico ocorre em variedade OP, dispensando uma segunda pega.^(9,20)

Uma terceira opção técnica para as variedades posteriores, que também obtém a vantagem do desprendimento cefálico em variedade OP, é executar a rotação de 135° por meio da dupla pega de Scanzoni, utilizando um fórcepe de Simpson. A técnica é útil diante da indisponibilidade do fórcepe de Kielland e/ou pela presença de operador com destreza e apreço para o procedimento. A primeira aplicação é realizada com a curvatura pélvica do fórcepe direcionada para cima, na direção do bregma fetal. Após rotação de 135°, efetuada com amplo movimento de circundação dos cabos, a curvatura pélvica do fórcepe fica direcionada para baixo e o polo cefálico, em variedade OP. Uma vez que as colheres do fórcepe de Simpson possuem ampla curvatura pélvica, o instrumento deve ser removido para uma segunda aplicação, sendo proscria a extração do polo cefálico com a curvatura pélvica das colheres voltadas para baixo. A segunda pega segue os princí-

pios para aplicação e desprendimento do polo cefálico completamente rodado (OP).^(9,20)

Entre essas três técnicas nas variedades posteriores, a rotação de 135° com o fórcepe de Kielland em pega única é, indubitavelmente, a mais vantajosa, pois propicia o desprendimento em variedade OP, com redução da manipulação vaginal e do emprego de força.^(9,20)

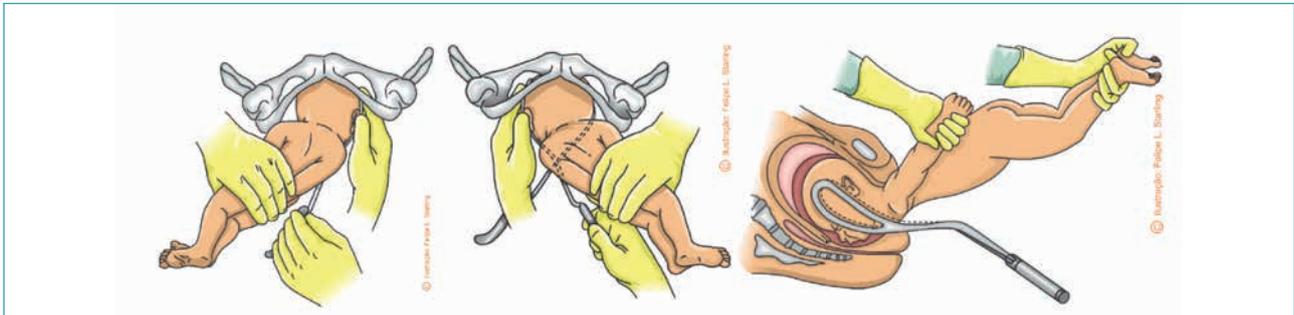
Para aplicação em variedades transversas (occipito-direita-transversa [ODT] e occipito-esquerda-transversa [OET]), o fórcepe mais indicado é o de Kielland. A opção de aplicar primeiro o ramo anterior é vantajosa, uma vez que exige ampla espiral de La Chapelle, que pode ser dificultada quando se opta por aplicar o primeiro ramo posteriormente na pelve, o que desloca o polo cefálico anteriormente e dificulta a inserção do ramo anterior por meio do triplo movimento espiroidal. Assim, o primeiro ramo é aplicado anteriormente, mediante movimentos de translação, abaixamento e torção do cabo (espiral de La Chapelle – técnica itinerante) (Figura 18). O segundo ramo é introduzido posteriormente, de forma direta. Frequentemente, o assinclitismo está presente nessas variedades de posição, sendo necessária sua correção previamente à verificação da pega correta, rotação e tração. Para isso, um dos ramos deve penetrar mais do que o outro no canal de parto, a depender do tipo de assinclitismo (anterior ou posterior). A correção para a posição de sinclitismo é realizada deslizando os ramos do fórcepe já articulados. É recomendável puxar o ramo que penetrou mais no canal de parto, evitando empurrar o ramo que penetrou menos, na intenção de evitar trauma nas porções superiores do canal de parto. A correção do assinclitismo é confirmada por meio dos critérios de Laufe, antes de efetuar a rotação (em “chave de fechadura”) e tração.^(9,20)



Fonte: Adaptada de Benzecry (2006).⁽⁹⁾

Figura 18. Aplicação do ramo direito do fórcepe de Kielland no parietal anterior por meio da espiral de La Chapelle (translação, abaixamento e torção do cabo), na variedade de posição occipito-esquerda-transversa

Por possuir ramos maiores e ampla curvatura perineal, o fórcepe mais indicado na impactação da cabeça derradeira é o de Piper (Figura 2). Na técnica, um auxi-



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

Figura 19. Aplicação do fórcepe de Piper em cabeça derradeira com o occipital posicionado em anterior (occipitopúbica)

liar ergue o corpo do feto pelos membros inferiores ou com uma compressa posicionada sob o abdome fetal. Posicionado horizontalmente, o ramo esquerdo é introduzido primeiro, de forma direta. Subsequentemente, o ramo direito é introduzido de maneira similar, sem maior dificuldade para articulação com o ramo esquerdo. Na verificação da pega correta, a linha facial deve estar equidistante aos ramos articulados do fórcepe, o dedo não deve penetrar pelas janelas das colheres e o mento deve estar próximo ou no máximo a 1,5 cm do plano das hastes. Nas variedades anteriores, a aplicação é realizada em OP, com os ramos sendo introduzidos por baixo do corpo fetal. A tração deve ser axial, seguindo a curvatura da pelve materna, até posicionar a região suboccipital sob o arco púbico. A cabeça é extraída acentuando-se a flexão e, subsequentemente, deslocando o instrumento articulado em direção ao abdome materno. O instrumento deve ser desarticulado antes da extração completa do polo cefálico (Figura 19).⁽⁹⁾

Nas variedades posteriores, os ramos são introduzidos por cima do corpo fetal e a aplicação ocorre em OS. A tração é exercida para frente, com a mandíbula e o pescoço fetal se apoiando sobre a borda superior da sínfise púbica. O tronco fetal é, então, elevado em direção ao abdome materno.⁽⁹⁾

COMO DEVE SER O SEQUENCIAMENTO DOS INSTRUMENTOS E O MANEJO DIANTE DAS FALHAS DE TENTATIVAS DO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

O uso sequencial de fórcepe e vácuo se associa a aumento nos recém-natos das taxas de hemorragia cerebral, subdural e subaracnoide, assim como de lesões do nervo facial e do plexo braquial. As lacerações perineais graves também são mais comuns.⁽²¹⁾ A eficácia na resolução do parto vaginal operatório é maior com os fórcepes do que com os vácuo-extratores. Portanto, após a falha de tentativa da vácuo-extração, os riscos da tentativa subsequente de fórcepe devem ser confrontados com os riscos de uma cesárea. Contrariamente, nas situações de falha de tentativa de fórcepe, a tentativa de vácuo-extração é contraindicada, e a cesárea subsequente deve

ser realizada.⁽²²⁾ Antes da realização da cesárea, é recomendável desimpactar o polo cefálico por meio de manobras ou de outros instrumentos (alavancas de Coyne, Sellheim ou Murlless; *C-Snorkel*; *fetal pillow*).⁽²³⁾

QUAL O PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA NO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

A ultrassonografia pode ser utilizada para confirmar o diagnóstico da variedade de posição e da altura do polo cefálico, auxiliando na avaliação das probabilidades de sucesso e dos riscos do parto vaginal operatório. Também já foi descrito na monitorização objetiva das aplicações rotacionais. Os parâmetros a serem avaliados na determinação da posição e da variedade de posição são o cerebelo, órbitas e foice da linha média. As medidas ultrassonográficas do perímetro cefálico, da distância entre o períneo e o crânio fetal e do ângulo de progressão são preditivas de partos vaginais operatórios difíceis. Os estudos revelam que a ultrassonografia aumenta a precisão diagnóstica da variedade de posição, sem diferenças nos resultados maternos ou neonatais.⁽²⁴⁾ Portanto, ainda não existem evidências suficientes para recomendar o uso rotineiro de ultrassonografia abdominal ou perineal para avaliação da estação, flexão e descida da cabeça fetal no segundo estágio do trabalho de parto.⁽⁵⁾

QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES DE EPISIOTOMIA, PROFILAXIA ANTIBIÓTICA E TROMBOPROFILAXIA NO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

O parto vaginal operatório é uma das indicações da episiotomia, que deve ser seletiva. As recomendações atuais não preconizam a episiotomia de rotina no parto vaginal operatório, devido à precária cicatrização e ao desconforto associados à episiotomia mediolateral e ao risco de lesão do esfíncter anal e do reto com a episiotomia mediana.^(4,25,26) Entretanto, no contexto da instrumentação do parto, a episiotomia se apresenta como um procedimento modificador de risco, e não como tratamento das lacerações perineais graves.

A busca da melhor evidência científica referente ao efeito da episiotomia no risco de lacerações perineais graves no parto vaginal operatório, a ser obtida por meio de ensaios clínicos randomizados, é dificultada pelo desafio em compor grupos dicotomizados em 0% e 100% de realização do procedimento, assim como pelos vieses introduzidos pela heterogeneidade da habilidade dos operadores e pela dificuldade em garantir que um ângulo apropriado de incisão (entre 40° e 60°) seja sempre obtido no grupo de intervenção. Sendo assim, permanece o valor dos grandes estudos observacionais, que demonstram que a episiotomia mediolateral pode desempenhar um papel importante na prevenção das lacerações perineais graves durante o parto vaginal operatório.⁽²⁷⁾ Selecionar parturientes para a realização ou não de episiotomia na vigência de parto vaginal operatório exige experiência e habilidade do operador, principalmente quando se opta pelo desprendimento cefálico posterior (OS). O momento da episiotomia não deve anteceder a prova de tração e as manobras de rotação, evitando-se a realização do procedimento diante da falha de tentativa do parto vaginal operatório. Portanto, após a descida da apresentação, estando o occipital abaixo da sínfise púbica, no desprendimento anterior (OP), inicia-se a elevação do polo cefálico por meio do deslocamento dos cabos articulados do fórcepe em direção ao abdome materno e avalia-se a necessidade da episiotomia.^(28,29) Uma dose endovenosa única de antibiótico está recomendada no parto vaginal operatório, pois reduz significativamente a probabilidade de infecção e apresenta poucos eventos adversos. São também recomendadas técnicas corretas de assepsia e uso de equipamentos de proteção individual.⁽³⁰⁾ Após o parto vaginal operatório, as puérperas devem ser reavaliadas quanto ao risco de tromboembolismo venoso e necessidade de tromboprolifaxia. Fatores de risco, tais como prolongamento do trabalho de parto e imobilidade, são frequentemente associados à instrumentação do parto.⁽³¹⁾

QUAIS AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS DO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

