

Feminina[®]

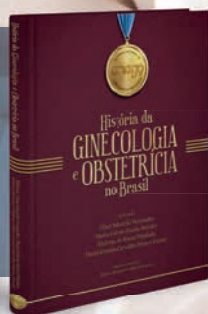
Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 8, 2024

Aleitamento materno – Como podemos colaborar?

RESIDÊNCIA MÉDICA

**A complexidade de
ser um preceptor da
Residência Médica
de Ginecologia
e Obstetrícia**



ANAGO

**Livro “História da
Ginecologia e Obstetrícia
no Brasil” marca o
primeiro ano da Academia**

Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

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

2 IMPORTÂNCIA

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

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

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

4 COMO VAI FUNCIONAR?

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



Confira as publicações em nosso portal!

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

473

EDITORIAL

Aleitamento materno: desafios em foco

474

IN MEMORIAM

Professor Aroldo Fernando Camargos

475

CAPA

Aleitamento materno – Como podemos colaborar?

478

ENTREVISTA

Agosto Dourado: a consciência sobre a importância do aleitamento materno começa no consultório

484

ANAGO

Lançamento do livro “História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil” marca o primeiro ano da Anago

487

FEDERADA

Uma nova Sopigo para os associados

489

RESIDÊNCIA MÉDICA

A complexidade de ser um preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia. Dos atributos às estratégias de treinamento

498

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Como são feitas as leis? As etapas do processo legislativo e a importância para o médico

502

CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

503

Extração fetal difícil na cesariana

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

513

Quando trocar a anticoncepção pela terapia hormonal?

ARTIGO ORIGINAL

518

Perfil epidemiológico de gestantes com sífilis

ARTIGO DE REVISÃO

523

Aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez: indução de assistolia fetal e outras recomendações

RESUMOS

529

Prêmio Guilherme Rezende – Melhores Temas Livres apresentados no Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia 2024

475

487

489

498

DIRETORIA

PRESIDENTE

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Roseli Mieko Yamamoto Nomura (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR FINANCEIRO

Marcelo Luís Steiner (SP)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio (PI)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Maria Auxiliadora Budib (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Olimpio Barbosa de Moraes Filho (PE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flavia Barra do Espirito
Santo Alves Pereira (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Sergio Podgaec (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Alberto Trapani Júnior (SC)

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

Acesse: www.Febrasgo.org.br

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

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



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 Pícolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá
Sebastião Freitas de Medeiros

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

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
Garibaldi Mortoza Junior
Geraldo Duarte
Gustavo Salata Romão
Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior
Ionara Diniz Evangelista
Santos Barcelos
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 Nardozza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano
Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olimpio 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

An abstract, textured artwork in shades of blue, green, and white, featuring a prominent eye-like shape and organic, flowing forms, occupies the left side of the page.

EDITORIAL

Aleitamento materno: desafios em foco

Neste volume, a *Femina* registra a perda de um de seus ex-editores, o professor Aroldo Camargos, inteligente, complexo e ícone da ginecologia brasileira, natural de Minas Gerais. No tema de capa, a *Femina* vai em direção holística ao essencial suporte materno ao recém-nascido: aleitamento. O professor Marcos Felipe, em texto objetivo, destaca o papel da Comissão Nacional Especializada (CNE) da Febrasgo e outras instituições envolvidas no estímulo ao aleitamento no País. Segue texto da professora Silvia Jorge arguindo acerca de como poderíamos colaborar enquanto agentes de saúde, já que a meta da Organização Mundial de Saúde para 2030 é a de que 70% dos recém-nascidos tenham a amamentação como alimentação exclusiva até o sexto mês de vida. Ilustra o desafio mostrando figura com os dados relacionados ao Brasil variando de 39% a 54% de acordo com a região, totalizando 45,8% em todo o país. Fica nua a necessidade premente de nossa atuação com os pediatras. Pela relevância do tema, a jornalista Letícia entrevista cinco professores, incluindo a professora Silvia como presidente da CNE da Febrasgo. Há destaque para a importância do pré-natalista no preparo e motivação da gestante e do benefício para a saúde materna. O texto é perspicaz nas questões, mostrando também o brilhantismo da jornalista Letícia ao focar o assunto.

A história da ginecologia e obstetrícia no Brasil é materializada em livro comemorativo do primeiro ano da Academia Nacional de Ginecologia (Anago). No texto, Letícia ouve dois ex-presidentes da Febrasgo, fundadores da associação. O texto pode ser acessado sem custo pelo Quick Record, com QR code disponível no final do texto. O papel relevante do preceptor na residência médica é exposto em texto do professor Jan Pavel, da Universidade Federal do Paraná. Ele faz referência a seu início em Baltimore (USA), no ano de 1889, e sua introdução no Brasil, em 1945. Relevante mesmo é o papel do jovem médico no aprender e exercitar com médico já experiente. O texto é excelente, bem elaborado e provê tabela sintetizando as estratégias didáticas do ensino-aprendizado e quadro mostrando dicas interessantes para a atuação do educador médico. As professoras Lia Damásio e Maria Celeste Wender, dirigentes da Febrasgo e atuantes na defesa principal, nos introduzem no processo e etapas de como são feitas as leis no legislativo. Seis etapas são detalhadas e resumidas em quadro de fácil compreensão.

O *Position Statement* da Febrasgo inicia o Caderno Científico com artigo impressionante acerca da extração fetal difícil na cesariana. O artigo é da CNE em Urgências Obstétricas e pormenoriza sete pontos-chave abordando causas e consequências e cinco recomendações orientando o obstetra para a minimização dos possíveis traumas. Além do texto, a riqueza do artigo está também nas ilustrações belíssimas. Merece arquivo especial. Segue texto questionando acerca do melhor momento para a troca do contraceptivo para a terapia hormonal no climatério. O artigo dimensiona a necessidade de anticoncepção, harmonizando a taxa de gravidez nessa fase, eficácia e implicações dos diferentes métodos. O texto, de dois especialistas da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), é objetivo e de leitura fluida. Na sequência, artigo original desenha o perfil epidemiológico da sífilis em mais de 300 gestantes de Santa Catarina, com resultados equivalentes aos discutidos em outros artigos da *Femina*. Artigo de revisão de Minas Gerais trata do “aborto induzido” acima de 22 semanas. As diretrizes de algumas associações médicas internacionais são apresentadas. Este editor tinha aprendido que abortamento etimologicamente por definição seria a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal e que, a partir daí, a interrupção seria tecnicamente definida como parto imaturo, prematuro, a termo... A dinâmica do tempo às vezes surpreende!

A leitura deste volume foi útil e agradável. Esperamos que tenha a mesma alegria.

Boa leitura.

Sebastião Freitas de Medeiros
Editor

Professor Aroldo Fernando Camargos

☆ 08/08/1951 / † 26/08/2024

O sorriso que brota dos olhos, a voz inconfundível, o pensamento inquieto e desafiador, o humor sempre afiado, a inteligência acelerada que não descansa. Quem teve a sorte de conhecer Aroldo Camargos e gozar de sua amizade sabe do que estou falando. Quem teve o azar de colidir com ele também. Pessoalmente, tive inúmeras provas da sua lealdade, senso de justiça e absoluta transparência. Com Aroldo, o aperto de mão sempre foi autêntico, o abraço, sempre afetuoso. Se reprovava alguma conduta, dizia-o claramente e sem rodeios. Em alguns casos, isso gerou rupturas; em outros, o mundo deu voltas e tudo terminou em reconciliação.

Mas quem foi afinal esse personagem tão marcante que figura hoje na exclusivíssima galeria dos Professores Eméritos da centenária Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)? Qualquer descrição da minha parte seria enviesada pela amizade, mas eu tive a chance de ouvir uma vasta gama de opiniões representadas na Congregação da Faculdade quando de sua eleição a Professor Emérito. Vibrante, cheio de entusiasmo, sedutor, trabalhador incansável, afetuoso, respeitoso, foram alguns dos adjetivos usados por seus pares de todos os departamentos e funções. O sentimento que predominou na sala foi de gratidão ao homenageado por tudo que ele representa, por ter feito a UFMG pensar longe e grande, por realizar o que parecia impossível.

Aroldo Fernando Camargos nasceu em 1951 na pequena cidade de Esmeraldas, próximo a Belo Horizonte, filho de um tropeiro (depois pequeno empresário) e de uma dona de casa. Cresceu junto a quatro irmãos em um ambiente que favoreceu a educação e lhe permitiu alçar grandes voos. Formou-se em Medicina na UFMG em 1976 e ingressou na residência médica em Ginecologia e Obstetrícia da mesma instituição, onde também cursou o mestrado antes de partir para Londres e obter o doutorado pleno (PhD), em 1987. Sua formação no Reino Unido, berço da Reprodução Assistida, foi extensa e profunda, e o qualificou para liderar essa subespecialidade ainda nascente no Brasil. Partindo de uma verba modesta conquistada em Londres e alguns materiais doados por seu orientador, Aroldo foi à luta e instalou-se em uma pequena sala na enfermaria de ginecologia, que, após sucessivas expansões, culminou em uma ala inteiramente projetada para abrigar o setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas, composto de ambulatorios, salas de ultrassonografia e histeroscopia, centro cirúrgico, laboratório de fertilização *in vitro*, sala de criopreservação, laboratório de sêmen e dois laboratórios de pesquisa inteiramente equipados para biologia celular e molecular. Esse conjunto, inaugurado em junho de 2011, após anos de esforço contínuo do seu idealizador, chama-se



“Laboratório de Reprodução Humana Professor Aroldo F. Camargos”.

O legado do Professor para a vida acadêmica é profundamente marcante. Contribuiu para a formação de mais de 200 médicos-residentes e concluiu a orientação de 20 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado. Quando coordenou o curso de pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da UFMG (1989-1994), promoveu uma reforma curricular e redigiu a primeira proposta de criação do doutorado, que viria a se concretizar em 1996. Como pesquisador, desenvolveu trabalhos originais no estudo de técnicas

para avaliação da cavidade uterina e da patência tubária, orientou estudos inovadores na área da anticoncepção utilizando método não invasivo de esterilização tubária, realizou estudos experimentais para avaliar mecanismos de indução da ovulação e de preservação da fertilidade, e implantou e equipou uma unidade de pesquisa clínica para estudos multicêntricos internacionais que resultou no desenvolvimento de novos contraceptivos hormonais e de uma vacina contra o HPV. Como líder reconhecido por seus pares, Aroldo presidiu a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (1990-1991) e a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (1999-2000), além de participar ativamente de diversas associações profissionais.

Não há como contar esta história sem mencionar a doença que se manifestou em 2003 e mudou brutalmente o curso da vida de Aroldo por todos esses anos que se seguiram. Os detalhes são contados em primeira pessoa no livro de memórias “Cresço na Adversidade com Irreverência” (da editora Coopmed, 2011). Só quero registrar que, após ter complicações da esclerose lateral amiotrófica, que o levaram a uma internação, em 2007, Aroldo passou a trabalhar de casa com perda progressiva de movimentos até lhe restar apenas o comando dos olhos para acionar um programa de computador e compor palavras e frases em ritmo infinitamente mais lento que o do seu pensamento. Nessa condição, publicou dezenas de artigos indexados no PubMed, editou com cuidado minucioso e correções milimétricas duas edições do seu livro “Ginecologia Ambulatorial” e comandou a revista *Femina*, imprimindo-lhe um novo patamar de excelência.

Ao lado da bióloga Maria das Graças, companheira de trabalho e de vida há 56 anos, Aroldo aproveitou cada minuto de sua singular existência para projetar luz e semear princípios. Viverá por muito tempo em todos que influenciou e em tudo que construiu.

Fernando M. Reis

Professor Titular e Pesquisador Sênior. Laboratório de Reprodução Humana Prof. Aroldo F. Camargos. Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas da UFMG

Agosto Dourado

Marcos Felipe Silva de Sá^{1,2}

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

2. Editor-Chefe das revistas *RBGO* e *Femina*.

APRESENTAÇÃO

Neste mês de agosto é comemorada a semana do Aleitamento Materno, promovida pelo Ministério da Saúde (MS). A Febrasgo, por meio da sua Comissão Nacional Especializada (CNE) em Aleitamento Materno, participa ativamente dessa campanha, visando à conscientização de seus associados no sentido de incentivar o aleitamento entre suas gestantes. Trazemos neste fascículo o trabalho **Aleitamento materno – Como podemos colaborar?**, produzido pela professora Silvia Regina Piza F. Jorge, presidente dessa CNE, com os dados detalhados do aleitamento materno no Brasil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em torno de 6 milhões de vidas de crianças são salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida. A amamentação é o único fator que, isoladamente, é capaz de diminuir em até 13% as mortes de crianças menores de 5 anos por causas preveníveis. O Brasil vem evoluindo nas taxas de amamentação ao longo das décadas, mas ainda está abaixo do recomendado. De acordo com o MS, na década de 1970, as crianças brasileiras eram amamentadas, em média, por dois meses e meio. Segundo os dados apresentados pela professora Silvia, mostrados a seguir, em 1986, a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de 6 meses no país era de 4,7% e em 2026 atingiu 37,1%. Atualmente, segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani), a duração média é de 16 meses. A meta estabelecida pela OMS é que, até 2025, pelo menos 50% das crianças de até 6 meses de vida sejam amamentadas exclusivamente. E a expectativa é que esse índice, até 2030, chegue a 70%, níveis que o MS pretende atingir (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-amamentacao-com-foco-na-reducao-de-desigualdades> – acessado em 9 de agosto de 2024).

Embora seja amplamente conhecido que a amamentação é uma etapa importante no processo reprodutivo da mulher e que a sua prática traz benefícios tanto para a mãe como para o filho, a maior parte das informações

disponíveis destaca os benefícios do leite materno para as crianças, mas os efeitos da amamentação na saúde da mãe são geralmente pouco divulgados e esses benefícios são mencionados no artigo da professora Silvia. Nesse sentido, chamamos a atenção especial para o artigo *“Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women’s Health”*, publicado por Del Ciampo e cols. na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO – 2018;40(6):354-59). Os autores fazem ampla revisão da literatura e apontam os benefícios imediatos e de longo prazo da lactação sobre o organismo materno. Em curto prazo, os autores destacam a involução uterina imediata, redução de sangramento pós-parto e amenorreia lactacional, redução de infecções, redução de adiposidade e do peso corporal, redução de depressão pós-parto, redução de estresse e de ansiedade, e melhoria da imagem corporal. Em longo prazo, a literatura revisada pelos autores mostra redução de câncer (mama, ovário, endométrio), endometriose, diabetes, pressão arterial e doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, artrite reumatoide, doença de Alzheimer e esclerose múltipla. Quanto à saúde óssea, segundo os autores, embora o organismo da mulher perca cálcio durante o período de amamentação (com a produção de 800 mL/dia de leite, a mulher pode transferir até 200 mg de cálcio diários para o bebê), existem alguns mecanismos compensatórios durante a gestação que aumentam a absorção intestinal e renal do cálcio e sua mobilização dos ossos, restabelecendo, assim, em parte, a perda da densidade mineral óssea. Durante o período de lactação, há perda de 4%-7% da massa óssea, principalmente na coluna lombar e cabeça femoral, que serão recuperados após o desmame e com o retorno da menstruação, e essa perda é revertida cerca de um ano após o desmame.

O artigo de Del Ciampo e cols. apresenta números de leituras e citações muito interessantes e é um dos artigos mais acessados da RBGO, com 10.153 leituras do texto integral e 132 citações, segundo a SciELO, o que denota o interesse dos leitores sobre esse assunto. Assim, durante as campanhas de incentivo à amamentação, esses dados deveriam ser incluídos como forma de incentivo às mães.

Ainda, em apoio à campanha Agosto Dourado, a *Femina*, neste número, entrevista os professores Silvia Regina Piza Ferreira Jorge, Corintio Mariani Neto, Carla Betina Andreucci Polido, Mayka Volpato dos Santos Vello e Luiz Antônio Del Ciampo.

Aleitamento materno – Como podemos colaborar?

Silvia Regina Piza Ferreira Jorge*

O padrão de aleitamento materno (AM) no Brasil melhorou nas últimas décadas, considerando os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMI) de 1986 e das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e 2006.⁽¹⁾ A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses aumentou de 4,7%, em 1986, para 37,1%, em 2006, e a de aleitamento materno continuado (AMC) no primeiro ano de vida aumentou de 25,5% para 45,4% nesse mesmo período, como exposto na figura 1.⁽¹⁾

A meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2030 é que pelo menos 70% das crianças com menos de 6 meses de vida estejam em regime de AME, o que significa que o Brasil precisa aumentar em cerca de 25 pontos percentuais a prevalência desses indicadores em menos de uma década.⁽¹⁾

Para que os padrões de AM melhorem em nosso país e, eventualmente, alcancem as metas da OMS para 2030, é necessário ampliar os investimentos em ações de **promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno** incluídas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).⁽²⁾

Algumas delas merecem destaque, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e o cumprimento mais rigoroso da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras.⁽²⁾

Deve ser dada atenção especial às legislações para a mulher trabalhadora que amamenta e à **implementação de aconselhamento em aleitamento materno, em especial na atenção primária em saúde**, conforme o proposto pela OMS.⁽³⁾

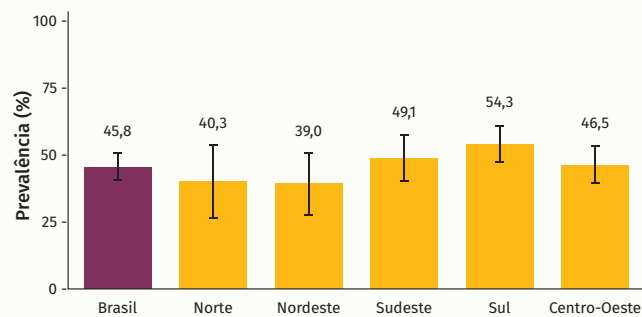
O AM é um direito humano fundamental e afeta diretamente os padrões de saúde e de mortalidade das populações.^(4,5) Consiste na ferramenta mais eficaz, acessível e econômica na prevenção e na intervenção na morbidade e mortalidade infantis.⁽⁶⁾

Por isso, o entendimento de seus benefícios, padrões e determinantes é de vital importância para uma nação.⁽⁶⁾

O ato de amamentar traz benefícios imediatos e tardios à saúde da criança e da mulher.^(7,8) O AM interfere na formação da microbiota intestinal do recém-nascido (RN), favorecendo modulação imunológica adequada, e, assim, previne diarreias, infecções respiratórias, alergias e doenças da infância, e obesidade e doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta, além de aumentar o desenvolvimento intelectual da criança.⁽⁶⁻⁸⁾ Entre as mulheres, o ato de amamentar apresenta benefícios imediatos, por estimular a contratilidade uterina, reduzir o estresse inicial após o parto, ter efeitos hormonais atribuídos à ocitocina e à prolactina, entre outros. E tem benefícios mais tardios, como mais tempo de amenorreia, espaçamento entre as gestações, melhor controle de obesidade e redução de risco para cânceres de mama e ovário.⁽⁶⁻⁸⁾

Se todas as famílias adotassem a prática de AME até os 6 meses de vida dos seus filhos, seguido do AMC e complementado com outros alimentos, seria possível salvar, anualmente, a vida de mais de 800 mil crianças e 20 mil mulheres no mundo.⁽⁶⁻⁸⁾

As equipes de saúde que prestam assistência a gestação, parto e nascimento, especialmente o obstetra, tem papel fundamental na **promoção, proteção e apoio ao AM**. Suas orientações, postura e conduta em relação a medidas que favorecem o AM constituem ferramentas



Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Adaptada de Universidade Federal do Rio de Janeiro (2021).⁽¹⁾

Figura 1. Prevalência do aleitamento materno exclusivo de acordo com as macrorregiões

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

*Membro da Câmara Técnica de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Silvia Regina Piza Ferreira Jorge
E-mail: silviareginapiza@gmail.com

Como citar:

Jorge SR. Aleitamento materno – Como podemos colaborar? *Femina*. 2024;52(8):475-7.

importantes no incentivo e no estabelecimento da amamentação.

No atendimento pré-natal, o esclarecimento de dúvidas relacionadas a questões do AM, como as perspectivas em relação ao AM, experiências anteriores, medos e conceitos incorretos, é fundamental. Esclarecimentos adequados e o reforço de orientações corretas são importantes nessa fase e favorecem o aleitamento.⁽⁹⁾

Na assistência ao trabalho de parto e ao parto, rotinas hospitalares rígidas devem ser abandonadas em favor de medidas que favoreçam o trabalho de parto menos desgastante e o AM.⁽¹⁰⁾ São recomendadas medidas como presença do acompanhante escolhido pela parturiente durante todo processo de internação e no pós-parto, assim como métodos de alívio da dor, evitando-se a sedação excessiva da parturiente, com liberação de dieta adequada e de posição de escolha da parturiente.⁽¹⁰⁾

Atenção especial durante o parto deve ser dada ao contato pele a pele imediato, que deve ser mantido, pelo menos de uma hora após o nascimento, por ser considerada uma das estratégias mais eficazes no ambiente hospitalar para a promoção do AM.^(6,9,10) O contato pele a pele “desperta no RN reflexos precoces para o AM e uma “espécie de comportamentos que resultam em descobrir e agarrar-se ao peito materno”.⁽¹⁰⁾ O comportamento instintivo do RN no contato pele a pele, reforçado pelas concentrações de ocitocina, pode explicar por que ocorre a melhora da amamentação.⁽¹⁰⁾

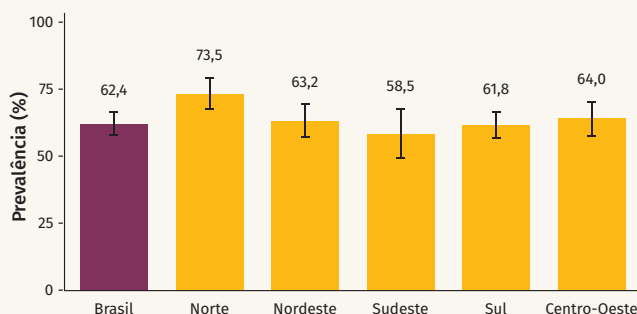
Revisões sistemáticas têm demonstrado que a cesariana é o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida, de modo global, e no Brasil.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ A taxa de AM até a primeira hora de vida no Brasil é de 62,4%, conforme exposto na figura 2.⁽¹⁾

Desse modo, considerando-se as altas taxas de parto cesariano em nosso meio, seja em maternidades privadas (84,0%) ou públicas (57,2%),⁽¹⁵⁾ e diante do cenário exposto, a postura do obstetra, que deve tomar a iniciativa especialmente nos partos cesáreos,⁽¹⁶⁾ e também de toda a equipe (anestesiistas, enfermagem, pediatras)

que participa da assistência ao parto é fundamental para estimular o contato pele a pele, importante estratégia de promoção ao AM no ambiente hospitalar.^(6,9,10)

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos – 4: ENANI 2019. Rio de Janeiro: UFRJ; 2021 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global Breastfeeding Scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Geneva: WHO; 2019.
4. Grummer-Strawn LM, Zehner E, Stahlhofer M, Lutter C, Clark D, Sterken E, et al. New World Health Organization guidance helps protect breastfeeding as a human right. *Matern Child Nutr.* 2017;13(4):e12491. doi: 10.1111/mcn.12491
5. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
6. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Implementation and guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Newborn-friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO; 2018.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para discussão da política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
9. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3
10. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
11. Mallick L, Wang W, Farid S, Pullum T. Initiation of breastfeeding in low- and middle-income countries: a time-to-event analysis. *Glob Health Sci Pract.* 2021;9(2):308-17. doi: 10.9745/GHSP-D-20-00361
12. Esteves TM, Daumas RP, Oliveira MI, Andrade CA, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(4):697-708. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278
13. Medeiros MQ, Lima HM, Augusto LC, Viana Junior AB, Pinheiro AK, Peixoto AB, et al. Comparison of obstetrical interventions in women with vaginal and cesarean section delivered: cross-sectional study in a reference tertiary center in the Northeast of Brazil. *Ceska Gynkol.* 2019;84(3):201-7.
14. Alves RV, Oliveira MI, Domingues RM, Pereira AP, Leal MC. Breastfeeding in the first hour of life in Brazilian private hospitals participating in a quality-of-care improvement project. *Reprod Health.* 2023;20 Suppl 2:10. doi: 10.1186/s12978-022-01538-z
15. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação de Operadoras ano-base 2022. Rio de Janeiro: ANS; 2022.
16. Balatero JS, Spilker AF, McNiesh SG. Barriers to skin-to-skin contact after cesarean birth. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2019;44(3):137-43. doi: 10.1097/NMC.0000000000000521



Intervalo de confiança de 95%.

Nota: Informação se refere ao filho mais novo que tenha sido amamentado alguma vez.

Fonte: Adaptada de Universidade Federal do Rio de Janeiro (2021).⁽¹⁾

Figura 2. Prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida entre crianças até 2 anos de idade

Agosto Dourado: a consciência sobre a importância do aleitamento materno começa no consultório

Orientação profissional deve iniciar
no pré-natal e se estender durante
todo o período de amamentação

Por Letícia Martins





“É importante que o obstetra seja também um mentor sobre o assunto de amamentação, já que é ele quem acompanha essa mulher do começo até o final da gravidez”,

afirma a Dra. Silvia Piza.

Muitas gestantes imaginam que, quando estiverem com o bebê nos braços, será um momento mágico, fácil, lindo, que acontecerá de maneira natural. Mas a amamentação nem sempre ocorre da forma como é apresentada nas novelas, filmes e sonhos.

Diversos desafios podem surgir no caminho das puérperas, como cansaço físico; dor e desconforto nos seios e mamilos; percepção de que o bebê não está conseguindo sugar corretamente o leite e, por isso, está ficando com fome; medo de não ter leite suficiente para amamentar ou de não estar amamentando corretamente etc. Por falta de informação profissional, muitas mães, principalmente as primigestas, buscam socorro em recursos artificiais, como mamadeiras, e em fórmulas infantis.

É por esses e outros motivos que falar sobre os inúmeros benefícios da amamentação é tão importante quanto abordar os possíveis obstáculos que podem surgir durante a lactação. Por ocasião do “Agosto Dourado”, mês de conscientização sobre o aleitamento materno, a *Femina* convidou cinco especialistas para o debate, que, dentre tantos pontos relevantes, destacaram o papel dos ginecologistas e obstetras nessa jornada preparatória para a fase de amamentação e apontaram o momento adequado para conversar com a mulher sobre o tema.

“É fundamental que o profissional que está cuidando da saúde da gestante incentive o aleitamento materno, pois ele fará muita diferença na vida inteira do filho, principalmente em relação à saúde. Acredito que o ato de amamentar é a forma mais econômica, eficaz e sustentável de promoção de saúde da população”, declara a ginecologista e obstetra **Dra. Silvia Regina Piza**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Aleitamento Materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e professora assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

A especialista ressalta que o ato de amamentar previne diversas doenças e oferece a oportunidade de uma boa alimentação, evitando a desnutrição e outras condições adversas à saúde, principalmente em relação às crianças com maior situação de vulnerabilidade, seja ela econômica ou mesmo de saúde. “Bebês prematuros ou que já nasceram com alguma comorbidade, por

exemplo, serão muito beneficiados com o leite materno”, afirma a médica.

De todos os alimentos que, de tempos em tempos, voltam à “moda” e na mídia, o leite materno ganha destaque fundamental por ser essencial para a saúde dos bebês, sobretudo nos seis primeiros meses de vida. “O leite materno vale mais do que ouro nessa fase da vida, porque favorece o desenvolvimento adequado de todas as funções orgânicas no organismo do bebê. Sem dúvida, é a melhor opção do ponto de vista nutricional e imunológico”, afirma a Dra. Silvia.

No entanto, para realmente ter esse efeito digno de classificação ouro, é preciso que o leite materno seja o primeiro alimento oferecido ao bebê. “Quanto menor o intervalo de tempo entre o nascimento e a primeira sucção do recém-nascido, maior será a produção de prolactina e, conseqüentemente, a produção de leite. As evidências científicas mostram melhores resultados na amamentação e menor chance de interrupção do aleitamento materno antes de 6 semanas de vida. O bebê fica mais calmo e a sucção é mais eficiente nas próximas mamadas”, explica o ginecologista e obstetra **Dr. Corintio Mariani Neto**, vice-presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo, diretor técnico do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e professor-doutor do Curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid). Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), há risco menor de hipoglicemia e hipotermia neonatal.

Em termos mundiais, o início precoce da amamentação é a maior contribuição para atingir a meta de sobrevivência infantil para o milênio. “Se todos os bebês fossem amamentados na primeira hora, 22% (em torno de 1 milhão) das mortes neonatais poderiam ser evitadas”, ressalta o médico.

Ele concorda que o leite materno é o alimento mais completo que existe, capaz de contribuir decisivamente para manter a melhor microbiota intestinal da criança e garantir o desenvolvimento adequado de vários sistemas, como o imunológico, o endócrino, o cardiovascular e, em especial, o neurológico. “O primeiro leite, o colostro contém vários anticorpos e representa a primeira imunização do recém-nascido”, expõe o Dr. Corintio.

“A lactante também pode obter inúmeros benefícios físicos com a amamentação, como proteção contra diferentes tipos de câncer e outras doenças, como diabetes, osteoporose, hipertensão arterial e artrite”,

declara o Dr. Luiz Antônio Del Ciampo.

Passamos recentemente por uma pandemia mundial que provou, mais uma vez, a importância da amamentação. A Dra. Silvia acrescenta que a falta do aleitamento materno pode contribuir com complicações do recém-nascido e da criança na primeira infância. “Essas complicações podem aparecer em forma de doenças infecciosas, como as diarreias, gastroenterites, alergias e doenças respiratórias, como o vírus sincicial respiratório, que pode levar até a uma internação em UTI”, conta a presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo.

Segundo ela, a falta da amamentação também pode favorecer o surgimento de doenças que não são vistas em um primeiro momento e se desenvolvem ao longo da vida, como déficit cognitivo e alteração de QI e doenças crônicas da vida adulta.

BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MATERNA

Quando se fala em aleitamento materno, é necessário compreender todos os aspectos relacionados ao ato de amamentar, que vão além dos benefícios para a saúde do recém-nascido e da criança. “A lactante também pode obter inúmeros benefícios físicos com a amamentação, como proteção contra diferentes tipos de câncer (mama, útero e ovários) e outras doenças, como diabetes, osteoporose, hipertensão arterial e artrite. Ainda, em relação à saúde emocional, o aleitamento materno contribui para a redução do estresse, ansiedade e depressão, melhorando a autoestima da mulher”, afirma o médico pediatra **Dr. Luiz Antônio Del Ciampo**, professor associado do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

O pediatra é autor do artigo mais acessado e citado da *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO), editada pela Febrasgo. Com mais de 10 mil acessos e 132 citações, o artigo *Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women’s Health*, publicado em 2018, reúne informações acerca dos benefícios da amamentação para a saúde da mulher, tema que, segundo o médico, muitas vezes não é abordado com a devida importância, seja por desconhecimento ou por direcionar mais o enfoque do aleitamento materno para a saúde da criança.

“A literatura científica ainda divulga pouco e de modo isolado as contribuições da amamentação para a saúde

física e emocional da lactante. Ainda, para os profissionais que atuam mais diretamente no atendimento clínico, o acesso a artigos científicos que apresentam revisões sobre os temas de maior interesse contribui com o processo de atualização, que demanda mais tempo quando se realiza uma busca ativa de informações, como a que ocorre no ambiente acadêmico”, afirma o Dr. Luiz Antônio.

Em adição às inúmeras vantagens nutricionais e fatores de proteção contra doenças que a criança recebe, o aleitamento materno permite o estabelecimento de um forte vínculo entre a mãe e a criança, oferecendo benefícios mútuos. “A realização plena do papel de mãe se completa com o ato de amamentar, quando literalmente é oferecido alimento, proteção, carinho, conforto e segurança em cada mamada”, diz o pediatra.

A obstetra e mastologista **Dra. Mayka Volpato**, presidente do Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Mastologia e membro da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo, também cita outros benefícios diretos da amamentação para a saúde física materna, como a diminuição dos sangramentos pós-parto, o retorno do corpo à situação pré-gravídica e a redução de peso, aspecto de recorrente preocupação entre as gestantes e puérperas. “O aleitamento materno exclusivo requer um gasto calórico entre 500 e 700 calorias tanto para a produção do leite quanto para a amamentação. Por essa razão, a paciente perde peso mais rapidamente quando amamenta. É interessante informar isso à gestante, pois essa perda de peso é natural e benéfica”, explica a médica.

CESARIANA VERSUS PARTO NORMAL

Considerando que o Brasil é o segundo país que mais realiza partos cesarianos no mundo, atrás da República Dominicana, uma pergunta surge: o tipo de parto interfere na incidência ou duração da amamentação? Segundo o Dr. Corintio, não deveria, porém, na prática, observa-se que o parto normal favorece o estabelecimento e a manutenção da amamentação, começando pelo contato pele a pele entre mãe e filho, enquanto a cesariana pode ser um empecilho para esse momento.