Quando utilizados na técnica correta, fórcepes e vácuo-extratores apresentam baixos índices de complicações maternas e neonatais.^(4,5,32) As complicações maternas associadas ao uso do fórcepe são as lacerações no canal de parto (uterinas, cervicais e/ou vaginais), as lacerações perineais graves (terceiro e quarto graus), o prolongamento da episiotomia, as lesões vesicais e/ou uretrais e os hematomas.⁽³³⁾ As complicações neonatais associadas ao fórcepe incluem hemorragias subgaleais, escoriações, lacerações faciais, compressões oculares, abrasões da córnea, paralisia dos nervos facial e/ou hipoglossos, lesão de coluna cervical, fratura craniana e

hemorragia intracraniana.^(4,5,34,35) As lacerações perineais de terceiro e quarto graus (graves) também são complicações maternas relacionadas a extração a vácuo, porém em proporções menores que o parto instrumentado com fórcepe. As principais complicações neonatais do vácuo-extractor ocorrem pelo fato de a tração ser aplicada no couro cabeludo. As principais são as lacerações de couro cabeludo, os céfalo-hematomas e as hemorragias intracranianas, subgaleais e retinianas. Os céfalo-hematomas se associam com maior frequência a erros de aplicação (campânulas acopladas fora do ponto de flexão) e falhas na extração fetal. São mais prováveis de ocorrer com o aumento na duração da vácuo-extração.⁽³⁶⁾ Apesar da associação entre parto vaginal operatório e lacerações perineais graves, a função do assoalho pélvico e os escores de função sexual dentro de um ano do parto não parecem diferir em relação ao parto cesáreo.⁽³⁷⁾ Os obstetras devem estar capacitados para o reconhecimento e tratamento das complicações maternas. Os neonatologistas devem ser informados sobre a técnica utilizada no parto vaginal operatório, no intuito de avaliar e observar potenciais complicações neonatais associadas.^(4,5)

COMO DEVEM SER A ANALGESIA E OS CUIDADOS DO TRATO URINÁRIO APÓS O PARTO VAGINAL OPERATÓRIO?

A analgesia no pós-parto com anti-inflamatórios não esteroidais e paracetamol deve ser realizada rotineiramente após instrumentação do parto com fórcepe ou vácuo-extractor.⁽³⁸⁾ As puérperas devem ser orientadas sobre o risco de retenção urinária presente com a associação entre analgesia e parto vaginal operatório. Devem ser estimuladas a esvaziar a bexiga no período pós-parto e ter o tempo e volume urinários (incluindo o volume residual) monitorados. Sondagem vesical intermitente, ou mesmo de demora, pode ser necessária por 24 a 48 horas. Nas disfunções vesicais mais duradouras, a avaliação urológica e o autocateterismo intermitente de alívio podem ser necessários. Fisioterapia pode ser oferecida como uma estratégia de redução do risco de retenção urinária dentro dos três meses do parto.⁽³⁹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na evolução da assistência ao parto, o fórcepe se apresentou como o recurso de maior potencial salvador de vidas. Os vácuo-extratores, apesar de mais recentes, também são dispositivos eficazes para a instrumentação do parto e ainda oferecem a vantagem de simplificar a técnica operatória. Com conhecimento e habilidade adequados, o custo-benefício e a segurança da instrumentação do parto vaginal são favoráveis e endossam as recomendações atuais das diretrizes para o parto vaginal operatório. Apesar das vantagens ób-

vias, o potencial do parto vaginal operatório se encontra atualmente limitado, tanto pelo não conhecimento quanto pelo mau uso. A progressiva substituição dos fórceps e vácuo-extratores pela cesárea, motivada pelo despreparo da nova geração de obstetras, parece introduzir uma real possibilidade de desaparecimento desses instrumentos da prática médica de assistência ao parto. O surgimento de novos instrumentos que, apesar de menos resolutivos, exigem menos habilidade técnica do operador parece ser um reflexo das atuais inabilidades dos obstetras para o parto vaginal operatório. Portanto, o treinamento nessas importantes habilidades deve ser reconsiderado com urgência, antes que essa arte seja perdida para sempre.

REFERÊNCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. American Academy of Pediatrics. Neonatal encephalopathy and neurologic outcome. 2nd ed. Washington (DC): ACOG; 2014.
- Laufe LE, Berkus MD. Assisted vaginal delivery: obstetric fórceps and vacuum extraction techniques. New York: McGraw-Hill; 1992.
- Spencer C, Murphy D, Bewley S. Caesarean section in the second stage of labour. *BMJ*. 2006;333(7569):613-4. doi: 10.1136/bmj.38971.466979.DE
- ACOG Practice Bulletin No. 154: operative vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2015;126(5):e56-65. doi: 10.1097/AOG.0000000000001147
- Murphy DJ, Strachan BK, Bahl R. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted vaginal birth: Green-top guideline no. 26. *BJOG*. 2020;127(9):e70-112. doi: 10.1111/1471-0528.16092
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 178: shoulder dystocia. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):e123-33. doi: 10.1097/AOG.0000000000002043
- Schwarzman P, Walfisch A, Wainstock T, Segal I, Landau D, Sheiner E. Vacuum extraction for the preterm newborn and the long-term neurological outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(1):S549. doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.883
- Johanson R, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000446. doi: 10.1002/14651858.CD000446
- Benzecry R. Fórcepe passo a passo. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
- Salazar Pousada DG, Vélez Sáenz NH. Espátulas de Velasco y de Thierry. *Medicina (Guayaquil)*. 2009;14(2):179-83.
- Lattus JO, Paredes AV, Junemann KC, Martic AV, Contreras PN, Baeza NP, et al. Espátulas de Thierry versus fórceps de Kjelland. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003;68(6):477-86. doi: 10.4067/S0717-75262003000600004
- Odon Device™: vers une nouvelle expérience de l'accouchement instrumental [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.chu-besancon.fr/le-chu/actualites-du-chu/actualite/odon-devicetm-vers-une-nouvelle-experience-de-laccouchement-instrumental.html>
- Silvestri P. Meccanico d'auto ha inventato Odon Device un dispositivo per facilitare il parto (video) [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://virtualblognews.altavista.org/meccanico-dauto-ha-inventato-odon-device-un-dispositivo-per-facilitare-il-parto-video/25817512/>
- Hotton EJ, Lenguerrand E, Alvarez M, O'Brien S, Draycott TJ, Crofts JF. Outcomes of the novel Odon Device in indicated operative vaginal birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):607.e1-17. doi: 10.1016/j.ajog.2020.12.017
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Instrumental vaginal delivery: C-Obs 16 [Internet]. Melbourne: RANZCOG; 2020 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Instrumental-vaginal-birth.pdf>
- Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*. 2016;124(2):270-300. doi: 10.1097/ALN.0000000000000935
- Vacca A. The trouble with vacuum extraction. *Curr Obstet Gynaecol*. 1999;9(1):41-5. doi: 10.1016/S0957-5847(99)90072-0
- Bahl R, Murphy DJ, Strachan B. Qualitative analysis by interviews and video recordings to establish the components of a skilled low-cavity non-rotational vacuum delivery. *BJOG*. 2009;116(2):319-26. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01967.x
- Yeomans ER. Operative vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):645-53. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181cfbefd
- Al-Suhel R, Gill S, Robson S, Shadbolt B. Kjelland's forceps in the new millennium. Maternal and neonatal outcomes of attempted rotational forceps delivery. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(5):510-4. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01060.x
- Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Strachan B. A cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of sequential instruments at operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;156(1):41-5. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.01.004
- Walsh C, Robson M, McAuliffe F. 647: neonatal morbidity and mortality of operative vaginal delivery: a 10-year study of 82,000 infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(1 Suppl):S290.
- Jeve YB, Navti OB, Konje JC. Comparison of techniques used to deliver a deeply impacted fetal head at full dilatation: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016;123(3):337-45. doi: 10.1111/1471-0528.13593
- Mappa I, Tartaglia S, Maqina P, Makatsariya A, Ghi T, Rizzo G, et al. Ultrasound versus routine care before instrumental vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(11):1941-8. doi: 10.1111/aogs.14236
- Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):669-73. doi: 10.1097/01.AOG.0000119223.04441.c9
- Fitzgerald MP, Weber AM, Howden N, Cundiff GW, Brown MB. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2007;109(1):29-34. doi: 10.1097/01.AOG.00000242616.56617.ff
- Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Kalis V, Laine K, Räisänen SH, et al. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reproduct Biol*. 2019;240:192-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.07.005
- de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG*. 2008;115(1):104-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01554.x
- Lund NS, Persson LK, Jangö H, Gommessen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and metaanalysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;207:193-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.013
- Knight M, Chiochia V, Partlett C, Rivero-Arias O, Hua X, Hinshaw K, et al. Prophylactic antibiotics in the prevention of infection after operative vaginal delivery (ANODE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;393(10189):2395-403. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30773-1
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. London: RCOG; 2015. (Green-top Guideline No. 37a).

32. Walsh CA, Robson M, McAuliffe FM. Mode of delivery at term and adverse neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2013;121(1):122-8. doi: 10.1097/aog.0b013e3182749ac9
33. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third and fourth degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG.* 2013;120(12):1516-25. doi: 10.1111/1471-0528.12363
34. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med.* 1999;341(23):1709-14. doi: 10.1056/NEJM199912023412301
35. Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, Balasubramanian BA, Gandhi K, Joseph KS, et al. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. *BMJ.* 2004;329(7456):24-9. doi: 10.1136/bmj.329.7456.24
36. Johanson RB, Menon BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000224. doi: 10.1002/14651858.CD000224
37. Crane AK, Geller EJ, Bane H, Ju R, Myers E, Matthews CA. Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2013;19(1):13-6. doi: 10.1097/SPV.0b013e31827bfd7b
38. Nikpoor P, Bain E. Analgesia for forceps delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9:CD008878. doi: 10.1002/14651858.CD008878.pub2
39. Mulder FE, Schoffelmeier MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol BW, van der Post JA, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2012;119(12):1440-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03459.x

Como citar:

Alves AL, Silva LB, Acauan Filho BJ, Nunes RD. Parto vaginal operatório. *Femina.* 2023;51(7):423-35.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Operative vaginal delivery", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;45(7):422-34.

Álvaro Luiz Lage Alves

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Lucas Barbosa da Silva

Hospital das Clínicas, São Sebastião, SP, Brasil.

Breno José Acauan Filho

Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Rodrigo Dias Nunes

Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nenhum a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Presidente:

Álvaro Luiz Lage Alves

Membros:

Gabriel Costa Osanan
 Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad
 Adriana Amorim Francisco
 Alexandre Massao Nozaki
 Breno Carvalho Pinto de Melo
 Breno José Acauan Filho
 Carla Betina Andreucci Polido
 Eduardo Cordioli
 Frederico José Amedée Peret
 Gilberto Nagahama
 Laíses Braga Vieira
 Lucas Barbosa da Silva
 Marcelo Guimarães Rodrigues
 Rodrigo Dias Nunes
 Roxana Knobel

Tendência temporal de nascidos prematuros no estado de Santa Catarina entre 2011 e 2021

Temporal trend of premature birth in the state of Santa Catarina between 2011 and 2021

Jerusa Venturi¹, Sílvia Vilela Venzon¹, Márcia Regina Kretzer¹, Rodrigo Dias Nunes¹

Descritores

Epidemiologia; Prematuridade; Recém-nascido prematuro; Nascido vivo; Parto

Keywords

Epidemiology; Premature; Infant; Premature; Live birth; Parturition

Submetido:

30/03/2023

Aceito:

18/07/2023

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Jerusa Venturi
Av. José Acácio Moreira, 787, 88704-900, Tubarão, SC, Brasil
jerusaventuri@gmail.com

Como citar:

Venturi J, Venzon SV, Kretzer MR, Nunes RD. Tendência temporal de nascimentos prematuros no estado de Santa Catarina entre 2011 e 2021. *Femina*. 2023;51(7):436-42.