“Dados internacionais mostram que esse contato só se realiza em 50% dos nascimentos globalmente.



“A primeira hora de vida é considerada a hora de ouro para o sucesso da amamentação. Só o contato pele a pele entre mãe e filho logo após o nascimento permite o início da amamentação nessa primeira hora”,

declara o Dr. Corintio Mariani Neto.

Em São Paulo, dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram uma taxa geral de 55% de cesáreas, e fica claro que o parto cirúrgico por via abdominal deve ter influência direta no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, principalmente o praticado de modo exclusivo”, analisa o Dr. Corintio. Por isso, ele ressalta que rotinas institucionais bem estabelecidas e uma boa orientação profissional especializada são fundamentais para que, mesmo na cesárea, se obtenham índices de contato pele a pele na primeira hora de vida próximos a 100%.

O vice-presidente da CNE de Aleitamento Materno ainda ressalta: “A primeira hora de vida é considerada a ‘hora de ouro’ para o sucesso da amamentação. Só o contato pele a pele entre mãe e filho logo após o nascimento permite o início da amamentação nessa primeira hora. Essa recomendação vale para todos os partos, sejam normais ou cesáreos, desde que ambos (mãe e bebê) estejam bem. Esse contato pele a pele mantém o calor e permite a colonização do recém-nascido com a microbiota (ou flora) materna, e aproveita o estado de alerta da criança durante a primeira hora para ela aprender a mamar de maneira mais eficiente, aumentando a duração do aleitamento materno”.

De acordo com ele, o correto é existir, em todas as maternidades, um protocolo de atuação nessa hora de ouro. “Toda a equipe deve atuar com os mesmos objetivos: não haver pressa em sedar a mãe, pois ela deve estar bem alerta para esse contato pele a pele; realizar os primeiros cuidados com o recém-nascido, inclusive avaliação do índice de Apgar, sem separá-lo da mãe; e postergar os procedimentos como identificação, limpeza, pesagem e outros”, pondera o especialista.

A Dra. Silvia conta que, na cesariana, a paciente está anestesiada, mas, mesmo assim, ainda é possível proporcionar esse momento. “O alojamento conjunto, que é quando o bebê está com a mãe desde a hora do nascimento até a alta hospitalar, favorece as orientações relacionadas ao aleitamento”, afirma.

Um detalhe importantíssimo é a temperatura do ambiente, principalmente durante os partos cesáreos, já que as salas cirúrgicas costumam ser mantidas em temperaturas baixas, visando ao conforto da equipe que está operando. “Porém, nesse momento, é necessário manter uma temperatura adequada à permanência do

recém-nascido, sem limite de tempo e sem risco de que ocorra hipotermia. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, essa temperatura deve oscilar entre 24 e 26°C, e quem deve tomar essa decisão é o chefe de equipe, ou seja, o obstetra”, frisa o Dr. Corintio.

COMBATE ÀS FAKE NEWS

Um problema atual e cada vez maior é a desinformação. Além de ser uma vilã, ela é a protagonista das *fake news*, principalmente em relação às fórmulas. “Existem muitas notícias falsas sobre esse assunto. Fora do Brasil, existe até o colostro em pó, que a indústria afirma que pode prover tudo o que o recém-nascido precisa para ser mais saudável e inteligente”, conta a presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo, Dra. Silvia.

Além do assunto de fórmulas, sempre tão polêmico, os tabus em torno da amamentação também precisam ser derrubados dentro do consultório, como a ideia de que a mama pode ficar feia se a mulher amamentar o filho. “É nosso dever, como médicos, profissionais da saúde, pesquisadores e professores, divulgar e popularizar a ciência baseada em evidência científica. Precisamos divulgar a verdade científica de forma que a população entenda para combater as *fake news*”, declara a presidente da CNE. “Nosso papel também é promover acesso adequado às informações. Nosso conhecimento não tem que ficar restrito à academia, temos que ter estratégias de promoção desse conhecimento para as pessoas.”

A propaganda maciça da indústria da fórmula artificial não perde tempo em propagandar que o leite artificial é tão bom quanto o leite materno. Mas, na realidade, “nenhuma fórmula é capaz de substituir o leite materno, porque, além dos anticorpos presentes, esse leite é uma substância viva, é vida, e nenhum leite em pó vai oferecer isso”, afirma o Dr. Corintio. “O grande problema é que, ao mesmo tempo em que uma mãe está com dificuldade de amamentar, ela está sendo bombardeada de informações de que existe um leite artificial que ela pode dar na mamadeira e que é a mesma coisa que o leite dela. Então, não fica muito difícil optar pela fórmula se não tiver esse empenho do profissional, apoiando, informando e orientando o que deve ser feito diante das dificuldades”, acrescenta o médico.



“Os ginecologistas são responsáveis pelo sucesso ou insucesso do aleitamento, porque é desse profissional que vem a obrigação de realizar uma consulta específica sobre o aleitamento. Caso não o faça, deve encaminhar a grávida para a consulta com outro profissional habilitado e que trabalhe com amamentação. Dessa forma, promoveremos a amamentação de fato”,

diz a Dra. Mayka Volpato.

CONTRAINDICAÇÕES E SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DA AMAMENTAÇÃO

Embora não seja comum, existe um pequeno grupo de mulheres para o qual não se recomenda a amamentação, como portadoras do vírus HIV, mulheres com histórico de consumo de álcool sem controle durante a gestação e usuárias de substâncias ilícitas.

Mulheres que fazem uso de alguns medicamentos, especialmente nos tratamentos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, anticorpos monoclonais e imunoterapia) também não podem amamentar.

Muitas dúvidas sobre poder amamentar ou não também permeiam as conversas das pacientes que fizeram algum tipo de cirurgia mamária, e a verdade é que qualquer uma delas pode impactar na lactação e, portanto, a conclusão depende da extensão do procedimento. “Isso acontece com a cirurgia para colocação de prótese, que faz uma distensão da mama. A mama ‘entende’ que já existe uma distensão, então automaticamente ela tem uma tendência a uma menor produção de leite”, explica a Dra. Mayka. Pacientes que tiveram uma parte do tecido mamário removido com mamoplastia redutora são outro exemplo. Essa mãe pode ter problemas de diminuição na produção láctea, obstrução ductal, por uma dificuldade de escoamento do leite por uma fibrose ocasionada pela cicatriz da própria cirurgia. “No pior cenário, a lactante pode ter risco maior de mastite pela estase do leite”, expõe a médica.

No caso da paciente oncológica submetida a quadrantectomia com radioterapia, a Dra. Mayka relata que, às vezes, o mamilo fica mais rígido. “Quando o bebê vai mamar, ele tem dificuldade maior de realizar sucção efetiva além da produção de leite reduzida ou ausente. Essa inelasticidade do mamilo deixa a pega mais difícil para ele”. Já as pacientes submetidas a mastectomia podem amamentar com uma única mama e, muitas vezes, o leite de uma mama só já é suficiente. “É a mesma situação da mãe que tem gêmeos”, exemplifica.

É importante lembrar que cada caso é um caso, e o que se aplica a uma mulher não se aplica à outra, como em situações de cirurgia estética, por exemplo. “Às vezes, a nova mãe, que planejou aquela gestação e o momento da amamentação, mas que fez um procedimento estético, reclama que perdeu a sensibilidade e que, se

soubesse disso antes, não teria feito o procedimento. Essa questão ainda precisa ser muito trabalhada nas consultas de pré-natal, sobre o que esperar naquele cenário. É fundamental ter a consciência de que qualquer cirurgia estética ou não pode impactar a amamentação. E precisamos dar orientação inclusive para mulheres que ainda não têm filhos e que querem fazer uma mudança estética”, indica a Dra. Mayka, para que não haja arrependimentos e sensação de culpa por não conseguir amamentar por falta de informação prévia.

Outro fator que dificulta a amamentação é o tipo de mamilo. “A paciente que tem o mamilo plano precisa saber que vai ter mais dificuldade do que aquela mulher que tem o mamilo normal, por exemplo”. Mas, nesses casos, também existem dicas e técnicas que podem ajudar, como colocar o bebê sentado, colocá-lo na posição invertida, mas tudo isso a mulher só vai saber tendo a orientação correta no consultório. “É fundamental que o médico converse com a mulher no pré-natal e explique que a amamentação pode ser difícil algumas vezes, mas os benefícios são muito valiosos e temos técnicas para auxiliar, promovendo o melhor para cada caso”, salienta a Dra. Mayka.

“Os ginecologistas são responsáveis pelo sucesso ou insucesso do aleitamento, porque é desse profissional que vem a obrigação de realizar uma consulta específica sobre o aleitamento. Caso não o faça, deve encaminhar a grávida para a consulta com outro profissional habilitado e que trabalhe com amamentação. Dessa forma, promoveremos a amamentação de fato, afirma a Dra. Mayka. Ela explica que essas consultas servem para todos os tipos de dúvidas, incluindo sobre o manejo das intercorrências que irão ocorrer, como, por exemplo, o ingurgitamento fisiológico, conhecido como apojadura ou descida do leite, presença de fissuras, entre outras. Dessa forma, as mães se sentirão mais seguras em resolver várias questões.

A questão do enxoval da amamentação também deverá ser abordada. Explicar sobre os itens que atrapalham a amamentação é fundamental, como o uso de chupetas, mamadeiras, conchas, intermediário de silicone, entre outros. E deve-se orientar sobre estratégias para proteger o estabelecimento da amamentação como o uso de colher dosadora ou copinho, caso necessário.



“A principal recomendação é de que a mulher obtenha conhecimento dos benefícios da amamentação e entenda que haverá um período durante a internação do parto no qual ela provavelmente vai lidar com algumas dificuldades, mas que os benefícios também virão”,

pontua a Dra. Carla Polido.

TRABALHO DO OBSTETRA

Segundo o Dr. Corintio, as orientações sobre a lactação para conscientizar a gestante sobre a importância da amamentação materna logo após o nascimento precisam ser dadas desde o pré-natal. “Também é preciso explicar para essa nova mãe as vantagens, a importância do início precoce do aleitamento, como produzir e manter a produção de leite, os riscos da alimentação com fórmulas comerciais, a importância do alojamento conjunto, da livre demanda e do aleitamento materno exclusivo, entre outras. É fundamental o obstetra despertar a confiança da gestante de que será capaz de amamentar e a segurança de que terá todo o apoio que precisar diante de eventuais dificuldades que possam ocorrer.”

“Essa mãe precisa da informação correta, e quem deve dar isso a ela no pré-natal é o obstetra. Ela precisa ter confiança nela mesma, saber que é capaz de amamentar. Essa mulher precisa ser acolhida pelo obstetra, que deve informá-la de que ele está à disposição para ajudá-la a superar qualquer dificuldade. Muitas mulheres interrompem a amamentação exatamente por causa disso, porque não têm orientação devida de técnica e posicionamento, mas pensam que vai ser tudo fácil. E aí, quando surge alguma dificuldade, uma dor, uma fissura, porque não foi aconselhada anteriormente, ela acaba abandonando a amamentação. Acontecer isso é gravíssimo! Compete a nós, obstetras, tomarmos a iniciativa para informar a gestante de como vai ser a amamentação e de que essa mãe é capaz de amamentar, e convencê-la de que o melhor para a criança é o leite da mãe”, enfatiza o Dr. Corintio.

Para a **Dra. Carla Andreucci Polido**, médica obstetra, professora na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e membra da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo, reeducar os profissionais obstetras sobre esse auxílio correto da gestante é o maior desafio do momento. “É preciso ter protocolos específicos para a amamentação. Mesmo sendo algo prioritário, muitas vezes não se dá a atenção necessária”. Ela pondera que o problema é muito maior em casos de primeira gravidez, quando todo o assunto ainda é muito novo para a mulher.

“O que a gestante de primeira viagem sabe sobre amamentação é resultado do que ela observou de

experiências de irmãs, de amigas e, às vezes, da própria mãe. Dessa forma, ela traz algumas angústias e várias dúvidas sobre esse tema. Durante muito tempo havia muitas condutas não baseadas em evidência de preparo de mama. Hoje, temos estudos científicos mostrando quais são as melhores práticas”, analisa a Dra. Carla. E completa: “Por isso, a principal recomendação é de que a mulher obtenha conhecimento dos benefícios da amamentação e que entenda que haverá um período durante a internação do parto no qual ela provavelmente vai lidar com algumas dificuldades, mas que os benefícios também virão, incluindo aquele momento gostoso entre mãe e filho que acontece na amamentação”.

Na opinião da professora da UFSCar, o papel do obstetra no pré-natal é buscar os conhecimentos prévios e esclarecer o máximo possível as dúvidas que eventualmente possam surgir. “Temos que resgatar também a mulher que já teve uma experiência malsucedida ou traumática com a amamentação, em que ela acabou substituindo o leite materno por fórmula. Não existe um preparo específico para a amamentação, o que é necessário é mais orientação, com foco na educação e saúde. E nesse momento, nós, profissionais, precisamos estar no mesmo nível de conversa que a gestante. Não podemos usar termos muito técnicos e precisamos fazer uma varredura do conhecimento que ela tem para poder realmente sanar as dúvidas”, orienta.

O pediatra Dr. Luiz Antônio corrobora: “Acredito que todos os profissionais tenham papel relevante na promoção do aleitamento materno, principalmente obstetras e ginecologistas, que são os que primeiro entram em contato com a futura mãe/lactante e podem iniciar as devidas orientações ainda durante a gestação”.

A Dra. Silvia finaliza: “O ginecologista obstetra é o médico da mulher. Logo, não faz sentido atuarmos na preparação de um casal para engravidar, cuidarmos da mulher e do bebê ao longo da gestação, mas não dar o apoio necessário para a amamentação. É importante que o obstetra seja também um mentor sobre o assunto de amamentação, já que é ele quem acompanha essa mulher do começo até o final da gravidez. Esse assunto é importante e deve ir além do Agosto Dourado e da primeira consulta do pré-natal. Afinal, também é nosso papel questionar, orientar e explicar sempre.”



A ANAGO será uma fonte sólida e confiável da memória da Ginecologia e Obstetrícia do Brasil

Jamais poderia imaginar, nem nos meus melhores sonhos, que um dia o meu nome seria escolhido para ocupar a cadeira de primeiro presidente de uma entidade como a Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago). Considero essa escolha uma generosidade dos meus pares e, ao mesmo tempo, quase uma benesse que me foi dada. É algo que me honra muito e, certamente, será lembrado pelas próximas gerações.

Mas, se por um lado, me orgulho dessa cadeira, por outro, estar nela é desafiador. Afinal, cabe à Anago ser a principal vigilante da história da Ginecologia e Obstetrícia, registrando, com o auxílio de diferentes ferramentas de comunicação, todos os movimentos da nossa especialidade, sejam eles do passado ou do presente.

Dessa forma, para darmos início aos nossos trabalhos, nossa primeira providência foi preparar esta obra, que agora se encontra em suas mãos. O intuito foi fazer um recorte de tudo o que aconteceu de mais importante antes da fundação da Academia, resgatando, por meio de pesquisa em livros, jornais, revistas e entrevistas, fatos e personalidades ímpares que fizeram a diferença na área em que atuamos. Uma história viva, dinâmica e pujante, que nos últimos anos, por conta dos avanços tecnológicos, desfrutou de um grande progresso.

A Anago também visa olhar para o futuro e, por isso, está muito atenta às políticas de saúde. Atualmente, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) já cumpre esse papel. Mas, essa tarefa pode ser dividida, porque as academias trazem consigo também a iniciativa de oferecer posições e

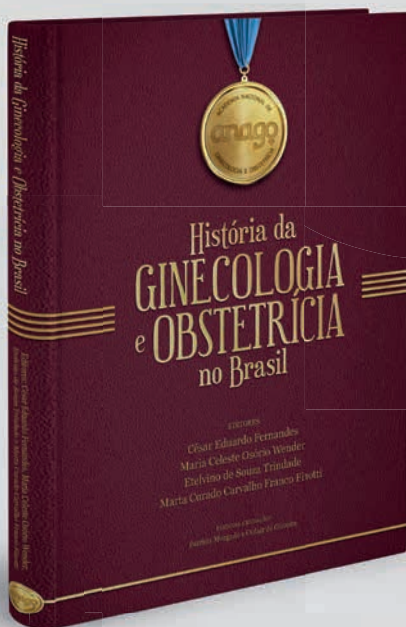
análises críticas em diferentes instâncias (Federal, Estadual e Municipal), em favor da melhor assistência às mulheres em suas diferentes fases. Os integrantes da Academia estarão sempre vigilantes e, quando for pertinente, vamos emitir os posicionamentos que se fizerem necessários. Periodicamente nos reuniremos para tratar de temas relevantes e sempre traremos convidados *experts* nos assuntos escolhidos. E todo esse conteúdo, sempre que possível, será documentado. Vale lembrar que nossas ações serão feitas com autonomia, pois a Academia tem vida própria.

Além do portal (anago.org.br), as temáticas da Anago serão divulgadas por meio de uma revista, cuja edição deverá ser semestral. Ali elegeremos temas específicos para discorrer sobre eles. Também temos o sonho de fazer o Museu Nacional da Ginecologia e Obstetrícia, pois muitos instrumentos que foram importantes para a prática da nossa especialidade no passado hoje estão espalhados em diferentes pontos do País. Vários, inclusive, abandonados, sem a devida valorização que merecem. Além desses inúmeros itens, existem documentos, livros e entrevistas históricas, que considero essenciais estarem dentro de um espaço como um museu. É um sonho, repito, que deixaremos para mais adiante, quando traçarmos um plano de ação para escolhermos um local adequado e a melhor forma para resgatar materiais e doações de todo o Brasil.

Como primeiro presidente da Anago, desejo que a Academia seja motivo de orgulho para todo ginecologista e obstetra brasileiro. E também motivo de satisfação para a memória do Brasil, porque a prática da nossa especialidade se confunde um pouco com a história do nosso País. Que a nossa Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia seja fonte de pesquisa tanto para aqueles que tiverem interesse em conhecer mais o passado e buscam fontes idôneas, quanto para os que estão atrás de perspectivas e tendências para o futuro. Tenha certeza: esta jovial casa será uma fonte sólida e confiável da memória da nossa especialidade. Em nome de todos os integrantes da Anago, digo que estaremos vigilantes e à sua espera para escrever as próximas linhas dessa história.

César Eduardo Fernandes
Presidente da Anago





Lançamento do livro “História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil” marca o primeiro ano da Anago

Obra está disponível gratuitamente no site da Academia para leitura de todos os interessados

Por Letícia Martins

No mês de julho, a Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago) presenteou seus membros e médicos com o lançamento do livro “História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil”. A obra, que conta com 344 páginas, registra fatos, personalidades e curiosidades de uma das especialidades mais antigas praticadas no país.

O livro foi lançado em comemoração ao primeiro ano de fundação da Anago, celebrado em 23 de junho. “Essa obra é preciosa, porque registra a história da nossa especialidade praticamente junto com o lançamento da nossa Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia”, destaca o Dr. César Eduardo Fernandes, primeiro presidente da Anago e acadêmico titular da cadeira nº 17. Ele salienta, que, embora a Anago seja muito jovem, praticamente uma recém-nascida, ela traz consigo a responsabilidade de ser a guardiã da história da tocoginecologia nacional.

A pesquisa para o livro foi conduzida por historiadores competentes, que vasculharam diversas fontes de informação para juntar o material. Para dar vida ao livro, o Dr. César também contou com a colaboração de outros três editores: a Dra. Maria Celeste Osório Wender, presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e titular da cadeira nº 3 da Anago, o Dr. Etelvino de Souza Trindade, vice-presidente da Anago e titular da cadeira nº 16, e a Dra. Marta Curado Carvalho Finotti, secretária da Anago e titular da cadeira nº 30.

“O livro é uma fonte de inspiração, um relicário da história para que os ginecologistas e obstetras se sintam muito orgulhosos de ter uma especialidade feita com tanta importância na assistência médica das mulheres”,

destacou o Dr. César Eduardo Fernandes.

FONTE DE INSPIRAÇÃO E DE PESQUISA

O livro não tem como finalidade ser um material de atualização para a prática clínica, mas, como destacou o Dr. César, servirá como “uma fonte de inspiração, um relicário da história para que os ginecologistas e obstetras se sintam muito orgulhosos de ter uma especialidade feita com tanta importância na assistência médica das mulheres ao longo de tanto tempo”.

O Dr. Etelvino ressalta a relevância de conhecer a história da especialidade. “O exercício da medicina não se limita apenas à aquisição de conhecimentos e habilidades. Há necessidade de entender como chegamos, onde estamos e como isso foi possível. Goethe disse que ‘aquele que não conhece a história da sua arte, nem sua própria arte conhece’. Portanto, o livro atende a esse requisito”.

Ele ainda observa que a publicação não representa o fim, visto que ainda há muito a ser registrado e a própria história da ginecologia e obstetrícia continua sendo escrita, e avalia que o trabalho de pesquisa, compilação dos fatos, produção de texto, seleção das imagens e demais etapas impressionou. “O livro é uma verdadeira condensação seletiva dos temas escolhidos, sendo um verdadeiro elo em uma corrente em contínuo crescimento. Considero dignos de apreço todos os que se debruçaram na pesquisa do conteúdo e seleção dos temas. O conteúdo realmente ficou muito bom”, comemorou o Dr. Etelvino.

Já a Dra. Marta enfatiza a importância de preservar o legado dos profissionais que vieram antes e contribuíram para a saúde da mulher brasileira. “O livro será uma fonte de pesquisa tanto para os profissionais que buscam conhecer mais o passado quanto para aqueles que querem saber das perspectivas futuras e tendência na especialidade”, afirmou a titular da cadeira nº 30 da Anago.

DA CAPA AOS CAPÍTULOS

A jornada pela vasta história da ginecologia e obstetrícia começa com a criação das escolas de Medicina com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, comandada por Dom João VI, quando se fundou a primeira escola de medicina da Bahia e, logo a seguir, a escola de Medicina do Rio de Janeiro. Naquela época, os partos não eram conduzidos propriamente pelos médicos, então, nas páginas do livro também é possível saber como foi a transição dos partos feitos pelas parteiras até aos partos feitos pelos médicos. Uma verdadeira sociedade em transformação. “O curso de partos teve o seu início nas escolas de medicina, a partir de 1830, ainda que nas enfermarias de partos houvesse uma baixa adesão das pacientes que ainda preferiam ter os seus filhos de forma tradicional”, explica o presidente da Anago.

Posteriormente, com o surgimento das maternidades, os médicos assumiram essa responsabilidade, e o parto domiciliar foi, aos poucos, sendo transferido para o ambiente hospitalar, mais seguro e controlado, até o crescimento das cesarianas, da contracepção hormonal e da reprodução assistida. Mas o legado dessas parteiras pioneiras sempre será lembrado e valorizado, seja pela memória, seja pelas páginas dessa publicação.

Folheando as páginas, ainda é possível encontrar o relato da criação da especialidade de tocoginecologia, a introdução de novas tecnologias (como a colposcopia), a história do fórceps e das cesarianas heroicas, a importância do associativismo na especialidade, entre outros aspectos.

Em cada página do livro, é possível conhecer não só a história da especialidade, mas também a de homens e mulheres que contribuíram com o seu conhecimento e com seu trabalho árduo para a consolidação e o crescimento do que é hoje a ginecologia e a obstetrícia.

Para tal feito, foram realizadas entrevistas com especialistas de diversas áreas do setor, que enriquecem o trabalho como um todo e, ao mesmo tempo, oferecem ao leitor os detalhes e a contemporaneidade que os jornais de época não são capazes de transmitir. “A nossa especialidade se mantém em constante estado de evolução, e

“Considero dignos de apreço todos os que se debruçaram na pesquisa do conteúdo e na seleção dos temas. O conteúdo realmente ficou muito bom.”,

comemorou o Dr. Etelvino de Souza.

hoje, com os avanços tecnológicos e o advento da inteligência artificial, os desafios são outros, mas exigem de nós o mesmo empenho, resiliência e sabedoria dos que nos antecederam, para podermos oferecer um serviço de qualidade às nossas pacientes e a todas as mulheres brasileiras”, opina a Dra. Marta Finotti.

PASSADO, PRESENTE E FUTURO

No livro, há um capítulo dedicado à atuação das mulheres na medicina, em especial na ginecologia e obstetrícia, uma forma de reconhecer o legado delas na evolução dos cuidados com a saúde da mulher consoante ao contexto atual. De acordo com o levantamento Demografia Médica no Brasil 2023, feito pela Associação Médica Brasileira (AMB) e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), as mulheres já são maioria na especialidade e, em 2022, somavam 20.137 profissionais (60,9%). “Uma porcentagem que reflete não só a quantidade, mas o esforço de cada uma em se consolidar em um espaço que deve ser plural e ambivalente. Contudo, o caminho percorrido para alcançarmos esses números foi árduo e repleto de desafios. É importante conhecer a trajetória daquelas que, com coragem e resiliência, enfrentaram as dificuldades impostas em suas respectivas épocas para firmar seus nomes na história”, diz a Dra. Marta Finotti.

Assim, a obra recém-lançada pela Anago mostra os caminhos percorridos até os dias atuais, aponta os principais desafios do futuro e finaliza com uma apresentação dos 30 patronos e acadêmicos titulares que compõem a primeira geração da Anago. “Elencar um ou outro assunto contido no livro é fragmentar a grandeza da obra. O livro, como um todo, deve ser destacado. E o fundamento maior que o justifica e o embasa como grandeza é o fato de trazer em uma única publicação os pontos mais importantes e mais valorizáveis da construção da especialidade de ginecologia e obstetrícia no Brasil”, conclui o Dr. Etelvino de Souza.



COMO ACESSAR O LIVRO

Devido aos elevados custos, a edição impressa do livro teve uma tiragem restrita de 500 exemplares. Por isso, a Anago disponibilizou gratuitamente no site a versão digital para ser acessada por todos os interessados, médicos especialistas ou não em ginecologia e obstetrícia.



Acesse o site da Anago e leia o livro na íntegra.

Uma nova Sopigo para os associados

No Piauí, a Federada oferece ambiente acolhedor, incentivando a participação ativa dos ginecologistas e obstetras para aprimorar a atuação da especialidade

Por Letícia Martins

Formada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), onde também fez a residência de Ginecologia e Obstetrícia, a **Dra. Karynnae Bandeira Santos** sempre desejou ser médica e professora. Dentre seus mestres e exemplos, destacaram-se os pais, Washington e Lourdinha, e o professor Arimatêa Santos, que se tornou seu sogro. Natural de Teresina, ela cruzou as fronteiras para estudar e trabalhar no Hospital Pérola Byington, em São Paulo, e na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde concluiu a formação em Oncologia Pélvica, Mastologia e Imaginologia Mamária.

Anos mais tarde, fez pós-graduação em Ginecologia Endócrina

e mestrado em Saúde da Mulher; lecionou em São Paulo e no Piauí, e hoje atua como ginecologista e mastologista, com foco em climatério e menopausa. A mais recente experiência, resultado de uma trajetória natural, está sendo presidir a Associação Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia (Sopigo), cargo que assumiu este ano e deve ocupar até 2026.

Na entrevista a seguir, a Dra. Karynnae fala sobre o planejamento das ações, as melhorias e eventos realizados nos seis primeiros meses de gestão e as estratégias para atrair e motivar os associados.

Femina: Quando começou a atuar no movimento associativo?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: O caminho que percorri no associativismo foi intuitivo e orgânico na minha vida. Desde minha graduação, já presenciava as ações da Sopigo, pois o Dr. Arimatêa Santos foi o fundador da nossa Associação e de vários outros órgãos e instituições ligados à Medicina e à Ginecologia e Obstetrícia no estado. Sendo aluna e nora, na nossa convivência em uma família de ginecologistas, não

existia vida pessoal e profissional, apenas vida, agregadora e complementar! Dessa forma, assim que concluí minha residência, foi algo natural ser associada a Sopigo. Fazer parte desse grupo de pessoas inspiradoras que me antecederam moldou minha trajetória. Acredito que esse é um grande ponto, porque “é junto dos bão que a gente fica mió”, não é mesmo?

Femina: O que a motivou a se tornar presidente da Sopigo?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: A medicina é a verdade das certezas transitórias, tudo muda, o mundo e nossas pacientes também, e, para ser médica e me manter habilitada e atuante nesse objetivo, senti a necessidade de desenvolver outras competências técnicas em gestão e *marketing* em saúde, além de sempre frequentar cursos e atualizações na minha área. A linha do tempo e dos resultados dessas ações agregadas me ajudou a, recentemente, ser indicada e encorajada a concorrer ao cargo de presidente da minha Federada, e cá estou honrada e motivada a seguir o triênio 2024-2026.



Dra. Karynnae Bandeira Santos

Femina: No site da Sopigo está estampada a seguinte frase: “Cuidar das meninas hoje é garantir um amanhã de mulheres confiantes e empoderadas!” De que forma essa frase está alinhada com a missão da Sopigo?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: Na Sopigo, intencionamos um modelo de cuidado pautado na humanização da assistência que tem como base as políticas públicas de saúde, na perspectiva da integralidade, utilização de tecnologias e valorização de crenças e modos de vida da nova mulher.

E, portanto, o modelo implica o desenvolvimento de ações para o cuidado integral a ela, desde a infância. Acreditamos que o amadurecimento pleno da mulher passa por uma boa condução do gineco-obstetra ao longo da vida e que é necessário mudar urgentemente o paradigma existente hoje no contexto da saúde da mulher, dando ênfase a cada fase de transformações significativas durante a vida, e a mulher está em constante mudança e, nesse momento, as preocupações com a saúde e o bem-estar ganham uma nova dimensão.

Femina: Quais são as principais ações a serem desenvolvidas durante a sua gestão na Sopigo?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: Nossa diretoria é um grupo de médicos preocupados com a saúde da mulher piauiense e ela está diferente. Seguimos, então, na linha progressiva de nos aperfeiçoarmos e nos adequarmos à nossa nova paciente! Entretanto, ainda que a Sopigo tenha esses objetivos na linha de pensamento, o novo plano para este triênio inclui a busca do crescimento da nossa associação primeiro em direção a investimentos e melhorias de processos internos.

Somos uma federada ainda tímida em relação ao número de associados, pois, dos mais de 450 médicos que atuam na especialidade no Piauí, apenas 180 estão associados, o que, por consequência, gera a

natureza restrita da nossa renda primária e do nosso alcance e influência. Assim, a administração atual prioriza a questão estrutural, organizacional e financeira para tornar sustentável e viável nossas ações científicas empreendedoras. Nossa visão busca parcerias de forma planejada e sistemática, e já atingimos resultados positivos em reserva financeira precocemente.

Femina: Há muito trabalho pela frente então. Como atrair mais associados?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: Sim, a meta é desafiadora, mas relevante e possível em continuidade com o projeto de palestras presenciais e/ou em formato *live*, oportunizando a informação e a troca de experiências em qualquer local do nosso estado, cursos teóricos e práticos nos temas atuais e emergentes, com programação já em andamento do Curso de Mastologia para o ginecologista e *workshop* em inserção de DIU.

Estamos trabalhando no fortalecimento das nossas regionais Norte e Sul, recentemente implantadas, facilitando a comunicação entre os médicos do nosso estado, tão verticalizado geograficamente, além da nossa jornada anual no primeiro semestre e, ainda, o Censo Sopigo, ferramenta que será útil para entender melhor o perfil dos nossos profissionais e conseguir desenhar novas estratégias de interesse.

Femina: Em junho, a Sopigo realizou a 30ª Jornada Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia. Como foi a participação dos associados e sua avaliação do evento?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: O evento deste ano reuniu mais de 300 profissionais e estudantes de Medicina e contou com 26 palestrantes, sendo 19 de outros estados, todos *experts* nos assuntos designados e destaques-índices nas suas respectivas áreas. Tivemos três dias intensos de muito aprendizado e discussões para o avanço na assistência à saúde da mulher piauiense.

O roteiro de atividades contemplou cursos pré-jornada, mesas-redondas, conferências, palestras e apresentações orais dos melhores temas livres. As palestras foram distribuídas em dois auditórios, um para cada especialidade de interesse, no Centro de Convenções de Teresina, um local privilegiado onde acontecem os principais eventos do nosso estado. Também tivemos uma programação social e cultural, que envolveu todos.

Dessa forma, a 30ª Jornada Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia terminou com avanços no setor e lançando expectativas para a edição de 2025.

Femina: Como os associados podem se informar e se engajar nas atividades da Sopigo?

Dra. Karynnae Bandeira Santos: É preciso enfatizar a importância do sentimento de pertencimento que todos os ginecologistas e obstetras deveriam ter com sua sociedade médica de especialidade. Somos melhores do que a soma de nós todos, e a associação em grupo ajuda a engrandecer e melhorar nossa atuação e a saúde de quem assistimos.

Nesses seis primeiros meses, promovemos melhorias na Sopigo para facilitar a interação e a informação dos ginecologistas e obstetras associados, com canais de contato reestruturados, incluindo *site*, Instagram e WhatsApp. Temos o *site* Sopigo.com.br, o Instagram @Sopigopi e o número telefônico (86) 98842- 0139 para contato por WhatsApp, incluindo o grupo de relacionamento dessa rede social, reservado apenas para debate de ideias e troca de informações úteis para a nossa prática diária e a saúde das mulheres. O treinamento da nossa secretária realçou o seu trabalho para postura, dinâmica, espírito empreendedor e criativo com competência para relacionamento interpessoal no sentido de resolver diligentemente as demandas. Teresina se caracteriza pelo bom trato caloroso entre as pessoas, e nosso grupo é acessível e acolhedor. Quem se interessa encontra lugar.



A complexidade de ser um **preceptor da Residência Médica** de Ginecologia e Obstetrícia.

Dos atributos às estratégias de treinamento

Jan Pawel Andrade Pachnicki¹



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

Autor correspondente:

Jan Pawel Andrade Pachnicki

E-mail: janpawel@uol.com.br

Quase toda a atividade da Residência Médica se desenvolve em torno de três atores principais: o paciente, o residente e o preceptor. O primeiro como objeto de estudo e razão de todo o treinamento proposto; o segundo como aquele que busca aprender e desenvolver capacidades técnicas e intelectuais que o capacitem a exercer a atividade profissional; e o terceiro como o responsável pelo preparo profissional, ético e humanista do residente, mas também pela supervisão no atendimento prestado ao paciente.⁽¹⁾

Sempre houve especial atenção com a formação profissional daqueles que cuidam da saúde da população. Desde as eras mais primitivas, até os dias atuais, os candidatos a cuidar daqueles que adoecem são cuidadosamente selecionados e treinados. No início, o ensino dessa atividade começava de maneira informal, com a orientação por um prático. Os discípulos aprendiam, então, todas as habilidades profissionais na relação cotidiana com seus mestres. Também na educação médica formal em escolas, sempre notamos a figura de um profissional mais experiente atuando na formação profissional. Embora existam diferentes denominações para esse profissional experiente, compreende-se ser melhor a utilização do conceito de preceptor para designá-lo no âmbito da Residência Médica.⁽²⁾

O ensino da prática médica, por meio de instruções formais, com objetivos e metas, é a função mais importante do preceptor, que deve ter, por isso, excelente conhecimento técnico e grande habilidade em desempenhar procedimentos médicos. E deve ainda preocupar-se com todos os aspectos relativos ao ensino-aprendizagem no desenvolvimento profissional, favorecendo as oportunidades de aquisição de habilidades e competências pelos residentes, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. O preceptor tem importante papel na inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para essa prática.⁽³⁾

A FIGURA DO PRECEPTOR

A figura do preceptor está presente na educação médica há muito tempo. Se a Residência Médica como tal é reconhecida desde 1889, quando foi implantada na Universidade Johns Hopkins por William Halsted, o aprendizado dos médicos mais jovens com aqueles de maior experiência é reconhecido desde os primórdios da civilização.⁽¹⁾

Iniciada em 1945, a Residência Médica no Brasil ainda é alvo de muita discussão sobre sua estrutura, necessidade e abrangência. Infelizmente, pouco se encontra na literatura brasileira sobre um dos seus pilares primordiais: a preceptoria. O Decreto nº 80.281, de 1977, do Ministério da Educação, no seu artigo 1º, estabeleceu as principais características do preceptor da Residência Médica – a ética e a qualificação profissional –, acrescentando que são poucas as referências sobre esse tema, havendo a necessidade de maiores discussões para a construção de um profissional estruturado.⁽⁴⁾

Diferentemente de outras situações, a residência médica é uma forma de treinamento em serviço, ou seja, à medida que o residente se especializa nas diversas áreas da Medicina, ele presta atendimento aos pacientes, em geral do Sistema Único de Saúde (SUS), e vem se tornando, nesse aspecto, a grande responsável por essa forma de atendimento.

Historicamente, a figura do preceptor é a de um médico mais velho, com experiência profissional reconhecida,

de elevado padrão ético e que centra o aprendizado de seus estagiários em atividades práticas. Ele é responsável pela inserção do profissional mais jovem no mercado de trabalho. Seu papel tem crescido de importância à medida que se observa que muitas das escolas de Medicina deixaram de exercer a sua terminalidade, já que nem sempre fornecem todo o conjunto de habilidades e conhecimentos necessários para a prática da profissão, fazendo com que a residência seja parte fundamental da boa formação médica. A maioria dos preceptores é escolhida pelos seus méritos profissionais, o que nem sempre se reflete na capacidade de ensinar. Muitos deles não possuem preparo pedagógico, o que pode prejudicar o aproveitamento da residência.⁽¹⁾

Transpondo para a Residência Médica alguns modelos conceituais da área da graduação, pode-se notar que o aprendizado obtido sofre fortes influências da motivação para tal e que estratégias para despertar essa motivação são influenciadas pelo contexto no qual o aprendizado acontece. É amplamente aceito que estratégias profundas de aprendizado, que incluem uma aproximação integradora ao conhecimento, proporcionam melhores resultados do que uma aproximação superficial baseada na memorização.⁽⁵⁾

Embora as estratégias de aprendizado sejam adotadas pelo residente e sofram influência das características próprias dele, cabe ao preceptor não só desenvolver táticas que favoreçam o aprendizado profundo como propiciar um clima adequado para que ele se desenvolva. Preceptores considerados efetivos são aqueles que recebem bem os residentes novos, criam um papel central para eles no cuidado aos pacientes e favorecem um ambiente seguro para a prática de novas habilidades.⁽⁵⁾

Obviamente uma maneira efetiva de exercer a preceptoria, embora crucial, não é tarefa fácil. Pelo menos três grandes problemas interferem em sua execução. Primeiramente, note-se que no ambiente em que ela ocorre existe o paciente. O preceptor, além da atenção a ser dada ao médico-residente, deve atender ao paciente, com suas necessidades e angústias – o qual interfere diretamente no processo, nem sempre permitindo uma abordagem gradativa do assunto a ser discutido ou o acontecer natural de um raciocínio. Em segundo lugar, é necessário que o preceptor consiga cumprir sua tarefa com competência em um curto espaço de tempo, dada a sobrecarga de trabalho existente nos hospitais universitários e centros de saúde. Um terceiro problema a ser enfrentado é o de que a percepção do preceptor acerca das necessidades de aprendizado do residente nem sempre coincide com a percepção do residente acerca daquilo que ele precisa aprender, ocasionando problemas de motivação. O reconhecimento, pelo preceptor, da percepção do residente acerca de suas preferências de aprendizado e da relevância atribuída a cada assunto torna o processo mais efetivo.⁽⁶⁾

Observa-se na atualidade um movimento para profissionalização do preceptor e para dotá-lo dos atributos

essenciais para o seu desempenho. Todavia, muito pouco tem sido feito para alcançar esses objetivos. Repensar o preparo do preceptor pode ser visto como uma maneira eficiente de melhorar a Residência Médica e, assim, transformar o especialista em formação em um médico melhor.

A CAPACITAÇÃO DO PRECEPTOR

O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, propiciando ao residente a oportunidade de desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas que surgem no dia a dia de um médico. Outras atribuições são ainda relacionadas ao preceptor, como aconselhar os residentes, inspirá-los e influenciar em seu desenvolvimento, servindo de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal e auxiliando na formação ética dos novos profissionais.⁽³⁾

Ele é aquele médico que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática médica. Sua ação tem por objetivo o progresso profissional do residente, o desenvolvimento de habilidades técnicas e relacionais e a avaliação do profissional que está em formação. Mas, além de médico atuante, o preceptor deve ser também um exímio educador, que aponta os pontos importantes do processo ensino-aprendizagem e permite que o residente seja um sujeito ativo e independente nesse processo. É aquele que percebe como o residente está compreendendo todo o seu ensino. Com isso, amplia o conceito de educação médica, possibilitando que o profissional em formação consiga pensar e detalhar os mais variados aspectos profissionais, além de aprender conteúdos e técnicas.⁽²⁾

A formação para a função de preceptor e suas atribuições correspondentes, bem como as responsabilidades no ensino médico, são temas de discussão na maioria das instituições de ensino médico no Brasil; entretanto, há um pequeno número de artigos publicados sobre o tema. Estudos existentes relatam que os preceptores são relativamente despreparados quanto aos aspectos pedagógicos ou de formação para a preceptoria, resultando em atividade educacional de baixa qualidade, com provável interferência na formação dos médicos-residentes.⁽⁶⁾ Um desempenho técnico de excelência do preceptor não garante necessariamente um bom desempenho docente, ou seja, o simples fato de exercer suas atividades assistenciais com competência não garante necessariamente que os preceptores tenham as habilidades didáticas necessárias para ensinar seus alunos a realizarem a prática. E os preceptores se preocupam com a falta de domínio de determinadas habilidades para a preceptoria, tendo consciência da importância da capacitação e da aquisição de competências pedagógicas para o exercício adequado de suas funções como preceptores, e demandam a oferta de cursos de educação permanente, seja presencial ou a distância, principalmente na área de educação em saúde.⁽⁷⁾

Diversos autores definem as características e competências necessárias para o preceptor. Algumas delas são conhecimento em ensino, habilidades para o ensino e atitude ao ensinar. Eles incluem atividades necessárias no processo de trabalho do preceptor, como a realização regular de observação e análise de atividades do residente, avaliando e oferecendo *feedbacks* constantes sobre suas competências na prática. Outros aspectos também são citados como importantes: conhecimento de teorias de aprendizado e de estilos de aprendizagem, assim como especificidades do aprendizado do adulto. Tudo isso permite ao preceptor determinar o *status* do processo de ensino-aprendizagem em que o residente se encontra, traçando metas para a sua formação como ginecologista e obstetra.⁽⁶⁾

Sugere-se que o ensino da especialidade seja sustentado pelas metodologias ativas de aprendizagem, portanto centrada no residente e na problematização das demandas sociais e de saúde de um indivíduo ou população. Por sua vez, essas metodologias ancoram-se na pedagogia crítica e trabalham com problemas do cotidiano para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem. Problematicar significa ser capaz de responder ao conflito intrínseco que o problema traz. Elas partem da prática e buscam a teoria, e, dessa forma, preparam o aluno para tomar consciência de seu mundo e atuar para sua transformação. Além disso, questionam o quanto a experiência mudou a compreensão, a apreensão, as atitudes e o comportamento tanto do aluno como do professor.⁽⁸⁾

As metodologias ativas de aprendizagem são concretizadas nos processos pedagógicos pelas estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, que são recursos pedagógicos efetivos utilizados pelos preceptores no cotidiano de formação do residente. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem, que são técnicas de ensino, e ações para o ensino ativo, que compreendem posturas tomadas pelo facilitador para potencializar o ensino ativo. O quadro 1 apresenta exemplos dos dois grupos de estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem.

A metodologia de ensino deve fornecer uma estrutura na qual conversar sobre o processo de ensino-aprendizagem podem ser construídas entre residente e preceptor. O modelo tem maior resultado quando não é visto como estático e rígido, mas como um conjunto flexível de diretrizes que podem ser alteradas conforme demandas das situações – o método de ensino precisa corresponder aos objetivos de aprendizagem.⁽⁹⁾

E como implantar essas metodologias na prática clínica? Em 1992, pesquisadores do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Washington introduziram, em clínicas ambulatoriais, um novo modelo de preceptoria que também poderia ser usado em salas de emergência e enfermarias. A teoria do modelo fornece ao preceptor a capacidade de transmitir informações médicas valiosas aos seus alunos de forma rápida

Quadro 1. Estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem

Dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem	Ações para o ensino ativo
Compartilhamento de pensamento em pares ou em grupos (<i>buzz groups/brainstorming</i>)	Uso dos princípios da teoria do aprendizado de adultos para desafiar e envolver continuamente os alunos
Questões/perguntas norteadoras	
Debates	Promoção de trabalho eficaz em grupo
Aquário	Ensino de acordo com os diferentes estilos de aprendizagem do residente
Dramatizações	
Apresentações de alunos	Observação da prática <i>in loco</i> ou em vídeo
Jogos	Auxílio direto de alunos para seu aprendizado e planejamento de seu ensino com aconselhamento acadêmico e profissional (mentoria)
Estudos de caso	
Formulação de perguntas	
Trabalho em grupo	
Observação direta	

Fonte: Barreiros BC, et al. (2020).⁽⁸⁾

e eficaz, e de compreender as particularidades de cada aluno. Chamado de “preceptor em um minuto”, esse modelo de ensino médico foi desenvolvido para ser usado quando um aluno ou residente, após avaliar um caso clínico, solicita a assistência de seu preceptor para resolver problemas. Ele consiste em cinco etapas fundamentais (micro-habilidades): 1) obter comprometimento do aluno sobre o que está ocorrendo com o paciente, pedindo que ele declare os diagnósticos prováveis; 2) sondar o aluno quanto ao seu raciocínio subjacente, encorajando-o a declarar aspectos sobre o diagnóstico diferencial; 3) com base nas respostas às etapas 1 e 2, ensinar princípios gerais sobre o caso clínico; 4) reforçar o que foi feito corretamente – fornecer *feedback* positivo e formativo ao aluno; e 5) corrigir erros para desempenho futuro.⁽¹⁰⁾

Entretanto, a Residência Médica deve desenvolver estratégias que otimizem o processo formativo mediante a implantação de metodologias pedagógicas diversas para a melhoria da formação.⁽¹¹⁾

ENTENDENDO MELHOR O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA

O processo de ensino-aprendizagem na Residência Médica é complexo, dinâmico e não ocorre de forma linear. Portanto, demanda que o residente aprofunde e amplie os significados elaborados, mediante sua participação, enquanto requer do preceptor o exercício permanente do trabalho reflexivo, além de disponibilidade para o acompanhamento, realização de pesquisas e práticas do cuidado.⁽⁹⁾

A responsabilidade de preceptores envolvidos na Residência Médica, em comparação com a graduação,

aumenta, o que torna ainda mais relevante discutir como se dá o processo ensino-aprendizagem nessa modalidade de pós-graduação. O preceptor médico introduz, na prática profissional, estudantes e médicos recém-formados, compartilhando conhecimento, dando suporte e acompanhamento, que os auxiliem e estimulem no exercício da profissão, de forma ética e compatível com os princípios do SUS. O preceptor se preocupa principalmente com a competência clínica e com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. Nesse sentido, o preceptor deve estar capacitado para desenvolver uma pluralidade de competências que respondam às necessidades de saúde atuais.⁽¹²⁾

As atividades de ensino-aprendizagem na Residência Médica devem gerar autonomia, na medida em que proporcionam envolvimento pessoal, ambiente contextualizado com a prática profissional, alta flexibilidade em sua execução e percepção de liberdade psicológica e de escolha. Ao mesmo tempo, faz-se necessário aliar isso a algum tipo de regulação externa, na figura do professor ou preceptor. Há necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os residentes assumem o papel de indivíduos passivos na aprendizagem.⁽⁷⁾

No atual momento do processo ensino-aprendizagem na Residência Médica, a avaliação por competências é uma realidade em muitos países. Essa perspectiva engloba o desenvolvimento de competências pelo residente, ao longo do tempo, retomando pontos de aprendizagem que ficaram deficientes e precisam ser corrigidos, e identificando os próximos passos na sua aprendizagem. Diante da modificação das tendências do

A Febrasgo, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica, auxilia no processo de formação dos preceptores, seja por meio de cursos com enfoque em Metodologia de Ensino ou mesmo da regulamentação dos Programas de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia, por meio de sua Matriz de Competências, EPAs (atividades profissionais confiabilizadoras), Avaliações e *Logbook* do Médico-residente. Seguem aqui algumas dicas para uma preceptoria eficaz.

DICA 1

Estabeleça um ambiente de aprendizagem eficaz

- Crie um ambiente de aprendizagem não ameaçador, onde o residente se sinta seguro para explorar e correr riscos.
- Comunique claramente as expectativas.
- Reconheça e adapte-se a diferentes estilos de aprendizagem – cada residente é diferente na forma como aprende.
- Aceite o *feedback* e a contribuição do residente.⁽¹⁷⁾

DICA 2

Preceptor como coach

- Seja professor, modelo, mentor e avaliador, mas também um *coach*.
- Por meio do *coaching* do residente, ajude-o a identificar lacunas entre o que ele sabe e o que ele precisa saber, preenchendo-as em seu aprendizado.
- Faça uma escuta ativa; esteja envolvido e demonstre verdadeiro interesse no que o residente está lhe dizendo, por meio de linguagem e dicas verbais e não verbais.
- Faça perguntas abertas para estimular o pensamento profundo e crítico na resolução de problemas; as perguntas também podem ajudar a guiar o residente por uma situação ou problema, permitindo que ele chegue a uma conclusão ou conjunto de ações. Exemplos de questionamentos podem incluir:
 - “O que você faria se isso acontecesse?”
 - “No que você acha que precisa se concentrar para ter sucesso?”
 - “Quais medidas você tomou ou o que tentou até agora?”
 - “Quais informações adicionais você precisa para poder fazer uma avaliação ou tomar uma decisão?”
 - “Onde você procurará para obter as informações de que precisa?”
 - “Como você saberá que atingiu suas metas ou objetivos?”
- Afirme ou reconheça comportamentos para reforçar ações ou desempenho positivo para permitir o crescimento e o desenvolvimento.
- Forneça oportunidades para demonstrar as habilidades clínicas e aplicar o conhecimento que o residente está desenvolvendo.⁽¹⁸⁾

DICA 3

Faça boas perguntas (isso promove o aprendizado independente e ativo e pode estimular o pensamento crítico e a resolução de problemas)

- Restrinja o uso de perguntas fechadas para esclarecer fatos e estabelecer conhecimento básico. Isso pode ser feito com mais frequência no início da Residência Médica para estabelecer o conhecimento básico.
- Use perguntas abertas para sondar e esclarecer com mais frequência.
- Dê tempo adequado para a resposta do residente.
- Resista à oportunidade de responder à pergunta você mesmo.
- Dê sequência a uma resposta ruim com outra pergunta.
- Não confronte, mostre que você está engajado e ouvindo ativamente.⁽¹⁹⁾

DICA 4

Dê um bom *feedback*

- Defina a expectativa de que o *feedback* regular será dado durante todo o programa e explique seu propósito.
- Garanta que o *feedback* seja oportuno e dado o mais rápido possível após a apresentação e que seja dado em particular.
- Ao dar *feedback*, concentre-se em comportamentos e desempenhos específicos (não personalidade) e observação direta ou informações.
- Use linguagem sem julgamento e seja construtivo e positivo.
- Permita discussão aberta e aprendizado adicional.
- Reconheça e reforce o desempenho positivo.⁽²⁰⁾

DICA 5

Evite alguns comportamentos comuns de preceitos negativos

- Não permita que o residente se sinta rejeitado ou humilhado por meio da criação de um ambiente de aprendizagem negativo.
- Cuidado com a falha em dar *feedback* positivo regularmente; a falha em reconhecer quando o residente fez um bom trabalho ou a falha em reforçar o desempenho positivo pode afetar negativamente o aprendizado do residente e não permite que ele desenvolva essas ações positivas.
- Evite falar o tempo todo e responder às suas próprias perguntas; isso não dá ao residente a oportunidade de desenvolver e expressar seu próprio processo de pensamento.
- Não faça perguntas que se concentrem em lembrar fatos; isso não permite um pensamento profundo e a resolução de problemas.
- Dê ao residente a oportunidade de contribuir durante as visitas ou discussões sobre cuidados ao paciente com a equipe.⁽²¹⁾

DICA 6

Entre em contato com o coordenador do programa (ele está disponível para fornecer orientação, suporte e aconselhamento aos preceptores)

- Algumas situações em que se sugere entrar em contato com o coordenador do programa:
 - A qualquer momento, se desejar orientação ou suporte.
 - Se não tiver certeza sobre o progresso do residente.
 - Se não tiver certeza de como avaliar o residente ou abordar seu desempenho.
 - Imediatamente, se estiver preocupado com a capacidade do residente de atingir os objetivos, com a saúde/saúde mental do residente ou com o comportamento/confiabilidade do residente.⁽²²⁾

ensino em saúde e da educação médica no Brasil nos últimos 30 anos, percebe-se uma articulação para promover mudanças no processo ensino-aprendizagem na Residência Médica, que é entendida como uma forma específica para ingressar no mercado de trabalho. Nesse âmbito, a Residência Médica merece melhor discussão a respeito de como vem sendo organizado seu plano prático e científico, uma vez que o preceptor tem importante papel nessa construção e poderá conferir uma boa avaliação ao programa de Residência Médica.⁽¹²⁾

É DEVER DO PRECEPTOR: AVALIAR O MÉDICO-RESIDENTE

O modelo de Residência preconizado indica que, para passar de um ano para outro (ou para finalizar o curso), o residente deve estar apto a adquirir progressivamente maiores responsabilidades sobre seus atos médicos, a partir das competências que vai desenvolvendo ao longo de seu aprendizado. Faz-se indispensável que, para isso, seja avaliado, cumpra a carga horária do programa e tenha bom desempenho em testes.

Assim, deve-se ter a consciência de que competências não dizem respeito apenas aos conhecimentos técnicos. É dever do preceptor avaliar o residente em todos os requisitos discriminados acima, bem como sua relação médico-paciente, com a equipe do estabelecimento, colegas e supervisores, interesse, disponibilidade, atitude ética e humanista e capacidade de comunicação e

de tomar condutas. A recíproca também é verdadeira: o residente deve fazer parte do seu processo de formação, não apenas concluindo o curso, mas avaliando a instituição e seus tutores, absorvendo e aprimorando suas deficiências. O ensino é de mão dupla, de forma que todos ganhem com a sua prática. Desse modo, observa-se a peculiaridade desse tipo de treinamento, em que há responsabilidade compartilhada entre os dois lados, já que o residente, antes de tudo, também é médico.⁽⁴⁾

O processo de preceptoria envolve uma complexa interação interpessoal, na qual o preceptor deve propiciar ao receptor mudanças que contemplem o aprendizado, o crescimento e a mudança comportamental. Assim, a preceptoria deve ter foco no aluno e ser ambientada em uma atmosfera propícia à cultura da aprendizagem.⁽¹³⁾

As atividades e experiências desenvolvidas durante a preceptoria possibilitam a transposição do conhecimento teórico em vivência prática. Os ambientes de realização das atividades de aprendizado devem consubstanciar diferentes atores, tais como: o paciente, a comunidade, o hospital, a indústria, os órgãos profissionais, a universidade, os postos de atendimento básico e as clínicas especializadas, demandando do processo de preceptoria o gerenciamento de todos esses atores, bem como das diferentes relações que se desenvolvem.⁽¹⁴⁾

Como parte do processo de aprendizagem, o preceptor deve possuir a habilidade de proporcionar *feedback*, com a finalidade de possibilitar ao aluno avaliar e refletir as ações desenvolvidas. Esse processo deve ser

realizado de forma adequada, a fim de evitar um posicionamento defensivo ou de rejeição pelo aluno. O estabelecimento de processos padronizados de conduta na preceptoria auxilia na realização do *feedback* e da avaliação do processo de preceptoria.⁽¹⁵⁾

CONCLUSÃO

Identifica-se no contexto internacional a necessidade de as universidades estabelecerem padrões globais, a fim de possibilitar a mobilidade dos alunos e dos profissionais para além das fronteiras de onde realizaram a sua formação. Os indivíduos que atuam como preceptores posicionam-se como um importante componente do processo de formação dos futuros profissionais e de desenvolvimento da identidade profissional.

Assim, a competência e a qualificação dos preceptores são fatores fundamentais para a formação não somente do profissional, mas de todo o sistema de saúde. A escolha de profissionais para atuarem como preceptores deve se apoiar em critérios que auxiliem no desenvolvimento da atividade, dentre os quais se destacam: a competência clínica, o entusiasmo pelo ensino, a capacidade de fornecer orientação na resolução de problemas e julgamento clínico, a capacidade de ser construtivo no momento de apresentar o *feedback*, a empatia para com os alunos e o discernimento de promover a autonomia do aluno quando apropriado. Assim, o currículo de preparação de preceptores deve contemplar a dinâmica de realizar o *feedback*, as funções e responsabilidades do profissional da área, os estilos e princípios de aprendizagem, o discernimento de priorização de atividades, o gerenciamento do tempo, a capacidade de realizar a avaliação das atividades desenvolvidas, saber se comunicar e realizar o gerenciamento de conflitos, o desenvolvimento do trabalho em equipe, o cuidado centrado no paciente, a cultura da segurança, a prática baseada em evidências e o pensamento crítico.⁽¹⁶⁾

Sim... supervisionar é uma tarefa complexa, que exige habilidades didáticas e clínicas, bem como ter em mente a responsabilidade da posição. Com o passar dos anos, tem se tornado uma tarefa multifacetada, haja vista o surgimento de novas opções clínicas, a constante evolução do treinamento e a relevância das questões éticas. Assim, essa função necessita de equilíbrio entre uma abordagem hierárquica e uma atitude cooperativa, sempre assegurando o tratamento satisfatório aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Skare TL. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. In: Conselho Regional de Medicina do Paraná; Simões JC. Manual do preceptor de residência médica. Curitiba: CRM-PR; 2011. p. 55-60.

2. Botti SH. Principais atributos de um preceptor de residência médica. In: Conselho Regional de Medicina do Paraná; Simões JC. Manual do preceptor de residência médica. Curitiba: CRM-PR; 2011. p. 37-41.
3. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. Med Educ. 2006;40(2):150-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02371.x
4. Carneiro MC, Ushimura LY. O que o médico residente espera de um preceptor de residência médica. In: Conselho Regional de Medicina do Paraná; Simões JC. Manual do preceptor de residência médica. Curitiba: CRM-PR; 2011. p. 33-6.
5. Chemello D, Manfroi WC, Machado CL. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptorial em um minuto. Rev Bras Educ Med. 2009;33(4):664-9. doi: 10.1590/S0100-55022009000400018
6. Carvalho Filho AM, Santos AA, Wyszomirska RM, Medeiros IC. Preceptors in medical residency programs: epidemiological profile and pedagogic training. Rev Bras Educ Med. 2020;44(4):e159. doi: 10.1590/1981-5271v44.4-20200131.ING
7. Barreto VH, De Marco MA. Visão de preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem no internato. Rev Bras Educ Med. 2014;38(1):94-102. doi: 10.1590/S0100-55022014000100013
8. Barreiros BC, Diercks MS, Biffi M, Fajardo AP. Active teaching-learning strategies for family medicine preceptors in the EURACT. Rev Bras Educ Med. 2020;44(3):e102. doi: 10.1590/1981-5271v44.3-20190328.ING
9. Sawatsky AP, Berlacher K, Granieri R. Using an ACTIVE teaching format versus a standard lecture format for increasing resident interaction and knowledge achievement during noon conference: a prospective, controlled study. BMC Med Educ. 2014;14:129. doi: 10.1186/1472-6920-14-129
10. Machado MA, Medeiros EL. Training preceptors of obstetrics-gynecology residents through the one-minute preceptor model. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(8):622-6. doi: 10.1055/s-0041-1735230
11. Souza SV, Ferreira BJ. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. ABCS Health Sci. 2019;44(1):15-21.
12. Costa JB, Austrilino L, Medeiros ML. Construction of knowledge among preceptors of medical residency in pediatrics. New Trends Qual Res. 2021;8:871-9. doi: 10.36367/ntqr.8.2021.871-879
13. Ramani S, Konings KD, Ginsburg S, van der Vleuten CP. Twelve tips to promote a feedback culture with a growth mind-set: Swinging the feedback pendulum from recipes to relationships. Med Teach. 2019;41:625-31. doi: 10.1080/0142159X.2018.1432850
14. Lucas C, Williams K, Tudball J, Walpole RL. Community, hospital and industry preceptor perceptions of their role in experiential placements-the need for standardization of preceptor responsibilities and evaluations on students. Curr Pharm Teach Learn. 2018;10(11):1447-55. doi: 10.1016/j.cptl.2018.08.002
15. Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. Acad Med. 2015;90(5):609-14. doi: 10.1097/ACM.0000000000000560
16. Sequeira CC, Machado Júnior C. [Preceptory in medical training: the knowledge of preceptors on skills in practice scenarios]. Res Soc Dev. 2022;11(8):e21111830702. Portuguese.
17. Biagioli FE, Chappelle K. How to be an efficient and effective preceptor. Fam Pract Manag. 2010;17(3):18-21.
18. Newman CW, Sandridge SA, Lesner SA. Becoming a better preceptor. Part 1: the fundamentals. Hear J. 2011;64(5):20,22,24-7.
19. Newman CW, Sandridge SA, Lesner SA. Becoming a better preceptor. Part 2: the clinic as classroom. Hear J. 2011;64(7):10,12,14,16,18.
20. Sandridge SA, Newman CW, Lesner SA. Becoming a better preceptor. Part 4: the evaluation process. Hear J. 2011;64(11):18,20,22,23.
21. Lesner SA, Sandridge SA, Newman CW. Becoming a better preceptor. Part 3: the adult learner. Hear J. 2011;64(9):29,32,34.
22. Burns C, Beauchesne M, Ryan-Krause P, Sawin K. Mastering the preceptor role: challenges of clinical teaching. J Pediatr Health Care. 2006;20(3):172-83. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.10.012

Aos autores brasileiros

Submeter o manuscrito à *Femina* ou à *RBGO*?

A Febrasgo edita duas revistas mensalmente: a *Femina*, editada em português desde 1972, e a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), editada em inglês desde 1978. Ambas têm perfis diferentes, possuem objetivos diversos e não concorrem entre si. Entretanto, é preciso reforçar o escopo de cada uma para orientar os autores brasileiros, uma vez que tem havido submissões de manuscritos para publicação com perfis não identificados com o periódico.

A RBGO foi criada após a implantação dos programas de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil. A produção científica oriunda desses programas cresceu em quantidade e qualidade, o que motivou a sua criação. Em tempos mais recentes, com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) exigindo cada vez mais a qualificação dos periódicos brasileiros, a RBGO passou a ser editada em inglês e tornou-se uma revista de acesso aberto, buscando seu espaço entre os periódicos internacionais. A RBGO possui um quadro de editores associados selecionados entre os mais qualificados pesquisadores brasileiros em ginecologia e obstetrícia. Foi indexada nas principais bases de dados mundiais com indicadores crescentes, conquistando seu Fator de Impacto (FI) em 2023. O FI é um divisor de águas entre os periódicos no mundo todo. A sua conquista significa que a RBGO está participando entre os periódicos no cenário mundial.

A *Femina* é uma revista científica. Qual a razão de publicar na *Femina* se já temos a RBGO?

O Índice de aceitação de RBGO atualmente é da ordem de um para cada quatro manuscritos submetidos. Assim, muitos manuscritos brasileiros, especialmente

aqueles que tratam de relatos de casuísticas nacionais, não têm sido aceitos para publicação caso não tragam alguma informação nova e capaz de suscitar o interesse dos leitores internacionais. Segundo dados fornecidos pela Thieme Publisher, editora parceira da Febrasgo, os acessos de pesquisadores aos *abstracts* ou aos *full-texts* da RBGO, de janeiro a outubro de 2023, atingiram a marca de 332.000 e 240.000, respectivamente, oriundos de IPs do mundo todo. Apenas 12% dos acessos foram oriundos do Brasil. Os demais, liderados pelos EUA e China, com 15% cada, provieram de todos os continentes, o que denota o grau de internacionalização da RBGO.

Ficarão os manuscritos produzidos em nossos programas de pós-graduação sem um periódico de referência para publicação?

É dever dos pesquisadores e aprendizes tornar público o produto de suas pesquisas, particularmente aquelas que foram financiadas por agências de fomento governamentais. Assim, não é ético deixar “abandonado” nas gavetas o resultado de pesquisas que custaram recursos dos contribuintes brasileiros. Quando os artigos atenderem às especificações abaixo descritas, RBGO e *Femina* estarão abertas para recebê-los e divulgá-los.



Natureza dos artigos publicados no Caderno Científico da *Femina*

- Artigos clínicos/epidemiológicos de casuística nacional
- Revisões de temas em Ginecologia e Obstetrícia
- Relato de casos ou série de casos ocorridos em instituições nacionais
- *Guidelines* ou *Statements* e Protocolos Clínicos preparados pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo ou Grupos Multicêntricos de Pesquisa
- Opiniões de especialistas
- Aprendendo com especialistas
- Carta ao editor

Caso se opte por uma revista de maior impacto, é preciso lembrar que os rigores dos periódicos internacionais de qualidade são mais intensos do que os da RBGO, e soma-se a esse obstáculo o custo para a publicação, que varia de US\$ 3 a 12 mil por manuscrito (a RBGO e a *Femina* não cobram qualquer valor dos autores). Por conta dessas dificuldades de publicação, a Febrasgo vem mantendo a revista *Femina* com seu Caderno Científico à disposição dos autores brasileiros.