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência temporal de nascimentos prematuros no estado de Santa Catarina entre 2011 e 2021. **Métodos:** Estudo observacional ecológico de tendência temporal realizado com informações do banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do estado de Santa Catarina (2011-2021), disponibilizado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Foram analisados todos os nascidos vivos prematuros segundo o ano de processamento e o local de residência em Santa Catarina (110.422). Foram incluídos os nascidos vivos de gestação com menos de 37 semanas completas. As taxas de nascimentos prematuros foram calculadas proporcionalmente à totalidade de nascimentos e calculadas segundo macrorregião, idade materna, número de consultas do pré-natal, instrução materna e cor de pele. Para o cálculo da tendência temporal, foi utilizada a regressão linear simples, com intervalo de confiança de 95% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** A taxa média de nascimentos prematuros no estado de Santa Catarina foi de 10,57%, com tendência estável ($p < 0,001$). Maiores taxas específicas foram encontradas nas macrorregiões Meio Oeste e Serra e Planalto Norte e Nordeste (11,46%), extremos de idade (10-14 anos e 45-64 anos) e menor escolaridade. Maior número de consultas de pré-natal apresentou taxa de prematuridade menor (7,69%). Tendências crescentes das taxas foram apenas encontradas na macrorregião Grande Oeste, faixa etária materna entre 40-44 anos e entre 4-6 consultas de pré-natal. **Conclusão:** A tendência da taxa de prematuridade manteve-se estável em Santa Catarina. Baixo número de consultas de pré-natal, extremos de idades e baixa escolaridade mostraram taxas maiores de prematuridade.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the temporal trend of premature births in the state of Santa Catarina between 2011 and 2021. **Methods:** Observational ecological temporal trend study carried out with information from the database of the Information System on Live Births in the state of Santa Catarina (2011-2021), made available by the Epidemiological Surveillance Directorate. All premature live births were analyzed according to the year of processing and place of residence in Santa Catarina (110,422). Live births of less than 37 completed weeks were included. The rates of premature births were calculated in proportion to the total number of births and calculated according to macro-region, maternal age, number of prenatal consultations, maternal education and skin color. Simple linear regression was used to calculate the temporal trend, with a confidence interval of 95% ($p \leq 0.05$). **Results:** The average rate of premature

births in the state of Santa Catarina was 10.57%, with a stable trend ($p < 0.001$). Higher specific rates were found in the Midwest and Serra, North Plateau and Northeast macro-regions (11.46%), age extremes (10-14 years and 45-64 years) and lower schooling. A greater number of prenatal consultations had a lower prematurity rate (7.69%). Increasing trends in rates were only found in the Grande Oeste macro-region, maternal age group between 40-44 years and between 4-6 prenatal consultations. **Conclusion:** The prematurity rate trend remained stable in Santa Catarina. Low number of prenatal consultations, extremes of age and low education showed higher rates of prematurity.

INTRODUÇÃO

Prematuro, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definido como toda criança nascida antes de 37 semanas completas.⁽¹⁾ A prematuridade pode ser dividida em pré-termo extremo (<28 semanas), muito pré-termo (28-32 semanas), pré-termo moderado (32-34 semanas) e pré-termo tardio (34-37 semanas).^(1,2) Ocorre por conta de trabalho de parto espontâneo, rotura de membranas, indução ou cesariana por indicação materna e fetal.⁽³⁾

É uma condição que vem aumentando, mundialmente, com o passar dos anos, inclusive no Brasil.^(4,5) Atualmente, ocorre em 12% das gestações e se apresenta como a principal causa de morbimortalidade neonatal. Tratamentos medicamentosos são capazes apenas de postergar temporariamente, mas não diminuem sua incidência.⁽⁶⁾

Estima-se que nasçam aproximadamente 15 milhões de prematuros, anualmente, no mundo.⁽¹⁾ Porém, esse dado oscila em cada país, entre 5% e 18% dos nascidos vivos, decorrente das diferentes condições socioeconômicas e sociodemográficas, sendo inversamente proporcional ao nível de desenvolvimento econômico.^(1,2)

Em estudos de análises temporais, foi identificado aumento na prevalência da prematuridade. No Brasil, observou-se aumento de 2,1%, passando de 9,2% para 11,3% entre 2010 e 2013.^(7,8) No estado de Santa Catarina, o aumento identificado foi de 6,1% para 10,6% entre 2005 e 2012.⁽⁹⁾ Isso demonstra, novamente, que, embora seja uma condição muito prevalente, sofre influências da localidade.^(9,10)

São identificadas como população de risco as mulheres com parto prematuro em gestação anterior, múltiplas gestações, insuficiência cervical, malformação fetal, polidrâmnio, sangramento vaginal e abortamento prévio.^(11,12) Identifica-se, também, associação com cesariana anterior, realização de menos de sete consultas de pré-natal, baixo nível socioeconômico e extremos de idade materna.^(4,13) Os fatores de risco diferem se o parto prematuro é espontâneo ou induzido.^(4,11-13)

Quando relacionado aos nascidos a termo, os prematuros têm estatisticamente mais necessidades de intervenções, hospitalizações, complicações e sequelas, inversamente relacionadas à idade gestacional.^(14,15)

As consequências persistem para toda a vida – fases neonatal, infantil e adulta –, estendendo-se para a família, o sistema de saúde e a sociedade que acolhem essa criança.^(16,17) Além de ser um grande fator de morbidade, é a principal causa de morte neonatal (92,3%), das quais 3/4 poderiam ser evitadas.^(1,2,18,19)

Portanto, a prematuridade é um importante problema de saúde pública, impactando os indicadores de mortalidade materna e infantil.^(6,20,21) Combater a prematuridade culmina em prevenir os óbitos neonatais, otimizar despesas de saúde e melhorar a qualidade de vida da população envolvida.⁽²²⁾

Dessa forma, o estudo epidemiológico local da prematuridade e dos fatores maternos é de grande importância para o desenvolvimento de medidas preventivas desse importante problema de saúde pública. A análise da tendência temporal poderá apresentar resultados que demonstrem um comportamento epidemiológico, apresentando-se como uma importante ferramenta para a prática médica e para o conhecimento sobre a prematuridade. Assim, este estudo busca identificar a tendência temporal de nascimentos prematuros com viabilidade no estado de Santa Catarina entre 2011 e 2021, bem como suas particularidades.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo ecológico temporal. Foi utilizado como fonte de informações o banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do estado de Santa Catarina (Sinasc) (2011-2021), disponibilizado como domínio público pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) de Santa Catarina. Foram analisados todos os dados relativos aos nascidos vivos residentes em Santa Catarina (110.422) no período entre 2011-2021. Como critério de inclusão, estabeleceu-se a busca por informações de nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas completas. Foram excluídos os registros de nascidos com peso ao nascer abaixo de 500 gramas. Dados de natimorto não foram contabilizados pelo banco de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento de informações registradas na base de dados do Sinasc, disponíveis como domínio público no site da DIVE-SC em formato *Comma-separated values* (CSV). Foram também coletadas informações referentes ao ano de processamento e ao local de residência no estado de Santa Catarina, além de informações socioeconômicas contidas nos registros públicos.

Para o cálculo da taxa de nascimentos prematuros, foi realizada a divisão dos números de nascidos vivos prematuros pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100. Em seguida, foram calculadas as taxas específicas de prematuridade segundo macrorregião, idade materna, número de consultas do pré-natal, instrução materna e cor da pele, utilizando a população de referência de cada variável. A taxa de prematuridade

calculada leva em consideração apenas os nascidos vivos, os quais são disponibilizados pela plataforma do Sinasc, excluindo-se os nascidos mortos (dados não disponibilizados pela plataforma). O documento utilizado para consolidar os dados do Sinasc em território nacional é a Declaração de Nascidos Vivos. Para fins de discussão dos resultados, os demais estudos utilizados no presente artigo utilizaram apenas os nascidos vivos para compor a taxa de prematuridade.

Conforme a Agência Nacional de Saúde Complementar, o cálculo utilizado para a pontuação do indicador, a fim de identificar tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais, considera os nascimentos prematuros vivos.⁽²³⁾

As variáveis dependentes estabelecidas foram as macrorregiões (Grande Oeste, Meio Oeste/Serra, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Sul, Nordeste/Planalto Norte), número de consultas de pré-natal (nenhuma, 1-3, 4-6, ≥7), idade materna (10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-64), instrução materna (nenhuma, 1-3, 4-7, 8-11, ≥12) e cor da pele (branca, não branca). O ano (2011-2021) foi considerado como variável independente. Essas variáveis não levaram em consideração o mecanismo de parto, se espontâneo ou induzido, informações não disponibilizadas pelo banco de dados.

O tratamento primário dos dados foi realizado pelo software TABWIN, disponível no Sinasc-DIVE/SC, e posteriormente exportados para o software Windows Excel. A análise dos dados foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS®) versão 18.0 [Computer Program – Chicago: SPSS Inc; 2009].

Para a análise da tendência temporal de nascidos vivos prematuros, foram utilizados os coeficientes padronizados pelo método de regressão linear simples, utilizando-se intervalo de confiança de 95% e nível de significância menores ou iguais a 0,05. Nesse método, as características maternas foram consideradas como variável dependente, enquanto os anos-calendário de estudo foram considerados como variável independente, obtendo-se, assim, o modelo estimado de acordo com

a fórmula $Y = b_0 + b_1X$, onde Y = coeficiente padronizado, b_0 = coeficiente médio do período, b_1 = incremento anual médio e X = ano.

Nessa pesquisa, foram utilizados dados secundários e agregados do Sinasc, banco de domínio público, dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

RESULTADOS

No período entre 2011-2021, ocorreram 110.422 partos prematuros com viabilidade, que representaram prevalência de 10,57% de todos os nascidos vivos no estado de Santa Catarina. As taxas variaram de 9,08% em 2011 a 10,40% em 2021, com média de 10,57% e tendência de estabilidade ($p = 0,858$) (Figura 1).

Ao analisar as macrorregiões, foram identificadas as maiores taxas médias no Meio Oeste e Serra e Planalto Norte e Nordeste (11,46%), seguidos da macrorregião Sul (11,01%). Na macrorregião Grande Oeste, foi identificada a menor taxa média (9,69%), porém com tendência crescente da prematuridade ($p = 0,05$), variando de 8,46% a 10,37% na década avaliada (Tabela 1).

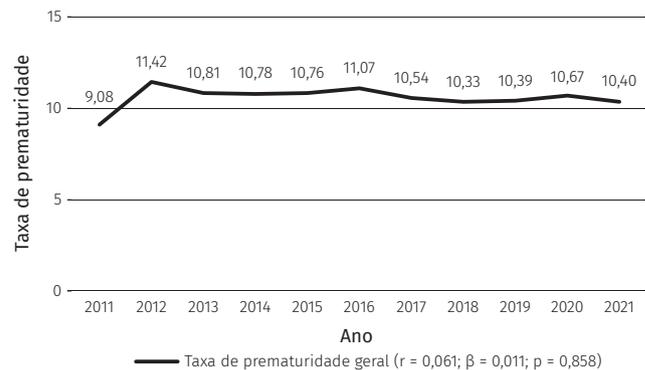


Figura 1. Tendência da prematuridade de nascidos vivos no estado de Santa Catarina de 2011 a 2021

Tabela 1. Taxa de prematuridade de nascidos vivos segundo macrorregião

Variáveis	Variação da taxa 2011-2021	Taxa média	r	R ²	β	IC 95%	p-value	Interpretação
Grande Oeste	8,46-10,37	9,69	0,603	0,364	0,125	0,000 - 0,249	0,05	Crescente
Meio Oeste e Serra	9,31-10,79	11,46	0,289	0,084	0,075	-0,112-0,261	0,388	Estável
Vale do Itajaí	8,61-9,07	9,90	0,089	0,008	-0,017	-0,162-0,127	0,794	Estável
Foz do Itajaí	7,78-9,11	9,71	0,353	0,125	-0,188	-0,565-0,188	0,287	Estável
Grande Florianópolis	8,55-9,99	9,91	0,129	0,017	-0,028	-0,189-0,134	0,705	Estável
Sul	9,33-10,05	11,01	0,294	0,086	0,077	-0,112-0,267	0,381	Estável
Planalto Norte e Nordeste	10,19-12,31	11,46	0,211	0,044	0,049	-0,123-0,221	0,534	Estável

Ao considerar o número de consultas pré-natal, foi verificado que mulheres que realizaram até três consultas de pré-natal tiveram a maior taxa média (23,25%) de prematuridade, com tendência estável. Mulheres que realizaram de quatro a seis consultas apresentaram taxa média de 18,34%, com tendência crescente ($p = 0,001$). A menor taxa foi verificada na realização de sete ou mais consultas de pré-natal (7,69%), com tendência estável (Figura 2).

Gestantes com idade entre 10-14 anos revelaram taxa média de 16,14% de prematuridade, bem como aquelas entre 45-64 anos de idade, cuja taxa média de prematuridade foi de 16,24%. A menor taxa média foi identificada entre mulheres com idade entre 20-24 anos (9,55%). Considerando as diferentes faixas etárias categorizadas, todas as tendências foram estáveis, com exceção das mulheres entre 40-44 anos, cuja tendência se demonstrou crescente ($p = 0,041$), com variação nas taxas de 10,71 a 14,04 no período analisado (Tabela 2).

Em relação à escolaridade materna, mulheres sem nenhum estudo apresentaram taxa média de 13,26%,

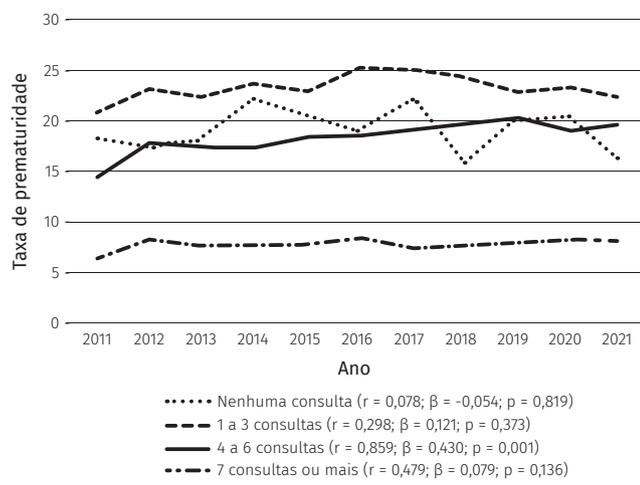


Figura 2. Taxa de prematuridade de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal

enquanto aquelas com doze anos ou mais de estudo apresentaram taxa de prematuridade de 10,40%. Nas mulheres sem escolaridade, identificou-se variação das taxas de 9,95% em 2011 a 18,07% em 2021, entretanto as taxas apresentaram grandes oscilações nos anos estudados, interferindo na análise estatística que demonstrou tendência estável ($p = 0,607$) (Figura 3).

Foi identificada tendência estável de prematuridade de nascidos vivos com taxa média em mulheres com cor de pele branca de 8,16%. Na população não branca, a tendência permaneceu estável, com taxa de 5,74%. Os dados obtidos de nascidos vivos de mulheres com cor de pele não branca representam 4,42% do total da amostra, n reduzido em comparação com o grupo de cor da pele branca. Em alguns anos da série histórica (2015, 2017 e 2018), não houve registro de prematuridade em mulheres não brancas, com taxa zero de prematuridade (Tabela 3).

DISCUSSÃO

As principais condições predisponentes da prematuridade, alvos do presente estudo, são idade materna, raça, escolaridade e número de consultas pré-natais. Nessa análise, foi visto que a tendência das taxas de prematuridade no estado de Santa Catarina está estável, com média de 10,57% e aumento de 1,32% desde 2011. O maior valor encontrado foi em 2012 (11,42%) e o menor, em 2011 (9,08%). Ao analisar as macrorregiões de Santa Catarina, maiores taxas foram verificadas no Meio Oeste, Serra, Planalto Norte e Nordeste (11,46%), bem como na região Sul (11,01%).

Outros indicadores de saúde são piores nas macrorregiões encontradas no presente estudo. A mortalidade infantil, por exemplo, possui maiores índices no Extremo Oeste, Xanxerê, Foz do Rio Itajaí, Meio Oeste, Planalto Norte, Serra Catarinense e Extremo Sul Catarinense, com taxas acima da média estadual, com destaque para a Serra Catarinense. Vale ressaltar que as regiões Serra, Planalto Norte, Nordeste e Sul possuem cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e atenção básica

Tabela 2. Taxa de prematuridade de nascidos vivos segundo faixa etária materna

Variáveis	Variação da taxa 2011-2021	Taxa média	r	R ²	β	IC 95%	p-value	Interpretação
10 a 14 anos	11,91-20,54	16,14	0,016	0,000	-0,015	-0,727-0,697	0,963	Estável
15 a 19 anos	9,74-10,75	11,33	0,208	0,043	-0,046	-0,210-0,118	0,539	Estável
20 a 24 anos	8,18-9,17	9,55	0,243	0,059	-0,052	-0,208-0,104	0,471	Estável
25 a 29 anos	8,31-9,44	9,73	0,018	0,000	0,003	-0,125-0,131	0,958	Estável
30 a 34 anos	9,71-10,67	10,69	0,143	0,020	0,021	-0,087-0,128	0,675	Estável
35 a 39 anos	10,60-12,21	12,17	0,265	0,070	0,054	-0,094-0,202	0,431	Estável
40 a 44 anos	10,71-14,04	13,75	0,621	0,386	0,203	0,010-0,397	0,041	Crescente
45 a 64 anos	9,29-13,86	16,24	0,375	0,141	0,512	-0,441-1,465	0,255	Estável

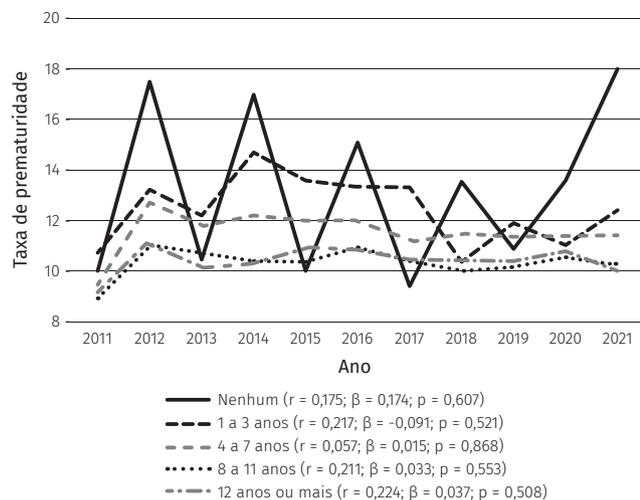


Figura 3. Taxa de prematuridade de nascidos vivos segundo escolaridade materna, de 2011 a 2021, no estado de Santa Catarina

abaixo da média de Santa Catarina, com Nordeste apresentando a pior cobertura do estado.⁽²⁴⁾

As taxas encontradas não são exclusivas de Santa Catarina, assemelhando-se com a média brasileira verificada em um estudo de tendência temporal, entre os anos 2012 e 2019, em que a taxa de prematuridade variou de 10,87% a 9,95%, sendo a menor em 2015 (9,77%), entretanto, diferente do encontrado no presente estudo, o Brasil demonstrou tendência decrescente.⁽²⁵⁾

No cenário internacional, valores semelhantes foram verificados em países desenvolvidos, mostrando que essa não é uma situação característica dos países em desenvolvimento. A Califórnia (EUA), por meio de um estudo de coorte entre os anos 2007 e 2016, apresentou média de 8,5%.⁽²⁶⁾ Em contraponto, Canadá, China e Europa apresentaram valores significativamente menores. No Canadá, a média entre os anos 2009 e 2016 foi de 6,2%, com tendência estável.⁽²⁷⁾ A China, em 2018, atingiu 6,4%.⁽²⁸⁾ Esses valores são aproximadamente 1,7 vez menores que os de Santa Catarina.⁽²⁸⁾ Médias altas de prematuridade não são atribuídas apenas ao estado de Santa Catarina; o Brasil possui taxa duas vezes superior à observada nos países europeus.⁽⁵⁾ O fato de Santa Catarina apresentar tendência estável demonstra uma discrepância ao se comparar com outros locais de mesmo nível socioeconômico, destaque para o Brasil, que apresenta tendência decrescente. No presente estudo, não foi possível notar mudanças significativas nas

taxas de prematuridade no período pós-pandemia da COVID-19, entre 2019 e 2021.