A principal característica do Caderno Científico da *Femina* é a publicação de artigos que possam ter impacto direto no dia a dia de trabalho dos ginecologistas e obstetras brasileiros. Os artigos também servem como fonte de referência para os gestores de saúde no país, assim como para dar conhecimento e oportunidade de trocas de informações entre os diferentes grupos de pesquisa no Brasil. Podem também oferecer balizamentos para a elaboração de Diretrizes e Protocolos para assistência às mulheres brasileiras.

A *Femina* é periódico de acesso aberto, com edições eletrônicas e impressas que são distribuídas, gratuitamente, a todos os 17 mil associados da Febrasgo. Está registrada na Lilacs, a mais importante base de dados de publicações científicas da América Latina e

do Caribe e, portanto, pode ser facilmente acessada por todos os interessados. Tem grande visibilidade em todo o território nacional e seu *site* é acessado cerca de 6.000 vezes por mês.

Recentemente, a Febrasgo lançou uma campanha para atrair os autores brasileiros para publicar suas teses de mestrado ou doutorado ou trabalhos de conclusão de curso (TCCs) na *Femina* e RBGO. Os pós-graduandos e residentes e seus respectivos orientadores/preceptores, autores principais de artigos científicos oriundos de teses de mestrado ou doutorado e TCCs, que submeterem tais manuscritos para publicação na RBGO e na *Femina* poderão receber como bonificação, caso o manuscrito seja aceito para publicação, a inscrição gratuita no CONGRESSO OU JORNADA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FEBRASGO (ver campanha publicitária em detalhes na *Femina* – 2024;52(6):364-65)

Venha participar. Não deixe a ciência produzida por você, com muito esforço, abandonada numa gaveta. Divulgue-a!



Como são feitas as leis? As etapas do processo legislativo e a importância para o médico

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osório Wender²

1. Advogada e Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

2. Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Quase todos os dias, nós, médicos, recebemos em nossos grupos de mensagens ou acessamos notícias sobre leis ou projetos de lei com impacto direto sobre a nossa atividade profissional. Essas notícias causam muitas vezes alvoroços, discussões e angústias, sendo o conhecimento prático do processo legislativo e das possibilidades de ação civil em cada etapa fundamental para as especialidades médicas atualmente. Especialmente na ginecologia e obstetrícia, o volume e o conteúdo das propostas legislativas têm avançado em aspectos técnicos e definições que necessitam do apoio científico dos médicos para evitar indevidas limitações ou rigidez de condutas que possam prejudicar a assistência e a necessária individualização de cada caso concreto. Sendo assim, ampliar o conhecimento e o entendimento de cada médico associado da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) em relação ao processo de criação e efetivação das leis é objetivo contínuo da Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

Para que uma lei exista de acordo com as nossas normas jurídicas, há um caminho a ser seguido, e o primeiro passo é transformar uma ideia em proposta de criação de uma nova lei ou de alteração de alguma lei já existente, ou seja, elaborar uma proposição legislativa, o chamado **PROJETO DE LEI**. Sobre essa etapa, é importante entender que um projeto de lei, apesar da sua clara importância, não determina nada ainda, por ser, como diz o nome, ainda um projeto. É claro que a sua existência demonstra o interesse de agir do proponente, mas muitas vezes, ao verem a notícia do projeto de lei, alguns médicos ficam preocupados com o seu imediato exercício e validade, e deve-se entender que ainda é uma boa hora para agir, individual e coletivamente, para os devidos ajustes naquela proposta.⁽¹⁾

E quem pode apresentar um projeto de lei? Essa proposição, de acordo com nossa Constituição Federal, pode ser apresentada:

- Por um deputado ou senador (individual ou coletivamente);
- Por Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional;
- Pelo presidente da República
- Pelo presidente do Supremo Tribunal Federal ou dos Tribunais Superiores;
- Pelo Procurador-geral da República;
- Por um conjunto de cidadãos.

Todos os projetos de lei começam a tramitar na Câmara dos Deputados, exceto quando são apresentados por senador ou comissão do Senado. Nesses dois casos, começam pelo Senado. **O projeto de lei de iniciativa popular deve ser proposto por pelo menos 1% do eleitorado nacional**, distribuído por pelo menos cinco estados. Em cada estado, é preciso haver a assinatura de pelo menos 0,3% dos eleitores. A tramitação é a mesma do projeto de lei ordinária.⁽¹⁾

Nesse ponto do projeto de lei, fica evidente a primeira ação de cidadania diretamente envolvida na criação de leis: a escolha dos representantes. Muito além de afinidades pessoais, o voto para deputados e senadores deve ser instruído com o conhecimento dos valores e ações do parlamentar, análise de suas propostas e de suas proposições prévias, alinhamento político dos ideais defendidos e desempenho parlamentar prévio, se for o caso. No *site* da Câmara dos Deputados, no *link* <https://www.camara.leg.br/deputados/quem-sao>,⁽²⁾ você pode acessar a atividade de cada deputado, dados de contato, biografia, atividade na câmara e propostas legislativas, discursos, presenças e ausências, gastos e recursos e outras informações importantes, para acompanhar, entender e cobrar as ações de seus parlamentares; da mesma forma, no Senado, no *link*: <https://www25.senado.leg.br/web/senadores/em-exercicio>.⁽³⁾

No *site* da Câmara dos Deputados, no *link* <https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisa-Simplificada>,⁽⁴⁾ e do Senado, em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias>,⁽⁵⁾ você pode pesquisar as proposições de seu interesse, por assunto, e acompanhar as tramitações.

Ainda sobre a etapa do projeto de lei, fica clara a importância de assinar, contribuir e realizar os abaixo-assinados sobre temas referentes à atividade médica, pois a quantidade de assinaturas necessárias para atingir o número mínimo necessário para a proposição de iniciativa popular, considerando o último levantamento do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) de mais de 155 milhões de eleitores aptos em 2024, é de mais de 1 milhão e 550 mil assinaturas, além da atenção à distribuição mínima por estados.⁽⁶⁾ Ou seja, a possibilidade de proposição popular existe, mas é bem difícil de executar e requer união, consistência e coesão da ação popular.⁽⁴⁾

A segunda etapa é a análise do conteúdo do projeto de lei pelas comissões. Depois de apresentado, o projeto é distribuído pelo presidente da Câmara dos Deputados ou do Senado para as comissões temáticas^(7,8) que tratam dos assuntos correlatos a ele, até três no máximo. Essas são chamadas “comissões de mérito”, pois analisam o mérito de cada proposta. A Câmara tem 30 comissões permanentes e o Senado tem 11.^(7,8) Em cada comissão, o projeto é analisado por um relator, que recebe e analisa as sugestões (emendas) dos deputados ou senadores. O presidente da comissão escolhe um parlamentar membro da comissão, que será o relator da proposição. Esse parlamentar terá, então, a responsabilidade de elaborar um relatório, documento no qual serão apresentados o resumo e a análise da proposição, além do voto, que poderá ser pela aprovação (total ou parcial do texto), rejeição, encaminhamento ou arquivamento. Depois de votado o parecer do relator, o projeto segue para a comissão seguinte.

Nessa etapa da avaliação pelas comissões, o protagonista é o relator. O projeto de lei “sai da alçada” do seu autor e será conduzido e revisado pelo relator de cada

comissão. Portanto, as ações de médicos, individual ou coletivamente, nessa etapa de comissões do projeto de lei devem ser atuar junto com cada relator e suas equipes, com subsídios da prática clínica, efeitos sociais e das evidências científicas sobre o tema que possam contribuir para a elaboração de pareceres e decisões bem fundamentadas sobre cada projeto. Cumpre ressaltar que há grande receptividade dos parlamentares relatores e suas equipes à classe médica, e a colaboração técnico-científica é muito bem recebida, deixando clara a importância da nossa participação nessas tratativas em todas as etapas da tramitação.⁽⁹⁾ Muitas vezes, o insucesso das demandas da classe médica deve-se muito mais ao viés ideológico na origem das propostas e do aspecto político-partidário no momento das votações do que ao não entendimento de aspectos médicos quando ocorre essa participação, que deve ser cada vez mais fortalecida.

Se as comissões que analisarão o mérito de determinado projeto forem mais de quatro, a Câmara dos Deputados cria uma comissão especial para analisar a proposta, para evitar que a tramitação seja muito longa; na área que influencia a atuação médica em ginecologia e obstetrícia, estão em funcionamento as Comissões especiais de Combate ao Câncer no Brasil e de Violência Obstétrica e Morte Materna, nas quais tem sido combatido o uso do termo “violência obstétrica” pelas entidades médicas, com boas respostas dos parlamentares até o momento.

A terceira etapa é a análise de admissibilidade.

As Comissões de Finanças e Tributação (CFT) e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) são as últimas a analisar os projetos. As propostas que criam gastos ou tratam de finanças públicas passam pela CFT, que avalia se elas estão adequadas ao Orçamento federal. Todas as propostas passam por último pela CCJC, que avalia se elas estão de acordo com a Constituição.

Essas análises são chamadas de admissibilidade. Se a CFT ou a CCJC considerarem que a proposta não pode ser admitida, por não estar adequada ao Orçamento ou por ser inconstitucional, ela será arquivada. Essas duas comissões também podem analisar o mérito dos projetos, caso tenham sido designadas para isso.

A quarta etapa é a aprovação. Essa aprovação pode ser passando por votação em Plenário ou não. A maioria dos projetos em tramitação na Câmara só precisa passar pelas comissões. Ou seja, eles têm tramitação conclusiva nas comissões. Se forem aprovados por todas elas, vão direto para o Senado – ou para sanção presidencial, se já tiverem passado pelo Senado, e vice-versa. Se forem aprovados por algumas e rejeitados por outras, vão para o Plenário.

ATENÇÃO: Precisam ser votados no Plenário, entre outros: projetos de lei complementar; de código; de iniciativa popular; de comissão; projetos aprovados pelo Plenário do Senado; projetos em regime de urgência; e projetos que tramitam em caráter conclusivo, mas que

tenham recebido pareceres divergentes nas comissões (pela aprovação e rejeição) ou que tenham sido alvo de recurso para votação em Plenário.

Nessa etapa de aprovação, os médicos podem agir, individual ou coletivamente, nos casos em que haverá a votação em Plenário, contatando por todos os meios possíveis e pedindo votos favoráveis ao pleito médico aos deputados e senadores aptos a votar. Essa etapa é mais dramática e urgente, por ser a última oportunidade de atuação com os parlamentares em defesa dos assuntos dos projetos de leis com impacto na atuação médica.

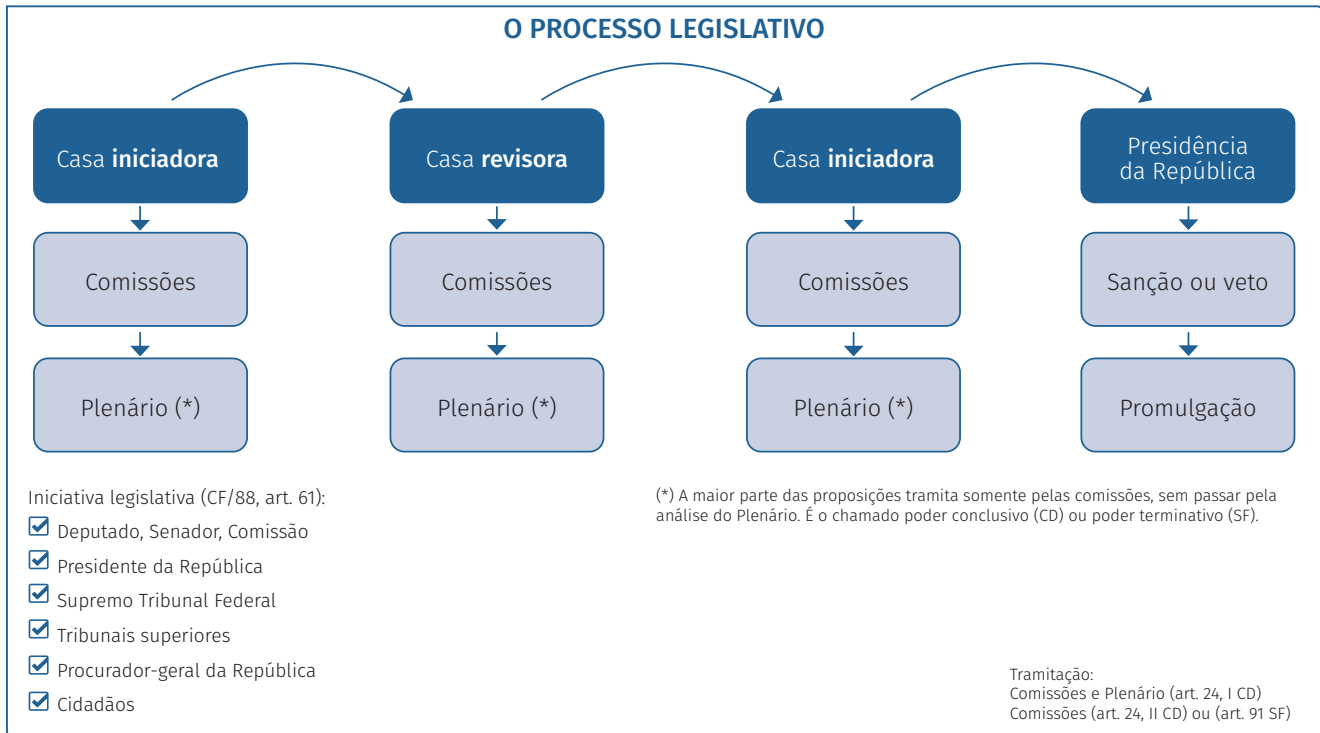
Em geral, os deputados aprovam o texto principal do projeto e “destacam” alguns trechos para votação posterior. Esses trechos são chamados de destaques. Normalmente, essas votações posteriores servem para confirmar ou retirar alguns trechos do texto da proposta. Também podem ser destacadas emendas, para alterar o texto. Depois da aprovação no Plenário da Câmara, há diversos caminhos possíveis.

Se tiver iniciado a tramitação na Câmara, o projeto segue para o Senado, onde será analisado e votado. Se for alterado, ele volta para a Câmara, que analisa apenas as alterações, podendo mantê-las ou recuperar o texto original. Em seguida, vai para sanção ou veto do presidente da República, que tem prazo de 15 dias úteis para sancionar ou vetar o projeto, no todo ou em partes.

Se tiver vindo do Senado e for aprovado sem alterações, o projeto segue para sanção ou veto do presidente da República. Se for alterado, volta para o Senado, que analisa as mudanças da Câmara, podendo mantê-las ou recuperar o texto original. Em seguida, ele vai para sanção ou veto do presidente da República, que tem prazo de 15 dias úteis para sancionar ou vetar o projeto, no todo ou em partes.

A quinta etapa é a avaliação da Casa Revisora. O processo legislativo ordinário é bicameral, ou seja, requer a manifestação das duas casas legislativas (Câmara dos Deputados e Senado Federal) para a elaboração das leis. A casa iniciadora recebe, emenda, discute e vota o projeto de lei e a Casa Revisora emenda, discute e vota. Se houver alteração do texto na casa revisora, ele é encaminhado novamente à Casa Iniciadora.⁽¹⁰⁾

A sexta etapa é a avaliação do presidente da República. O projeto aprovado pelas duas Casas é enviado à Presidência da República, para sanção ou veto. Se for rejeitado em qualquer casa, será arquivado. Se o presidente sancionar (ratificar) o projeto, ele se tornará lei e será publicado no Diário Oficial da União. Mas o presidente pode vetar uma parte do projeto ou todo ele. Se ele vetar alguns trechos, a parte sancionada se torna lei e os vetos voltam para análise do Congresso Nacional (sessão conjunta da Câmara e do Senado). Se esses vetos forem mantidos, a lei fica como está. Se eles forem derrubados, os trechos antes vetados passam a integrar a lei. Nessa etapa, a única atuação possível é com o presidente da República.



Fonte: Coutinho RL (2018).⁽¹⁰⁾

Figura 1. O processo legislativo

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo atua de forma contínua nos projetos de lei relacionados à ginecologia e obstetrícia, em todas essas etapas do processo legislativo, em conjunto com várias outras entidades médicas, dentre as quais se destaca a Associação Médica Brasileira (AMB), e entende a urgente necessidade de educação continuada e incremento do conhecimento de todas as etapas do processo legislativo para atuação cada vez mais coordenada e eficiente dos nossos associados, de maneira individual e coletiva, na defesa do ato médico e da saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Senado Federal. Como são feitas as leis. 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/jovensenador/home/arquivos/como-sao-feitas-as-leis>
2. Câmara dos Deputados. Quem são os deputados. 2023 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.camara.leg.br/deputados/quem-sao>
3. Senado Federal. Senadores em exercício: 57ª Legislatura (2023 - 2027). 2023 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www25.senado.leg.br/web/senadores/em-exercicio>
4. Câmara dos Deputados. Pesquisa simplificada. 2023 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaSimplificada>
5. Senado Federal. Pesquisa de matérias. 2023 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias>
6. Tribunal Superior Eleitoral. Brasil tem mais de 155 milhões de eleitoras e eleitores aptos a votar em 2024. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2024/Julho/brasil-tem-mais-de-155-milhoes-de-eleitoras-e-eleitores-aptos-a-votar-em-2024>
7. Câmara dos Deputados. Comissões. 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.camara.leg.br/comissoes/lista-comissoes>
8. Senado Federal. Comissões permanentes. Senado Notícias. 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/comissoes-permanentes>
9. Câmara dos Deputados. Entenda o processo legislativo. 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.camara.leg.br/entenda-o-processo-legislativo/>
10. Coutinho RL. A democracia conectada: tramitação de projeto de lei no Congresso Nacional. 2018 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www1.congressonacional.leg.br/parlathon/assets/novidades/TramitacaoProjetoLeiParlathon.pdf>

CADERNO CIENTÍFICO *Femina*[®]

CORPO EDITORIAL

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

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, Ionara Barcelos, 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 Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

503 Extração fetal difícil na cesariana

Álvaro Luiz Lage Alves, Alexandre
Massao Nozaki, Lucas Barbosa da Silva

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

513 Quando trocar a anticoncepção pela terapia hormonal?

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli,
Ana Luiza Siqueira de Toledo

ARTIGO ORIGINAL

518 Perfil epidemiológico de gestantes com sífilis

Amanda Boaventura, Natália Galvane
Zapelini, Maria Eduarda Scherer Costi

ARTIGO DE REVISÃO

523 Aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez: indução de assistolia fetal e outras recomendações

Denise Almeida Araújo Basso,
Renata Rodrigues Catani,
Marla Niag dos Santos Rocha,
Cristião Fernando Rosas,
Olímpio Barbosa de Moraes Filho,
Helena Borges Martins da Silva Paro

RESUMOS

529 Prêmio Guilherme Rezende – Melhores Temas Livres apresentados no Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia 2024

ERRATA

Femina. 2023;51(3):161-6.

Autores: Bruna Bialezki Pauletti, Camila
Rodrigues, Heloisa Kugeratski Pierin, Maria
Fernanda Queiróz Ferreira, Lucas Mori Garcia,
Milena Binhamé Albini Martini.

Extração fetal difícil na cesariana

Número 8 – 2024

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

PONTOS-CHAVE

- As principais causas de extração fetal difícil na cesariana são o polo cefálico profundamente impactado e a apresentação fetal flutuante.
- Os estudos das técnicas de manejo da extração fetal difícil na cesariana e dos seus resultados maternos e neonatais carecem de evidência científica, sendo predominantemente provenientes de relatos de casos, pequenas séries de casos e opiniões de especialistas.
- O polo cefálico profundamente impactado habitualmente se associa ao prolongamento do período expulsivo e/ou a tentativas malsucedidas de parto vaginal operatório.
- As principais complicações maternas associadas ao manejo do polo cefálico profundamente impactado são as lacerações do segmento uterino inferior, os hematomas nos ligamentos uterinos e as lesões dos vasos uterinos, colo uterino e/ou trato urinário.
- As principais complicações neonatais associadas ao manejo do polo cefálico profundamente impactado são a hemorragia intracraniana, as fraturas do crânio e/ou da coluna cervical, as lesões nervosas, a asfixia perinatal e até mesmo o óbito.
- Entre as manobras para o desprendimento do polo cefálico profundamente impactado, a extração abdominovaginal (*push method*) parece ser a que mais se associa a complicações maternas e neonatais.
- No polo cefálico não insinuado e flutuante, a versão podálica interna seguida de extração pélvica difere da extração pélvica reversa (*pull method*), pois, estando o polo cefálico alto na pelve, o feto é internamente vertido antes da extração dos seus segmentos corporais, semelhante à versão interna realizada no parto vaginal do segundo gemelar com apresentação cefálica flutuante.

RECOMENDAÇÕES

- As principais estratégias para obtenção de extrações fetais atraumáticas nas cesarianas são a realização de incisões de tamanho adequado e a instituição de relaxamento farmacológico corporal e uterino.
- Reparar os defeitos de espessura total do miométrio e realizar histerotomias na zona superior do segmento uterino parece contribuir para eliminar o risco de espectro da placenta acreta associado a histerotomias baixas realizadas em fases avançadas do trabalho de parto e mediante dificuldade de extração fetal.
- O preparo do manejo do polo cefálico profundamente impactado deve incluir orientações da parturiente e dos seus acompanhantes quanto aos desafios obstétricos, discussão entre as equipes de obstetrícia, anestesiologia e enfermagem, e a elaboração de um plano de extração fetal. Estão recomendados o relaxamento uterino e um bom posicionamento da histerotomia. A mão que manipulará a cabeça fetal deve ser lenta e cuidadosamente inserida. No parto abdominovaginal, a parturiente deve ser posicionada com os membros inferiores elevados, e o tempo após a histerotomia deve ser cronometrado, registrado e comunicado.
- No manejo do polo cefálico profundamente impactado, as histerotomias muito baixas devem ser evitadas. Não se deve atuar com pressa e força, e devem ser gastos alguns segundos para avaliação da anatomia, mesmo na presença de bradicardia fetal. Na manipulação da cabeça fetal, o operador não deve fletir o punho contra o miométrio, entre a incisão e o colo uterino.
- As principais manobras para o desprendimento abdominal de fetos profundamente impactados são a extração abdominovaginal (*push method*), a extração pélvica reversa (*pull method*) e as manobras de Patwardhan.

- Na extração abdominovaginal, o uso associado de alavancas obstétricas (ou um ramo de fórcepe) ou de sistemas desimpactantes (“travesseiro fetal”) potencialmente reduz a probabilidade de trauma uterino e demais complicações.
- No polo cefálico não insinuado e flutuante, a versão podálica interna seguida de extração pélvica ou a extração com auxílio de vácuo-extrator, alavanca ou fórcepe são as opções mais fáceis e seguras, sendo a primeira habitualmente mais rápida.

CONTEXTO CLÍNICO

A despeito da sua baixa incidência, a extração fetal difícil na cesariana é uma eventualidade associada ao aumento da morbidade materna e neonatal. Dentre as diversas causas que dificultam a extração fetal durante cesarianas, destacam-se o polo cefálico profundamente impactado e a apresentação fetal flutuante.⁽¹⁾

Contemporaneamente, tem sido observado um aumento das taxas de cesáreas realizadas no segundo estágio do trabalho de parto, frequentemente motivadas por falha ou falta de tentativa de parto vaginal operatório.⁽²⁾ Além disso, o aumento na prevalência de gestações de alto risco, que motivam interrupções mais precoces, favorece a ocorrência de outros fatores dificultadores da extração fetal, com destaque para o baixo peso ao nascer e as apresentações anômalas.⁽³⁾

Apesar do avanço nos estudos relacionados às técnicas de manejo dos partos vaginais difíceis, as informações disponíveis referentes às dificuldades nas cesáreas carecem de evidência científica, sendo predominantemente provenientes de relatos de casos, pequenas séries de casos e opiniões de especialistas. Portanto, treinar os obstetras nas habilidades relacionadas e investir em estudos com níveis de evidência e grau de recomendações mais robustos são ações imprescindíveis para otimizar o manejo da extração fetal difícil na cesariana.⁽⁴⁾

QUAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS DE EXTRAÇÃO FETAL DIFÍCIL NA CESARIANA E OS PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS?

Polo cefálico profundamente impactado e apresentação fetal flutuante são as principais causas de extração fetal difícil na cesariana. Dentre as demais causas, destacam-se os fetos de extremo baixo peso, as apresentações pélvica e cômica, as placentas implantadas no segmento anterior, os leiomiomas uterinos e a presença do anel de Bandl nos quadros de eminência de rotura uterina.⁽¹⁾

Os casos de polo cefálico profundamente impactado são frequentemente acompanhados de prolongamento do período expulsivo e/ou falha na tentativa de parto vaginal operatório. Já as apresentações fetais flutuantes se associam a cesarianas realizadas na ausência de trabalho de parto e a alterações na estática fetal (situações transversas e oblíquas).^(1,4)

QUAL A ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXTRAÇÃO FETAL DIFÍCIL NA CESARIANA E O ESPECTRO DA PLACENTA ACRETA?

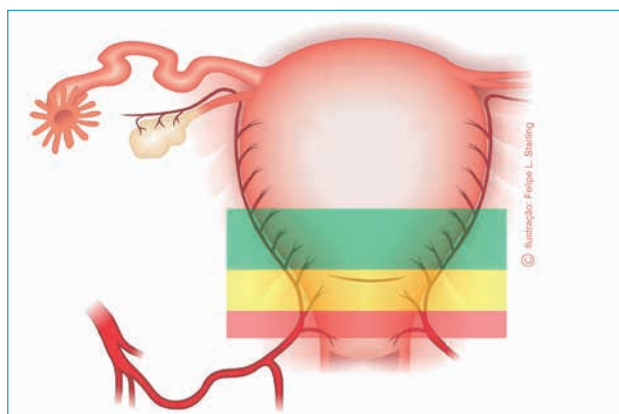
Indubitavelmente, o trauma uterino é o principal fator causal do espectro da placenta acreta (EPA). Sendo assim, a cesariana se apresenta como o principal fator de risco. O processo de cicatrização das histerotomias, por meio da fibrose, origina um tecido sem elasticidade, que, quando tracionado, predispõe a danos adicionais, afinamento miometrial, deiscência, defeitos uterinos e exposição do colágeno, todos associados à etiologia do EPA. Esse mecanismo fisiopatológico explica a associação do EPA com múltiplas cesarianas e com as outras causas de dano uterino, tais como dilatação e curetagem uterina.⁽⁵⁾

A ocorrência de placentas gravemente invasivas em pacientes após a primeira cesárea e na ausência de outros fatores causais suscita a possibilidade de outros mecanismos produtores de defeito uterino primário. Extensos defeitos uterinos ocorrendo em pacientes operadas após a fase de dilatação avançada e/ou na vigência do período expulsivo já foram evidenciados. Nessas situações, em que a histerotomia habitualmente é realizada a poucos centímetros do orifício cervical interno, ocorre intensa ação da collagenase no segmento uterino baixo, resultando em modificações anatômicas. A cicatrização subsequente, com defeito na espessura total, favorece os quadros de deiscência espontânea do segmento uterino baixo.⁽⁶⁾

Histerotomias transversas baixas potencialmente comprometem a irrigação proveniente das artérias cervicouterinas e promovem áreas de hipovascularização no segmento uterino baixo. Nessas áreas, também é observada a ausência de desenvolvimento decidual abaixo da incisão uterina em gestações subsequentes, com presença apenas do âmnio nessas finas regiões.⁽⁷⁾ Histologicamente, o segmento integra o colo uterino e apresenta alta porcentagem de colágeno, que é progressivamente maior nas áreas próximas ao orifício cervical interno. Portanto, o reparo primário dos defeitos de espessura total do segmento baixo apresenta alta taxa de recorrência espontânea, ao contrário das áreas segmentares mais superiores. Nos casos de deiscência espontânea do segmento uterino, as análises imunocitoquímicas dos defeitos de bordas revelam completa ausência dos fatores de crescimento, expli-

cando a ruptura tecidual e a alta taxa de recorrência após o reparo primário.⁽⁵⁾

Apesar de a elevada presença de colágeno no segmento uterino inferior propiciar a redução do sangramento de uma histerotomia e a facilitação da histerorrafia, os danos resultantes parecem ser altamente favorecedores ao desenvolvimento subsequente do EPA nessa topografia do útero. Já as porções superiores do segmento uterino, próximo à topografia da reflexão peritoneal, apresentam notáveis mudanças na sua espessura, maior provimento dos fatores de crescimento e melhor suprimento sanguíneo, proveniente de ramos diretos e anastomosados das artérias uterinas. Sendo assim, tendo como limite inferior o orifício cervical interno, três zonas podem ser identificadas no segmento uterino: uma curta superior, uma intermediária e outra inferior, a mais fina de todas, com altura de 2 a 4 cm, situada atrás e aderida à parede vesical (Figura 1).⁽⁸⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).
Zona verde: superior, próxima à reflexão peritoneal, mais espessa e vascularizada.
Zona amarela: intermediária.
Zona vermelha: inferior, a mais delgada, altura de 2 a 4 cm, atrás e aderida à parede vesical.

Figura 1. Representação topográfica das zonas do segmento uterino conforme a porcentagem de colágeno e o suprimento sanguíneo

Habitualmente, as histerotomias são realizadas na zona segmentar uterina inferior, menos irrigada, propiciando menor migração de fibroblastos e processo cicatricial deficiente. Histerotomias realizadas no segmento uterino superior sangram mais, porém são seguras e fáceis de reparar e, ao contrário do conceito predominante de que essa área é mais propícia a ruptura, esse risco é praticamente descartado.⁽⁹⁾ Portanto, reparar os defeitos de espessura total e realizar histerotomias na zona superior do segmento uterino parece contribuir para eliminar os problemas de cura e os defeitos de espessura total, e isso aponta para a necessidade de repensar as recomendações mais antigas e eliminar esse risco de EPA associado às cesáreas

com histerotomias baixas, em particular as realizadas na vigência das fases avançadas do trabalho de parto e mediante dificuldade para extração fetal.⁽⁵⁾

QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS GERAIS FACILITADORES DA EXTRAÇÃO FETAL NA CESARIANA?

As principais estratégias para obtenção de extrações fetais atraumáticas em cesarianas são a realização de incisões de tamanho adequado e o relaxamento uterino farmacológico.⁽¹⁰⁾

Diante da previsão de possíveis dificuldades para extração fetal, a incisão transversa da pele não deve ser inferior a 15 cm. A abertura da parede abdominal e a histerotomia também devem ser de tamanho adequado. A incisão uterina deve ser sempre superior a 10 cm. Deve-se avaliar a adoção da laparotomia ampliada de Maylard e da histerotomia segmentar transversa com expansão romba cefalocaudal. Nesta, após incisão do segmento uterino anterior, realizada com bisturi e pinça, o operador executa a histerotomia com expansão digital romba, com os dedos indicador e médio de uma das mãos tracionando em direção ao corpo uterino e os mesmos dedos da outra mão expandindo na direção do colo uterino. Essa técnica propicia uma abertura protetora das artérias uterinas e potencialmente mais ampla.⁽¹¹⁾ Também na intenção de prevenir lesões vasculares e ureterais, mas a despeito do maior risco de ruptura uterina em gestações subsequentes, pode-se optar pela realização de histerotomias ampliadas, em T invertido ou em J. Portanto, para a tomada de decisão por essas incisões, devem ser considerados a estática e o tamanho fetal, a localização da placenta, a presença de leiomiomas, o desenvolvimento do segmento uterino inferior e os planos futuros de gravidez.^(10,11) A extração da cabeça fetal deve ser preferencialmente realizada em occipitopúbico (OP) ou em occipitossacro (OS). Portanto, o polo cefálico deve ser rodado para OP ou para OS, por meio da manobra de Geppert, e desprendido pela histerotomia pelo seu diâmetro biparietal (9,5 cm), inferior ao diâmetro occipito-frontal (13 cm) das variedades de posição transversas.⁽¹²⁾

Relaxamento uterino adequado pode ser obtido com infusão venosa de 50 µg de nitroglicerina. Essa dose pode ser repetida mais quatro vezes, em intervalos de 60 segundos, até adequação do relaxamento. Deve-se atentar para hipotensão materna e hipóxia fetal.⁽¹³⁾ Outros uterolíticos, tais como os beta-agonistas (terbutalina, salbutamol) e o atosibano, também podem ser utilizados. Nas pacientes submetidas a anestesia geral, os agentes inalatórios utilizados para manutenção anestésica, tais como sevoflurano, desflurano e isoflurano, também propiciam relaxamento uterino dose-dependente.⁽¹⁴⁾

QUAL A FISIOPATOLOGIA E COMO DEVE SER O MANEJO DO POLO CEFÁLICO PROFUNDAMENTE IMPACTADO?

Quando todo o polo cefálico ocupa a vagina no período expulsivo, os tecidos vaginais se moldam à cabeça fetal, resultando em um efeito de “sucção”, semelhante ao promovido pelas campânulas dos vácuo-extratores. A imobilidade do polo cefálico ao exame vaginal e/ou a ausência de espaço entre a cabeça fetal e a sínfise púbica, confirmada pela dificuldade em se introduzir a mão que eleva e extrai o feto pela histerotomia durante a cesariana, evidenciam a insinuação profunda do polo cefálico. A impactação ocorre em aproximadamente 16% das cesáreas realizadas no período expulsivo e habitualmente se associa ao prolongamento do período expulsivo e/ou a tentativas malsucedidas de parto vaginal operatório.⁽¹⁵⁾

No manejo do polo cefálico impactado, as manobras habituais de extração fetal são frequentemente realizadas com emprego de força excessiva, com maior probabilidade de trauma materno e fetal. São mais comuns as lacerações do segmento uterino inferior, os hematomas nos ligamentos uterinos e as lesões dos vasos uterinos, colo uterino e/ou trato urinário. O trauma uterino evolui com hemorragia pós-parto, e o risco de infecção puerperal é maior. O neonato pode evoluir com lesões graves, tais como hemorragia intracraniana, fratura do crânio, lesões nervosas, fratura da coluna cervical, asfixia perinatal e até mesmo o óbito. Quando associados prolongamento do período expulsivo e/ou tentativas frustradas de parto vaginal operatório, nem sempre é possível determinar se as lesões foram advindas somente das manobras executadas.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

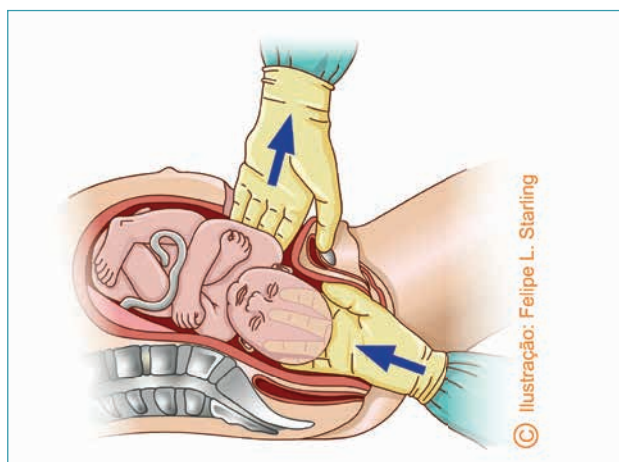
O preparo da paciente e da equipe deve incluir orientações da parturiente e acompanhantes quanto aos desafios obstétricos vinculados à situação, discussão entre as equipes de obstetrícia, anestesiologia e enfermagem, e elaboração de um plano de extração fetal. O manejo pode ser otimizado por meio do relaxamento uterino adequado, do bom posicionamento da histerotomia e da inserção lenta e cuidadosa da mão que manipula o polo cefálico. O uso combinado da mão vaginal ou de instrumentos que elevam a cabeça fetal pode propiciar a extração controlada do polo cefálico. Se o parto abdominovaginal for planejado, a parturiente deve ser rapidamente posicionada com os membros inferiores elevados, evitando-se, concomitantemente, a contaminação do campo cirúrgico. O tempo após a histerotomia deve ser cronometrado, registrado e comunicado aos envolvidos na assistência.⁽⁴⁾

Nas cesáreas realizadas durante períodos expulsivos prolongados, habitualmente a área da histerotomia é necessariamente maior. Sendo assim, deve-se evitar a realização de histerotomias muito baixas, pois o risco de extensão da incisão até a vagina é maior, au-

mentando a probabilidade de lesão vesical e/ou ureteral e dificultando extremamente o reparo cirúrgico. São também orientações para o manejo do polo cefálico impactado: não atuar com pressa e força, gastar alguns segundos avaliando a anatomia, mesmo diante de bradicardia fetal, e não fletir o punho contra o miométrio, entre a incisão e o colo uterino. Após o posicionamento lento da mão sob o polo cefálico, uma pressão deve ser aplicada na direção do abdome materno, na intenção de elevar a cabeça e o corpo fetal. Opcionalmente, o assistente pode tentar deslocar os ombros fetais em direção à cabeça da mãe, enquanto o outro obstetra tenta extrair o polo cefálico pela histerotomia. A extração da cabeça fetal deve ser realizada somente quando ela estiver ocupando o abdome materno, totalmente desinserida da pelve. No cenário em que inexistente espaço para a penetração da mão entre o polo cefálico e a pube, a extração pode ser obtida posicionando-se a mão lateralmente à cabeça fetal. Essa estratégia é facilitada, uma vez que o diâmetro transversal da pelve é maior que o anteroposterior. Mantendo o punho reto e o braço na linha média, evitando pressionar os ângulos uterinos, a mão é deslocada sob a face ou nuca fetal. Sequencialmente, o polo cefálico é fletido e elevado em direção à cabeça materna, mantendo-se o braço ereto e na linha média, paralelo ao corpo materno.⁽⁴⁾

Várias manobras específicas podem ser utilizadas para o desprendimento abdominal de fetos profundamente impactados. Na extração abdominovaginal (*push method*) a parturiente é posicionada com as pernas flexionadas e abduzidas, podendo também ser apoiadas em estribos. Após assepsia e antisepsia abdominal e vaginal, um assistente insere uma mão vaginal pelo vazio sacral, apreende o polo cefálico e o desloca superiormente, desfazendo a impactação e facilitando a extração fetal pelos obstetras que realizam a cesariana. Os dedos do assistente devem se posicionar separados, buscando apreender a maior área possível da calota craniana, evitando-se pressões focais excessivas, potencialmente traumáticas. Pela via abdominal, um dos operadores realiza, simultaneamente, tração ascendente nos ombros fetais. Estando o feto desimpactado, o polo cefálico é flexionado e extraído pela histerotomia (Figura 2).^(18,19) Em situações de exceção, essa manobra pode ser realizada por um dos obstetras que realiza a cesárea. Enquanto uma das mãos é introduzida na vagina para elevar o polo cefálico, a outra é mantida no abdome para impedir a sua deflexão. Imediatamente após a desimpactação, o operador deve trocar as luvas e completar a extração abdominal.^(19,20) Apesar de eficiente, essa manobra se associa mais a prolongamento da histerotomia, trauma uterino e das estruturas adjacentes, fraturas do crânio e morbidade fetal grave.^(21,22)

Quando bem aplicadas por via vaginal combinada, as alavancas obstétricas (ou o ramo de um fórcepe) poten-



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 2. Extração abdominovaginal (*push method*)

cialmente reduzem a probabilidade de trauma uterino na extração abdominovaginal. Sistemas desimpactantes, tais como o travesseiro fetal (*fetal pillow*), também têm sido utilizados e estudados (Figura 3).⁽²³⁾ Esse dispositivo é descartável e possui um balão que é inserido abaixo do polo cefálico fetal logo antes da cesariana. Imediatamente antes da laparotomia, o balão é infundido com 180 mL de solução salina, propiciando uma elevação do polo cefálico entre 2 e 3 cm. O dispositivo é esvaziado e removido logo após o término da cesariana. Evidências iniciais, advindas de metanálise que incluiu estudos heterogêneos e predominantemente observacionais, indicam que o uso do travesseiro fetal se associa a redução do tempo entre a histerotomia e o parto, extensão da histerotomia, perda sanguínea, necessidade de hemotransfusão, outras complicações operatórias e permanência hospitalar.⁽²³⁾ Foram também menores a acidemia neonatal, os riscos de sepse neonatal e a necessidade de terapia intensiva neonatal.⁽²⁴⁾

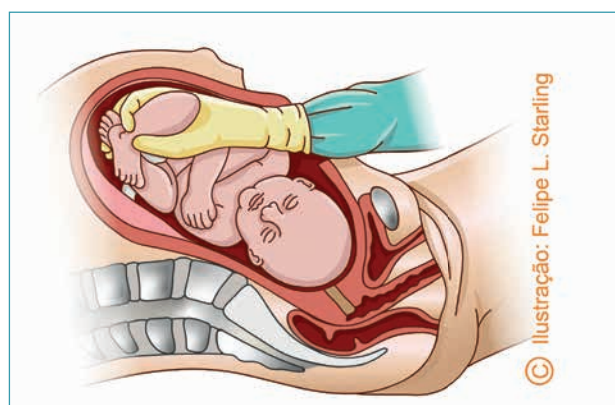


Fonte: Barbieri (2020).⁽²³⁾

Figura 3. Travesseiro fetal (*fetal pillow*)

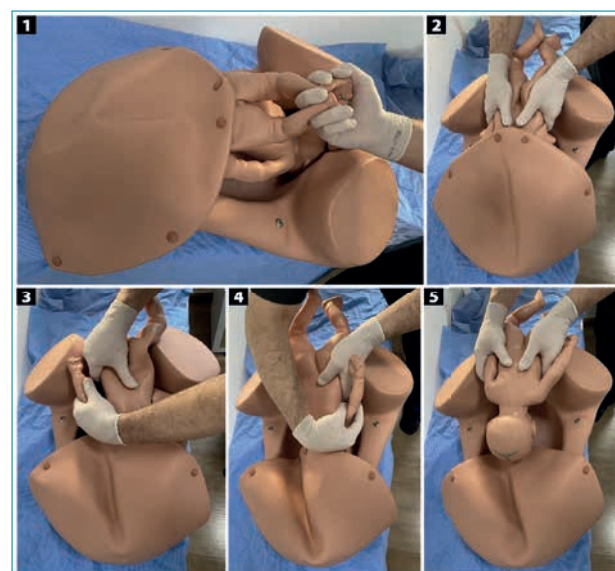
O uso dos sistemas desimpactantes associados a protocolos de pesquisa, regulamentação clínica e sistemas de auditoria pode ser recomendado, porém a melhoria dos resultados maternos e neonatais necessita ser investigada por meio de estudos com maior evidência científica.⁽²⁵⁾

Na extração pélvica reversa (*pull method*), após histerotomia ampliada, a mão do operador deve ser inserida em direção ao fundo uterino. Os tornozelos fetais são apreendidos e tracionados inferiormente. A tração deve ser aplicada paralela ao eixo das pernas, evitando-se fraturar a tíbia e/ou a fíbula. Após a versão do polo pélvico, o parto é realizado como uma extração pélvica clássica, aplicando-se a manobra de Mauriceau-Smellie-Veit (Figuras 4 e 5).⁽²⁶⁾ Comparada



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 4. Extração pélvica reversa (*pull method*)



Fonte: Registros fotográficos dos autores.

1. Desprendimento das pernas. 2. Desprendimento do tronco por flexão da região toracolombar. 3. Desprendimento do primeiro ombro. 4. Desprendimento do segundo ombro. 5. Desprendimento da cabeça.

Figura 5. Sequenciamento do desprendimento dos segmentos corporais fetais na extração pélvica reversa (*pull method*)

com a extração abdominovaginal (*push method*), a extração pélvica reversa reduz o prolongamento da histerotomia, a perda sanguínea, a necessidade de hemotransfusão e o tempo cirúrgico.⁽²⁷⁻²⁹⁾

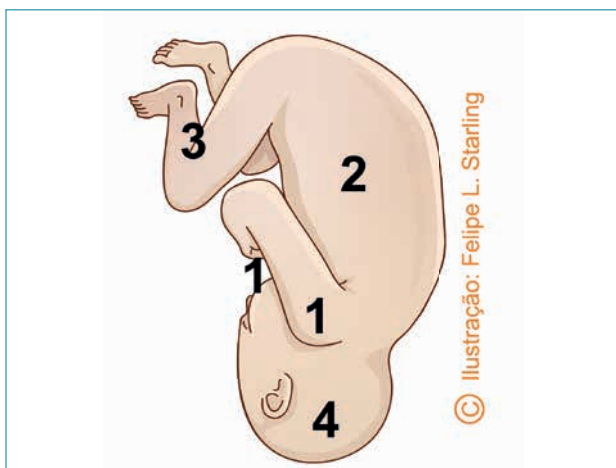
Nas manobras de Patwardhan, descritas em 1957, a extração pélvica reversa é precedida e otimizada pela remoção dos membros superiores através da histerotomia e executada com as mãos do operador posicionadas no abdome e pelve do feto. A posição do dorso fetal determina o sequenciamento da remoção dos membros e os pontos de posicionamento das mãos e dedos do operador para a reversão do tronco fetal.^(30,31)

Para os fetos profundamente impactados e com dorso anterior, a manobra de Patwardhan indicada é a “ombro primeiro”. Essa é a estática fetal mais inciden-

te, habitualmente com variedades de posição oblíquas anteriores (occipito-esquerda-anterior [OEA] e occipito-direita-anterior [ODA]) ou OP. O sequenciamento se inicia com o desprendimento dos ombros pela histerotomia, começando pelo braço mais facilmente acessível. Após o completo desprendimento dos braços, as mãos do operador são bilateralmente posicionadas na parte inferior do tronco fetal, com apoio dos dedos indicadores nas espinhas ilíacas posterossuperiores e dos outros quatro dedos no abdome fetal. O tronco é revertido por movimento de flexão, com desprendimento subsequente dos membros inferiores e da cabeça fetal, sem necessidade de manipulação desses segmentos corporais (Figuras 6 e 7).^(30,31)

Nos fetos com dorso lateral (à esquerda ou direita), a manobra de Patwardhan indicada também é a “ombro primeiro”. As variedades de posição são, habitualmente, as transversas (occipito-esquerda-transversa [OET] e occipito-direita-transversa [ODT]). O sequenciamento se inicia com o desprendimento dos ombros, começando pelo braço anterior, que estará do mesmo lado do dorso fetal e mais facilmente acessível. Após o desprendimento do braço anterior, é necessário girar o tronco fetal para melhor posicionamento e desprendimento do braço posterior. Na sequência, o tronco será revertido e desprendido por movimento de flexão, seguido do desprendimento dos membros inferiores e da cabeça fetal (Figuras 8 e 9).^(30,31)

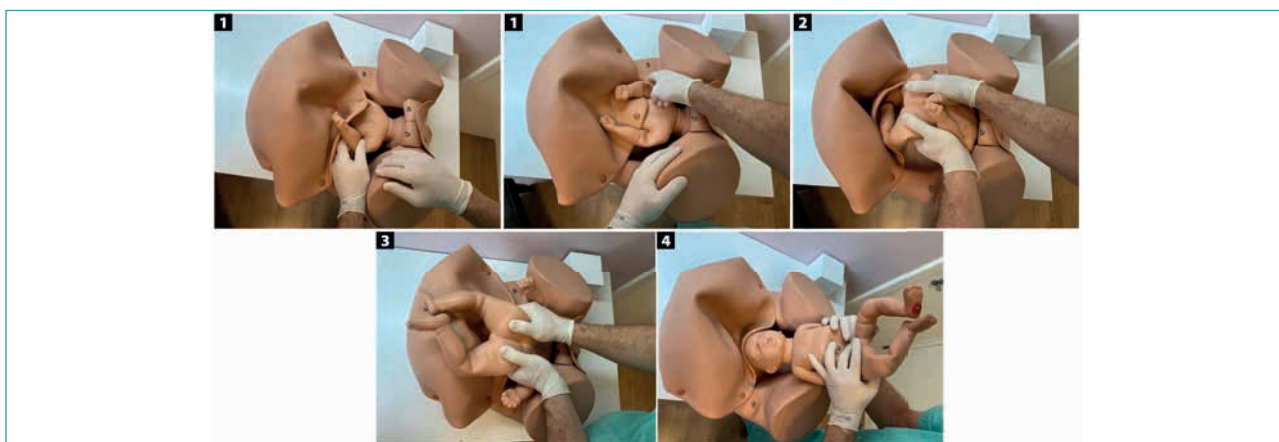
Já nos fetos com dorso posterior, habitualmente em variedades de posição oblíquas posteriores (occipito-esquerda-posterior [OEP] e occipito-direita-posterior [ODP]) ou OS, duas são as manobras propostas por Patwardhan. A primeira é idêntica à extração pélvica reversa pelo *pull method*, em que a mão do operador, inserida no fundo uterino, apreende os tornozelos e os traciona inferiormente para obter a versão do polo pélvico e a extração pélvica clássica (Figura 10). Na segunda manobra, o se-



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

1. Desprendimento dos ombros. 2. Desprendimento do tronco por flexão. 3. Desprendimento de ambas as pernas. 4. Desprendimento da cabeça.

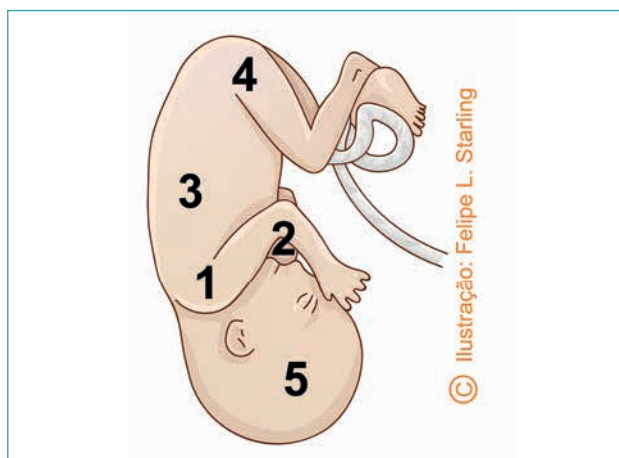
Figura 6. Manobra de Patwardhan “ombro primeiro” para o desprendimento de fetos com dorso anterior



Fonte: Registros fotográficos dos autores.

1. Desprendimento dos ombros. 2. Desprendimento do tronco por flexão. 3. Desprendimento das pernas. 4. Desprendimento da cabeça.

Figura 7. Sequenciamento do desprendimento dos segmentos corporais fetais na manobra de Patwardhan “ombro primeiro” em fetos com dorso anterior



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

1. Desprendimento do ombro anterior. 2. Desprendimento do ombro posterior. 3. Desprendimento do tronco por flexão. 4. Desprendimento das pernas. 5. Desprendimento da cabeça.

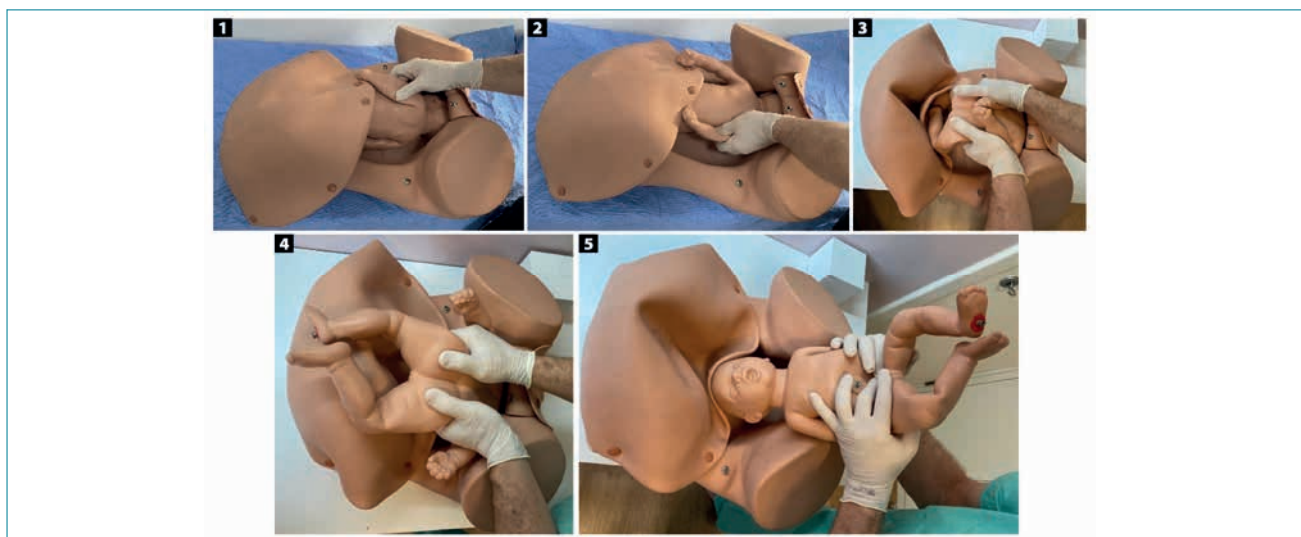
Figura 8. Manobra de Patwardhan “ombro primeiro” para o desprendimento de fetos com dorso lateral

quenciamento se inicia com o desprendimento de um dos braços, o mais facilmente acessível. Em seguida, é desprendida a perna do mesmo lado do braço que foi removido. Na sequência, a perna do lado contralateral é desprendida. Após o desprendimento desses três membros, as mãos do operador são bilateralmente posicionadas na parte inferior do tronco fetal, com apoio dos dedos indicadores no abdome fetal e dos outros quatro dedos em cada lado do dorso fetal. O tronco é revertido e desprendido por movimento de flexão, seguido do desprendimento do braço que não foi previamente removido e da cabeça fetal (Figuras 11 e 12).^(30,31)

Em uma metanálise de estudos observacionais, o prolongamento da histerotomia esteve mais associado à extração abdominovaginal (*push method*) do que às manobras de Patwardhan.⁽³²⁾ Entretanto, em uma metanálise mais recente, que comparou a extração abdominovaginal com as manobras de Patwardhan, não foram encontradas diferenças entre as técnicas com relação a extensão da incisão uterina, hemotransfusão, lesões do trato urinário, hemorragia pós-parto, admissão em unidade de terapia intensiva neonatal e no índice de Apgar < 7 no quinto minuto, dificultando as recomendações práticas.⁽²⁹⁾

QUAL A FISIOPATOLOGIA E COMO DEVE SER O MANEJO DO POLO CEFÁLICO FLUTUANTE?

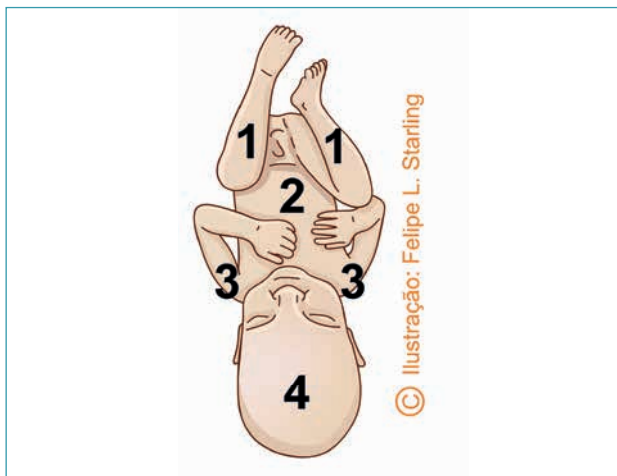
O polo cefálico não insinuado e flutuante é definido pela sua altura no plano -3 de De Lee, ou acima. Nessa situação, o acesso à cabeça fetal é fácil na cesariana, porém a apreensão necessária para executar sua tração até a histerotomia é difícil de ser obtida. Nas cesáreas realizadas em fetos mais ajustados na pelve, próximos da insinuação, quando a cabeça é elevada e fletida em direção à histerotomia, as forças uterinas a deslocam nessa mesma direção, que é a topografia de menor resistência. Contrariamente, na cabeça flutuante, as forças uterinas não a deslocam através da incisão, e a pressão realizada no fundo uterino se torna ineficiente, deslocando-a lateralmente. Nessa situação, a versão podálica interna seguida de extração pélvica ou a extração com auxílio de vácuo-extrator, alavanca ou fórceps são as opções mais fáceis e seguras, sendo a primeira habitualmente mais rápida.⁽³³⁾ Atenta-se para a contraindicação ao uso do vácuo-extrator antes de 32



Fonte: Registros fotográficos dos autores.

1. Desprendimento do ombro anterior. 2. Desprendimento do ombro posterior. 3. Desprendimento do tronco por flexão. 4. Desprendimento das pernas. 5. Desprendimento da cabeça.

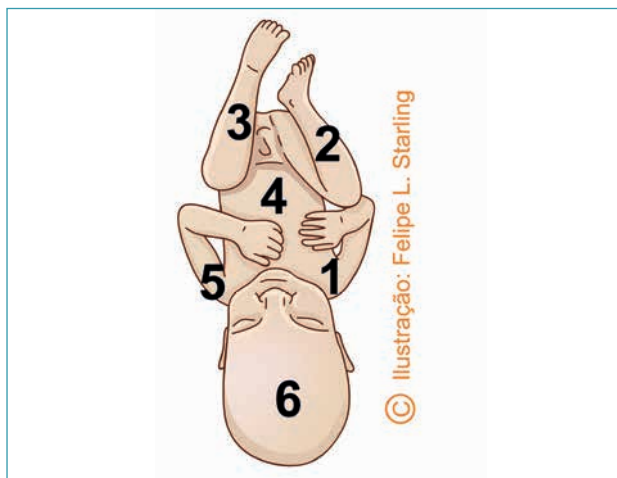
Figura 9. Sequenciamento do desprendimento dos segmentos corporais fetais na manobra de Patwardhan “ombro primeiro” em fetos com dorso lateral



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

1. Desprendimento das pernas. 2. Desprendimento do tronco por flexão. 3. Desprendimento dos ombros. 4. Desprendimento da cabeça.

Figura 10. Primeira manobra proposta por Patwardhan para o desprendimento de fetos com dorso posterior, idêntica à extração pélvica reversa pelo *pull method*



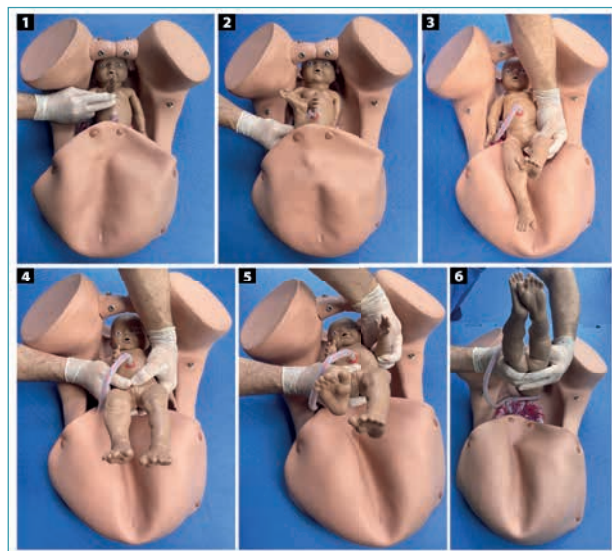
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

1. Desprendimento do braço de um dos lados. 2. Desprendimento da perna do mesmo lado. 3. Desprendimento da perna oposta. 4. Desprendimento do tronco por flexão. 5. Desprendimento do braço oposto. 6. Desprendimento da cabeça.

Figura 11. Segunda manobra de Patwardhan para o desprendimento de fetos com dorso posterior

semanas e para o seu uso cauteloso entre 32 e 36 semanas, uma vez que o limite inferior de segurança para a idade gestacional ainda não está estabelecido.⁽³⁴⁾

A versão nesse cenário difere da extração pélvica reversa (*pull method*), pois, estando o polo cefálico alto na pelve, o feto é internamente vertido antes da extração dos segmentos corporais, semelhante à versão realizada no parto vaginal do segundo gemelar com apresentação cefálica flutuante. O procedimento é realizado por meio da inserção de uma das mãos do operador profundamente no útero, seguida da apreensão



Fonte: Registros fotográficos dos autores.

1. Desprendimento do braço de um dos lados. 2. Desprendimento da perna do mesmo lado. 3. Desprendimento da perna oposta. 4. Desprendimento do tronco por flexão. 5. Desprendimento do braço oposto. 6. Desprendimento da cabeça.

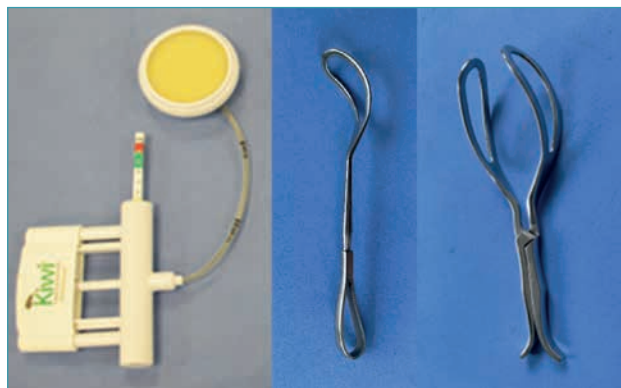
Figura 12. Sequenciamento do desprendimento dos segmentos corporais fetais na segunda manobra de Patwardhan para o desprendimento de fetos com dorso posterior

de um ou de ambos os pés pelo(s) tornozelo(s) e tração dele(s) através da histerotomia. Simultaneamente, a outra mão, posicionada externamente ao útero, guia a cabeça fetal em direção ao fundo uterino.⁽³³⁾

Opcionalmente, fetos com cabeça flutuante podem ser extraídos com auxílio de instrumentos. Após histerotomia e amniotomia, uma campânula de vácuo-extractor, preferencialmente flexível, pode ser alocada no ponto de flexão da cabeça fetal. Nas cesáreas, habitualmente a extração a vácuo é obtida sem maiores dificuldades, pois é mínima a resistência anatômica através da histerotomia. Outras opções incluem o uso de alavancas e fórceps. Existem alavancas idealizadas especificamente para extração fetal difícil em cesárea que já são disponíveis no país. As alavancas também podem ser substituídas por um dos ramos dos fórceps tradicionalmente utilizados nos partos vaginais operatórios (Simpson, Kielland). Conforme o desejo e a experiência do obstetra, os fórceps também podem ser utilizados com aplicação dos dois ramos, seguida da articulação, verificação da pega segura e tração. Existem instrumentos menores, desenhados especificamente para a extração fetal em cesárea, sendo mais comum no nosso meio o fórcepe de Marelli (Figura 13).^(2,35)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior prevalência de gestações de alto risco, determinantes de interrupções mais precoces, e a evolu-



Fonte: Registros fotográficos dos autores.
Da esquerda para direita: vácuo-extractor Kiwi Omni Cup, alavanca obstétrica e fórcepe de Marelli.

Figura 13. Instrumentos utilizados na extração de fetos com polo cefálico flutuante

ção da terapia intensiva neonatal, propiciando maior sobrevivência aos recém-natos prematuros, aumentaram a prevalência de cesarianas realizadas em fetos com baixo peso ao nascer e em apresentações anômalas. A assistência ao parto evoluiu contemporaneamente, com maior segurança e uso das cesarianas, que hoje detêm índices acima daqueles das recomendações científicas na maioria dos países. Paralelamente, a instrumentação no parto vaginal reduziu drasticamente, com maior despreparo da nova geração de obstetras, incapacidade dos docentes para o ensino da prática e crescente judicialização médica relacionada aos procedimentos. Esse cenário determinou o aumento das cesáreas realizadas no segundo estágio do trabalho de parto, também frequentemente associadas a dificuldades de extração fetal. A aventada associação do EPA com histerotomias baixas, em particular com cesáreas realizadas no período expulsivo de fetos profundamente impactados, adiciona um risco obstétrico de alta letalidade. Sendo assim, a aquisição de habilidades e competências relacionadas à assistência ao parto, ao uso de fórceps e vácuos-extratores na via vaginal do parto e às manobras específicas para o desprendimento fetal difícil em cesarianas se tornou imprescindível no processo atual de formação dos obstetras, justificando a importância de otimizar o estudo desse tema.

REFERÊNCIAS

- Levy R, Chernomoretz T, Appelman Z, Levin D, Or Y, Hagay ZJ. Head pushing versus reverse breech extraction in cases of impacted fetal head during cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;121(1):24-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2004.09.014
- Spencer C, Murphy D, Bewley S. Cesarean delivery in the second stage of labour. *BMJ.* 2006;333(7569):613-4. doi: 10.1136/bmj.38971.466979.DE
- Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Semin Perinatol.* 2017;41(7):387-91. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.009
- Cornthwaite KR, Bahl R, Lattey K, Draycott T. Management of impacted fetal head at cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 Aug 5. doi: 10.1016/j.ajog.2022.10.037. [ahead of print].
- Palacios-Jaraquemada JM. How to reduce the incidence of placenta accreta spectrum independently of the number of cesarean? *Matern Fetal Med.* 2019;1(2):69-9. doi: 10.1097/FM9.000000000000020
- Vikhareva Osseer O, Valentin L. Risk factors for incomplete healing of the uterine incision after caesarean section. *BJOG.* 2010;117(9):1119-26. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02631.x
- El-Agwany AS. Considerable observations in cesarean section surgical technique and proposed steps. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297(5):1075-7. doi: 10.1007/s00404-018-4672-1
- Chen CL, Guo HX, Liu P, Huang R, Yang ZB, Tang L, et al. Three-dimensional reconstruction of the uterine vascular supply through vascular casting and thin slice computed tomography scanning. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2009;18(2):98-102. doi: 10.1080/13645700902720324
- Shao Y, Pradhan M. Higher incision at upper part of lower segment caesarean section. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2014;52(194):764-70. doi: 10.31729/jnma.2727
- Ammitzbøll IL, Andersen BR, Lange KH, Clausen T, Løkkegaard EC. Risk factors for and consequences of difficult fetal extraction in emergency caesarean section. A retrospective registry-based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023;283:74-80. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.02.012
- Pergialiotis V, Mitsopoulou D, Biliou E, Bellos I, Karagiannis V, Papapanagiotou A, et al. Cephalad-caudad versus transverse blunt expansion of the low transverse hysterotomy during cesarean delivery decreases maternal morbidity: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(2):128.e1-13. doi: 10.1016/j.ajog.2021.04.231
- Blickstein I. Difficult delivery of the impacted fetal head during cesarean section: intraoperative disengagement dystocia. *J Perinat Med.* 2004;32(6):465-9. doi: 10.1515/JPM.2004.152
- Dufour P, Vinatier D, Puech F. The use of intravenous nitroglycerin for cervico-uterine relaxation: a review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 1997;261(1):1-7. doi: 10.1007/s004040050189
- Yoo KY, Lee JC, Yoon MH, Shin MH, Kim SJ, Kim YH, et al. The effects of volatile anesthetics on spontaneous contractility of isolated human pregnant uterine muscle: a comparison among sevoflurane, desflurane, isoflurane, and halothane. *Anesth Analg.* 2006;103(2):443-7. doi: 10.1213/01.ane.0000236785.17606.58
- Wyn Jones N, Mitchell EJ, Wakefield N, Knight M, Dorling J, Thornton JG, et al. Impacted fetal head during second stage caesarean birth: a prospective observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022;272:77-81. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.03.004
- Sung JF, Daniels KI, Brodzinsky L, El-Sayed YY, Caughey AB, Lyell DJ. Cesarean delivery outcomes after a prolonged second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(3):306.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2007.07.005
- Cornthwaite K, Draycott T, Bahl R, Hotton E, Winter C, Lenguerrand E. Impacted fetal head: a retrospective cohort study of emergency caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;261:85-91. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.04.021
- Landesman R, Graber EA. Abdominovaginal delivery: modification of the cesarean section operation to facilitate delivery of the impacted head. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;148(6):707-10. doi: 10.1016/0002-9378(84)90551-9
- Lippert TH. Abdominovaginal delivery in case of impacted head in cesarean section operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151(5):703. doi: 10.1016/0002-9378(85)90172-3

20. Lippert TH. Bimanual delivery of the fetal head at cesarean section with the fetal head in midcavity. *Arch Gynecol.* 1983;234(1):59-60. doi: 10.1007/BF02114726
21. Tan EK. Difficult caesarean delivery of an impacted head and neonatal skull fracture: can the morbidity be avoided? *J Obstet Gynaecol.* 2007;27(4):427-8. doi: 10.1080/01443610701325861
22. Steer PJ. Is a fractured skull discovered in the neonate after caesarean section delivery always evidence of negligence? *BJOG.* 2016;123(3):336. doi: 10.1111/1471-0528.13613
23. Barbieri RL. The fetal pillow: a new option for delivering the deeply impacted fetal head. *OBG Manag.* 2020;32(7):8-11. doi: 10.12788/obgm.0015
24. Di Girolamo R, Galliani C, Buca D, Liberati M, D'Antonio F. Outcomes of second stage cesarean section following the use of a fetal head elevation device: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;262:1-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.04.043
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Insertion of a balloon device to disimpact an engaged fetal head before an emergency caesarean section. *Interventional procedures guidance [IPG515].* 2015 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg515/chapter/1-Recommendations>
26. Fong YF, Arulkumaran S. Breech extraction--an alternative method of delivering a deeply engaged head at cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997;56(2):183-4. doi: 10.1016/s0020-7292(96)02817-2
27. Berhan Y, Berhan A. A meta-analysis of reverse breech extraction to deliver a deeply impacted head during cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;124(2):99-105. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.08.014
28. Waterfall H, Grivell RM, Dodd JM. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(1):CD004944. doi: 10.1002/14651858.CD004944.pub3
29. Gq Peak A, Barwise E, Walker KF. Techniques for managing an impacted fetal head at caesarean section: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023;281:12-22. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.12.017
30. Patwardhan BD, Motashaw ND. Caesarean section. *J Obstet Gynaecol India.* 1957;8(1):1-15.
31. Mukhopadhyay P, Naskar T, Delui R, Hazra S, Bhattacharya D. Evaluation of Patwardhan's technic - a four year study in a rural teaching hospital. *J Obstet Gynecol India.* 2005;55(3):244-6.
32. Jevé YB, Navti OB, Konje JC. Comparison of techniques used to deliver a deeply impacted fetal head at full dilation: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2016;123(3):337-45. doi: 10.1111/1471-0528.13593
33. Elshwaikh SL, Elsokary AA, Abuhamama AM. Internal podalic version for delivery of high floating head during cesarean section and neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(7):1328-33. doi: 10.1111/jog.13979
34. 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(1S):S549. doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.883
35. Arad I, Linder N, Bercovici B. Vacuum extraction at cesarean section - neonatal outcome. *J Perinat Med.* 1986;14(2):137-40. doi: 10.1515/jpme.1986.14.2.137

Como citar:

Alves AL, Nozaki AM, Silva LB. Extração fetal difícil na cesariana. *Femina.* 2024;52(8):503-12.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Difficult fetal extraction in cesarean section", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2024;46:e-FPS08.

Álvaro Luiz Lage Alves

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

Alexandre Massao Nozaki

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

Lucas Barbosa da Silva

Hospital das Clínicas, São Sebastião, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nenhum a declarar

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

Presidente:

Álvaro Luiz Lage Alves

Membros:

Gabriel Costa Osanan
 Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad
 Adriana Amorim Francisco
 Alexandre Massao Nozaki
 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

Quando trocar a anticoncepção pela terapia hormonal?

When to switch from contraception to hormonal therapy?

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli¹, Ana Luiza Siqueira de Toledo¹

RESUMO

A menopausa marca o fim da vida reprodutiva feminina, caracterizada pela cessação da menstruação devido a falência ovariana. No entanto, durante a perimenopausa, período de transição que antecede a menopausa, a fertilidade diminui, mas a possibilidade de concepção ainda existe. Ocorrendo gestação, as mulheres devem estar cientes dos riscos de complicações tanto maternas quanto fetais, como abortamento, anomalias cromossômicas, prematuridade, restrição de crescimento fetal, diabetes gestacional e hipertensão arterial. Sendo assim, o profissional de saúde deve auxiliar a mulher a encontrar um método que melhor se adapte às suas necessidades, tendo em conta o seu perfil médico e psicossocial. Além disso, há necessidade de ter conhecimento sobre a eficácia, riscos, efeitos colaterais e benefícios de cada contraceptivo. A hora certa de interromper a anticoncepção é quando houver a confirmação da menopausa, que, segundo a Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), são 12 meses de amenorreia em mulheres com 40 anos ou mais. Assim, este artigo revisa a necessidade de anticoncepção nesse período e explora as implicações hormonais e de saúde associadas a esses métodos.

ABSTRACT

Menopause marks the end of female reproductive life, characterized by the cessation of menstruation due to ovarian failure. However, during perimenopause, the transition period that precedes menopause, there is a decrease in fertility, but there is still the possibility of conception. When pregnancy occurs, women should be aware of the risks of complications for both the mother and the fetus, such as miscarriage, chromosomal abnormalities, prematurity, fetal growth restriction, gestational diabetes and hypertension. Therefore, the health professional must help the woman find a method that best suits her needs, taking into account her medical and psychosocial profile. Furthermore, there is a need to have knowledge about the effectiveness, risks, side effects and benefits of each contraceptive. The right time to stop contraception is when there is confirmation of menopause, which according to the North American Menopause Society (NAMS), is 12 months of amenorrhea in women aged 40 or over. Therefore, this article reviews the need for contraception during this period and explores the hormonal and health implications associated with these methods.

Descritores

Contracepção hormonal;
Menopausa; Dispositivo intrauterino;
Perimenopausa; Contracepção

Keywords

Hormonal contraception;
Menopause; Intrauterine device;
Perimenopause; Contraception

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli
E-mail: c.guazzelli@uol.com.br

Como citar:

Guazzelli CA, Toledo AL. Quando trocar a anticoncepção pela terapia hormonal. Femina. 2024;52(8):513-7.

INTRODUÇÃO

No climatério, a escolha entre a anticoncepção e a terapia hormonal depende de vários fatores, que incluem a idade, a presença de sintomas, a saúde em geral e a necessidade de algum método contraceptivo.

O período da perimenopausa é caracterizado por mudanças biológicas e psicossociais que tornam o aconselhamento e o cuidado contraceptivo para essa faixa etária um grande desafio. Esse momento proporciona uma

oportunidade de contribuir na melhora da saúde reprodutiva e geral das mulheres, bem como aprimorar a sua qualidade de vida. É o período que antecede a menopausa e pode ser considerado um sinônimo de “transição menopáusica”.⁽¹⁾ De acordo com o Sistema de Estadiamento STRAW+10 para Envelhecimento Reprodutivo em Mulheres, esse período corresponde aos estágios -1 e -2.⁽²⁾ A presença de alguns critérios como sangramento, fogachos, sudorese noturna e alterações endócrinas é considerada o padrão-ouro para caracterizar esse momento.⁽²⁾ Esses resultados diferenciam a transição que vai do período menstrual final até a pós-menopausa.⁽²⁾

É um modelo útil no ambiente clínico para pacientes e médicos avaliarem o potencial de fertilidade, as necessidades contraceptivas e a indicação de terapia hormonal.

A idade média de menopausa é por volta dos 50-51 anos, mas esse dado pode ser alterado devido a alguns fatores, que incluem a genética e o tabagismo. Cerca de 95% das mulheres terão o seu último período menstrual entre as idades de 45 e 55 anos.^(3,4) Em nosso país, a idade média foi de 48 anos, variando entre 45 e 51 anos.⁽⁵⁾

A menopausa é um evento fisiológico normal, sendo caracterizada pela ausência de menstruação (amenorreia) por 12 meses consecutivos e determinada de forma retrospectiva.⁽⁴⁾ Representa o término permanente da menstruação. Nesse período ocorre falência ovariana, representada pela diminuição acentuada na produção de estrogênio, que resulta em baixas concentrações séricas de estradiol, que podem causar em muitas mulheres sintomas vasomotores (ondas de calor) e outras queixas como irregularidade menstrual, irritabilidade, secura vaginal e dispareunia.⁽⁶⁾

NESSE PERÍODO É NECESSÁRIO FAZER USO DE ANTICONCEPÇÃO?

A fertilidade diminui com o avanço da idade, especialmente após os 40 anos, e atualmente temos observado uma taxa relativamente alta de gravidez nesse período.^(7,8) As mulheres precisam ser avisadas do maior risco de complicações tanto maternas quanto fetais, como abortamento, anomalias cromossômicas, prematuridade, restrição de crescimento fetal, diabetes gestacional, hipertensão e placenta prévia.⁽⁸⁻¹¹⁾

Dessa forma, SIM, a anticoncepção se torna necessária até a mulher ter certeza de realmente estar na menopausa e não poder engravidar. A escolha e a interrupção da contracepção apropriada requerem uma compreensão dos benefícios e riscos de utilização de cada método, e a avaliação das vantagens e desvantagens não contraceptivas para essa faixa etária.

HÁ NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS PARA ORIENTAR NA ANTICONCEPÇÃO?

À medida que as mulheres envelhecem, ocorre elevação dos riscos para certas condições de saúde, e isso,

associado aos sintomas da perimenopausa, necessita de um olhar diferente, em comparação às mulheres mais jovens. Nessa faixa etária, uma preocupação são os riscos para doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial, diabetes e tromboembolismo venoso, que se elevam.^(7,12) Também ocorre aumento da incidência de câncer relacionado à idade tanto para mama (80% ocorrem após 50 anos) como para endométrio e ovário.⁽⁷⁾

Mulheres com mais de 40 anos têm maior chance de fraturas osteoporóticas do que as mais jovens, por causa da presença de menor densidade mineral óssea, que ocorre devido ao declínio dos níveis de estrogênio.^(7,13) O risco de osteoporose aumenta com a idade, e as mulheres são mais propensas a essa doença do que os homens. Isso ocorre devido a uma massa óssea basal mais baixa e a perda acelerada pela deficiência hormonal causada pela menopausa.^(7,13)

Outras queixas são as alterações de humor, acompanhadas por irritabilidade, alteração do sono e disfunção sexual, com repercussões importantes na qualidade de vida e com riscos para a saúde mental.^(7,14)

QUAIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PODEM SER OFERTADOS PARA UMA MULHER NA PERIMENOPAUSA?

Nesse período, na perimenopausa, por si só, não se exclui qualquer método contraceptivo disponível. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos, não contraindica nenhum método apenas pela faixa etária, mas nos fornece recomendações para o uso seguro de contracepção.⁽¹⁵⁾

Há necessidade de um olhar especial para as mulheres com mais de 40 anos, pois, como foi descrito anteriormente, elas apresentam maior risco para doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, diabetes) e para alguns tipos de câncer (mama, endométrio e ovário).^(7,11-14) Essas condições são particularmente relevantes, pois podem contraindicar alguns métodos, principalmente os que contêm estrogênio.⁽¹⁵⁾

O profissional de saúde deve auxiliar a mulher a encontrar um método que melhor se adapte às suas necessidades, tendo em conta o seu perfil médico e psicossocial. Também há necessidade de ter conhecimento sobre a eficácia, riscos, efeitos colaterais e benefícios de cada contraceptivo.

Além da prevenção da gravidez, o uso de alguns métodos está associado a benefícios não contraceptivos para mulheres nesse período. Os anticoncepcionais hormonais podem ajudar a aliviar alguns sintomas relacionados à menopausa que ocorrem nesse momento de transição. Em particular, os métodos que contêm estrogênio suavizam os sintomas vasomotores, tais como os fogachos, a sudorese noturna e a redução da secura vaginal.⁽¹⁶⁾ Como esses anticoncepcionais também inibem a ovulação, eles são úteis na regulação do padrão de

sangramento e na diminuição das suas irregularidades, alterações típicas desse período. Também auxiliam na redução da quantidade e duração de perda de sangue em mulheres que sofrem de menstruação intensa.^(17,18)

A utilização de contracepção hormonal não interfere no início ou na duração dos sintomas da menopausa, mas pode mascarar os sinais e sintomas, melhorando a qualidade de vida da paciente.^(17,18)

Métodos contraceptivos que contêm apenas progestagênio também podem ser usados.^(7,15,18) O dispositivo hormonal contendo levonorgestrel é eficaz com o benefício adicional de oferecer redução no sangramento, com alta prevalência de amenorreia, e é potencialmente protetor contra a hiperplasia endometrial.^(17,18)

Outros métodos contendo progestagênio, como os injetáveis ou implantes, também podem ser usados e apresentam poucas contraindicações.^(7,15)

O dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal contendo cobre fornece contracepção eficaz e reversível. Embora não proporcione alívio dos sintomas vasomotores, é uma opção para mulheres no período da perimenopausa, especialmente para aquelas com comorbidades médicas que contraindicam o uso de métodos hormonais.^(7,15,18)

As mulheres que optam pelo uso do DIU contendo cobre devem ser aconselhadas sobre o potencial de desenvolvimento ou exacerbação de sangramento menstrual, um efeito colateral que pode ser ainda mais problemático nesse período de transição da menopausa.^(7,17,18)

Os contraceptivos de barreira, que incluem os preservativos masculinos e femininos, o capuz cervical e o diafragma, podem ser usados isoladamente ou em combinação com espermicidas vaginais, mas as pacientes precisam ser avisadas de que eles apresentam maior risco de falha para gravidez.^(7,15) Atualmente, são os únicos métodos amplamente disponíveis que reduzem a frequência de infecções sexualmente transmissíveis. Essa opção contraceptiva é dependente do coito, requer o uso correto e oportuno para um resultado ideal e suas taxas de falha para uso típico costumam ser mais altas, quando comparadas às dos outros métodos.^(7,17)

QUANDO A ANTICONCEPÇÃO PODE SER INTERROMPIDA?

A anticoncepção pode ser interrompida quando houver a confirmação da menopausa, que, segundo a Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), são 12 meses de amenorreia em mulheres com 40 anos ou mais. Algumas diretrizes, como a da *Faculty the Sexual Reproductive Healthcare* (FSRH), recomendam dois anos de amenorreia para mulheres entre 40 e 50 anos de idade e um ano para aquelas com 50 anos ou mais.^(4,7) A orientação pode ser para uso de métodos contraceptivos até os 55 anos, pois a grande maioria das mulheres (95,9%) já estará na menopausa.^(7,18) Após essa idade, 55 anos ou mais, se a mulher não quiser interromper um

determinado método, sua continuação dependerá da presença dos benefícios e riscos, que precisam ser discutidos e reavaliados.^(7,18)

Se o método contraceptivo usado for não hormonal (como, por exemplo, DIU-Cu [DIU de cobre]), os critérios de amenorreia descritos anteriormente serão aplicáveis. (Tabela 1)

No caso do uso de contraceptivos hormonais, a avaliação é mais desafiadora, pois a amenorreia pode ser artificial. Embora os testes hormonais não apresentem um diagnóstico definitivo, eles podem auxiliar nesse momento de transição. (Tabela 1)

A pós-menopausa é caracterizada por níveis elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH). Como orientação geral, um nível sérico de FSH > 30 UI/L indica um grau de insuficiência ovariana, mas não necessariamente de esterilidade.⁽⁷⁾

Alguns autores sugerem que a combinação dos níveis de FSH com a idade pode ajudar a avaliar o estado hormonal das mulheres que utilizam contraceptivos hormonais entre 50 e 55 anos de idade.^(4,7)

As usuárias de anticoncepção hormonal combinada apresentam valores suprimidos de estradiol e gonadotrofinas devido a ação do método. Uma alternativa de avaliação para essas mulheres é verificar os níveis de FSH no final do período livre de hormônio (sete dias), por duas vezes, com 6-8 semanas de intervalo. Se o nível de FSH for superior a 30 UI/L em ambas as vezes, a contracepção pode ser descontinuada.^(4,7)

Para alguns autores, após os 50 anos, as usuárias de anticoncepcionais hormonais combinados deverão ser orientadas a trocar de método para aqueles que contêm somente progestagênio ou para um DIU-Cu, mas isso é discutível.^(4,7,18) A orientação do NAMS é de que, na ausência de riscos para a utilização desse método, ele poderá ser continuado até os 55 anos.⁽⁴⁾

Após a interrupção da anticoncepção hormonal combinada, a paciente pode apresentar algumas queixas como sintomas vasomotores, distúrbios do sono, secura vaginal e alterações na função sexual. Nesse momento, a introdução de terapia hormonal pode ser considerada individualmente.^(7,18)

Para usuárias de métodos com progestagênio isolado (pílulas, implante ou DIU hormonal), os níveis de FSH podem ser avaliados e, se forem superiores a 30 UI/L, o método deve ser continuado por mais um ano e depois descontinuado. Esses contraceptivos também podem ser interrompidos aos 55 anos de idade, sem qualquer avaliação hormonal.^(7,18)

Para as mulheres que utilizam o injetável trimestral, os níveis de FSH nem sempre são suprimidos. A avaliação dos valores de FSH pode ser verificada no dia em que deve ser feita a injeção e repetida antes da próxima aplicação (cerca de 90 dias). Se ambos os níveis forem superiores a 30 UI/L, a contracepção pode ser descontinuada.^(7,18)

Tabela 1. Indicação e orientação de uso de método contraceptivo por faixa etária

Método	Idade 40-50 anos	>50 anos
Não hormonal/DIU-cu	Parar após 2 anos de amenorreia.	Parar após 1 ano amenorreia.
Anticoncepção hormonal combinada	Pode usar.	Parar aos 50-55 anos. Mudar – método só com progestagênio.
Injetável trimestral	Avaliar riscos/benefícios.	Aconselhar a trocar de método.
Implante – etonogestrel Progestagênio oral Dispositivo intrauterino hormonal	Pode continuar.	Parar aos 55 anos – individualizar. >50 anos em amenorreia e deseja parar com método Avaliar FSH: • FSH ≥ 30 UI/L 2 medidas – parar após 1 ano. • <30 UI/L – avaliar novamente após 1 ano. DIU-LNG pode permanecer até 55 anos, independentemente de FSH.

DIU-cu: dispositivo intrauterino de cobre; FSH: hormônio folículo-estimulante; DIU-LNG: dispositivo intrauterino contendo levonorgestrel.

Fonte: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017).⁽⁷⁾

Tabela 2. Utilização de terapia hormonal e método contraceptivo

Método	Segurança com TH	Função na TH
DIU hormonal	Uso seguro como contracepção junto com o estrogênio de escolha.	DIU-LNG 52 mg pode ser usado até 5 anos para proteção endometrial e precisa ser substituído regularmente quando usado para esse fim, independentemente da idade no momento da inserção.
Implante/pílulas só com progestagênio	Seguro para uso como contracepção junto com a TH sequencial.	Não pode ser recomendado para proteção endometrial, pois não há evidências que apoiem a eficácia.
AHCO	Não deve ser usado com TH.	Pode ser usado em mulheres elegíveis com < 50 anos como alternativa à TH.

DIU: dispositivo intrauterino; TH: terapia hormonal; AHCO: anticoncepcional hormonal combinado oral; DIU-LNG: dispositivo intrauterino contendo levonorgestrel.

Fonte: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017).⁽⁷⁾

A TERAPIA HORMONAL PODE SER UTILIZADA COMO ANTICONCEPÇÃO?

A terapia hormonal não substitui a anticoncepção. Alguns estudos em usuárias de terapia hormonal com idades entre 42 e 52 anos observaram inibição de ovulação em apenas 40% delas. A medição de FSH não é confiável durante o tratamento hormonal, pois os níveis séricos podem ser variáveis e não suprimidos.⁽⁷¹⁹⁾

Alguns métodos contraceptivos podem ser oferecidos com segurança juntamente com a terapia hormonal. O DIU hormonal contendo levonorgestrel 52 mg é o mais indicado para proteção endometrial; nesse caso, sua utilização deverá ser por cinco anos. (Tabela 2)⁽⁷¹⁸⁾

CONCLUSÃO

Mulheres com mais de 40-45 anos precisam reavaliar o método contraceptivo de sua escolha, devido ao aumento de alguns riscos característicos dessa faixa etária. Estímulos na motivação para evitar gestações não planejadas necessitam de adequada avaliação do histórico médico e da presença ou não de sintomas associados a perimenopausa. Tem importância um aconselhamento contraceptivo dinâmico, com troca de informações entre a paciente e o médico, que deve colocar as necessidades e as preferências da usuária no centro da consulta.

REFERÊNCIAS

1. Speroff L. The perimenopause: definitions, demography, and physiology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2002;29(3):397-410. doi: 10.1016/s0889-8545(02)00007-4
2. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1159-68. doi: 10.1210/jc.2011-3362
3. Taffe JR, Dennerstein L. Menstrual patterns leading to the final menstrual period. *Menopause.* 2002;9(1):32-40. doi: 10.1097/00042192-200201000-00006
4. North American Menopause Society. *Menopause practice: a clinician's guide.* 6th ed. Pepper Pike: NAMS; 2024.
5. Pompei LM, Bonassi-Machado R, Steiner ML, Pompei IM, de Melo NR, Nappi RE, et al. Profile of Brazilian climacteric women: results from the Brazilian Menopause Study. *Climacteric.* 2022;25(5):523-9. doi: 10.1080/13697137.2022.2088276
6. Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(3):489-501. doi: 10.1016/j.ogc.2011.05.006
7. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *FSRH Guideline Contraception for Women Aged Over 40 Years.* 2017 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.fsrh.org/Public/Documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017.aspx>
8. Hassold T, Hunt P. To err (meiotically) is human: the genesis of human aneuploidy. *Nat Rev Genet.* 2001;2(4):280-91. doi: 10.1038/35066065
9. Pal L, Santoro N. Age-related decline in fertility. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2003;32(3):669-88. doi: 10.1016/s0889-8529(03)00046-x

10. Luke B, Brown MB. Contemporary risks of maternal morbidity and adverse outcomes with increasing maternal age and plurality. *Fertil Steril*. 2007;88(2):283-93. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.11.008
11. Tanaka H, Hasegawa J, Katsuragi S, Tanaka K, Arakaki T, Nakamura M, et al. High maternal mortality rate associated with advanced maternal age in Japan. *Sci Rep*. 2023;9;13(1):12918. doi: 10.1038/s41598-023-40150-4
12. Cushman M. Epidemiology and risk factors for venous thrombosis. *Semin Hematol*. 2007;44(2):62-9. doi: 10.1053/j.seminhematol.2007.02.004
13. National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: full guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2015 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/full-guideline-559549261>
14. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling in elderly couples. *J Sex Med*. 2008;5(9):2027-43. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00926.x
15. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
16. MacLennan AH. Evidence-based review of therapies at the menopause. *Int J Evid Based Healthcare*. 2009;7(2):112-23. doi: 10.1111/j.1744-1609.2009.00133.x
17. Linton A, Golobof A, Shulman LP. Contraception for the perimenopausal woman. *Climacteric*. 2016;19(6):526-34. doi: 10.1080/13697137.2016.1225033
18. Grandi G, Di Vinci P, Sgandurra A, Feliciello L, Monari F, Facchinetti F. Contraception during perimenopause: practical guidance. *Int J Womens Health*. 2022;14:913-29. doi: 10.2147/IJWH.S288070
19. Gebbie AE, Glasier A, Sweeting V. Incidence of ovulation in perimenopausal women before and during hormone replacement therapy. *Contraception*. 1995;52(4):221-2. doi: 10.1016/0010-7824(95)00184-c

Perfil epidemiológico de gestantes com sífilis

Epidemiologic profile of pregnant women with syphilis

Amanda Boaventura¹, Natália Galvane Zapelini¹, Maria Eduarda Scherer Costi¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis em um município do sul de Santa Catarina no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021. **Métodos:** Estudo de corte transversal incluindo 319 gestantes com sífilis e idade superior a 18 anos, residentes no município de Criciúma, SC. Os dados referentes a escolaridade, idade gestacional, tratamento prescrito, entre outros, foram analisados após serem extraídos das fichas de notificação de sífilis em gestante registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). O instrumento de coleta foi elaborado pelas autoras do estudo. **Resultados:** A maioria das gestantes tinha idade entre 20 e 30 anos (67,4%), cor branca (77,3%) e ensino médio completo (34,2%); cerca de 49% delas tiveram o diagnóstico realizado no primeiro trimestre de gestação e 34,2%, no terceiro trimestre. A titulação do *venereal disease research laboratory* (VDRL) no diagnóstico foi > 1:8 em 56,2% dos casos. A penicilina G benzatina 7.200.000 UI foi o esquema de tratamento prescrito para a maioria das gestantes (66,5%); além disso, 53,9% dos parceiros não realizaram o tratamento. **Conclusão:** As gestantes acometidas eram jovens, brancas e com ensino médio completo. Destaca-se que novas abordagens que visem à adesão do parceiro ao tratamento se fazem necessárias.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the epidemiologic profile of pregnant women diagnosed with syphilis in a municipality in the south of Santa Catarina from January 2018 to December 2021. **Methods:** Cross-sectional study, including 319 pregnant women and age over 18 years with syphilis residents in the municipality of Criciúma, SC. Data referring to schooling, gestational age, prescribed treatment, among others analyzed were extracted from syphilis notification forms in pregnant women from the Notifiable Diseases Information System (Sinan) through the collection instrument developed by the study authors. **Results:** Most pregnant women are aged between 20 and 30 years (67,4%), white (77,3%), with complete secondary education (34,2%), about 49% were diagnosed in the first trimester of pregnancy and 34,2% in the third trimester. The venereal disease research laboratory (VDRL) titers at diagnosis was > 1:8 in 56,2% of cases. Penicillin G benzathine 7.200.000 IU was the treatment scheme prescribed to most pregnant women (66,5%), and 53,9% of the partners did not perform the treatment. **Conclusion:** It was concluded that the profile of the studied pregnant women presented young, white, with complete secondary education. New approaches aimed at the partner's adherence to treatment are necessary.

Descritores

Sífilis; Gestação; Perfil epidemiológico

Keywords

Syphilis; Pregnancy; Epidemiologic profile

Submetido:

07/12/2023

Aceito:

11/07/2024

1. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Maria Eduarda Scherer Costi
E-mail: dudacosti@gmail.com

Como citar:

Boaventura A, Zapelini NG, Costi ME. Perfil epidemiológico de gestantes com sífilis. Femina. 2024;52(8):518-22.

INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção sexualmente transmissível (IST) ocasionada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), possui como principal meio de transmissão o contato horizontal, ocorrendo geralmente pela atividade sexual desprotegida que possibilita o contato com lesões primárias ou secundárias ativas.⁽¹⁾ Entre os principais fatores de risco para infecção por sífilis, estão: sexo desprotegido, uso de drogas ilícitas, especialmente endovenosas,

etnia afro-americana, baixa renda, histórico prévio de outras ISTs, múltiplas parcerias sexuais e baixo nível educacional.⁽²⁾ No Brasil, em 2020, foram notificados 115.371 casos de sífilis adquirida em todo o país, sendo a taxa de detecção geral de 54,5 casos por 100 mil habitantes. Em Santa Catarina, local com a taxa mais elevada do país, foi observada a ocorrência de 113,4 casos para cada 100 mil habitantes. A maioria das notificações aconteceu na faixa entre 20 e 29 anos (38,8%), seguida pelos indivíduos na faixa entre 30 e 39 anos de idade (22,5%). Ainda, é possível observar uma prevalência de casos no sexo feminino (58,9%), com 395.485 (53,8%) das notificações realizadas em gestantes, resultando em risco à gravidez.⁽³⁾

Em gestantes tratadas de forma inadequada ou que não foram tratadas, a sífilis pode ser transmitida verticalmente – da mãe para o conceito –, ocorrendo mais frequentemente por via placentária, mas podendo também ocorrer no momento da passagem do feto através do canal do parto, caso alguma lesão sifilítica esteja ativa.⁽⁴⁾ A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer estágio da doença e em qualquer trimestre da gestação.⁽⁵⁾ As taxas de transmissão tendem a ser mais altas nos estágios primário e secundário da infecção materna (40%-90%), quando comparados ao estágio de infecção latente (40% na infecção latente recente e menos que 10% na infecção latente tardia).⁽⁶⁾ A sífilis gestacional está associada a uma série de complicações gestacionais, sendo as principais a prematuridade, hidropisia fetal não imune, óbito fetal, morte perinatal, abortamento espontâneo e, ainda, duas síndromes características da doença clínica: sífilis congênita precoce e tardia.⁽⁷⁾ A sífilis congênita enquadra-se como uma grave condição que, se não for fatal precocemente, pode causar deficiência permanente, debilitação e desfiguração pelos estigmas associados a essa condição.⁽⁸⁾

A sífilis tem alta prevalência mundial, principalmente em gestantes. Portanto, estudo com dados de fichas de notificação é de extrema importância para avaliar o perfil epidemiológico de gestantes diagnosticadas com sífilis no município em questão. Além disso, a partir das informações obtidas, pode-se ampliar o conhecimento científico e epidemiológico sobre o tema e, consequentemente, aprimorar a estratégia de prevenção e aconselhamento dos profissionais de saúde sobre a sífilis na gestação. Logo, o objetivo do presente estudo é avaliar o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis em um município do sul de Santa Catarina, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021.

MÉTODOS

Neste estudo observacional, de abordagem quantitativa, foram avaliadas 360 fichas de notificação de gestantes com diagnóstico de sífilis em um município do sul de Santa Catarina, e 41 fichas foram descartadas pelo fato de as gestantes possuírem idade inferior a 18 anos. O

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer número 5.551.839. Os dados foram coletados de fichas de notificação de sífilis em gestante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de gestantes diagnosticadas com sífilis em um município do sul de Santa Catarina, no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2021. As pacientes foram avaliadas por meio das fichas de notificação, e as seguintes variáveis foram coletadas: idade, cor da pele, escolaridade, idade gestacional no diagnóstico, titulação do VDRL no diagnóstico, esquema de tratamento prescrito à gestante e tratamento do parceiro. Os dados coletados foram organizados em planilhas, para posterior análise no *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Foi feita análise descritiva de todas variáveis de interesse, e os resultados foram relatados como frequência e porcentagem.

RESULTADOS

O número total de fichas de notificação de sífilis em gestante do Sinan analisadas durante a coleta foi de 360; dessas, 41 (11,4%) foram excluídas porque as gestantes tinham idade inferior a 18 anos. Portanto, 319 gestantes foram incluídas na análise. De acordo com a tabela 1, a faixa etária de maior prevalência das participantes foi dos 20 aos 30 anos, com 67,4% dos casos, seguidas de menores de 20 anos (16,3%) e 31 a 40 anos (15,7%). Em relação à cor da pele, a maioria foi branca (77,3%), seguida de preta (13,1%), e 28 fichas tiveram esse dado ignorado.

Quanto à escolaridade, a maioria possui ensino médio completo (34,2%), seguido de ensino fundamental incompleto (24,2%), e 88 das 319 fichas não continham tal informação. Em relação à idade gestacional no diagnóstico, houve maior frequência no primeiro (48,9%) e terceiro trimestres (34,2%), em comparação ao segundo trimestre (16,9%). Referente aos valores séricos de VDRL, 43,9% das participantes possuíam valores iguais ou inferiores a 1:8 e 56,2%, valores entre 1:16 e 1:256. A tabela 2 mostra que o esquema de tratamento prescrito à gestante mais prevalente foi a penicilina G benzatina 7.200.000 UI (unidades internacionais – 66,5%), seguida da penicilina G benzatina 2.400.000 UI (15,4%), penicilina G benzatina 4.800.000 UI (5,3%) ou outro esquema (1,6%). Trinta e seis gestantes (11,3%) não realizaram o tratamento. Quanto ao tratamento do parceiro, a maioria (53,9%) não realizou o tratamento.

DISCUSSÃO

Este estudo foi desenvolvido buscando elucidar qual o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis em um município do sul de Santa Catarina. Em relação aos dados sociodemográficos das pacientes, a faixa etária de maior prevalência foi dos 20 aos 30 anos, corroborando um estudo brasileiro realizado em Tocantins cujos dados foram coletados do Sinan, o qual demonstra que 67,8% das gestantes se encontram

entre 20 e 34 anos.⁽⁹⁾ Dados semelhantes também foram encontrados em um estudo realizado em São Paulo, no qual 55% das participantes apresentaram faixa etária de 20 a 29 anos.⁽¹⁰⁾

Tabela 1. Perfil das 319 gestantes com diagnóstico de sífilis coletado no Programa de Atenção Municipal a IST/HIV/Aids

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
Menor que 20	52 (16,3)
20 a 30	215 (67,4)
31 a 40	50 (15,7)
Maior que 40	2 (0,6)
Cor da pele	
Branca	225 (77,3)
Preta	38 (13,1)
Parda	26 (8,9)
Amarela	2 (0,7)
Ignorada	28
Escolaridade	
Analfabeta	2 (0,9)
Ensino fundamental incompleto	56 (24,2)
Ensino fundamental completo	37 (16,0)
Ensino médio incompleto	41 (17,8)
Ensino médio completo	79 (34,2)
Educação superior incompleta	7 (3,0)
Educação superior completa	9 (3,9)
Ignorada	88
Idade gestacional ao diagnóstico	
Primeiro trimestre	156 (48,9)
Segundo trimestre	54 (16,9)
Terceiro trimestre	109 (34,2)
Titulação do VDRL no diagnóstico	
1:1	14 (4,4)
1:2	24 (7,5)
1:4	37 (11,6)
1:8	65 (20,4)
1:16	59 (18,5)
1:32	52 (16,3)
1:64	36 (11,3)
1:128	26 (8,2)
1:256	6 (1,8)

IST: infecção sexualmente transmissível; HIV: vírus da imunodeficiência humana; Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida; VDRL: *venereal disease research laboratory*.

Tabela 2. Informações relativas ao tratamento das gestantes e parceiros coletadas no Programa de Atenção Municipal a IST/HIV/Aids

Informações relativas ao tratamento das gestantes e parceiros	n (%)
Esquema de tratamento prescrito à gestante	
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	49 (15,4)
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	17 (5,3)
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	212 (66,5)
Outro esquema	5 (1,6)
Não realizado	36 (11,3)
Tratamento do parceiro	
Realizado	147 (46,1)
Não realizado	172 (53,9)

IST: infecção sexualmente transmissível; HIV: vírus da imunodeficiência humana; Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida.

Acerca da cor da pele das gestantes, o predomínio foi de brancas, contrariando o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde de 2021, no qual a maioria das gestantes com sífilis era parda. Tal discrepância pode ser justificada pelo fato de que 75,1% da população da região Sul se declara como branca, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2021.^(3,11) Em se tratando da escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo, fundamentando o que se demonstra em um estudo retrospectivo de 2017, no qual grande parte (24,9%) das gestantes com diagnóstico de sífilis possuía ensino médio completo.⁽¹²⁾ Outra pesquisa realizada no Sul do Brasil em 2018 apresenta dados similares, no qual 52,7% das gestantes com sífilis cursaram o ensino médio.⁽¹³⁾

Quanto à idade gestacional no diagnóstico, predominaram o primeiro e terceiro trimestres, assim como se demonstra no Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde de 2022, em que a maioria (44,3%) teve diagnóstico no primeiro trimestre de gestação, seguida de 29,7% do terceiro trimestre.⁽¹⁴⁾ Tal achado pode ser explicado por meio do estudo de Rac *et al.*,⁽¹⁵⁾ que orienta que toda gestante deve ser testada no primeiro trimestre de gestação, com a repetição do teste sendo recomendada no terceiro trimestre.

A maioria das gestantes estudadas possuía um VDRL no diagnóstico com titulação > 1:8. Tal dado vai ao encontro de um estudo de Belo Horizonte, no qual 56,6% das participantes realizaram o primeiro exame de VDRL tardiamente e, dessas, 67,2% apresentaram titulação ≥ 1:8. Além disso, foi observado que, na maioria dos casos de sífilis congênita, as gestantes apresentaram títulos de VDRL mais elevados.⁽¹⁶⁾ Em uma revisão sistemática realizada por Pascoal *et al.*,⁽¹⁷⁾ alguns estudos demonstraram significância estatística entre altos títulos de testes não treponêmicos da mãe e sífilis congênita. Entre tais estudos, Qin *et al.*,⁽¹⁸⁾ por exemplo, mostraram que quase três quartos das crianças com sífilis congênita

nasceram de mães com altos títulos de VDRL ($\geq 1:8$). Os mesmos autores demonstraram que, à medida que os títulos aumentam, o risco de contrair sífilis congênita aumenta, chegando a um risco até 38 vezes maior quando os títulos ultrapassaram 1:64.⁽¹⁷⁾

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento, e uma única dose de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina, intramuscular, é realizada para tratar a sífilis recente, primária, secundária e latente recente – com até um ano de evolução. Já na sífilis tardia, latente tardia – duração superior a um ano –, terciária e latente com duração ignorada, o esquema consiste em três doses de 2.400.000 UI (7.200.000 UI) de penicilina G benzatina, dadas em intervalos semanais.⁽¹⁹⁾ No presente estudo, a maioria das gestantes foi tratada com penicilina G benzatina na dose de 7.200.000 UI. Em relação ao parceiro, a maioria não realizou o tratamento, e isso já foi demonstrado em uma pesquisa nacional realizada no Paraná, na qual 64,07% dos parceiros de mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação também não aderiram ao tratamento.⁽²⁰⁾ Essa questão pode ser justificada por dificuldades encontradas na aderência ao tratamento pelos parceiros, como desconhecimento da doença, baixa condição socioeconômica, vulnerabilidades, além de que a terapia, por ser intramuscular, contribui para resistência à dor e seguimento do tratamento.⁽²¹⁾

A importância do tratamento precoce e efetivo deve-se ao fato de que a sífilis materna primária ou secundária não tratada aumenta o risco de transmissão vertical ao feto, além de estar associada a complicações na gestação como aborto, prematuridade, natimortalidade, infecções congênitas e morte neonatal.⁽¹⁾ Um estudo realizado por Wan *et al.*⁽²²⁾ comparou bebês expostos de mães que iniciaram o tratamento no primeiro trimestre com bebês expostos de mães que o iniciaram no terceiro trimestre. E nos casos em que o tratamento se iniciou no terceiro trimestre, houve risco aumentado de natimortalidade (*odds ratio* ajustado [aOR]: 4,48; intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,31-15,30, $p = 0,017$), prematuridade (aOR: 2,34; IC de 95%: 1,61-3,40, $p < 0,001$) e baixo peso ao nascer (aOR: 3,25; IC de 95%: 1,97-5,37, $p < 0,001$). Além disso, não houve bebês diagnosticados com sífilis congênita nas mães que iniciaram o tratamento no primeiro trimestre.⁽²²⁾

Entre as limitações do presente estudo, por se tratar de um estudo observacional descritivo, a utilização de dados secundários, juntamente com a qualidade do preenchimento das fichas de notificação, dificultou a coleta de algumas variáveis, sendo fatores limitantes para o estudo. A elaboração de novas pesquisas deve atentar-se a essas limitações, priorizando estudos prospectivos e preenchimento adequado dos dados para melhor transparência das informações sociodemográficas. Por fim, o conhecimento e a identificação do perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de sífilis, principalmente durante a gestação, são de extrema importância para uma melhor abordagem dessa população, visto

que a sífilis ainda é uma doença transmissível que pode ser grave, principalmente para o conceito. Medidas como acolhimento da gestante e do parceiro, pré-natal adequado e campanhas visando à informação e à prevenção da doença são essenciais para uma melhor adesão ao tratamento e diminuição dos casos de sífilis.

CONCLUSÃO

O perfil de gestantes com sífilis no município de Santa Catarina se baseia em uma faixa etária entre 20 e 30 anos, brancas, com ensino médio completo e com diagnóstico principalmente no primeiro e terceiro trimestres de gestação. A maioria das gestantes possuía titulações de VDRL superiores a 1:8, e o tratamento mais utilizado foi a penicilina G benzatina na dose total de 7.200.000 UI. Em relação ao tratamento do parceiro, a maioria não o realizou. Aponta-se que, por se tratar de um estudo observacional com a utilização de dados secundários, a ausência de informações foi um fator limitante para os resultados do estudo. O conhecimento acerca do perfil de gestantes com sífilis tem grande poder para melhor abordagem e estratégias tanto para o diagnóstico precoce como para a prevenção de complicações. Além disso, devem-se elaborar novos planos para melhor adesão ao tratamento pelos parceiros.

REFERÊNCIAS

1. Uku A, Albusjasm Z, Dwivedi T, Ladipo Z, Konje JC. Syphilis in pregnancy: the impact of “the great imitator”. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;259:207-10. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.01.010
2. Rowe CR, Newberry DM, Inah AJ. Congenital syphilis: a discussion of epidemiology, diagnosis, management, and nurses’ role in early identification and treatment. *Adv Neonatal Care.* 2018;18(6):438-45. doi: 10.1097/ANC.0000000000000534
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Número especial. 2021 [cited 2022 May 28]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2023 May 28]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
5. Tsai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EH, Dotters-Katz S. Syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2019;74(9):557-64. doi: 10.1097/OGX.0000000000000713
6. Keuning MW, Kamp GA, Schonenberg-Meinema D, Dorigo-Zetsma JW, van Zuiden JM, Pajkrt D. Congenital syphilis, the great imitator – case report and review. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(7):173-9. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30268-1
7. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol.* 2018;42(3):176-84. doi: 10.1053/j.semperi.2018.02.005
8. Walker GJ, Walker D, Franco DM. Antibiotics for congenital syphilis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(2):CD012071. doi: 10.1002/14651858.CD012071
9. Cavalcante PA, Pereira RB, Castro JG. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(2):255-64. doi: 10.5123/S1679-49742017000200003

10. Maschio-Lima T, Machado IL, Siqueira JP, Almeida MT. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2019;4(8):73-80. doi: 10.1590/1806-93042019000400007
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Características gerais dos moradores 2020-2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
12. Cabral BT, Dantas JC, Silva JA, Oliveira DA. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev Ciênc Plural*. 2017;3(3):32-44. doi: 10.21680/2446-7286.2017v3n3ID13145
13. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Squario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2020;48(12):753-9.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis Boletim Epidemiológico - Sífilis. Número especial. 2022 [cited 2023 May 28]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022>
15. Rac MW, Revell PA, Eppes CS. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):352-63. doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.1052
16. Nonato SM, Melo AP, Guimarães MD. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-94. doi: 10.5123/S1679-49742015000400010
17. Pascoal LB, Carellos EV, Tarabai BH, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BS, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health*. 2023;28(6):442-53. doi: 10.1111/tmi.13881
18. Qin JB, Feng TJ, Yang TB, Hong FC, Lan LN, Zhang CL, et al. Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study. *Sex Transm Dis*. 2014;41(1):13-23. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000062
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 2022 [cited 2023 May 28]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
20. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
21. Vasconcelos MI, Oliveira KM, Magalhães AH, Guimarães RX, Linhares MS, Queiroz MV, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29:85-92. doi: 10.5020/18061230.2016.sup.p85
22. Wan Z, Zhang H, Xu H, Hu Y, Tan C, Tao Y. Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes: a retrospective study in Jiangxi Province, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):648. doi: 10.1186/s12884-020-03314-y

Descritores

Aborto induzido; Segundo trimestre da gravidez; Terceiro trimestre da gravidez; Guia de prática clínica; Revisão sistemática

Keywords

Induced abortion; Pregnancy trimester, second; Pregnancy trimester, third; Practice guideline; Systematic review

Submetido:

31/05/2024

Aceito:

09/08/2024

1. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
2. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
3. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
4. Universidade Federal da Bahia, Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, BA, Brasil.
5. Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, SP, Brasil.
6. Rede Médica pelo Direito de Decidir.
7. Universidade de Pernambuco, Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, Recife, PE, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Olímpio Barbosa de Moraes Filho
E-mail: olimpiomoraes@yahoo.com.br

Como citar:

Basso DA, Catani RR, Rocha MN, Rosas CF, Moraes Filho OB, Paro HB. Aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez: indução de assistolia fetal e outras recomendações. Femina. 2024;52(8):523-8.

Aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez: indução de assistolia fetal e outras recomendações

Induced abortion after 22 weeks of pregnancy: induction of fetal care and other recommendations

Denise Almeida Araújo Basso¹, Renata Rodrigues Catani², Marla Niag dos Santos Rocha^{3,4}, Cristiano Fernando Rosas^{5,6}, Olímpio Barbosa de Moraes Filho^{6,7}, Helena Borges Martins da Silva Paro^{2,6}

RESUMO

Objetivo: Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à assistência a pessoas que necessitam de cuidados em aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez. **Fonte dos dados:** Diretrizes clínicas e revisões sistemáticas encontradas nas bases de dados Tripdatabase, PubMed, *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (figo.org), *American College of Obstetricians and Gynecologists* (https://www.acog.org/), *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (https://sogc.org/) e *Society of Family Planning* (https://societyfp.org/), sem limitação de tempo de publicação. **Seleção dos estudos:** As diretrizes clínicas provenientes da busca nas bases de dados e sítios eletrônicos foram avaliadas por dois avaliadores independentes por meio do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). **Coleta de dados:** Das dez diretrizes selecionadas, nove tiveram recomendação para inclusão nesta revisão. As oito revisões sistemáticas que preencheram os critérios de inclusão foram utilizadas nesta revisão. **Síntese dos dados:** Os dados foram sintetizados a partir dos seguintes temas: indução de assistolia fetal, aborto induzido até 24 semanas, aborto induzido acima de 24 semanas, métodos para alívio da dor, inibição da lactação, contracepção pós-aborto e cuidados pós-aborto. **Conclusões:** Para o aborto induzido acima de 22 semanas, pode-se oferecer tanto o aborto medicamentoso com indução de assistolia fetal como o aborto por procedimento (dilatação e evacuação). O manejo adequado da dor deve ser oferecido à mulher durante o aborto induzido. A inibição da lactação é indicada, e os métodos contraceptivos devem ser ofertados de acordo com as preferências da mulher.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the scientific evidence available on clinical guidelines related to abortion care beyond 22 weeks. **Data source:** Clinical guidelines and systematic reviews found on Tripdatabase, PubMed, *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (figo.org), *American College of Obstetricians and Gynecologists* (https://www.acog.org/), *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (https://sogc.org/) e *Society of Family Planning* (https://societyfp.org/), with no publication data limits. **Selection of studies:** Practice guidelines were independently assessed by two reviewers, according to scores determined by the *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* instrument (AGREE II). **Data collection:** Nine out of ten practice guidelines were recommended to be included in the review. Eight systematic reviews met inclusion criteria and were used in this review. **Data synthesis:**

*Data were synthesized according to the following themes: induction of fetal asystole, induced abortion up to 24 weeks, induced abortion beyond 24 weeks, pain relief methods, lactation inhibition, post-abortion contraception and post-abortion care. **Conclusions:** Medication abortion preceded by induction of fetal asystole or procedural abortion (dilation and evacuation) should be offered to women seeking induced abortion beyond 22 weeks. Appropriate pain relief should be administered during treatment. Lactation inhibition is indicated. Contraceptive methods should be offered according to the woman's preference.*

INTRODUÇÃO

O aborto induzido, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a “expulsão ou extração completa de um embrião ou feto (independentemente da duração da gravidez), decorrente da interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios medicamentosos ou cirúrgicos, que não tem a intenção de resultar em um nascido vivo”.⁽¹⁾ Atualmente, no Brasil, o aborto induzido é considerado legal em três situações: I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (Código Penal, art. 128);⁽²⁾ e III – em casos de anencefalia fetal (Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 54).⁽³⁾

Apesar de o Brasil adotar uma abordagem baseada em permissivos legais restritos, não há uma limitação relacionada ao tempo gestacional nos três casos em que o aborto deve ser garantido. No mundo, muitos países adotam tempos gestacionais diversos para restringir o acesso ao aborto. A ampla variação de tempo gestacional entre os países demonstra que esses limites não estão baseados no conhecimento científico e no avanço tecnológico relacionado ao cuidado de mulheres que buscam um aborto induzido.⁽⁴⁾ No entanto, os limites de tempo gestacional podem forçar mulheres a procurarem abortos clandestinos ou fora do país,⁽⁵⁾ o que pode levar a aumento de custos, de mortalidade e das iniquidades sociais.⁽⁴⁾

Esses são alguns dos motivos pelos quais a OMS recomenda contra a abordagem baseada em permissivos legais ou limites de tempo gestacional para o acesso ao aborto induzido.⁽⁶⁾ A OMS defende a total descriminalização do aborto e orienta que, até que os Estados tomem medidas positivas para a revisão de suas leis, os permissivos sejam interpretados e aplicados em coerência com os tratados de direitos humanos.⁽⁶⁾

O que comumente notamos no Brasil, no entanto, é a restrição de serviços de aborto legal baseada em limites de tempo gestacional não estabelecidos pela lei brasileira. Recentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução proibindo a indução de assístolia fetal (IAF) para os casos de aborto de gravidez decorrente de estupro acima de 22 semanas de gravidez.⁽⁷⁾ Essa resolução foi suspensa liminarmente, e qualquer medida disciplinar ou administrativa dela

decorrente também foi proibida pelo Supremo Tribunal Federal.⁽⁸⁾ A resolução do CFM acabava por impedir o aborto induzido acima de 22 semanas, já que a IAF é o único curso de ação terapêutica que respeita a decisão da paciente pelo aborto legal e evita os danos da prematuridade.⁽⁹⁾

As sequelas da prematuridade continuam sendo observadas em altas taxas mesmo em recém-nascidos com maior tempo gestacional. Desconforto respiratório, ducto arterioso patente, hemorragia intraventricular grave, enterocolite necrosante, sepse tardia, displasia broncopulmonar com necessidade de oxigênio complementar e retinopatia ocorrem em 100% dos nascimentos com 22 semanas e em até 43% dos nascimentos com 28 semanas de gravidez.⁽¹⁰⁾

O imperativo ético de não causar o dano da prematuridade acaba por forçar a manutenção indesejada da gravidez diante da proibição da IAF, à semelhança do que ocorre quando limites temporais aos cuidados em aborto são impostos.⁽¹¹⁾ A imposição da gravidez, principalmente entre mulheres que engravidaram em decorrência de estupro, pode configurar tortura de acordo com os tratados internacionais de direitos humanos.^(12,13)

Embora pouco frequente, o aborto induzido nas fases mais avançadas da gravidez afeta de maneira desproporcional as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, bem como crianças e adolescentes.^(14,15) A dificuldade em reconhecer os sinais da gravidez entre as crianças,⁽¹⁶⁾ o desconhecimento sobre as previsões legais do aborto,⁽¹⁵⁾ a descoberta de diagnósticos de malformações que geralmente são realizados após a primeira metade da gravidez⁽¹⁷⁾ e as barreiras geográficas decorrentes do número reduzido de serviços⁽¹⁴⁾ constituem as principais razões para a procura pelo aborto após a 22ª semana de gravidez.

As barreiras criadas pelo próprio sistema de saúde também são determinantes para a procura do aborto em fases mais avançadas da gravidez.^(14,17) Essas barreiras foram evidenciadas em estudos realizados no Brasil. Um estudo realizado entre 2013 e 2015 demonstrou que apenas 37 dos 68 serviços de referência para aborto legal registrados no país realizavam o procedimento. Entre esses, 15 serviços haviam realizado menos de dez procedimentos nos últimos dez anos.⁽¹⁸⁾ Outro estudo revelou que, em 2019, os serviços que realizaram ao menos um aborto legal no Brasil estavam presentes em 3,6% dos municípios brasileiros, onde viviam menos de 60% das mulheres brasileiras em idade fértil.⁽¹⁹⁾

Para diminuir as barreiras geográficas e as iniquidades sociais relacionadas ao acesso ao aborto legal no Brasil, é necessário que ginecologistas e obstetras brasileiros tenham acesso às principais evidências científicas relacionadas ao aborto induzido em fases mais avançadas da gravidez. Esta revisão objetiva sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à assistência a pessoas que

necessitam de cuidados em aborto induzido acima de 22 semanas de gravidez.

MÉTODOS

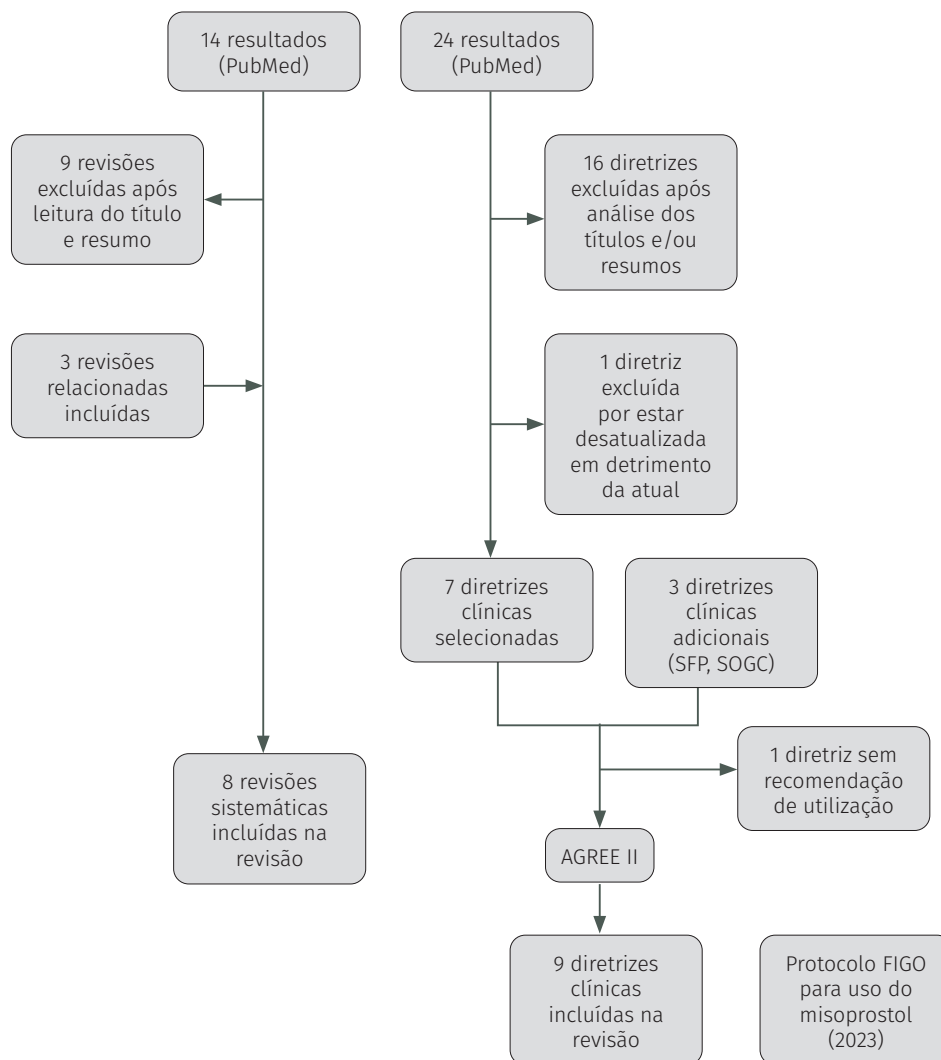
Fonte dos dados

A pesquisa de diretrizes relevantes a esta revisão foi realizada em agosto de 2023, por meio de busca sistemática nas bases de dados Tripdatabase e PubMed. Na base de dados Tripdatabase, foram utilizados os termos “*induced, abortion*” *diagnosis treatment “second trimester”*, com o filtro de *guidelines*. Na base de dados PubMed, foram utilizados os termos “*induced, abortion*” “*pregnancy termination*” *diagnosis treatment “second trimester”*, com o filtro de *systematic review*. Os artigos relacionados também foram analisados por meio da leitura do título e/ou resumo. Foram critérios de inclusão para esta revisão:

diretrizes ou revisões sistemáticas publicadas em inglês, português ou espanhol, sem limite de data de publicação.

Foram utilizadas ainda fontes adicionais com relevância no tema, como *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (figo.org), *American College of Obstetricians and Gynecologists* (https://www.acog.org/), *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (https://sogc.org/) e *Society of Family Planning* (https://societyfp.org/), sem limitação de tempo de publicação.

No Trip Database, foram encontradas 24 diretrizes clínicas, das quais 16 foram excluídas por não se tratarem do tema desta revisão. Uma diretriz foi excluída por haver uma diretriz mais atualizada em sua substituição. Duas diretrizes foram acrescentadas por apresentarem relevância ao escopo desta revisão. A estratégia de busca no PubMed recuperou 14 revisões sistemáticas, das quais nove foram excluídas após o rastreamento e análise dos títulos e resumos por não se tratarem do escopo



SFP: Society of Family Planning; SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics; AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation.

Figura 1. Resultados das estratégias de pesquisa nas bases de dados e fontes adicionais

desta revisão. Três revisões sistemáticas de artigos relacionados foram incluídas nesta revisão. A atualização do protocolo da FIGO para o uso do misoprostol⁽²⁰⁾ também foi incluída nesta revisão pela sua relevância (Figura 1).

Seleção dos estudos

As diretrizes clínicas provenientes da busca nas bases de dados e sítios eletrônicos foram avaliadas por dois avaliadores independentes por meio do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). O instrumento consiste de 23 itens, com resposta em escala tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em seis domínios (Escopo e finalidade, Envolvimento das partes, Rigor do desenvolvimento, Clareza da apresentação, Aplicabilidade e Independência editorial). Os escores são transformados em porcentagens. Há, ainda, um item para avaliação da qualidade global da diretriz e um item para a recomendação final do avaliador (sim; sim, com modificações; não).⁽²¹⁾

Coleta de dados

Das dez diretrizes selecionadas, nove tiveram recomendação para inclusão nesta revisão, de acordo com a avaliação por meio do instrumento AGREE II.^(4,21-28) Em uma das diretrizes, os avaliadores independentes discordaram acerca da recomendação final para uso no protocolo, e uma terceira avaliadora independente resolveu o dissenso, com a recomendação de inclusão da diretriz (Tabela 1). As oito revisões sistemáticas que preencheram os critérios de inclusão foram utilizadas nesta revisão.⁽²⁹⁻³⁷⁾

Síntese dos dados

Os dados foram sintetizados a partir dos seguintes temas: IAF, aborto induzido até 24 semanas, aborto induzido acima de 24 semanas, métodos para alívio da dor, inibição da lactação, contracepção pós-aborto e cuidados pós-aborto.

Indução de assistolia fetal

A IAF deve ser realizada a fim de evitar sinais de vida após o aborto induzido com medicamentos em tempos gestacionais de periviabilidade.⁽²⁸⁾ Esse procedimento também pode prevenir o desgaste emocional e psicológico das pacientes, acompanhantes e equipe assistente em casos de expulsão de feto com algum sinal de vitalidade.⁽²⁹⁾ Além disso, estudos observacionais sugerem que, no tratamento medicamentoso, a IAF pode diminuir o tempo entre o início da indução do aborto até a expulsão.⁽³⁷⁾ Dessa forma, a OMS⁽²²⁾ recomenda considerar a IAF nos casos de aborto induzido a partir das 20 semanas de gravidez.

O método para IAF depende da disponibilidade e da experiência da equipe médica do serviço. Uma revisão sistemática sobre os diferentes medicamentos e vias de administração demonstrou que a digoxina (1-2 mg) (injeção

intrafetal ou intra-amniótica), o cloreto de potássio (4-6 mEq) (injeção intracardíaca) e a lidocaína (200-480 mg) (injeção intracardíaca) são eficazes para a IAF anterior ao aborto induzido.⁽³⁷⁾ Desses medicamentos, apenas o cloreto de potássio e a lidocaína estão disponíveis no Brasil.

Aborto induzido até 24 semanas

A OMS recomenda a oferta de duas alternativas de tratamento para o aborto no segundo trimestre gestacional: o aborto por procedimento (dilatação e evacuação – D&E) ou o aborto medicamentoso (esquemas com combinação de mifepristona e misoprostol ou misoprostol isolado).⁽⁶⁾

O tratamento medicamentoso de escolha é a associação de mifepristona com misoprostol. O esquema recomendado é de 200 mg de mifepristona (via oral), com retorno da mulher ao serviço de saúde após 24-48 horas para indução com 400 mcg de misoprostol a cada três horas, até a expulsão dos produtos da concepção.^(6,20)

O esquema com mifepristona não é disponibilizado para comercialização no Brasil, e o tratamento apenas com misoprostol é a única opção medicamentosa para brasileiras em situação de aborto de segundo e terceiro trimestre previsto em lei. A dose recomendada é de 400 mcg de misoprostol (via vaginal ou sublingual) a cada três horas, até a expulsão dos produtos da concepção.^(6,20) A via vaginal é preferencial, mas em multiparas, as vias vaginal e sublingual têm eficácia semelhante.⁽³¹⁾ Para o tratamento medicamentoso, não há indicação de antibioticoprofilaxia.⁽⁶⁾ Não há indicação de evacuação cirúrgica de rotina após o aborto medicamentoso, apenas quando há evidência clínica de aborto incompleto.^(24,28) A ultrassonografia de rotina para rastrear a persistência de tecidos placentários também não está indicada.⁽²⁶⁾

No aborto por procedimento acima de 22 semanas, recomenda-se o preparo cervical sob analgesia local (bloqueio paracervical), com inserção de dilatadores osmóticos 24 horas antes do procedimento.⁽²²⁾ Pode-se associar 400 mcg de misoprostol no mesmo dia do procedimento (três a quatro horas antes do procedimento) para melhorar a dilatação cervical.⁽⁶⁾ O uso de antibioticoprofilaxia em dose única antes ou durante a D&E está indicado.⁽²²⁾

Aborto induzido acima de 24 semanas

Para casos entre 25 e 28 semanas de gravidez, o esquema preferencial é o regime combinado de mifepristona e misoprostol. Inicia-se com a administração por via oral de um comprimido de mifepristona (200 mg), seguida (após um intervalo de 24-48 horas) de doses de 200 mcg de misoprostol (via vaginal ou sublingual) a cada quatro horas.^(20,24) Quando a mifepristona não está disponível, o esquema alternativo é a administração de 200 mcg de misoprostol (via vaginal ou sublingual) a cada quatro horas, até a expulsão dos produtos da concepção.^(20,24)

O misoprostol pode ser utilizado com segurança para a indução do aborto em mulheres com idade gestacional até 28 semanas e histórico de uma cesárea. O risco

de ruptura uterina nesses casos é semelhante ao risco em mulheres sem cicatriz uterina.^(28,36) Em mulheres com mais de uma cesárea anterior, o maior risco de ruptura uterina não contraindica o uso de misoprostol, mas a opinião de especialistas sugere diminuir a dose em gravidezes a partir de 24 semanas.⁽²⁸⁾

Apesar de existirem poucos estudos sobre a indução medicamentosa do aborto exclusivamente em gravidezes acima de 28 semanas, a dose de 50 a 100 mcg de misoprostol a cada quatro horas por via vaginal é recomendada pela FIGO.⁽²⁰⁾

Métodos para alívio da dor

Para o alívio da dor no tratamento medicamentoso, é recomendado o uso profilático e rotineiro de anti-inflamatórios não esteroidais (ibuprofeno, até 800 mg, três vezes ao dia).⁽⁶⁾ Métodos adicionais para manejo da dor incluem opioides, antieméticos como a metoclopramida e anestesia epidural.^(6,30) A associação de metoclopramida (10 mg) 10 minutos antes e quatro horas após a primeira dose de morfina é capaz de reduzir o tempo da indução do aborto e a quantidade cumulativa de doses de morfina requerida.⁽³⁰⁾ O uso de opioides como morfina (2 mg em bôlus, injeção lenta) ou fentanila (25 mcg em bôlus, injeção lenta) é uma alternativa para o alívio da dor na indisponibilidade da anestesia epidural.⁽³⁰⁾

Para o aborto por procedimento (D&E), a oferta rotineira de anti-inflamatórios não esteroidais (ibuprofeno) também é indicada.⁽⁶⁾ A OMS recomenda ainda o uso de bloqueio paracervical e sedação consciente e desaconselha o uso rotineiro de anestesia geral. No entanto, uma revisão sistemática que incluiu quatro estudos sobre manejo da dor em pacientes submetidas à D&E concluiu que o uso da sedação profunda (propofol) ou da anestesia geral foi eficaz para o alívio da dor e não afetou a frequência de complicações e efeitos adversos ou colaterais.⁽³⁴⁾

Inibição da lactação

A inibição da lactação com cabergolina 1 mg em dose única é recomendada. Métodos mecânicos como o enfaixamento das mamas por até sete dias no período pós-aborto também podem ser utilizados. Se houver mastalgia, deve-se prescrever o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (ibuprofeno) e compressas frias.⁽²⁸⁾

Contracepção pós-aborto

Qualquer método contraceptivo pode ser ofertado à mulher para início imediatamente após o aborto se a contracepção for desejada e de acordo com os critérios de elegibilidade para a contracepção.^(23,28)

No caso dos métodos hormonais (orais, injetáveis, anel, adesivo ou implante), a contracepção pode ser iniciada no mesmo dia do procedimento cirúrgico ou da primeira dose de mifepristona ou de misoprostol no tratamento

medicamentoso.⁽⁶⁾ No caso de opção pelo dispositivo intrauterino (DIU), a inserção pode ser realizada imediatamente após o procedimento cirúrgico ou no momento da determinação do sucesso do tratamento medicamentoso.⁽⁶⁾ Em casos de hemorragia pós-aborto ou de infecção, a inserção do DIU deve ser postergada.^(23,28)

Cuidados pós-aborto

Antes da alta, a mulher deve ser orientada quanto aos sinais de alerta que indicam necessidade de retorno imediato ao serviço de saúde: aumento das cólicas ou dor abdominal, sangramento vaginal excessivo (mais de dois absorventes noturnos encharcados por hora, por duas horas consecutivas) e febre.⁽²²⁾ A orientação sobre sinais comuns também é importante: o sangramento vaginal pode permanecer por até duas semanas e a atividade sexual pode ser retomada tão logo o sangramento mais abundante cessar.^(22,24)

A OMS não recomenda acompanhamento de rotina no cuidado pós-aborto. No entanto, os ginecologistas e obstetras devem individualizar as necessidades da mulher para programar as consultas de retorno.

DISCUSSÃO

Embora questões legais, regulatórias, políticas e de prestação de serviços possam variar de país para país, as recomendações e melhores práticas descritas na literatura visam permitir a tomada de decisão em relação à assistência ao aborto da melhor qualidade. O nosso próprio Código de Ética Médica afirma que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade.⁽³⁸⁾ Para isso, precisamos ter no Brasil digoxina (1-2 mg) e mifepristona. A digoxina para injeção intra-amniótica torna a IAF mais simples, dispensando a necessidade de ser realizada por especialista em ultrassonografia.⁽²⁸⁾ Já a combinação de mifepristona com misoprostol demonstra ser mais efetiva que o uso isolado de misoprostol, diminuindo o tempo entre o início da indução do aborto e sua expulsão.⁽⁶⁾

CONCLUSÕES

No Brasil, não há limite de tempo gestacional para o aborto induzido nos três casos permitidos por lei: gravidez decorrente de estupro, risco de vida à mulher e anencefalia fetal. Os ginecologistas e obstetras dos serviços brasileiros de aborto legal devem estar preparados para oferecer tanto o aborto medicamentoso com indução de assistolia fetal como o aborto por procedimento (dilatação e evacuação) para as mulheres com mais de 22 semanas de gravidez. O manejo adequado da dor deve ser oferecido à mulher durante o aborto induzido. A inibição da lactação é indicada, e os métodos contraceptivos devem ser ofertados de acordo com as preferências da mulher.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 2022 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://icd.who.int/en>
- Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 1940 [cited 2024 May 24]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
- Supremo Tribunal Federal. ADPF 54: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. 2019 [cited 2024 May 24]. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>
- Lavelanet AF, Schlitt S, Johnson BR Jr, Ganatra B. Global abortion policies database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018;18(1):44. doi: 10.1186/s12914-018-0183-1
- Harries J, Gerdtz C, Momberg M, Greene Foster D. An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health*. 2015;12:21. doi: 10.1186/s12978-015-0014-y
- World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.378/2024. Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro. 2024 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2378>
- Supremo Tribunal Federal. ADPF 1141: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. 2024 [cited 2024 May 24]. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6895912>
- Paro H, Michel AR, Ortiz G, Repka D. Asistolia: por una mejor calidad en la atención del aborto. Serie: Los tiempos del aborto. Documento 2: Los tiempos del aborto. Lima: Red Jurídica de CLACAI/Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro; 2024 [cited 2024 May 23]. Available from: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/2417>
- Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Shankaran S, Laptook AR, Walsh MC, et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*. 2010;126(3):443-56. doi: 10.1542/peds.2009-2959
- Upadhyay UD, Weitz TA, Jones RK, Barar RE, Foster DG. Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States. *Am J Public Health*. 2014;104(9):1687-94. doi: 10.2105/AJPH.2013.301378
- United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York: UN; 2016. (E/C.12/GC.22).
- United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation No. 34: The rights of rural women. New York: UN; 2016. (CEDAW/C/GC/34).
- Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol*. 2006;107(1):128-35. doi: 10.1097/01.AOG.0000189095.32382.d0
- Harris LH, Grossman, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Obstet Gynecol*. 2011;115(1):77-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.018
- Harries J, Orner P, Gabriel M, Mitchell E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reprod Health*. 2007;4:7. doi: 10.1186/1742-4755-4-7
- Kimport K. Is third-trimester abortion exceptional? Two pathways to abortion after 24 weeks of pregnancy in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2022;54(2):38-45. doi: 10.1363/psrh.12190
- Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015
- Jacobs MG, Boing AC. [What do the national data say about the supply and performance of legal abortions in Brazil in 2019?]. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00085321. doi: 10.1590/0102-311X00085321. Portuguese.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO mifepristone & misoprostol and misoprostol only dosing charts 2023. 2023 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449
- World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO; 2023.
- World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States Agency for International Development. Family Planning: a global handbook for providers. 4th ed. Baltimore: CCP; Geneva: WHO; 2022.
- National Institute for Health and Care Excellence, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Abortion care. Manchester: NICE; 2019. (NICE Guideline; NG140).
- Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*. 2011;84(1):4-18. doi: 10.1016/j.contraception.2011.02.005
- Costescu D, Guilbert E. No. 360-induced abortion: surgical abortion and second trimester medical methods. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(6):750-83. doi: 10.1016/j.jogc.2017.12.010
- The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Guideline: contraception after pregnancy (January 2017, amended October 2020). London: FSRH; 2020 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.fsrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-oct2020.pdf>
- Zwerling B, Edelman A, Jackson A, Burke A, Prabhu M. Society of Family Planning Clinical Recommendation: medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception*. 2023;129:110143. doi: 10.1016/j.contraception.2023.110143
- Diedrich J, Drey E; Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion. *Contraception*. 2010;81(6):462-73. doi: 10.1016/j.contraception.2010.01.018
- Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*. 2011;83(2):116-26. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.014
- Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2011(1):CD005216. doi: 10.1002/14651858.CD005216.pub2
- Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2013;121(6):1335-47. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182932f37
- Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(7):CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub4
- Jackson E, Kapp N. Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG*. 2020;127(11):1348-57. doi: 10.1111/1471-0528.16212
- Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD006714. doi: 10.1002/14651858.CD006714.pub2
- Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1117-23. doi: 10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2
- Tufa TH, Prager S, Lavelanet AF, Kim C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contracept X*. 2020;2:100046. doi: 10.1016/j.conx.2020.100046
- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM Nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM Nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília (DF): CFM; 2019.

Prêmio Guilherme Rezende Melhores Temas Livres apresentados no Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia 2024

GINECOLOGIA

Literacia em saúde: onde falha a contracepção?

Vitor Neves Batista², Anne Caroline Magalhaes Oliveira², Ana Maria Guedes², Eura Martins Lage¹, Patrícia Gonçalves Teixeira¹

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

Apesar da disponibilidade gratuita de métodos contraceptivos e das orientações individuais e em programas educativos, mulheres brasileiras entre 16 e 45 anos já tiveram pelo menos uma gestação e mais de 60% delas não foram planejadas. Há uma lacuna entre a oferta de métodos contraceptivos, o entendimento da informação e o uso real pelas mulheres. A essência da prescrição de medicamentos é garantir a descrição correta da formulação e a posologia, garantindo a compreensão correta pelo paciente, visando à autoadministração. No entanto, erros e falhas no entendimento de prescrições são comuns e, na maioria, seriam evitáveis. Nesse contexto, a literacia em saúde, definida como a habilidade de acessar, entender e aplicar informações médicas, varia consideravelmente entre indivíduos quando levamos em conta as diferenças culturais e sociais. A efetividade do planejamento reprodutivo configura um desafio que segue os preceitos da literacia em saúde.

Objetivo

Identificar fragilidades no uso de contraceptivos e a ocorrência da gestação em curso, visando direcionar intervenções eficazes de planejamento familiar.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado entre julho e dezembro de 2023, no qual foram entrevistadas 206 gestantes matriculadas no pré-natal do setor público. Utilizou-se o Formulário Google Forms com dados das gestantes, da gravidez e dos métodos contraceptivos e aceitação da gravidez. Para análise estatística, utilizou-se o MINITAB@ versão 14.

Resultados

A idade das gestantes variou de 15 a 43 anos (média de 23 anos), e a idade gestacional foi de 7 a 41 semanas. Em relação à escolaridade, consideramos para análise: ensino fundamental completo (2,4%) e incompleto (3,0%),

ensino médio completo (62,1%) e incompleto (17%) e ensino superior (15,5%). A renda familiar da maioria (72,3%) era de menos de 3 salários mínimos, e 65% estavam desempregadas ou em trabalho informal. A gravidez não foi planejada para 135 (65%), mas foi bem aceita pelas gestantes, parceria e familiares. Em relação aos contraceptivos prévios à gravidez, 63% não estavam em uso de nenhum, cerca de 20,4% consideravam estar em uso correto, 3,4% estavam em troca de método, 1,3% relatou efeitos colaterais, e a falha ocorreu em menos de 1%. Contracepção de emergência foi a opção de 68% das gestantes em algum momento e 47% fizeram essa prática por mais de duas vezes.

Conclusão

No estudo, foi notável a proporção de mulheres que alegaram ocorrência de gravidez em uso correto do método contraceptivo. A maioria das gestantes era alfabetizada e capaz de fazer reflexões e interpretações, e tinha habilidade para compreender. Os dados obtidos apontam duas prováveis falhas: viés de informação e percepção inadequada sobre o que é, de fato, o uso correto do método contraceptivo. Para melhorar a eficácia da contracepção, é essencial implementar estratégias que abordem essas deficiências na literacia em saúde e promovam melhorias na saúde reprodutiva.

Níveis de GDF-15 em mulheres com a síndrome de ovários policísticos e o uso de metformina: estudo clínico e análise *in silico* de vias biológicas

Fernanda Medeiros Vale Magalhães¹, Rodrigo Mendonça Cardoso Pestana², Cláudia Natália Ferreira³, Ieda de Fátima Oliveira Silva¹, Ana Lúcia Cândido², Flavia Ribeiro Oliveira², Fernando Marcos dos Reis², Karina Braga Gomes¹

¹ Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ³ Colégio Técnico, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma condição endócrina comum em mulheres em idade reprodutiva. Está associada a complicações metabólicas, reprodutivas e psicológicas. O fator de crescimento e diferenciação 15 (GDF-15) é uma citocina da família do fator de transformação de crescimento beta (TGF- β) que regula o metabolismo de lipídios e glicose, aumentando a sensibilidade

à insulina. A metformina é um dos fármacos utilizados comumente no tratamento do *diabetes mellitus* tipo 2 e tem sido utilizada no tratamento da SOP.

Objetivo

Avaliar os níveis de GDF-15 em pacientes com SOP e a sua relação com o uso de metformina, bem como propor possíveis vias biológicas nas quais o GDF-15 pode estar relacionado à fisiopatologia da síndrome.

Métodos

Foram avaliadas 35 mulheres com SOP (grupo caso) e 32 mulheres híginas (grupo controle). Em um segundo grupo de mulheres com SOP, 7 foram tratadas com metformina e 15 não foram tratadas. Os níveis de GDF-15 foram analisados pelo *kit MILLIPLEX® MAP Human Cardiovascular Disease Magnetic Bead Panel 2*. Para uma compreensão integrada das proteínas relacionadas às vias do GDF-15 e à SOP, foram utilizadas as bases de dados SIGNOR e Pathway Commons. As proteínas reguladas pelo GDF-15 em ambas as bases foram sobrepostas no *software* STRING, que recuperou vias biológicas significativas relacionadas a essas interações (valor $p < 0,05$).

Resultados

No grupo de mulheres com SOP, a mediana dos valores de GDF-15 foi de 6,11 (intervalo interquartil – IQ = 10,35). Para o grupo controle, o valor encontrado foi de 3,62 (IQ = 5,67) ($p = 0,039$). No grupo de mulheres com SOP tratado previamente com metformina, a mediana dos valores foi de 1,89 (IQ = 2,73) e no grupo não tratado, foi de 1,18 (IQ = 0,49) ($p = 0,007$). Foi encontrada uma interação do GDF-15 com as proteínas SP1, MAPK14, EGR1, CEBPB e ATF3 ($p = 1,14 \times 10^{-11}$). As vias biológicas que mostraram relação significativa entre essas proteínas (FDR – taxa de descoberta falsa) foram: via do estrogênio (0,0032), resposta ao estresse oxidativo (0,0049), infertilidade ovariana (0,0049), IL-18 (0,0049), IL-4 (0,0081), GE/RAGE (0,0109), leptina (0,0110), TGF-beta (0,014), adipogênese (0,0265) e sinalização da insulina (0,0335).

Conclusão

O estudo mostrou que mulheres com SOP têm níveis mais elevados de GDF-15, comparadas ao grupo controle. O uso de metformina também aumentou ainda mais seus níveis. Essa proteína está envolvida em vias biológicas relacionadas a inflamação, metabolismo da glicose, adipogênese e infertilidade, presentes na SOP. Sendo assim, pode ser um biomarcador para monitorar a eficácia do tratamento com metformina nesse grupo. Além disso, há interações do GDF-15 com diversas proteínas relacionadas a vias importantes na fisiopatologia e complicações na SOP.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Tratamento da incontinência urinária oculta na correção do prolapso genital: revisão de literatura

Aline Torres Alves¹, Mariana Rodrigues Marinho de Bastos², Thiago Magela Gomes da Silva², Gabriel Lage Neves³, Eduardo Batista Candido⁴, Agnaldo Lopes da Silva Filho⁴

¹ Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina Atenas de Sete Lagoas, Sete Lagoas, MG, Brasil. ³ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma condição que ocorre devido a uma perda dos níveis de sustentação do assoalho pélvico. Muitas vezes pode associar-se à incontinência urinária de esforço (IUE), definida como toda perda urinária decorrente de algum esforço físico. Ambas as condições apresentam fatores de risco semelhantes, e estudos estimam que até 62,7% das pacientes com POP apresentam IUE. Entretanto, até 80% das pacientes com POP não apresentam queixa de perda urinária, uma vez que seus sintomas se encontram ocultos em decorrência da compressão extrínseca da uretra pelo prolapso. Nesse contexto, considera-se que parte das pacientes com POP apresenta incontinência urinária oculta, condição que frequentemente só é diagnosticada após o surgimento de sintomas de IUE no pós-operatório do tratamento cirúrgico do prolapso.

Objetivo

Discutir a aplicabilidade da realização de procedimentos anti-incontinência durante a correção cirúrgica de um POP, avaliando sua efetividade na prevenção de sintomas de IUE no pós-operatório.

Métodos

O percurso metodológico utiliza o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (Prisma). Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, BVS e UpToDate, entre os meses de março e novembro de 2020. Os termos de indexação principais foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH): “*Urinary Incontinence*” AND “*Pelvic Organ Prolapse*”. Inicialmente foram identificados 105 artigos. Foram aplicados os critérios de elegibilidade, ensaios clínicos randomizados que avaliaram a correção da IUE no mesmo tempo cirúrgico da correção do POP e a não correção para avaliar a ocorrência de IUE no pós-operatório, sendo 25 estudos incluídos na pesquisa.

Resultados

Observou-se que não há consenso na literatura acerca dos benefícios da correção da IUE concomitante

ao POP e da técnica específica que deve ser utilizada. Entre as técnicas analisadas, o *sling* retropúbico (TVT) foi a que mais reduziu a incidência de IUE no pós-operatório, e um dos autores recomendou que essa técnica só deve ser utilizada em pacientes que se encontrem sintomáticas no pré-operatório. Já a colposuspensão de Burch foi associada tanto a maiores quanto a menores taxas de IUE no pós-operatório, a depender do estudo analisado. Constatou-se também que a inserção de tipoia simultaneamente à cirurgia de POP é uma técnica questionável.

Conclusão

As evidências acerca da correção da IUE concomitante ao POP são limitadas, de forma que ainda são necessários ensaios clínicos randomizados e multicêntricos para uma avaliação precisa dos riscos e benefícios dessa correção dupla. Atualmente, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar e individualizada, em que o aconselhamento adequado da paciente é essencial para a indicação ou não de tal correção concomitante e para a prevenção de potenciais sintomas urinários após o tratamento cirúrgico de um POP.

OBSTETRÍCIA

Avaliação de complicações maternas e feto-perinatais da dengue em gestantes

Roberta Coutinho Vasconcelos¹, Lucas Oliveira Marques², Ana Christina de Lacerda Lobato^{1,3,4}

¹ Departamento de Residência de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Departamento de Residência de Pediatria do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ³ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴ Universidade Professor Edson Antônio Velano, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A dengue é uma doença de países tropicais e subtropicais, causada por um vírus pertencente à família Flaviviridae e transmitida por mosquitos da família Aedes. Aproximadamente, 40% da população mundial está concentrada em áreas consideradas de alto risco de contrair a infecção.^(1,2) Assim, há uma crescente preocupação sobre os riscos dessa infecção durante a gestação.^(2,3)

Objetivo

Evidenciar as complicações da infecção por dengue tanto para a saúde materna quanto para a saúde fetal e neonatal.

Métodos

Revisão sistemática realizada na base de dados PubMed utilizando os descritores dengue e *pregnancy*. A busca foi limitada pelos parâmetros de relevância (descritores presentes no título e/ou resumo), data de publicação (a partir de 2019) e a possibilidade de seu acesso na íntegra. Foram encontrados inicialmente 104 artigos. O critério de inclusão foi baseado na análise do resumo dos artigos, avaliando sua relevância com o objetivo de responder à pergunta clínica do trabalho. Além disso, foram selecionados, após leitura crítica da metodologia, apenas estudos de coorte (prospectivo ou retrospectivo) e ensaios clínicos caso-controle. Foram excluídos os artigos produzidos na forma de relato ou série de casos, revisões da literatura, os que estudaram infecção por dengue em não gestantes e os que não relacionavam os riscos da dengue para a saúde materna e/ou perinatais.

Resultados

Foram selecionados cinco artigos para a produção final. Desses, dois eram retrospectivos e três eram prospectivos. Os estudos obtiveram dados de pacientes que compareceram ao pronto-atendimento das instituições com queixa de febre, exceto um estudo, que estudou dados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).⁽⁴⁾ Em todos os artigos, o diagnóstico de dengue foi comprovado laboratorialmente por sorologia positiva de IgM ou por detecção de antígeno NS1. Dos estudos selecionados, 80% mencionavam complicações maternas e fetais,⁽¹⁻⁵⁾ enquanto um artigo estudou apenas complicações fetais.⁽⁴⁾ Observa-se que a procura por atendimento médico foi motivada pela presença de febre. Ainda, a maior procura por atendimento foi no último trimestre da gestação.^(1,2,5)

Conclusão

As principais complicações maternas foram plaquetopenia,⁽¹⁻³⁾ hemorragia pós-parto^(1-3,5) e morte materna.^(1-3,5) Quanto às complicações fetais e perinatais, destacam-se prematuridade,⁽¹⁻⁵⁾ baixo peso ao nascer,^(1,4) crescimento fetal intrauterino restrito^(1,3,5) e oligodrâmnio.^(1-3,5) Ainda, foi observado um risco duas vezes maior para prematuridade e baixo peso quando a infecção por dengue se classificava como dengue hemorrágica.⁽⁴⁾ Também, observa-se alta frequência de natimortos,^(1,3,5) com risco aumentado nos fetos com idade gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Brar R, Sikka P, Suri V, Singh MP, Suri V, Mohindra R, et al. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(1):91-100. doi: 10.1007/s00404-020-05930-7
2. Mulyana RS, Pangkahila ES, Pemayun TG. Maternal and neonatal outcomes during dengue infection outbreak at a tertiary national hospital in endemic area of Indonesia. *Korean J Fam Med*. 2020;41(3):161-6. doi: 10.4082/kjfm.18.0154

3. Sagili H, Krishna RS, Dhodapkar R, Keepanasseril A. Maternal & perinatal outcome of fever in pregnancy in the context of dengue – A retrospective observational study. *Indian J Med Res*. 2022;156(4&5):619-23. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_414_20
4. Paixão ES, Campbell OM, Teixeira MG, Costa MC, Harron K, Barreto ML, et al. Dengue during pregnancy and live birth outcomes: a cohort of linked data from Brazil. *BMJ Open*. 2019;9(7):e023529. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023529
5. Sinha R, Datta MR. Dengue in early pregnancy: a neglected problem? *Cureus*. 2023;15(5):e38740. doi: 10.7759/cureus.38740

Relato de caso: rotura uterina antes de trabalho de parto com protrusão de bolsa amniótica e membro inferior fetal, desafio diagnóstico e tratamento

Renata Garcia Abrão Pereira¹, Camilla Alves Muratori Albuquerque de Lima¹, Fernanda Valério Henriques¹, Letícia Paula Oliveira Cabral¹, Ana Clara Maia de Carvalho¹, Flávia Caren Andrade Vieira¹

¹Complexo de Saúde São João de Deus, Divinópolis, MG, Brasil.

Introdução

Rotura uterina é uma emergência obstétrica rara, com alta morbimortalidade materna e fetal, tendo como principal fator de risco cirurgias uterinas prévias. O quadro clínico é inespecífico e deve ser suspeitado em toda gestante com dor abdominal intensa, sendo o tratamento a cesariana de urgência.

Caso clínico

Gestante de 32 anos, G4Pn2A1, idade gestacional de 25 semanas e 3 dias, deu entrada em pronto-atendimento com dor abdominal intensa em FID associada a náuseas, vômitos e febre há cerca de quatro dias; no exame físico, BCF positivo, movimentação fetal ativa, ausência de perdas vaginais e dinâmica uterina ausente. Solicitadas USG abdominal e revisão laboratorial; todas sem alterações. Realizada TC de abdômen no dia 13/04/2024, com achado sugestivo de rotura uterina em região fúndica lateral direita através da qual havia herniação parcial de bolsa amniótica e membro inferior fetal. A paciente foi encaminhada para cesariana, na qual foi identificada bolsa amniótica íntegra contendo membro inferior de feto exteriorizando da cavidade uterina através de orifício cicatrizado de aproximadamente 4 cm, configurando lesão antiga. Extraído feto vivo e, após, realizada histerorrafia em incisão de cesariana. Durante revisão de região de rotura, foi identificada trompa direita adentrando a cavidade uterina, fortemente aderida à região endometrial; realizadas salpingectomia direita e rafia de rotura uterina, com material enviado para anatomopatológico.

O caso teve evolução benigna para a mãe, e o recém-nascido (RN) foi encaminhado para CTI neonatal. A mãe teve alta hospitalar dois dias após o ato cirúrgico e o RN evoluiu para óbito, decorrente de complicações da prematuridade. Como fator de risco, foi identificada a realização, em janeiro de 2022, de curetagem uterina 20 dias pós-parto normal devido à hemorragia puerperal.

Discussão

O principal fator de risco é a presença de cicatriz no útero causada por cesariana prévia ou procedimentos cirúrgicos uterinos. Existem várias classificações para a ruptura uterina, entre elas a completa e a incompleta; a primeira é considerada a ruptura de todas as camadas uterinas e, na segunda condição, a camada serosa se mantém íntegra, podendo progredir para uma ruptura completa. Uma cesariana de urgência é necessária para a extração fetal, seguida de inspeção da cavidade abdominal. A decisão entre histerorrafia e histerectomia depende das condições das paredes uterinas lesadas, da localização da ruptura, das condições de choque da paciente, assim como da idade e paridade.

Conclusão

O caso descrito é uma raridade no meio obstétrico, pois a lesão uterina ocorreu na ausência de trabalho de parto, sendo uma lesão uterina cicatrizada previamente à gestação atual, configurando em exteriorização de bolsa amniótica e membro fetal, reforçando o fator de risco de procedimentos cirúrgicos uterinos.

Gestação ectópica em istmocele associada à malformação arteriovenosa: relato de caso

Gustavo Henrique Dornela de Souza¹, Beatriz Lopes da Costa¹, Mariana Seabra Leite Praça^{2,3,4}, Fernanda Magalhães Menicucci², Augusto Henriques Fulgêncio Brandão^{2,3}, Mário Dias Corrêa Júnior^{2,3}

¹ Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ² Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil. ³ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

O Brasil ocupa o segundo lugar entre os países que mais realizam cesarianas no mundo, o que nos alerta para o aumento das complicações associadas a essa cirurgia, que implicam alta morbimortalidade materna e neonatal. Uma delas é a ocorrência de istmocele, um defeito em forma de cunha, com descontinuação miometrial, localizado na parede uterina anterior, ao nível do istmo, topograficamente relacionado à incisão uterina de

cesariana prévia. A gestação ectópica em istmocele (GEI) é a forma mais rara e potencialmente grave de gestação ectópica, em função do risco de sangramento e ruptura uterina. Com isso, este estudo visa relatar um caso de gestação ectópica em cicatriz de cesariana em paciente com diagnóstico ecográfico prévio de istmocele. A singularidade do caso relatado ocorre pela suspeita de malformação arteriovenosa (MAV) associada à topografia da implantação, o que levou à opção de tratamento farmacológico com doses múltiplas de metotrexato (MTX).

Descrição do caso

Paciente de 37 anos, G5PC1A2GE1, 5 semanas de idade gestacional. Portadora de adenomiose, histórico de salpingectomia à direita por gestação ectópica e duas perdas gestacionais. Apresenta-se com queixa de sangramento vaginal e queda da curva de dosagem sérica de beta-hCG (BHCG), inicialmente em ascensão. No primeiro ultrassom obstétrico, visualizam-se saco gestacional na transição corpo/cervical e ausência de embrião, sugerindo abortamento retido (*missed abortion*). Em nova ultrassonografia realizada com seis semanas e um dia, confirmou-se interrupção da gestação pela ausência de BCE, mas com visualização do saco gestacional de 27,4 mm de diâmetro médio em topografia de cicatriz de cesariana prévia com exuberante captação ao Doppler. A vascularização e o fluxo profuso sugeriram associação com MAV. Pelo maior risco de sangramento abundante e visando à melhor efetividade no processo, optou-se pela administração de múltiplas doses (0, 2, 4, 6) de MTX, alternadas com ácido folínico (1, 3, 5, 7) e seguimento com desogestrel 75 mg após a negativação do BHCG, obtido em 23 dias (4.175,8 mUI/mL → 8,6 mUI/mL). Em rigoroso seguimento clínico e ultrassonográfico, observou-se involução completa do saco gestacional e da suspeita de MAV na ultrassonografia após 88 dias do início do tratamento, sugerindo resolução completa da gestação ectópica. Ao final do seguimento, houve persistência de imagem heterogênea e triangular, de descontinuidade miometrial, em região de cesariana prévia, compatível com istmocele.

Conclusão

A GEI é uma complicação obstétrica rara, mas em crescente incidência – 1:2.000 gestações e 6% de todas gestações ectópicas pós-cesarianas –, que pode evoluir com importantes danos obstétricos se não identificada e abordada ainda no primeiro trimestre. A administração sistêmica de MTX é uma estratégia terapêutica em gestações de até oito semanas sem batimento cardiofetal, bem descrita em diversos estudos. No caso descrito, além da GEI, pela provável associação com MAV, optou-se pela realização de múltiplas doses de MTX visando reduzir o risco de sangramento abundante. Ademais, observa-se que a contribuição da istmocele nas perdas gestacionais da paciente é incerta.

Gestação gemelar com mola completa: um caso raro

Isabela Safar Paim¹, Sarah Tereza Siqueira¹, Roberta Pamplona Frade Madeira¹, Luisa Vianna Cançado¹, Rogéria Andrade Werneck¹, Maria Amélia Sarmiento¹

¹Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A gestação gemelar de uma mola hidatiforme completa e um feto com placenta normal é uma entidade clínica rara e com poucos casos descritos na literatura. Estima-se que a incidência seja de 1 caso a cada 20.000-100.000 gestações.⁽¹⁾ Está relacionada a diversas complicações materno-fetais como abortamento, parto prematuro, hemorragia, pré-eclâmpsia grave, hiperêmese, crises tireotóxicas e transformação maligna.⁽²⁾

Descrição do caso

Paciente de 28 anos, primigesta, sem comorbidades, encaminhada ao Ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em 23/10/23, com idade gestacional (IG) de 20 semanas e 1 dia, por suspeita de mola hidatiforme parcial. Apresentou ultrassonografia (USG) de 18/10/23 evidenciando cavidade amniótica com padrão vesiculoso, sem fluxo ao Doppler, e beta-HCG, de 18/10/23, de 220.742 mUI/mL. Repetida USG no serviço em 23/10/23, que evidenciou provável gestação gemelar, sendo uma mola completa e um feto sem alterações morfológicas. Submetida à amniocentese em 30/10/23, a fim de excluir mola parcial, que teve como resultado cariótipo 46 XY. Diante da estabilidade clínica e laboratorial e após orientação sobre riscos e benefícios da manutenção da gestação do feto normal, foi decidido, em conjunto com o casal, seguir acompanhamento em pré-natal de alto risco. Em 26/12/2023, com IG de 29 semanas e 2 dias, evoluiu com sangramento vaginal volumoso e hipertonia uterina. Devido à hemorragia, foi submetida à cesariana de urgência, com extração de

recém-nascido único, com Apgar 3/8, encaminhado para neonatologia. Identificadas duas placentas: uma normal e outra com múltiplas vesículas. O resultado do estudo anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de uma placenta compatível com terceiro trimestre gestacional sem alterações histológicas relevantes e outra com achados histopatológicos sugestivos de mola hidatiforme completa. A paciente recebeu alta em 28/12/23, em boas condições clínicas. Mantém seguimento com beta-HCG, obtendo o primeiro resultado normal em 23/01/24 e o último HCG normal em 23/03/24. O recém-nascido teve alta em boas condições em 20/02/24.

Conclusão

A gestação molar concomitante a uma gestação viável é uma condição obstétrica rara que exige acompanhamento por especialista em centro de referência, devido às suas potenciais complicações graves. O caso descrito possui particularidades interessantes que tornaram o diagnóstico e a conduta desafiadores. Os principais diagnósticos diferenciais são mola hidatiforme parcial e displasia mesenquimal placentária.⁽¹⁾ Neste caso, o cariótipo normal foi de suma importância para a decisão de manter a gestação. No entanto, a conduta deve ser baseada na estabilidade clínica e na presença ou não de complicações, em decisão compartilhada com a paciente. O seguimento puerperal/pós-molar deve ser realizado até seis meses após o parto, pelo risco de evolução para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). A literatura, até o momento, não demonstrou maior risco de NTG para esses casos.⁽¹⁾ O presente relato abre novas perspectivas ao tema, diante do bom desfecho materno e perinatal obtido, dentro dos limites da prematuridade extrema.

REFERÊNCIAS

1. Braga A, Obeica B, Werner H, Sun SY, Amim Júnior J, Rezende Filho J, et al. A twin pregnancy with a hydatidiform mole and a coexisting live fetus: prenatal diagnosis, treatment, and follow-up. *J Ultrason*. 2017;17(71):299-305. doi: 10.15557/JoU.2017.0044
2. Sebire NJ, Fokkett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet*. 2002;359(9324):2165-6. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09085-2



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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)

Confira a edição especial da **Femina** sobre a **JBGO** e os temas livres em Ginecologia e Obstetrícia

Acesse aqui:



Você pode acessar as
diversas edições da
Revista Femina em:



Acompanhe as redes sociais e fique por dentro!

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia



/febrasgo



/febrasgooficial



/febrasgooficial



www.febrasgo.org.br