Em relação à tendência da taxa de prematuridade por número de consultas de pré-natal, foi verificada uma relação inversamente proporcional. Pacientes com número de consultas adequadas tiveram em torno de três vezes menor prevalência de nascimentos prematuros. Em Chapecó, em um estudo de caso-controle, verificou-se a mesma relação, em que o número suficiente de consultas se mostrou como fator protetor para a ocorrência de prematuridade.⁽²⁹⁾ Comparando com outros estados, em Porto Alegre, foi observada 1,18 vez maior prevalência em mulheres com pré-natal inadequado (13,7%).⁽³⁰⁾ Em São Paulo, mães de bebês prematuros, quando comparadas com mães de bebês a termo, tiveram menor número de consultas de pré-natal.⁽³¹⁾ Um estudo caso-controle realizado em Minas Gerais observou que mães que realizaram mais de seis consultas de pré-natal apresentaram menor chance de ter nascimentos prematuros.⁽³²⁾ No Brasil, também foi verificada uma relação, já que mulheres com sete consultas ou mais possuem índice 8% menor que as com pré-natal inadequado (17,92%).⁽²⁵⁾

O mesmo ocorre na China, onde um grande número de consultas pré-natais esteve associado a baixo risco de nascimentos prematuros. Comparadas com mães que tiveram seis consultas de pré-natal (6,4%), mulheres com 10 ou mais reduziram em 53% o risco (4,4%), e não ter tido nenhuma consulta de pré-natal aumentou o risco em 87% (11,3%).⁽²⁸⁾

Relações complexas entre múltiplos fatores estão envolvidas no nascimento prematuro.⁽³³⁾ Por mais que os estudos analisados tenham mostrado maiores valores de prematuridade com o cuidado inadequado, vale ressaltar que a prematuridade é segregada em espontânea e induzida. Na prematuridade espontânea, encontram-se maiores índices com idade materna menor, cuidado pré-natal inadequado, gravidez múltipla, infecção, descolamento da placenta, crescimento intrauterino restrito (CIUR) e malformações fetais, ou seja, condições que resultam de um menor cuidado materno.^(5,34) Já nos partos prematuros induzidos, encontram-se cuidado pré-natal adequado, índice de massa corporal (IMC) elevado, múltiplas gestações, diabetes, lúpus eritematoso sistêmico, tabagismo, CIUR, síndromes hipertensivas gestacionais, alterações do volume do líquido amniótico, malformações fetais e sangramento vaginal, característicos de mães que fazem acompanhamento pré-natal.^(5,16) E a pré-eclâmpsia é a principal causa de prematuridade eletiva no Brasil.⁽¹⁶⁾

Tabela 3. Taxa de prematuridade de nascidos vivos segundo raça

Variáveis	Varição da taxa 2011-2021	Taxa média	r	R ²	β	IC 95%	p-value	Interpretação
Branca	6,68-7,29	8,16	0,343	0,117	0,557	-0,595-1,709	0,302	Estável
Não branca	7,38-6,39	5,74	0,021	0,000	0,031	-1,121-1,184	0,952	Estável

Quanto à variável idade materna, os extremos de idade demonstraram maiores taxas médias de nascimentos prematuros, com maiores índices nas idades entre 10-14 anos (16,14%) e 45 anos ou mais (16,24%). Idades entre 20 e 29 anos representaram valores 1,7 vez menores. Vale ressaltar que a faixa etária de 40 a 44 anos possui tendência crescente, partindo de números elevados (13,75%). No Brasil, segue-se a mesma interpretação, maiores índices em mulheres com 45 anos ou mais (14,8%, tendência crescente) e 10 a 14 anos (15,8%, tendência decrescente).⁽²⁵⁾ Ao analisar outros estados, Mato Grosso do Sul também apresentou idade materna elevada correlacionada com maiores taxas de prematuridade.⁽³⁵⁾ Não exclusivo de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, locais como Califórnia e Texas também verificaram a mesma relação.^(26,36,37) O maior acesso à saúde permite que cada vez mais mulheres tenham a possibilidade de escolha da idade para gestar. Sendo assim, possibilita que mulheres de idades avançadas tenham sua gestação, entretanto, com aumento das taxas de morbimortalidade. A gravidez na adolescência é um fator que por si só aumenta os riscos da gestação, bem como da prematuridade.

Os dados encontrados nesse estudo referentes à escolaridade materna mostraram-se inversamente proporcionais. Ao comparar nenhuma escolaridade com 12 anos ou mais, não ter estudo apresentou taxa de prevalência média 1,3 vez maior (13,26%). Ao analisar a taxa de prematuridade em mulheres sem estudo, foram verificadas maiores taxas nos anos de 2012, 2014, 2016, 2018 e 2021. As demais classificações de escolaridade também evidenciaram aumento importante das taxas, principalmente no ano de 2012. Vale ressaltar que mulheres sem escolaridade representaram, nesse estudo, uma amostra menor que as demais classificações, sendo essa uma possível explicação para a importante oscilação nas taxas de prematuridade.

Analfabetas, no Brasil, também seguem a mesma proporção, sendo responsáveis pelas maiores taxas de prematuridade (15,75%).⁽²⁵⁾ Em Porto Alegre, a escolaridade inadequada chega a taxas 2,11 vezes maiores que a adequada.⁽³⁰⁾ Em Chapecó, embora a comparação seja a mesma, o valor da taxa média de baixa escolaridade chega a ser de 18,8% (1,84 vez maior).⁽²⁹⁾ Na China, apesar de haver uma taxa média de prematuridade baixa, mães analfabetas mostraram taxas 2,03 vezes maiores (10,0%), quando comparadas àquelas com ensino fundamental completo (5,2%).⁽²⁸⁾ Esses resultados demonstram que a escolaridade materna é um fator significativo para nascimentos prematuros.

Segundo dados do presente estudo, populações brancas possuem níveis significativamente maiores de prematuridade, quando comparadas com as não brancas. Entretanto, esses resultados são suscetíveis a viés, já que os dados obtidos de nascidos vivos da raça não branca representaram 4,42% do total estudado, ou seja, uma amostra menor. Ainda, nos anos de 2015, 2017 e

2018 não houve registro de prematuridade em mulheres não brancas, o que implica uma análise estatística com taxa de prematuridade zero nesses anos, interferindo na taxa média de prematuridade e na análise sobre as taxas relacionadas a essa variável. Essa hipótese pode ser corroborada por outros estudos brasileiros que demonstraram dados percentuais semelhantes entre as diversas raças, os quais não evidenciam maiores valores de prematuridade nas mulheres brancas.^(25,26,30)

Por se tratar de um estudo ecológico com a utilização de base de dados populacionais, deve-se levar em conta os vieses de inserção de dados no sistema, bem como a comparação em âmbito geral da realidade encontrada. Outra limitação encontrada no estudo foi a não discriminação da prematuridade de acordo com a idade gestacional, bem como os fatores obstétricos de iniciação do parto, se espontâneo ou induzido.

Entretanto, estudos de tendência temporal de prematuridade são necessários para que os gestores públicos estabeleçam políticas de prevenção e planejamento de recursos. Os impactos para os custos na área da saúde são mais elevados para os nascimentos prematuros; quando relacionados aos nascimentos a termo, os prematuros têm estatisticamente mais necessidades de intervenções e complicações metabólicas, térmicas e orgânicas, justamente pela imaturidade dos sistemas, com maior suscetibilidade a desenvolver infecções e sequelas.^(14,38)

CONCLUSÃO

Santa Catarina e as macrorregiões apresentam taxas de prematuridade de nascidos vivos com tendência temporal estável, exceto Grande Oeste, com tendência crescente. Baixo número de consultas de pré-natal, extremos de idades e baixa escolaridade mostram níveis maiores de taxas de prematuridade de nascidos vivos. A faixa etária entre 40 e 44 anos e o número de consultas de pré-natal entre quatro e seis apresentam tendência crescente. Mais estudos são necessários para poder caracterizar o cenário individual da prematuridade nas localidades específicas, bem como discriminar as relações de acordo com as idades gestacionais, se o parto é espontâneo ou induzido e a rotina obstétrica adotada para esses casos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(1):31-3. doi: 10.1002/ijgo.13195
3. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008;371(9606):75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4
4. Sadovsky AD, Matijasevich A, Santos IS, Barros FC, Miranda AE, Silveira MF. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(1):15-22. doi: 10.1016/j.jped.2017.02.003

5. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 3:127. doi: 10.1186/s12978-016-0230-0
6. Fonseca EB, Damião R, Moreira DA. Preterm birth prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;69:40-9. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.09.003
7. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, World Health Organization. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: WHO; 2012.
8. Pereira AP, Leal MC, Gama SG, Domingues RM, Schilithz AO, Bastos MH. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S59-70. doi: 10.1590/0102-311X00160313
9. Freitas PF, Araújo RR. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na declaração de nascidos vivos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015;15(3):309-16. doi: 10.1590/S1519-38292015000300006
10. Balbi B, Carvalhaes MA, Parada CM. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):233-41.
11. Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS One*. 2014;9(10):e109069. doi: 10.1371/journal.pone.0109069
12. Glover AV, Manuck TA. Screening for spontaneous preterm birth and resultant therapies to reduce neonatal morbidity and mortality: a review. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2018;23(2):126-32. doi: 10.1016/j.siny.2017.11.007
13. Guimaraes EA, Vieira CS, Nunes FD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):91-8. doi: 10.5123/S1679-49742017000100010
14. Williams JE, Pugh Y. The late preterm: a population at risk. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018;30(4):431-43. doi: 10.1016/j.cnc.2018.07.001
15. Quaresma ME, Almeida AC, Mêio MD, Lopes JM, Peixoto MV. Factors associated with hospitalization during neonatal period. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(4):390-8. doi: 10.1016/j.jpmed.2017.07.011
16. Souza RT, Cecatti JG, Passini R Jr, Tedesco RP, Lajos GJ, Nomura ML, et al. The burden of provider-initiated preterm birth and associated factors: Evidence from the Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth (EMIP). *PLoS One*. 2016;11(2):e0148244. doi: 10.1371/journal.pone.0148244
17. Souza RT, Cecatti JG. A comprehensive integrative review of the factors associated with spontaneous preterm birth, its prevention and prediction, including metabolomic markers. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(1):51-60. doi: 10.1055/s-0040-1701462
18. Demitto MO, Gravena AA, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03208. doi: 10.1590/S1980-220X2016127103208
19. Lehtonen L, Gimeno A, Parra-Llorca A, Vento M. Early neonatal death: a challenge worldwide. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2017;22(3):153-60. doi: 10.1016/j.siny.2017.02.006
20. Santos RJ. Prematuridade no Brasil: um estudo epidemiológico, no período de 2007 a 2016 [TCC]. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco; 2018.
21. Ramos JG, Sass N, Costa SH. Preeclampsia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(9):496-512. doi: 10.1055/s-0037-1604471
22. Faria RM. Análise espaço-temporal da mortalidade neonatal na região Sul do Brasil. *Rev Geografar*. 2021;16(1):8-26. doi: 10.5380/geografar.v16i1.58175
23. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de prematuridade [Internet]. [cited 2023 Jun 26]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude1fase.pdf
24. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 [Internet]. Florianópolis: SES; 2019 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>
25. Martinelli KG, Dias BA, Leal ML, Belotti L, Garcia EM, Santos Neto ET. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Bras Estud Popul*. 2021;38:1-15. doi: 10.20947/S0102-3098a0173
26. Ratnasir AW, Parry SS, Arief VN, DeLacy IH, Lakshminrusimha S, Halliday LA, et al. Temporal trends, patterns, and predictors of preterm birth in California from 2007 to 2016, based on the obstetric estimate of gestational age. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2018;4(25):1-19. doi: 10.1186/s40748-018-0094-0
27. Richter LL, Ting J, Muraca GM, Boutin A, Wen Q, Lyons J, et al. Temporal trends in preterm birth, neonatal mortality, and neonatal morbidity following spontaneous and clinician-initiated delivery in Canada, 2009-2016. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(12):1742-1751.e6. doi: 10.1016/j.jogc.2019.02.151
28. Deng K, Liang J, Mu Y, Liu Z, Wang Y, Li M, et al. Preterm births in China between 2012 and 2018: an observational study of more than 9 million women. *Lancet Glob Health*. 2021;9(9):1226-41. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00298-9
29. Pitilin EB, Dalla Rosa GF, Hanauer MC, Kappes S, Silva DT, Oliveira PP. Fatores perinatais associados à prematuridade em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200031. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0031
30. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JS, Bonilha AL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):382-9. doi: 10.1590/S0080-623420160000400002
31. Machado MC, Santiloni AF, Ferrari AP, Parada CM, Carvalhaes MA, Tonete VL. Atenção à saúde no primeiro ano de vida de uma coorte prospectiva de lactentes prematuros tardios e a termo de Botucatu, São Paulo, 2015-2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(2):e2020619. doi: 10.1590/S1679-49742021000200014
32. Defilipo EC, Chagas PS, Drumond CM, Ribeiro LC. Fatores associados à prematuridade: estudo caso-controle. *Rev Paul Pediatr*. 2022;40:e2020486. doi: 10.1590/1984-0462/2022/40/2020486IN
33. Rocha AS, Falcão IR, Teixeira CS, Alves FJ, Ferreira AJ, Silva NJ, et al. Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(8):3139-52. doi: 10.1590/1413-81232022278.03232022
34. Almeida AH, Gama SG, Costa MC, Carmo CN, Pacheco VE, Martinelli KG, et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):1-13. doi: 10.1590/0102-311X00145919
35. Pereira VA, Mathias BM, Moreira AM. Prematuridade em foco: estudo descritivo e correlacional. *Rev Psicol Saúde*. 2022;14(1):147-55. doi: 10.20435/pssa.v14i1.1489
36. Li C, Liang Z, Bloom MS, Wang Q, Shen X, Zhang H, et al. Temporal trends of preterm birth in Shenzhen, China: a retrospective study. *Reprod Health*. 2018;15(1):47. doi: 10.1186/s12978-018-0477-8
37. Dongarwar D, Tahseen D, Wang L, Aliyu MH, Salihu HM. Trends and predictors of preterm birth among Asian Americans by ethnicity, 1992-2018. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):5881-7. doi: 10.1080/14767058.2021.1900103
38. Humberg A, Fortmann I, Siller B, Kopp MV, Herting E, Göpel W, et al. Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. *Semin Immunopathol*. 2020;42(4):451-68. doi: 10.1007/s00281-020-00803-2

Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso

Association of sex education, kinesiotherapy and manual therapy in the treatment of anorgasmic women: a case study

Laura Marraui¹, Thaynah Leticia Silva dos Santos¹, Simone Aparecida Vieira Rocha¹

Descritores

Fisioterapia; Disfunção sexual; Sexualidade; Assolho pélvico; Saúde da mulher

Keywords

Physical therapy; Sexual dysfunction; Sexuality; Pelvic floor; Women's health

Submetido:

28/11/2022

Aceito:

17/07/2023

1. Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Simone Aparecida Vieira Rocha
Rua Jorge Sanwais, 1.470, 85852-150,
Foz do Iguaçu, PR, Brasil
simone.aparecida@udc.edu.br

Como citar:

Marraui L, Santos TL, Rocha SA. Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso. Femina. 2023;51(7):443-8.

RESUMO

O orgasmo é o ápice da excitação sexual e, quando comumente não experienciado, denomina-se anorgasmia, segunda queixa sexual mais frequente entre mulheres. A fisioterapia é um recurso que visa beneficiar a qualidade de vida das mulheres anorgásmicas por meio da prevenção, reparação de função e tratamento de quadros algícos. O estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da associação das técnicas de cinesioterapia aplicada à musculatura do assoalho pélvico, massagem perineal e conscientização acerca da sexualidade das participantes. Os métodos utilizados foram educação sexual, massagem perineal e cinesioterapia associada ao uso da sonda uroginecológica New PelviFit Trainer, como *biofeedback* visual, para promover conscientização e estimar os efeitos sobre a condição da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com relato de anorgasmia. O resultado obtido com o protocolo da associação das técnicas terapêuticas em mulheres com disfunção orgásmica apresentou melhora da função sexual feminina, aumento da força e do estado de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, avaliados pelo questionário Índice de Função Sexual Feminina, quantificados por meio da escala de Oxford modificada e da escala de avaliação de flexibilidade vaginal, respectivamente. Como conclusão, a aplicação das técnicas fisioterapêuticas aliadas ao tratamento humanizado, com enfoque na conscientização das mulheres, auto-percepção corporal e manutenção da função sexual, promoveu melhora da disfunção sexual orgásmica. Apesar de necessário maior embasamento científico relativo ao tema, a presente abordagem para o tratamento em questão apresentou-se promissora e pertinente à base de dados.

ABSTRACT

Orgasm is the peak of sexual excitement, when not commonly experienced, it is called anorgasmia, second most frequent sexual complaint among women. Physiotherapy is a resource that aims to improve the quality of life of anorgasmic women through prevention, function repair and pain management. The purpose of the study was to

evaluate the effects of kinesiotherapy techniques applied on the pelvic floor muscles, associated with perineal massage and the participants' sexual awareness. The methods used were sexual education, perineal massage, kinesiotherapy associated with the use of the New PelviFit Trainer urogynecological probe, as a visual feedback, to promote awareness and estimate its effects on the pelvic floor muscles condition in women reporting anorgasmia. The result obtained with the protocol of association of therapeutic techniques in women with orgasmic dysfunction showed improvement in the female sexual function, assessed by the Female Sexual Function Index questionnaire, increased strength and pelvic floor muscles relaxation, quantified using the Modified Oxford scale and the vaginal flexibility assessment scale, respectively. As a conclusion, the application of physiotherapeutic techniques combined with humanized treatment, with a focus on awareness of women, body self-perception and maintenance of sexual function, promoted improvement of orgasmic sexual dysfunction. Despite the need for a greater scientific basis on the subject, the present approach to the treatment in question was promising and relevant to the database.

INTRODUÇÃO

O ciclo de resposta sexual é constituído por quatro etapas – desejo, excitação, orgasmo e resolução.⁽¹⁾ Para que seja iniciado, é necessário que exista desejo, seguido pela excitação, etapa na qual há mudanças fisiológicas no corpo da mulher.⁽²⁾ Com a efetividade dessas fases do ciclo, há o ápice do prazer, denominado orgasmo, frequentemente gerado por estímulos clitorianos, e completa-se a ciclagem do ato sexual com a etapa da resolução, momento de lassidão e relaxamento.⁽³⁾

Apesar de sexualmente ativa, ampla parcela da população feminina apresenta falha na resposta sexual fisiológica, em uma ou mais fases.⁽⁴⁾ A disfunção sexual feminina (DSF) resulta na privação do indivíduo em obter e consumir essas etapas do *feedback* sexual, fato relatado por cerca de 40% a 45% das mulheres.⁽⁵⁾ Em meio a distintas disfunções, a orgásmica atinge aproximadamente 30% das mulheres em todo o mundo.⁽⁶⁾ Essa disfunção, também chamada de anorgasmia, é definida pelo retardo ou ausência do orgasmo, após uma etapa normal de excitação, ou redução anormal de sua intensidade.⁽⁷⁾

Considerado o segundo problema sexual mais frequentemente relatado entre mulheres, a anorgasmia é causa de aflição importante e de dificuldades interpessoais.⁽⁸⁾ Pode ocorrer de forma constante ou esporádica, em que a mulher anorgásmica passa por todas as etapas do ciclo, mas não atinge o clímax da relação: o orgasmo.⁽⁹⁾ Está associada à atuação dos músculos pélvicos na atividade e na resposta sexual, pois, no momento em que eles apresentam alterações, como no tônus, nota-se que surgem queixas sexuais entre as mulheres.⁽¹⁰⁾

A fisioterapia atua na disfunção sexual orgásmica na área de prevenção e reparação de função e em quadros algícos dos vários sistemas (fecal, ginecológico,

urológico e sexual) associados a ela.⁽¹¹⁾ Está incluída no plano fisioterapêutico a anamnese, na qual são realizadas entrevista minuciosa com a paciente e inspeção e palpação do assoalho pélvico (AP) para o reconhecimento da situação em que se encontra a musculatura do assoalho pélvico (MAP) e identificação de regiões dolorosas, sensibilidade (tátil e térmica) e reflexos.⁽¹²⁾

Dentre os recursos da fisioterapia na saúde da mulher cabíveis ao restabelecimento dos ciclos efetivos da resposta sexual, destaca-se a massagem perineal, que, por meio de deslizamentos e liberação miofascial de *trigger points*, proporciona inibição da tensão da MAP, alongamento e maior relaxamento.⁽¹³⁾

A conscientização e a reeducação da MAP em mulheres com disfunção anorgásmica representam parte fundamental do plano fisioterapêutico, junto com o incentivo ao autoconhecimento e a compreensão acerca dos efeitos das técnicas manuais e cinesioterapêuticas, para que elas possam compreender de forma integral o modo de execução dos exercícios e recursos.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Diante dessa temática pouco explorada, mas de expressiva demanda, o presente estudo questionou: quais foram os efeitos da aplicabilidade dos recursos cinesioterapêuticos associados à utilização da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer e terapia manual em participantes com queixas referentes à ausência e/ou dificuldade em experienciar orgasmo.

MÉTODOS

O presente estudo foi de natureza quanti-qualitativa do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa ocorreu entre os meses de fevereiro e outubro de 2022, na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), localizada na Av. Paraná, 5.661, Região Norte, Foz do Iguaçu, PR, CEP 85868-030. Participaram deste relato duas mulheres com histórico de anorgasmia submetidas a protocolos cinesioterapêuticos associados a massagem perineal e educação sexual. As intervenções foram realizadas durante um período de seis semanas com cada participante, com duas sessões semanais, com o total de 12 atendimentos. Para a seleção das participantes, foi criado um formulário *online*, na plataforma Google Forms, divulgado nas mídias sociais. O questionário foi composto por questões de fácil compreensão acerca do tema em questão. Por meio dele, foram identificadas as possíveis participantes que se encaixavam no critério de inclusão da pesquisa, as quais, posteriormente, foram contatadas e convidadas para participar do estudo. Foram incluídas participantes sexualmente ativas com parceiro fixo, não gestantes nem lactantes, com idade entre 18 e 40 anos, que não utilizaram medicamentos de uso contínuo durante a intervenção, com queixas referentes a dificuldade ou ausência de orgasmo, capacidade neurológica para a adequada compreensão do protocolo e que concordaram em assinar o termo de consentimento

livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídas participantes com manifestações clínicas de patologias ginecológicas e sem disponibilidade de tempo para a participação dos atendimentos.

A coleta de dados foi realizada durante cada sessão, na qual eram redigidas as evoluções das participantes e os exercícios e procedimentos executados nos atendimentos, tais como: resultados atingidos ao final deles, observações clínicas pertinentes ao estudo e relatos subjetivos obtidos por meio da verbalização das participantes. Após os 12 atendimentos, preenchidas as fichas de evolução, os dados foram tabulados e organizados em figuras para a análise dos resultados da terapêutica proposta. O protocolo foi aplicado após a demonstração das técnicas e exercícios propostos pelas pesquisadoras e em união à educação sobre os segmentos anatômicos do AP e do sistema reprodutor feminino com o uso de imagens e peças anatômicas artificiais presentes no laboratório de anatomia do Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas, sendo ofertadas orientações referentes à importância de estímulos físicos e de atividade voluntária da MAP, além da atenção plena da participante no processo de reabilitação de sua musculatura. A investigação fisioterapêutica foi constituída pela anamnese das participantes, de forma a ter acesso a aspectos vinculares, emocionais e psicossociais delas, fundamentais para a avaliação do impacto da disfunção orgásmica em sua qualidade de vida.

Ao final das seis semanas, foi realizada a reavaliação de três testes: escala de Oxford modificada, questionário Índice da Função Sexual Feminina e escala de avaliação de flexibilidade vaginal. O protocolo da pesquisa foi efetuado com a utilização dos seguintes métodos: educação sexual, massagem perineal e cinesioterapia com auxílio da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer, da marca Miotec Equipamentos Biomédicos Eireli. Durante o treino de força muscular, em que foi introduzida a sonda uroginecológica, ajustada à parede interna da vagina, ela promoveu uma resposta objetiva em relação à contração correta da MAP, por propiciar a nítida visualização da contração, ao movimentar sua antena para baixo, e do relaxamento da musculatura, de modo a retornar ao posicionamento inicial. No decorrer das sessões, houve aumento da intensidade e do número de repetições dos exercícios, assim como da quantidade de tarefas executadas durante a prática deles. A prescrição dos exercícios foi estruturada conforme demonstra o quadro 1.

No segundo atendimento, as participantes tiveram contato com estruturas anatômicas e imagens digitais para a aprendizagem, sob as instruções das pesquisadoras, acerca da anatomia dos principais músculos associados à função sexual – isquiocavernoso e bulboesponjoso – e ossos que compõem o AP – ílio, ísquio, sacro, púbis e cóccix. Ao longo dos atendimentos, foram abordados assuntos referentes a prazer, autotoque, estímulos sexuais e comunicação sobre a sexualidade com o parceiro sexual.

Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (Número do Parecer: 5.300.783; Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 54213421.5.0000.8527).

RESULTADOS

A partir da avaliação subjetiva da participante I, constatou-se que a aplicação do protocolo fisioterapêutico proposto no estudo promoveu aumento da frequência na qual se experienciou orgasmo, melhora da sensação de desconforto durante a penetração nas relações sexuais, aumento da lubrificação vaginal, ampliação da consciência corporal e restabelecimento do estado de relaxamento da MAP. O relato da participante II evidenciou a experiência do orgasmo durante as relações sexuais, anteriormente inexistente, melhora no desempenho sexual e lubrificação durante o ato, e promoção de maior autoconhecimento e de conscientização acerca da sexualidade feminina, da anatomia e da funcionalidade da MAP.

ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)

Como exposto nas figuras, após aplicado o protocolo de intervenção, obteve-se evolução em todas as fases do ciclo da resposta sexual das participantes representadas pelos domínios do método avaliativo. Cada domínio do questionário foi ponderado de maneira individual e, na sequência, somados para gerar a pontuação total. Sabe-se que a possibilidade do escore final da avaliação do IFSF varia de 2 a 36 pontos, em que 26,55 representa o valor de corte. Logo, escores finais menores que 26,55, como os observados na avaliação inicial das participantes, sinalizam a presença de DSF e, ao contrário, valores mais altos que esse, como os testemunhados nos resultados finais, não sugerem disfunção sexual (Figuras 1 e 2).

ESCALA DE OXFORD MODIFICADA

Os exercícios cinesioterapêuticos propostos no estudo demonstraram-se satisfatórios no ganho de força muscular da MAP de ambas as participantes do estudo, conforme expresso na figura 3.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FLEXIBILIDADE VAGINAL

Como demonstra a figura 4, houve aumento da flexibilidade vaginal das participantes após a aplicação do protocolo proposto no presente estudo.

DISCUSSÃO

No decorrer desta pesquisa, já a partir da quarta sessão, as duas participantes relataram vivenciar o orgasmo durante o ato sexual e evoluíram com maior frequência e facilidade, o que demonstrou que 10 sessões são

Quadro 1. Protocolo de exercícios

Exercícios	Descrição
Respiratório	Sobre o colchonete, em sedestação sobre um rolo, a participante é induzida a inspirar e expirar profunda e lentamente o ar, de forma rítmica, pelo tempo médio de 3 minutos.
Percepção da região pélvica	Em sedestação em cadeira fixa, sobre um rolo feito com uma toalha, a participante é induzida a sobrepor a mão sobre a vulva e realizar contrações da MAP, durante a inspiração do ar, seguidas de relaxamento, durante a expiração (2 séries com 6 repetições).
	Em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos, a participante é induzida a manter a MAP contraída pelo tempo médio de 3 segundos e, em seguida, relaxá-la, de forma rítmica e constante (2 séries com 3 repetições).
	Em sedestação sobre <i>minibozu</i> texturizado, a participante é induzida a realizar a anteroversão, retroversão e lateralização dos quadris, bilateralmente (2 séries com 10 repetições).
Mobilidade da região pélvica	Em sedestação em bola suíça, com os membros inferiores fletidos a 90 graus, a participante explorará a amplitude de movimento dos seus quadris durante a rotação da coluna, circundação e movimento do “infinito ou 8”, bilateralmente (1 série com 10 repetições).
	Em sedestação em cadeira fixa, de modo a promover apoio ao hemitórax, a participante é induzida a realizar o movimento de inclinação e declive dos quadris de forma unilateral, em ambos os lados, baseado no método Feldenkrais (2 séries com 8 repetições).
	Na posição de cócoras, a paciente é induzida a realizar o movimento de rotação medial do quadril, de forma alternada, bilateralmente (1 série com 10 repetições).
Força	Em posição ortostática, a paciente é induzida a realizar a contração sustentada máxima da MAP, sendo orientada a não contrair os músculos dos glúteos, abdômen e coxas, e em seguida relaxá-la (2 séries com 8 repetições).
	Em decúbito ventral, com MMII levemente afastados e joelhos fletidos, na posição de quatro apoios, a paciente é induzida a realizar contrações seguidas de relaxamento da MAP, de forma rítmica e constante, com o uso da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer (2 séries com 8 repetições).
	Em decúbito lateral, com um membro inferior sobreposto à maca e o outro em abdução, com os joelhos fletidos e os pés apoiados sobre a superfície, a paciente é induzida a realizar contrações da MAP seguidas de relaxamento, de forma rítmica e constante, com o uso da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer (2 séries com 8 repetições).
	Em sedestação em cadeira fixa, a paciente é induzida a contrair a MAP em três tempos, com foco na contração de intensidade leve, média e forte, e a relaxá-la em seguida (3 séries com 9 repetições).
	Em decúbito dorsal, com MMII levemente afastados e joelhos fletidos, a paciente é induzida a inspirar o ar, em seguida contrair a MAP de forma sustentada e relaxá-la após a expiração total do ar, com o uso da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer (2 séries com 8 repetições).

MAP: musculatura do assoalho pélvico; MMII: membros inferiores.

suficientes para o tratamento. Em um estudo de caso com metodologia semelhante, foram utilizados eletroestimulação, *biofeedback*, terapia manual e exercício para os músculos do assoalho pélvico, com discrepância quanto ao número de sessões, e a participante alcançou o orgasmo durante a relação sexual após vinte sessões.⁽¹⁸⁻²²⁾ Embora também tenha tratado a anorgasmia, tal protocolo demandou maior quantidade de sessões para alcançar os resultados pretendidos pela presente intervenção.

A partir de 89 respostas coletadas por um questionário acerca da sexualidade feminina desenvolvido por pesquisadores de uma conceituada revista, em que o clítoris é abordado como o órgão responsável pelo prazer no corpo feminino, com base no estudo dos tecidos eréteis e no seu suprimento sanguíneo e nervoso, 80% das mulheres consideraram mais usual chegar ao orgasmo

com a estimulação dele.⁽²³⁾ O fato foi relatado pelas participantes que experienciaram o orgasmo por meio de estímulo clitoriano durante suas relações sexuais.

Os resultados desta pesquisa apresentaram-se em consonância com o desfecho de um estudo que demonstrou que a cinesioterapia aplicada à MAP foi benéfica ao aumento da força muscular, da frequência do orgasmo e da vascularização da região pélvica, fatores contribuintes para a lubrificação e excitação feminina.⁽¹⁷⁾ Durante a intervenção, as pacientes relataram aumento da lubrificação e episódios de orgasmo com maior regularidade.

Assim como em um estudo transversal, em que pôde ser observada nas participantes a dificuldade em obter orgasmo, mesmo que elas tenham se considerado sexualmente satisfeitas, o questionário IFSF, composto por 19 questões distribuídas em seis domínios, foi

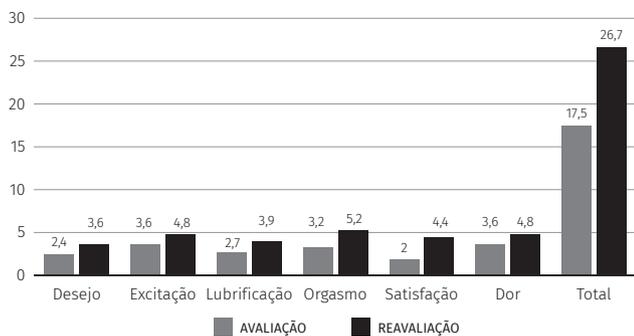


Figura 1. Resultados do questionário do Índice da Função Sexual Feminina da participante I

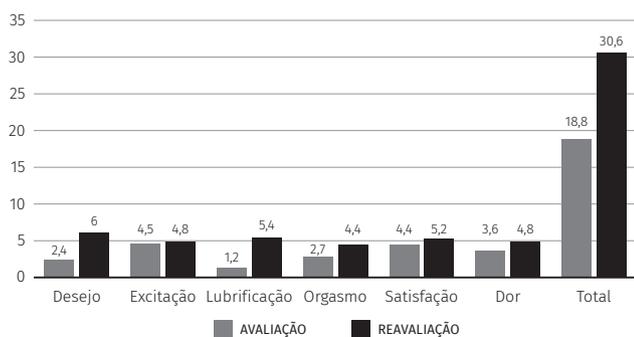


Figura 2. Resultados do questionário do Índice da Função Sexual Feminina da participante II

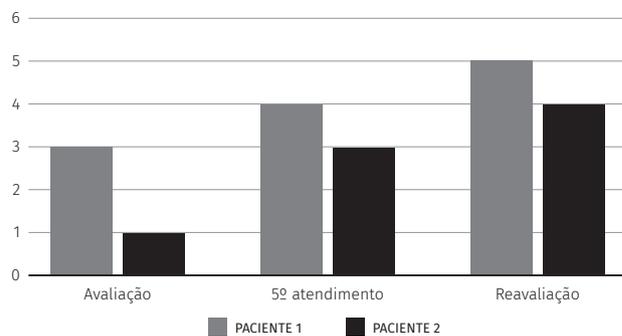


Figura 3. Resultados da escala de Oxford modificada

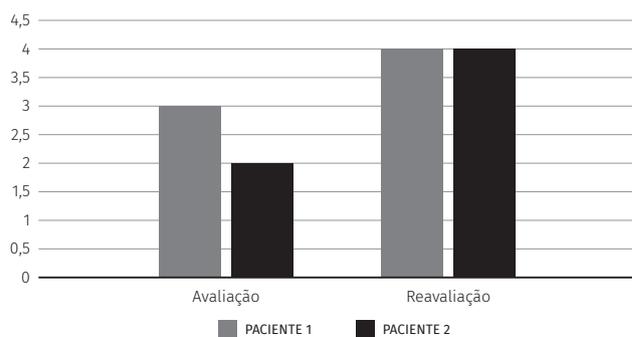


Figura 4. Resultados da escala de avaliação de flexibilidade vaginal

a ferramenta avaliativa aplicada na intervenção com a finalidade de averiguar a condição da função sexual.⁽²¹⁾ O método, na presente pesquisa, identificou evolução em todas as instâncias – desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Reconhece-se que o ganho de força muscular da MAP, por intermédio da cinesioterapia, relaciona-se com melhora da DSF, uma vez que os exercícios de fortalecimento para o AP se mostram eficazes, também, no aumento do fluxo sanguíneo da pelve, o que promove melhora da sensibilidade clitoriana e perineal, da excitação, da lubrificação e do orgasmo, como apresentado no estudo.⁽¹⁵⁾ Além disso, grande parte dos autores destaca a cinesioterapia como um método vantajoso, pela facilidade de aplicação, baixo custo e resultados duradouros a longo prazo.⁽¹⁶⁾

Por meio dos métodos avaliativos empregados, averiguou-se que os efeitos do tratamento fisioterapêutico foram benéficos à condição muscular do AP. A escala de Oxford modificada, adotada como ferramenta avaliativa, foi essencial para a quantificação do ganho de força da MAP. Entendeu-se que, aplicado de forma padronizada, assim como apontou uma revisão sistemática, tal método possui confiabilidade para fornecer dados referentes à funcionalidade do AP.⁽¹⁹⁾

A massagem perineal, também utilizada na intervenção, apresentou resultados como redução da tensão e do desconforto da MAP na atividade sexual e aumento

da lubrificação e da flexibilidade vaginal, a qual foi avaliada por meio da escala de avaliação de flexibilidade vaginal no estudo supracitado. Segundo uma revisão bibliográfica, foram obtidas repercussões quanto à diminuição do quadro álgico e à melhora do tônus muscular e da função sexual, por meio da técnica única de massagem perineal.⁽¹⁴⁾ Podem-se notar a veracidade e ganhos da mesma em ambos os estudos.

Observou-se aumento do desempenho sexual das participantes, devido ao acesso ao conhecimento sobre os seus corpos, por meio da educação sexual na qual receberam orientações associadas à saúde íntima e à sexualidade. Sob aspecto psicológico e emocional, os ganhos físicos tenderam à promoção de autoestima e autoconsciência.⁽¹⁵⁾

De fato, a comunicação e a conscientização sobre o próprio corpo por parte das mulheres ainda são limitadas, o que propicia o acometimento de diversas DSFs. Contudo, achados de uma coleta de dados realizada com 155 acadêmicas de um curso da área da saúde identificaram a prevalência de DSF em 52,9% delas, o que demonstra que, apesar de importante para a manutenção da função sexual feminina, o conhecimento anatômico e fisiológico do corpo humano, de forma isolada, não é o suficiente para evitar a disfunção. Já a educação sexual, associada a recursos manuais e cinesioterapêuticos, conforme o protocolo da presente pesquisa, incrementa o tratamento fisioterapêutico.⁽¹⁸⁾

A pesquisa científica ainda é escassa no que se refere ao prazer feminino e ao orgasmo, em virtude de tabus e mitos associados aos temas em questão. Como parte fundamental da experiência humana, mais que mera função biológica e reprodutiva, a função sexual feminina tem ganhado maior visibilidade à medida que a ciência a explora e a desvincula de crenças e padrões sociais limitantes que afastam a mulher da vivência e dos benefícios do prazer sexual à saúde física e mental, assim como trata a publicação de uma renomada revista.⁽²⁰⁾

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que, por meio de diversos meios e técnicas, o profissional de fisioterapia está apto a avaliar e tratar as DSFs, em especial a anorgasmia associada à fraqueza do AP, com eficácia na melhora da propriocepção, consciência corporal e desempenho muscular da MAP das participantes. Sabe-se que a atuação fisioterapêutica nas DSFs objetiva à promoção de maior qualidade de vida em relação à redução de desconfortos durante e após o ato sexual, ao aumento do estado de relaxamento da MAP e à possibilidade de experimentar o orgasmo, como consequência dos fatores físicos. O protocolo proposto demonstrou efeito satisfatório por meio das técnicas escolhidas para o tratamento de mulheres com disfunção sexual orgásmica e expandiu o embasamento científico dos achados clínicos, visando potencializar os benefícios do tratamento fisioterapêutico aplicado à MAP dessas pacientes. A partir disso, conclui-se que é fundamental que o profissional esteja embasado teórica e cientificamente em sua atuação, com o objetivo de nortear o tratamento de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Ademais, o tratamento das DSFs, essencialmente da orgásmica, exige um olhar integrativo de uma equipe interdisciplinar em saúde, visto que engloba aspectos multifatoriais. Apesar do impacto negativo na função sexual e na qualidade de vida de mulheres anorgásmicas, tal quadro é ainda pouco explorado na rede científica da academia de fisioterapia. Portanto, por meio deste estudo, espera-se estimular mais pesquisas e ensaios controlados em torno do tema, a fim de contribuir positivamente para a saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- Reczkowski RP. Um olhar sobre as disfunções sexuais da mulher: revisão bibliográfica. *Estud Sex.* 2020;2:404-17.
- Camilo SN, Conto CL, Nunes EF, Latorre GF. Alterações sexuais no climatério do ponto de vista cinesiológico-funcional: revisão. *Rev Pesqui Fisioter.* 2019;9(4):532-8. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v9i4.1757
- Zanchetta CM, Zanchetta CM. Tratamento da anorgasmia. *Rev Bras Sex Hum.* 2020;16(1):73-7. doi: 10.35919/rbsh.v16i1.483
- Ferreira Barros TA, de Assunção AL, Kabengele DC. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos de influência. *Cad Grad Ciênc Hum Soc Unit.* 2020;6(1):47-61.
- Silva AC, Mori AS, Silva ML, Cruz MC, Borges NM, Freitas YJ, et al. Female sexual health in women's empowerment times. *Res Soc Dev.* 2021;10(7):e28010716415. doi: 10.33448/rsd-v10i7.16415
- Pavanelo DD, Dreher DZ. Fisioterapia na anorgasmia feminina: uma revisão integrativa [Internet]. Anais do 8º Congresso Internacional em Saúde; 18-21 maio 2021. Ijuí: Universidade Nacional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2021 [cited 2022 Aug 15]. Available from: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19576/18309>
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
- Sousa CB, Souza VS, Figueiredo RC. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. *Rev Multidebates.* 2020;4(2):176-88.
- Andrade BF. Avaliação da consciência de contração dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que praticam o método pilates: um estudo transversal [projeto] [Internet]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019 [cited 2022 Aug 15]. Available from: http://200.133.11.20/bitstream/123456789/324/1/Artigo%20PIBIC%202018%202019_Bruna%20Fonseca%20de%20Andrade.pdf
- Girão DV, Lisboa VF, Sousa SR. A importância da fisioterapia na saúde da mulher: revisão bibliográfica. 9ª Mostra Científica do Curso de Fisioterapia da Unicatólica. Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá; 2021.
- Oliveira NF, Santuzzi CH, Liberato FM, Santos BF, Damm PB, Nascimento LR. Teaching physiotherapy in women's health in public Higher Education Institutions in Brazil. *Res Soc Dev.* 2022;11(12):e409111234590. doi: 10.33448/rsd-v11i12.34590
- Fernandes AP. Exercícios dos músculos do assoalho pélvico e incontinência urinária de esforço [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019 [cited 2022 Jul 17]. Available from: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/8269>
- Nagamine BP, Dantas RS, Silva KC. The importance of strengthening the pelvic floor muscles in women's health. *Res Soc Dev.* 2021;10(2):e56710212894. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12894
- Botelho BC. Impacto de seis semanas de massagem perineal em mulheres com transtorno de dor gênito-pélvica/penetração [tcc] [Internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2022 [cited 2022 Jul 17]. Available from: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/35949/1/ImpactoSeisSemanas.pdf>
- Sousa KR, Barreira SA, Silva KC. The importance of physical therapy in anorgasmia. *Res Soc Dev.* 2022;11(8):e38311831047. doi: 10.33448/rsd-v11i8.31047
- Sartori DV, Oliveira C, Tanaka EZ, Ferreira LR. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais. *Femina.* 2018;46(1):32-7.
- Aquino LH. Intervenções fisioterapêuticas na dispareunia [monografia] [Internet]. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente; 2019 [cited 2022 Jun 12]. Available from: https://repositorio.unifaema.edu.br/bitstream/123456789/2579/1/TCC_LAURA_ORGANIZADO.pdf
- Alves BP. Avaliação da função sexual em mulheres universitárias: conhecer para promover saúde [TCC] [Internet]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2021 [cited 2022 Apr 20]. Available from: https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1695/1/TCC_Bruna.pdf
- Laçanova AA, Sonda FC, Gomes DC, Mallmann S, Vaz MA, Paiva LL, et al. Correlação entre a perineometria e a escala de Oxford modificada em mulheres com e sem incontinência urinária: uma revisão sistemática e metanálise [Internet]. 29 Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia; 2021. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://sogirgs.org.br/gaucho2021/temas-livres/POGINE04.pdf>
- Haisch JD. O orgasmo feminino no universo da sexualidade e seus benefícios à saúde da mulher. *Rev ABRASEX.* 2022;1(1):48-56.
- Silva NT, Damasceno SO. Avaliação da satisfação sexual em universitárias. *Colloquium Vitae.* 2019;11(1):1-6.
- Coelho AS, Latorre GF, Jorge LB. Fisioterapia na disfunção do orgasmo feminino. *Rev AMRIGS.* 2019;63(1):89-93.
- Baptista BC, Ferreira AP. Sujeitos femininos de direito: paradoxos da política de identidade e a dominação sobre as mulheres. *Interritórios.* 2022;8(16):184-225. doi: 10.51359/2525-7668.2022.253130



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

Aqui **ELA** encontra informações seguras sobre saúde,
bem-estar e qualidade de vida.

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

 [@feitoparaelaoficial](https://www.instagram.com/feitoparaelaoficial)

61° CBGO

CONGRESSO BRASILEIRO DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

14 a 17 de novembro de 2023
RioCentro • Rio de Janeiro, RJ



INSCRIÇÕES ABERTAS



www.cbgo2023.com.br

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia