

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 51, Número 3, 2023

Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão

ENTREVISTA

O PAÍS DAS CESÁREAS PRECISA DE...

RESIDÊNCIA MÉDICA

**Panorama atual do ensino
em cirurgia ginecológica
minimamente invasiva**



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

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

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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



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


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

CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



Sob as chuvas de março, *Femina* toca você. O artigo de capa é sensível, redigido por obstetras que são referências no país. Eles revelam que a taxa de cesárea está estável, mas acima de 50% nos últimos seis anos. Os autores provocam nossa reflexão. Como obstetra durante anos, posso destacar alguns fatores predisponentes, como a boa aceitação pela cultura da mulher brasileira, a facilidade encontrada na escolha da data do parto e a cesariana a pedido. As exageradas “causas” obstétricas, pecuniárias e judiciais, foram bem colocadas pelos autores. Particularmente, vejo um novo grupo de obstetras priorizando o parto normal. A jornalista Letícia completa a discussão entrevistando três dos autores do texto original, que reconhecem a soberania da relação médico-paciente. A mulher atual, com liberdade de optar por não permitir a episiotomia, certamente vai optar pela via de parto.

O ensino da cirurgia ginecológica minimamente invasiva tem panorama traçado por três especialistas de São Carlos, SP. No texto, eles estimulam o aprendizado e reconhecem as fraquezas estruturais dos serviços que dispõem de residências em Ginecologia e Obstetrícia. Certamente, o treinamento posterior é necessário e disponível em vários centros de excelência no país. A Comissão de Defesa e Valorização Profissional disponibiliza neste volume o termo de consentimento livre e esclarecido necessário para a realização de laqueadura tubária, procedimento autorizado pela Lei nº 14.443/2022, que entra em vigor nesse mês. Interessantes são a não exigência de aprovação do cônjuge e a diminuição da idade para 21 anos. Infelizmente, as altas prevalências de partos em adolescentes levam a isso. Não há muita discordância acerca da necessidade de controlar o nascimento, principalmente na periferia das grandes cidades e recantos do campo – desafio para a Comissão de Anticoncepção da Febrasgo.

A Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica premia os leitores de *Femina* com um texto irretocável acerca da preservação da fertilidade nas mulheres acometidas por câncer. Os cinco pontos-chave elencados justificam a necessidade e provocam nosso interesse. As oito recomendações que seguem deixam bem claro o modo como devemos atuar. Lembro a necessária provocação dos oncologistas em relação ao câncer no homem. Em artigo original, obstetras de Curitiba questionam as puérperas acerca do conhecimento sobre o parto humanizado e as vias do parto. O interessante é que, de 369 puérperas, 58% pensam positivamente em relação à cesariana. Os autores fazem correlações interessantes entre algumas variáveis, mas senti falta de tabelas que permitissem um olhar mais rápido nos dados. Notificações de infecção por SARS-CoV-2 foram examinadas por obstetras de Santa Catarina. O texto conclui que as mulheres gestantes foram mais sensíveis ao diagnóstico precoce. E mais, professores de Brasília-DF publicam texto mostrando visões e atitudes discrepantes entre ginecologistas e pacientes acerca da prevenção das patologias cervicais e da realização do exame pélvico. No entanto, o texto não aponta a dimensão das discordâncias nas tabelas. A função sexual pós-histerectomia é examinada por grupo de Minas Gerais em revisão de 22 artigos publicados entre 2017 e 2021. Os autores concluem que a cirurgia traz benefícios para a função sexual da mulher. Este volume traz ainda uma revisão narrativa sobre o uso de métodos anticoncepcionais por estudantes de Medicina. E, após revisarem publicações de quatro países diferentes, a conclusão dos autores é de que é necessário maior esforço na educação desses estudantes.

Encerro com a tristeza de termos perdido recentemente o professor José de Souza Costa, ex-presidente da Febrasgo, com quem tive agradável convivência!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR

SUMÁRIO

134 Capa

Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão

139 Entrevista

O país das cesáreas precisa de...



145 Federada
ASGORR

Um olhar para a saúde das mulheres no Norte do país

147 Residência Médica

Panorama atual do ensino em cirurgia ginecológica minimamente invasiva



151 Defesa e Valorização Profissional

TCLE Laqueadura tubária



153 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico

ARTIGOS ORIGINAIS

Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto

Infecção materna por SARS-CoV-2: descrição das notificações em gestantes

Atitudes e crenças de médicos ginecologistas-obstetras e de pacientes do Hospital Universitário de Brasília sobre o rastreamento cervical e o exame pélvico

ARTIGOS DE REVISÃO

Função sexual pós-histerectomia: quais os impactos e aspectos técnicos envolvidos?

O uso dos métodos anticoncepcionais por estudantes de Medicina: uma revisão narrativa



Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão

Increase in cesarean sections in Brazil – a call to reflection

Antonio Braga^{1,2,3}, Sue Yazaki Sun⁴, Alberto Carlos Moreno Zaconeta⁵, Alberto Trapani Junior⁶, Adriana Gomes Luz⁷, Gabriel Osanan⁸, Geraldo Duarte⁹, José Geraldo Lopes Ramos¹⁰, Maria Celeste Osório Wender¹⁰, Roseli Mieko Yamamoto Nomura^{4,11}, Rossana Pulcineli Vieira Francisco¹¹, Vera Therezinha Medeiros Borges¹², Rosiane Mattar⁴

1. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
3. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.
4. Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
5. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
6. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
7. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
8. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
9. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
10. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
11. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
12. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Antonio Braga
Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras, 22240-000,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
antonio.braga@ufrj.br

Como citar:

Braga A, Sun SY, Zaconeta AC, Trapani Junior A, Luz AG, Osanan G, et al. Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão. *Femina*. 2023;51(3):134-8.

Este artigo é a versão traduzida de:

Braga A, Sun SY, Zaconeta AC, Trapani Junior A, Luz AG, Osanan G, et al. Increase in cesarean sections in Brazil – a call to reflection. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;44(3).

As taxas de cesariana vêm aumentando progressivamente ao longo das décadas em todos os países, e no Brasil ela atingiu a cifra elevada de 56%, ficando atrás apenas da República Dominicana (59%) e muito acima da média dos países em desenvolvimento.⁽¹⁾ Esse cenário, em nosso país, motivou iniciativas governamentais e do setor privado, entre as quais o Projeto do Parto Adequado, com vistas à redução da cesariana.⁽²⁾ O conjunto dessas ações permitiu uma estabilização e, até mesmo, discreta diminuição nas taxas de cesarianas, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde do Brasil.⁽³⁾ Todavia, dados preliminares do Sinasc de 2022 apontam para um novo aumento das cesarianas no Brasil (taxa de cesariana – 2016: 55,4%; 2017: 55,7%; 2018: 55,9%; 2019: 56,3%; 2020: 57,2%; 2021: 57%) e motivam essa reflexão feita por escolas obstétricas brasileiras.

É inegável que a pandemia de COVID-19 afetou profundamente a assistência à saúde no Brasil, acelerando tendências e ressaltando fragilidades. No cenário obstétrico, o país já apresentava sinais de aumento na taxa de cesáreas a partir de 2017, e a pandemia acentuou esse processo. Não obstante tenha havido reorganização da rede de assistência à saúde para manter o atendimento pré-natal durante a pandemia, especialmente às pacientes com risco obstétrico, na prática, isso foi limitado. Isso resultou na chegada às maternidades de gestantes com complicações obstétricas em estágios de maior gravidade, com indicações de cesariana para minorar desfechos materno-perinatais desfavoráveis. Além disso, e embora não tenha havido orientação explícita, muitas cesarianas foram feitas, em especial no início da pandemia, por se acreditar, equivocadamente, que isso traria melhores desfechos maternos. Com a vivência no manejo da COVID-19, observou-se que, sempre que plausível, a resolução deveria ser postergada até a estabilização clínica da gestante, mas, quando houve indicação precisa de resolução da gravidez devido a quadros graves, a via de parto possível, na maioria das vezes, foi a cesariana.⁽⁴⁾

A assistência ao parto foi desafiadora durante a pandemia de COVID-19, o que também pode ter contribuído para o aumento de cesarianas. Podem ter contribuído para aumentar

as taxas de cesarianas nesse período fatores como: restrições quanto à presença de acompanhantes durante a internação para o parto em muitos serviços; falta de orientações às gestantes para o trabalho de parto, decorrente da menor participação em grupos de orientação durante o pré-natal, devido ao isolamento social;⁽⁵⁾ receio da internação hospitalar, percebido como fonte de transmissão da doença; aumento da ansiedade, tristeza e medo com intenso sofrimento psicológico causado pela pandemia e potencializado pela desestruturação da rede de apoio à gestante.⁽⁶⁾

Contudo, a pandemia de COVID-19 também ressaltou a fragilidade da rede de atenção materno-infantil no Brasil. A ausência de uma gestão sincronizada e adequada para as diversas maternidades do país e um frágil sistema de hierarquização para referência dos casos de alto risco obstétrico refletem a complexidade desse problema. O tamanho continental de nosso país, a heterogeneidade dos serviços de saúde, a ausência de equipe médica completa em todos os dias da semana nas pequenas cidades, bem como a existência de vazios sanitários, por vezes determinam a realização de cesarianas agendadas eletivamente, nos dias em que há equipe completa disponível, pelo receio de situações de emergência obstétrica na vigência do trabalho de parto.

Por certo, seria ingênuo creditar as altas taxas de cesarianas no Brasil apenas à pandemia de COVID-19. Há outros determinantes, já bem conhecidos, que ajudam a compor esse cenário, como a falta da cultura do trabalho em equipe multiprofissional na assistência ao parto; a escassez de oferta de analgesia farmacológica; indicações imprecisas para antecipação de parto por suspeita de comprometimento de vitalidade fetal e o subfinanciamento da assistência obstétrica, quer no nível institucional, quer em relação aos profissionais que acompanham os partos. O número elevado de cesarianas acaba também por retroalimentar esse ciclo, quando mulheres com cesarianas prévias são muito frequentemente submetidas à cesariana de repetição, pelo receio obstétrico dos raros casos de rotura uterina, agravado pela indisponibilidade da prostaglandina E₂ no mercado nacional, que cursa com menos riscos na indução de parto nessa população. Evitar a primeira cesariana é estratégico para quebrar esse ciclo. Para tal, a segunda opinião sistemática para a indicação da cesariana, bem como a análise da classificação de Robson para estudo das cesarianas, é estratégia que pode evitar cesarianas fora das melhores indicações clínicas.

A cultura cesarista também influencia o mundo jurídico e reflete-se no medo de a equipe obstétrica ser demandada por ações judiciais em processos por má prática, o que certamente contribui para uma indicação mais “precoce” ou desnecessária de cesariana. Levantamento feito pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) em 2015 apontou que 73,6% dos ginecologistas e obstetras norte-americanos sofreram pelo menos uma demanda judicial por má prática (62% em obstetrícia e

39% em ginecologia).⁽⁷⁾ Ainda na esfera judicial, há que registrar que a legislação regulando a realização da cesariana a pedido da gestante e o direito à analgesia de parto, sob a égide da autonomia, mesmo sem indicação médica, pode também ter influenciado o aumento da cesariana. Todavia, pela dificuldade em se oferecer a analgesia, em especial a farmacológica, nas maternidades brasileiras, muitas mulheres acabam por solicitar a cesariana, durante o trabalho de parto, o que contribui para o aumento do número de cesáreas sem indicação médica. Presume-se ainda que a Lei Federal nº 14.443/2022,⁽⁸⁾ que atualiza a legislação sobre o Planejamento Familiar no Brasil, em vigor a partir de 01/03/2023, e que permite a laqueadura tubária no momento do parto, aumente ainda mais as taxas de cesarianas. Por fim, e embora o Conselho Federal de Medicina reconheça o direito da mulher de solicitar a cesariana,⁽⁹⁾ a partir de 39 semanas completas de gestação, garantidas a autonomia do médico e a da paciente, e a segurança do binômio materno-fetal, é essencial garantir que todas as parturientes possam ser asseguradas quanto a um parto seguro. Do contrário, a autonomia da mulher poderá ser fragilizada pela falta de equidade, e o pedido da cesariana refletirá tão somente a falta de opção de um parto respeitoso e sem dor.

Conquanto a cesariana seja uma cirurgia salvadora de vidas, representando grande avanço na prática obstétrica e na proteção integral do binômio materno-perinatal, sua realização imponderada está associada a riscos imediatos e futuros relevantes. Entre os riscos maternos imediatos da cesariana, podem-se citar o aumento do sangramento intraparto e da hemorragia pós-parto, a elevação dos riscos de infecção/sepsis materna, quadros tromboembólicos e lesões de órgãos pélvicos, especialmente na cirurgia de urgência. No que se refere aos riscos fetais imediatos, destacam-se a prematuridade iatrogênica (por nascimento no termo precoce) e o aumento das taxas de taquipneia transitória do recém-nascido. Deve-se ressaltar ainda que o toco-traumatismo também pode ocorrer durante a cesariana.⁽¹⁰⁾ A cesariana ainda pode causar complicações futuras, tais como redução da fertilidade, sangramento uterino anormal e dor pélvica crônica,⁽¹⁰⁾ além de maiores riscos de gravidez em cicatriz de cesariana, rotura uterina e acretismo placentário. Essas complicações obstétricas são responsáveis por quadros maternos hemorrágicos graves e potencialmente letais, e associam-se a importante morbimortalidade materna.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Entre os possíveis riscos futuros dos conceitos nascidos por cesariana, citam-se alterações no microbioma intestinal, bem como maiores taxas de disfunções imunológicas e distúrbios metabólicos (como obesidade e asma) e cognitivas (como hiperatividade).⁽¹⁰⁾ Considerando-se as taxas tão elevadas de cesariana e os riscos imediatos e futuros que essa cirurgia pode acarretar para mulheres e conceitos, é necessária uma reflexão que resulte em estratégias para a redução das cesarianas desnecessárias em nosso país.

A estratégia inicial deve passar por ações no pré-natal. O letramento em saúde permitirá que as mulheres tenham papel ativo e decisões informadas mais adequadas sobre o parto.⁽¹³⁾ A formação de grupos de gestantes que discutam sobre os tipos de parto, fisiologia e etapas do parto normal; o incentivo à presença de acompanhante durante o pré-natal, para que receba informações e auxilie a gestante, transmitindo-lhe segurança; o estímulo à visita da gestante e acompanhante à maternidade de referência, para que proporcione maior segurança no momento do parto; a pactuação do plano de parto durante o pré-natal e as orientações sobre métodos não farmacológicos de controle da dor são medidas que devem ser incentivadas para diminuir as taxas de cesariana.

Ouvir as expectativas das mulheres sobre seu parto é essencial para o encorajamento nessa via de nascimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2018⁽¹⁴⁾ uma síntese desses anseios: atendimento por equipe sensível, atenciosa, gentil e respeitosa; presença do acompanhante (ter ao seu lado uma pessoa que seja escolhida por ela trará segurança emocional e conforto); intervenções no parto precisas; autonomia (ser informada e participar das decisões); analgesia de parto (não farmacológica e também farmacológica, sempre e quando solicitada); desfecho do parto com mãe e recém-nascido saudáveis.

Sentir dor durante o trabalho de parto é um dos maiores medos das mulheres. O Brasil enfrenta uma enorme escassez de oferta de analgesia farmacológica para o parto. Esse tem sido apontado como um dos fatores que mais influenciam na escolha pela cesariana. Poucos são os centros hospitalares que disponibilizam anestesistas durante as 24 horas para a realização de analgesia de parto, caso solicitada pela gestante. Se quisermos garantir à mulher um parto sem dor e, assim, reduzir as taxas de cesarianas, o acesso e a oferta da analgesia para todas as mulheres que a solicitarem são uns dos principais desafios a serem enfrentados. Discutir novos modelos de assistência anestésica para o trabalho de parto, como ocorre em países com ampla oferta de analgesia de parto, como os Estados Unidos e a França, pode ser oportuno.

A necessidade de organização da rede de assistência à saúde materno-infantil é urgente. Deve-se promover a reestruturação dos equipamentos de saúde de forma racional, diminuindo o número de maternidades em cidades com baixo índice populacional, cujos municípios possam ser atendidos em hospitais regionais. Essa reestruturação vai proporcionar maior segurança ao binômio materno-perinatal, garantindo-se estrutura profissional e recursos materiais permanentes, atrelado ao objetivo primeiro, que é a melhora da assistência ao parto, reservando a cesariana aos casos mais indicados. Ademais, esses centros de referência para o parto contrariam com espaço apropriado para a parturição, com modelos PPP (espaço destinado ao pré-parto, parto e

pós-parto), onde a parturiente e seu acompanhante poderiam permanecer em ambiente acolhedor, com privacidade e dignidade, atrelado a um centro obstétrico que garantiria a segurança e a pronta intervenção, sempre que necessário. Por certo, a presença de uma equipe de parto, multiprofissional, é benfeitor e está associada com redução nas taxas de cesarianas.

Ainda que a OMS esteja focada na garantia de que a cesariana seja realizada sempre que necessário, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesarianas,⁽¹⁵⁾ é inegável que o Brasil faz mais cesarianas do que suas mulheres desejam ou precisam. Neste artigo analisamos alguns fatores que podem estar associados com as elevadas taxas de cesarianas no Brasil. O trabalho conjunto das autoridades de saúde, sociedades médicas, universidades, gestores e equipe multiprofissional no ensino, acolhimento e assistência adequada, segura e respeitosa é essencial para que as taxas de cesarianas verdadeiramente diminuam e não voltem a subir.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (AB: 311862/2020-9, JGLR: 303561/2020-3, RPFV: 311350/2021-6) e pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (AB: E-26/201.166/2022).

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CF, Bortoli MC, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(2):427-39. doi: 10.1590/1413-8123202272.41572020
2. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto adequado [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>
3. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>
4. Di Toro F, Gjoka M, Di Lorenzo G, De Santo D, De Seta F, Maso G, et al. Impact of COVID-19 on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(1):36-46. doi: 10.1016/j.cmi.2020.10.007
5. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo OT, Souza JP, Vogel JP, Bonet M, et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bull World Health Organ*. 2020;98(1):66-8. doi: 10.2471/BLT.19.236729
6. Lambelet V, Vouga M, Pomar L, Favre G, Gerbier E, Panchaud A, et al. SARS-CoV-2 in the context of past coronaviruses epidemics: consideration for prenatal care. *Prenat Diagn*. 2020;40(13):1641-54. doi: 10.1002/pd.5759
7. Carpentieri AM, Lumalcuri JJ, Shaw J, Joseph GF Jr. Overview of 2015 American Congress of Obstetricians and Gynecologists' Survey on Professional Liability [Internet]. Washington: ACOG; 2015 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://protectpatientsnow.org/wp-content/uploads/2016/02/2015PLSurveyNationalSummary11315.pdf>
8. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm

9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.284, de 22 de outubro de 2020. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138 [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf
10. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920-2020: The Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med*. 2020;49(1):5-16. doi: 10.1515/jpm-2020-0305
11. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Calì G, D'Antonio F, Agten AK. Cesarean scar pregnancy: patient counseling and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46(4):813-28. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.010
12. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5
13. Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, Richardson M, Seed PT, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(635):e379-86. doi: 10.3399/bjgp15X685285
14. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
15. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>



O país das cesáreas precisa de...

À luz dos números e das reflexões trazidos no artigo de capa desta edição de *Femina*, convidamos três especialistas da Febrasgo para desdobrar o tema e fazer um mergulho no assunto

Por Letícia Martins

O Brasil é um dos países que mais faz partos cesáreos no mundo. O segundo, para ser mais precisa, perdendo apenas para a República Dominicana. “Perder” talvez seja um verbo inadequado para se usar neste texto, tendo em vista que não devemos almejar a posição de primeiro lugar nesse *ranking*. Ainda que não sejam claros os benefícios objetivos com a taxa de cesariana acima de 15%, chama a atenção que o índice brasileiro seja de 56% de partos cesáreos por ano. E essa taxa vem subindo progressivamente ao longo das décadas, como apontou o artigo de capa desta edição de *Femina*, que reuniu 13 especialistas membros das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) para destacar importantes números e reflexões sobre o aumento dos partos cesáreos no país. Se você ainda não leu o artigo, recomendamos que não perca a oportunidade de refletir e se atualizar.

Após a leitura, algumas perguntas ficaram ressoando: por que o alto índice de partos cesáreos preocupa tanto? A cesariana não é considerada um avanço da medicina? O médico **Dr. Antônio Braga**, presidente da CNE de Doença Trofoblástica Gestacional, confirma: “A cesariana é uma cirurgia salvadora de vidas e pode ser considerada um dos maiores avanços da obstetrícia moderna. Sua segurança, advinda dos recursos da anestesia, da antibioticoterapia e da técnica cirúrgica, reduziu os riscos. Contudo, a banalização de suas indicações elevou a incidência de cesarianas aos píncaros,



“A banalização das indicações da cesariana elevou a sua incidência aos píncaros, fazendo com que mais da metade dos brasileiros nascessem pela via abdominal”, aponta o Dr. Antônio Braga.

fazendo com que mais da metade dos brasileiros nascessem pela via abdominal”.

O médico, que também é professor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense (UFF), destaca que recentes estudos observacionais na população apontam que a cesariana esteve associada com a maior ocorrência de complicações obstétricas imediatas, tais como hemorragia intraparto, lesão de órgãos pélvicos e infecção pós-parto.

O presidente da CNE de Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério da Febrasgo e professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), **Dr. Alberto Trapani Junior**, acrescenta: “A longo prazo, devemos considerar os riscos de placentação anormal, ruptura uterina, aderências, obstrução intestinal e prematuridade”.

Será que o parto cesáreo também oferece desvantagens para a saúde futura do recém-nascido? O Dr. Alberto pondera: “Apesar de as evidências serem de má qualidade, autores tentam correlacionar o parto cirúrgico a um maior risco de doenças alérgicas, obesidade infantil, infecções na primeira infância e transtornos do neurodesenvolvimento. São necessárias mais pesquisas, com melhor desenho, para avaliar se essa preocupação é válida ou se é decorrente de fatores de confusão dos estudos observacionais”.

JOGANDO LUZ NA DESINFORMAÇÃO

O fato é que existem muitos fatores que colocam o Brasil quase no topo da lista de países com a maior taxa de cesarianas, e a pandemia impulsionou essa lamentável posição. Entre eles, o entendimento de parte da população de que o nascimento cirúrgico seria mais seguro para a criança. Nesse sentido, ressoa como importante e necessário investir mais em informação e orientação para as mulheres sobre os benefícios do parto normal. “A principal vantagem do parto normal para o recém-nato é a redução dos riscos associados a uma prematuridade acidental e a ocorrência de transtornos no processo de adaptação respiratória. Para a puérpera, o processo de recuperação do parto normal

geralmente é mais rápido e com menor risco de complicações, quando comparado com o período puerperal do nascimento cirúrgico”, relata o Dr. Alberto.

Por sua vez, a diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo, **Dra. Maria Celeste Osório Wender**, chama a atenção para a “importância do pré-natal como um período estratégico para conscientizar as mulheres sobre as indicações de cada parto, além de fazer as avaliações médicas necessárias acerca da condição de saúde da gestante”, podendo-se detectar algum tipo de alteração precocemente e evitando-se, assim, qualquer desfecho negativo.

O Dr. Alberto corrobora, afirmando que “o acompanhamento pré-natal de qualidade é importante e tranquilizador para a maior parte das gestantes” e pode ajudar na decisão sobre o tipo de parto. “O diagnóstico e o tratamento adequado de intercorrências durante a gravidez aumenta a possibilidade de um parto com risco habitual. Orientações sobre o momento adequado de procurar uma maternidade, sinais de alerta, vantagens e desvantagens das vias de parto e o que vai acontecer são basilares para bons resultados no trabalho de parto”, afirma o professor da UFSC.

Contudo, há vários pontos que podem pesar na escolha das gestantes pela cesárea, apesar dos benefícios do parto normal e das orientações do médico. O Dr. Braga cita alguns: cenários de atenção ao parto que não oferecem acolhimento adequado, falta de recursos de analgesia, obstrução da presença do acompanhante na sala de parto (o que é, inclusive, assegurado



“Para a puérpera, o processo de recuperação do parto normal geralmente é mais rápido e com menor risco de complicações, quando comparado com o período puerperal do nascimento cirúrgico”, relata o Dr. Alberto Trapani Junior.

ATUALIZAÇÕES NA LEI

O artigo de capa desta edição de *Femina* também cita a possibilidade de, com a atualização da Lei Federal nº 14.443/2022, as taxas de cesariana aumentarem ainda mais. De acordo com as novas regras, qualquer pessoa com idade mínima de 18 anos e que tenha pelo menos dois filhos vivos ou mulheres acima de 21 anos, independentemente de terem filhos, também podem fazer a ligadura de trompas. Antes, a idade mínima para a cirurgia de laqueadura era de 25 anos.

“Essa atualização apresenta alguns aspectos positivos, entre eles a possibilidade da realização do procedimento pela via periumbilical, logo após o parto vaginal. Entretanto, existe o temor de que cesarianas sejam indicadas com o objetivo único de realizar a esterilização”, ressalta o Dr. Alberto Trapani Junior. “Os médicos assistentes devem ficar atentos e orientar as gestantes de que a Lei nº 14.443, de 02/09/2022, modificou a Lei nº 9.263, de 12/01/1996, mas persiste válido o item V do artigo 15, que criminaliza a “cesárea indicada para o fim exclusivo de esterilização”. A interpretação dessa parte da lei pode ser polêmica e causar problemas reais. Devem também orientar, além dos riscos do parto cirúrgico, sobre a provável irreversibilidade de um procedimento que é realizado antes da avaliação completa do recém-nascido”, recomenda. O país das cesáreas precisa de cautela.

por lei federal) e até procedimentos incômodos e não sustentados pela melhor evidência clínica, tais como jejum durante o trabalho de parto, tricotomia, enema, sondagem vesical sistemática, ocitocina rotineira, episiotomia compulsória e puxos dirigidos prolongados. “Nesse sentido, é importante salientar que o desejo de muitas mulheres pela cesariana não se relaciona com a opção livre e esclarecida por essa via de nascimento, e sim, e tão somente, com o medo de ter uma experiência negativa da parturição”, declara o Dr. Braga.

De fato, o Brasil, em sua grandiosidade geográfica, tem realidades muito distintas e, enquanto algumas cidades abrigam hospitais-maternidades com atendimento de altíssima qualidade e todos os recursos necessários, em outros locais é latente a falta de materiais, muitas vezes básicos, e de equipe adequada. “Esse é um grande desafio para todos nós. Como representantes da Febrasgo, orientamos sempre aos médicos que façam o melhor atendimento possível dentro daquela situação, sempre com muito respeito e postura profissional. Seja qual for o cenário, a paciente deve ser tratada com dignidade”, declara a Dra. Maria Celeste. Em casos mais graves, por exemplo, quando há falta de analgesia para a realização do parto, a diretora da Febrasgo lembra que há algumas técnicas que podem trazer alívio para a gestante durante o parto. “O ideal, obviamente, seria ter analgesia disponível para toda gestante que tivesse a necessidade dela, mas



“Como representantes da Febrasgo, orientamos sempre aos médicos que façam o melhor atendimento possível dentro daquela situação, sempre com muito respeito e postura profissional”,

declara a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

infelizmente nós não contamos com essa possibilidade na maior parte das vezes. É importante que o nosso associado esteja alerta para cenários como esse”, pontua.

ILUMINANDO OS CAMINHOS

Diante dos obstáculos apresentados até aqui, como sensibilizar médicos, gestores de saúde e instituições sobre a importância do parto normal e a necessidade de reduzir o índice de cesarianas desnecessárias?

Para o Dr. Braga, dever-se-ia começar pela oferta de uma assistência ao parto segura e respeitosa. “Mas, em um país que tem indicadores tão limitados de analgesia farmacológica para o parto vaginal, é uma hipocrisia falar em redução de cesarianas desnecessárias. Para além, reorganizar o ensino e as práticas do cuidado, em especial nos cenários de formação médica e dos especialistas, é uma estratégia para garantir o estabelecimento de novos paradigmas da assistência ao parto”, argumenta o professor da UFRJ e da UFF.

Segundo ele, as sociedades de especialidade médica também têm sua parcela a contribuir. “A Febrasgo deve reforçar sua atuação para garantir a disseminação de boas práticas clínicas na assistência ao parto, fomentando a publicação de diretrizes, inserindo o tema nos congressos da especialidade, fortalecendo sua CNE de Assistência ao Parto e dialogando com os gestores e instituições para a adoção de práticas seguras e respeitosas no parto e nascimento”, declara o Dr. Braga.

A Dra. Maria Celeste expõe: “Ao longo de mais de 60 anos de existência, a Febrasgo sempre promoveu capacitação para seus associados, com informações científicas e treinamentos práticos. Congressos nacionais, eventos *on-line* e protocolos assistenciais organizados pela Febrasgo facilitam a atualização dos ginecologistas e obstetras e subsidiam a prática clínica. A mensagem que quero deixar é esta: “seja na assistência ao parto vaginal ou caso o quadro evolua para uma cesariana, nossa recomendação é para que o parto ocorra sempre em um ambiente seguro e respeitoso. É isso que nós almejamos como ideal”. O país das cesáreas precisa, antes de tudo, ser o país do respeito, onde dignidade e ambiente seguro sejam a normalidade.



FEBRASGO POSITION STATEMENT

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

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



Pesquisa e
Extensão

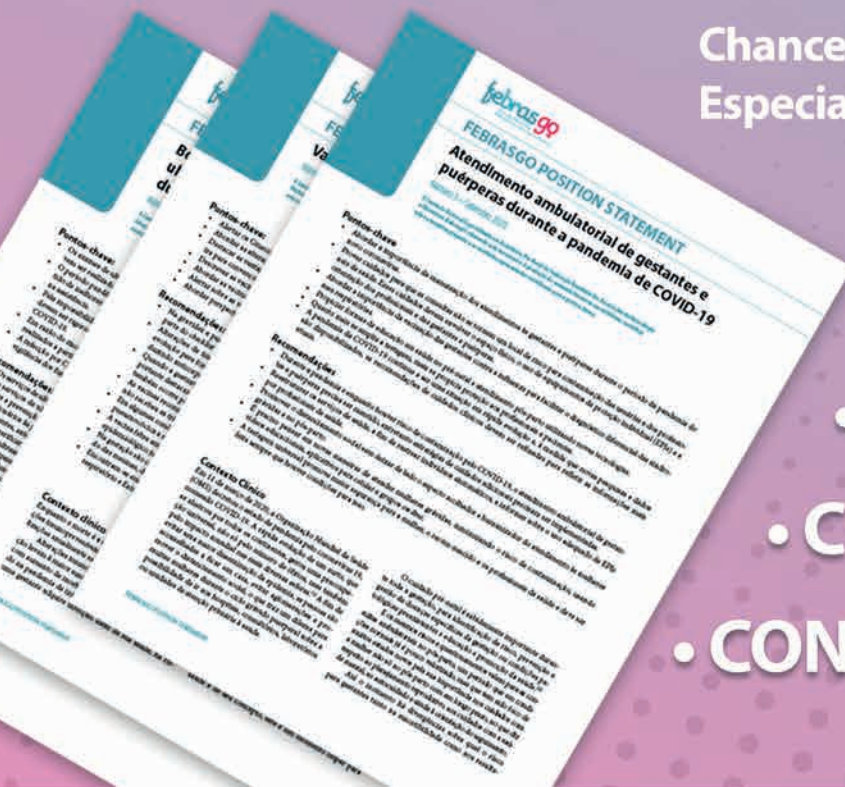


Prática
Assistencial

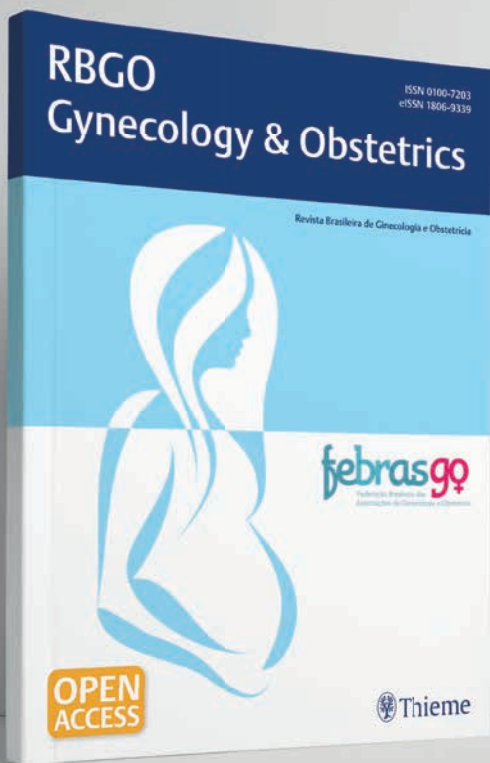


Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS



Razões para submeter o seu manuscrito à RBGO

- Indexação: Medline/PubMed, SciELO, Scopus, LILACS, Scimago, Google Metrics
- Edição em inglês
- Periodicidade mensal
- Open Access: acesso livre e gratuito em qualquer parte do mundo
- Submissão de artigos eletronicamente pelo sistema ScholarOne
- Corpo editorial de excelência nacional e internacional
- Custo Zero: autores não pagam qualquer taxa para a publicação

► Dicas para os autores que submeterão seus manuscritos à RBGO

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve estar atento ao título do manuscrito. O título é o cartão de visita de qualquer publicação. É ele que deve atrair o leitor para a leitura do trabalho. Deve ser preparado com muito cuidado e preferencialmente ser escrito apenas após o término do artigo.

Um bom título descreve adequadamente o conteúdo do seu manuscrito. Geralmente não é uma frase, pois não contém o sujeito ou verbos e objetos arranjados.

Nomes de cidades, regiões, serviços assistenciais e instituições devem ser evitados nos títulos dos manuscritos, pois podem, já de princípio, limitar o interesse dos leitores uma vez que muitas vezes o título já prenuncia os limites da abrangência dos resultados obtidos no trabalho. Abreviaturas, fórmulas químicas, excesso de adjetivos também devem ser evitados em títulos. Os títulos dos manuscritos submetidos à RBGO devem conter no máximo 18 palavras.



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

RBGO – Volume 44, Número 3, Março 2023

EDITORIAL

Increase in cesarean sections in Brazil – a call to reflection

Antonio Braga, Sue Yazaki Sun, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alberto Trapani Junior, Adriana Gomes Luz, Gabriel Osanan, Geraldo Duarte, José Geraldo Lopes Ramos, Maria Celeste Osório Wender, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rossana Pulcineli Vieira Francisco, Vera Therezinha Medeiros Borges, Rosiane Matta

OBSTETRICS

Impact of the COVID-19 pandemic on care of women experiencing abortion in a university hospital in Brazil

Priscilla Brenda Fonseca Dantas, Carolina Braga Trabach, Aline Aparecida Junqueira, Carina Cordeiro Nunes, Nelio Neves Veiga-Junior, Luiz Francisco Baccaro

Evaluation and comparison of respiratory muscular strength, functionality, and pelvic floor in the immediate postpartum of normal and cesarean birth

Carolina Martins da Rosa, Thariny Huesken Dockhorn, Juliana Rezende Cardoso, Soraia Genebra Ibrahim Forgiarini, Luiz Alberto Forgiarini Junior, André Luiz Lisboa Cordeiro

HIGH RISK PREGNANCY

Maternal blood fatty acid levels in fetal growth restriction

Raquel Margiotte Grohmann, Vivian Macedo Gomes Marçal, Isabela César Corazza, Alberto Borges Peixoto, Edward Araujo Júnior, Luciano Marcondes Machado Nardozza

Age and type of delivery as risk indicators for maternal mortality

Isabella Mantovani Gomes Dias de Oliveira, Emílio Prado da Fonseca, Fabiana Mantovani Gomes França, Karine Laura Cortellazzi, Vanessa Pardi, Antonio Carlos Pereira, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

ASSISTED FERTILIZATION

Fertility does not quarantine: Coronavirus disease 2019 pandemic impacts on in vitro fertilization clinical pregnancy rates

Fernanda de Almeida Vieira, Ricardo Pasquini Neto, Mariana Cristina Gomes Morila, Jean Borges Curimbaba, Daniela Sasso Pasquini, Paulo Cesar Zimmermann Felchner, Gustavo Wandresen, Jan Pawel Andrade Pachnicki

REVIEW

Technologies applied to the mental health care of pregnant women: a systematic literature review

Lais Lage de Carvalho, Júlia Magna da Silva Teixeira, Roberto José Gervásio Unger, Vivian Genaro Motti, Giovanni Marcos Lovisi, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

LETTER TO EDITOR

Mimicking mother nature in the field of human reproduction?

Jesús Alfredo Berdugo Gutierrez, Omar Ammar, Stefan Du Plessis, Walter Cardona Maya

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Fertility preservation in gynecologic cancer patients

Suzana Arenhart Pessini, Jesus Paula Carvalho, Ricardo dos Reis, Agnaldo Lopes da Silva Filho, Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Um olhar para a saúde das mulheres no Norte do país

Em Roraima, a assistência à população feminina grita por socorro e não é mais possível agir com indiferença. Quem faz o alerta é a presidente da ASGORR, Dra. Eugenia Glaucy Moura Rebelo

Por Letícia Martins



No Mês Internacional das Mulheres, *Femina* conversou com a presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Roraima (ASGORR), Dra. Eugenia Glaucy Moura Rebelo, sobre a assistência à saúde da população feminina no extremo norte do país.

Roraima, que faz fronteira com dois países (Venezuela e Guiana) e dois estados brasileiros (Pará e Amazonas), teve a maior taxa de mortalidade materna do Brasil em 2021 (281 óbitos por 100 mil nascidos vivos, segundo dados do Observatório Obstétrico Brasileiro) e apresenta diversos desafios em relação ao acesso e à assistência à saúde, sobretudo para a população indígena, etnia predominante no estado. Com o olhar voltado para todas as mulheres da região, a ginecologista obstetra Dra. Eugenia não consegue deixar de fora da pauta as minorias e, quando questionada sobre os desafios do estado, aponta: “Aqui não temos uma saúde que discuta as questões de gênero”.

Profissionais capacitados há na região, mas em baixo número, avalia a médica, que assumiu interinamente a presidência da ASGORR de 2017 a 2019 e seguirá liderando a federada até 2024. “Somos 30 associados ao todo e estamos sempre promovendo ações que integram as atividades científicas e as relações sociais”, declara. “Vivemos num ambiente muito distante de instituições formadoras, mas procuro estar sempre ao lado da classe de gineco-obstetras.”

Confira a seguir a entrevista com a Dra. Eugenia, que não deixa as sérias e necessárias análises da realidade neutralizar o sentimento que a impulsiona como médica, ativista, mulher, mãe e avó.

Femina: Como a senhora avalia a assistência às mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS) de Roraima?

Dra. Eugenia Rebelo: A saúde da mulher na região Norte tem as peculiaridades demográficas que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresenta ao público, e os indicadores do Ministério da Saúde refletem dados não muito animadores relacionados à condição feminina. Especificamente em Roraima, extremo norte do país, o SUS não traz para a prática as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Desde o ano de 2004, quando esse programa passou a ser uma política de Estado, ou seja, saiu da esfera de um programa de saúde e passou a ser uma política de saúde como uma maneira de garantir direitos no contexto geral à mulher como um ser biopsicossocial, a PNAISM mantém uma enorme lacuna na produção de



Dra. Eugenia Glaucy Moura Rebelo

“Eu me escalo sempre como representante dos gineco-obstetras no movimento classista.”

serviços, haja vista os piores indicadores de morte materna e de câncer do colo do útero. Onde atuo, 80% das ações ainda estão no papel.

Femina: As mulheres são as responsáveis por cuidar da saúde da família, além de cuidarem da casa e por vezes trabalharem fora para trazer o sustento. Nesse contexto, como está a saúde da população feminina? As mulheres têm se cuidado também?

Dra. Eugenia Rebelo: Se formos pegar como base de informação a mortalidade de mulheres de 15 a 49 anos em Roraima, já enxergamos que há falhas na linha de cuidado. Isso é expresso pelo número de mortes na gestação, parto e puerpério, e como causa número 1 o abortamento, um tanto primitivo, mas é a realidade de quem não tem acesso a um planejamento familiar adequado.

Femina: Como fica a assistência aos grupos minoritários, como mulheres pertencentes à comunidade LGBTQIA+ na região?

Dra. Eugenia Rebelo: Aqui não temos uma saúde que discuta as questões de gênero. Vivemos a triste realidade da falta de acesso aos serviços de saúde. Sabemos que a demografia é a área do conhecimento que trata sobre as populações humanas. Diante da escassez de informações sobre a saúde da população LGBTQIA+ no estado de Roraima, não temos como mensurar a qualidade do serviço, pois o modelo local é exclusivamente heterocentrista. Não há serviços para essa comunidade, iniciando-se agora discussões com pequenos grupos por meio da associação para começar a capacitação e, conseqüentemente, diminuir a discriminação dada à diversidade dessa população.

Femina: Outro grupo vulnerável e prioritário são as mulheres indígenas. Como a senhora avalia a assistência à saúde delas em Roraima?

Dra. Eugenia Rebelo: No estado, existem dois hospitais públicos que atendem mulheres e têm maternidade. Um deles está na capital, enquanto o outro se localiza a 400 km de Boa Vista, mas essas unidades não têm gestão sistemática voltada para a saúde da mulher. São serviços que sofrem influências políticas sazonais, com ações dirigidas por assessores de políticos, normalmente aqueles que estão em Brasília (DF), e não definem dentro do subsistema de saúde indígena ações prioritárias para a mulher. Assim, a condição de saúde da mulher

“A maioria dos gineco-obstetras é preparada para o atendimento, mas há escassez de profissionais em todas as áreas.”

“A condição de saúde da mulher indígena é dramática, chega a ser uma questão humanitária, o que não é aceitável.”

indígena é dramática, chega a ser uma questão humanitária, o que não é aceitável, uma vez que esse grupo tem um subsistema onde nem o estado nem os municípios progredem em ações para acolher essas necessidades. As casas destinadas ao atendimento, conhecidas como CASAI, são sempre albergues superlotados e à mercê de decisões de cargos políticos. O hospital a que me refiro na capital chama-se Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré e é o único de referência para todas as mulheres do estado. Atualmente, ele funciona dentro das instalações de um hospital de campanha do exército, porque o prédio antigo está sendo readequado. Ou seja, o local atual é completamente inadequado para assistência a mulher.

Femina: Os médicos ginecologistas e obstetras que atuam no estado estão preparados para atender a população feminina e, em especial, aquelas pertencentes aos grupos minoritários?

Dra. Eugenia Rebelo: A maioria dos gineco-obstetras é preparada para o atendimento, mas como vivemos um drama geográfico, há escassez de profissionais em todas as áreas, incluindo especialistas em ginecologia e obstetrícia.

Femina: Como mulher, mãe, avó, médica ginecologista e atuante no movimento associativo, que mensagem a senhora pode deixar aos colegas de profissão neste mês da mulher, em que celebramos a luta e lutamos por melhores acesso e condições de saúde para a população feminina?

Dra. Eugenia Rebelo: Os espaços interativos que dão expressão aos movimentos de formação em uma especialidade médica de forma associativa são muito inclusivos no contexto etário. A vivência, a proficiência e a boa convivência fazem com que eu particularmente me sinta uma mulher jovem, sempre com muitas propostas e coisas novas a fazer. Eu me escalo sempre como representante dos gineco-obstetras no movimento classista e minhas atitudes sempre estão tangenciando uma representação de classe, sobretudo porque temos o apoio inavaliável da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Já como avó, minha alegria é dividir o sorriso largo com meus netos e apoiá-los em tudo o que querem fazer. Eles também me deixam mais atuante e com a certeza de que tenho muito a oferecer, além do grande amor que sinto pelas joias que são os meus netos e filhos.





RESIDÊNCIA MÉDICA

Panorama atual do ensino em cirurgia ginecológica minimamente invasiva

Gustavo Anderman Silva Barison¹, Lais Ferraz de Assis Pinto¹, Debora Davalos Albuquerque Maranhão¹, Mariano Tamara Vieira Gomes¹, Sérgio Podgaec¹

1. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Gustavo Anderman Silva Barison
Av. Albert Einstein, 627/701, Morumbi,
05652-900, São Paulo, SP, Brasil
contato@gustavobarison.com.br

Como citar:

Barison GA, Pinto LF, Maranhão DD, Gomes MT, Podgaec S. Panorama atual do ensino em cirurgia ginecológica minimamente invasiva. *Femina*. 2023;51(3):147-50.

A evolução das áreas cirúrgicas é contínua e se deve, entre outros fatores, ao aprofundamento dos estudos e pesquisas voltados ao treinamento em habilidades cirúrgicas, e também aos avanços tecnológicos e ao desenvolvimento de equipamento e instrumental cada vez mais avançados. A cirurgia minimamente invasiva especificamente, com a videolaparoscopia, a histeroscopia e a cirurgia robótica, foi diretamente impactada com o avanço significativo e contínuo em cirurgia no último século.

A ideia do conceito de endoscopia data de cerca de 600 anos, porém foi nos meados de 1900 que cientistas e médicos se aprofundaram no desenvolvimento de ferramentas e técnicas que preparariam o terreno para o que usamos hoje como definição de cirurgia

laparoscópica e endoscópica, de maneira geral.⁽¹⁾ A primeira laparoscopia ginecológica operatória de que se tem conhecimento foi realizada nos Estados Unidos em meados dos anos 1940 e foi uma eletrocauterização monopolar das tubas uterinas, para produzir oclusão tubária, como método de controle de natalidade. Em 1980, como um marco para a cirurgia ginecológica laparoscópica, Harry Reich descreveu a primeira histerectomia realizada totalmente pela via laparoscópica.⁽²⁾

De 40 anos para cá, as técnicas minimamente invasivas têm ganhado um espaço grande e cada vez mais sólido na Ginecologia e hoje são padrão-ouro para o diagnóstico e o tratamento de diversas doenças do trato genital feminino. A literatura mostra que cirurgias laparoscópicas estão associadas a diminuição do tempo cirúrgico, menor dor no pós-operatório e melhora na qualidade de vida, e não demonstram aumento de complicações em relação à laparotomia (no caso da histerectomia).⁽³⁾

Na área da oncologia ginecológica não é diferente, e a laparoscopia e a cirurgia minimamente invasiva também atuam de forma segura e sólida em muitas condições, como via de acesso fundamental e muito interessante, mostrando que é possível associar a técnica minimamente invasiva aos princípios cirúrgicos oncológicos.⁽⁴⁾

Além disso, a literatura sustenta que o sucesso do tratamento cirúrgico está diretamente relacionado a melhor habilidade e treinamento do cirurgião e da equipe cirúrgica, de tal forma que se torna cada vez mais interessante estudar e se aprofundar no treinamento de jovens cirurgiões, seu preparo precoce e ganho crescente dessas habilidades.⁽⁴⁾

O desenvolvimento tecnológico e o aprimoramento crescente na qualidade dos novos equipamentos e instrumentais, associados ao aperfeiçoamento dos cirurgiões, são os pilares que fazem crescer a cirurgia minimamente invasiva, que se tem tornado cada vez mais uma área de atuação específica da Ginecologia. E, como dito anteriormente, a busca pela familiarização e maior habilidade do jovem cirurgião faz com que cada vez mais estudemos como introduzir e conduzir o ensino nessa área dentro dos programas de residência em Ginecologia.⁽⁵⁾ A laparoscopia requer o aprimoramento de algumas habilidades cirúrgicas, como aquelas associadas a visão 2D, propriocepção, manejo e domínio do uso de energia e destreza com instrumental delicado por meio de uma posição ergonômica relativamente contraintuitiva, quando comparada à laparotomia.

O treinamento de novas técnicas cirúrgicas de maneira sistemática e em etapas, no que diz respeito à complexidade, que busque desenvolver paulatinamente a destreza psicomotora, a orientação espacial e a manipulação de tecido por meio de materiais específicos, deve estar dentro das competências do jovem cirurgião ginecológico residente, buscando, ao final da

residência, uma adaptação e ganho de habilidade de forma natural e menos frustrante.⁽⁶⁾

Atualmente, existem metodologias seguras para permitir o aprimoramento e o ganho gradual de tais aptidões, como o treinamento periódico em laboratórios e centros de simulação (*dry lab*), que possibilitam a prática cirúrgica com modelos inanimados, com baixa carga estressora, sempre sob supervisão, para posterior aplicação segura *in vivo*. O treinamento em laboratório permite também avaliar os cirurgiões em formação, além de corrigir vícios e tirar dúvidas técnicas. Hoje a literatura nos respalda com diferentes ferramentas e conceitos que podemos aplicar no treinamento específico de cirurgia minimamente invasiva com foco em formar residentes e novos cirurgiões.⁽⁷⁾

COMO REALIZAR O TREINAMENTO DE RESIDENTES EM CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA?

Seguiremos os próximos parágrafos apresentando de forma resumida o que entendemos ser uma boa trilha para a introdução do aprendizado em cirurgia ginecológica minimamente invasiva para o residente, que é o que aplicamos em nosso serviço, no Programa de Residência Médica do Hospital Israelita Albert Einstein.

É importante sinalizar que, para começar a ensinar o jovem cirurgião ginecológico a entender cirurgia endoscópica, é necessário fazê-lo se aprofundar em conceitos teóricos fundamentais. No caso da laparoscopia, é importante mergulhar em conceitos que vão além daqueles que estão na sua zona de conforto e que circundam a laparotomia, como os de anatomia pélvica laparoscópica e espaços anatômicos desenvolvidos na laparoscopia, neuroanatomia, fisiologia dos tecidos e órgãos, e sua correlação com a intervenção cirúrgica em cada um deles. Para tanto, um conteúdo teórico com aulas didáticas é fundamental, devendo abranger desde conceitos básicos da abordagem cirúrgica de cada afecção, instrumental cirúrgico, preparo do paciente no pré-operatório, acompanhamento pós-operatório, montagem da sala cirúrgica até possíveis complicações e seu manejo clínico-cirúrgico.

Métodos para facilitar o aprendizado e promover maior imersão e fixação do aprendizado nos temas endoscópicos podem também incluir discussão de casos clínicos, artigos científicos e edição de vídeos de cirurgias, que permitem o estudo do passo a passo de cada técnica cirúrgica, estudo de anatomia pélvica laparoscópica e, principalmente, crescente familiarização com a cirurgia e visão laparoscópica.

O mesmo se aplica ao ensino da histeroscopia, cuja trilha de aprendizado se deve iniciar com uma carga teórica e teórico-prática, passando por conceitos e orientações quanto à montagem e ao manejo de instrumental específico para histeroscopia ambulatorial e cirúrgica, orientação espacial, manejo da ótica

e técnica da biópsia dirigida, estudo das técnicas cirúrgicas histeroscópicas (polipectomia, miomectomia, lise de sinequias, correção de istmocele), manejo de complicações, meios de distensão intrauterina, entre outros temas específicos.

DRY LAB EM LAPAROSCOPIA

O *dry lab* em videolaparoscopia, como dito anteriormente, é fundamental para o ganho e a solidificação inicial de habilidades laparoscópicas, de tal forma a trazer mais segurança para o jovem cirurgião no início da sua jornada laparoscópica. Seu uso dentro dos centros de ensino deve ser sempre estimulado e incentivado antes do início da atuação *in vivo*, porém também durante tal atuação, sendo uma atividade extremamente importante para aprimorar continuamente habilidades técnicas. Os *dry labs* podem contar com uma variedade grande e infindável de ferramentas e exercícios para treino. Além de modelos anatômicos (*pelvic trainers*), que sabidamente são caros, podem ser usadas caixas de visão indireta (caixas pretas) e até mesmo caixas improvisadas feitas de papelão e afins.

Alternativas interessantes que podem seguir a sequência da trajetória nos laboratórios de treinamento em cirurgia, quando disponíveis, são os animais (mais comumente os suínos) e simuladores virtuais, sendo as duas últimas opções menos disponíveis em programas de residência, devido ao alto custo e à necessidade de aprovação ética, no caso dos animais.⁽⁸⁾ Jokinen *et al.* (2020)⁽⁹⁾ mostraram em seu trabalho que residentes que receberam treinamento em simuladores virtuais obtiveram posteriormente melhor desempenho cirúrgico em campo real em suas primeiras histerectomias laparoscópicas.⁽⁹⁾

DRY LAB EM HISTEROSCOPIA

Em histeroscopia, o treinamento em *dry lab*, assim como o da laparoscopia, é uma porta inicial fundamental para a aquisição das habilidades práticas manuais, usando-se modelos anatômicos de látex e outros materiais sintéticos que reproduzem a anatomia uterina e diagnósticos específicos histeroscópicos, sendo possível colocar o residente em situações distintas e simular cada tipo de procedimento. Estudos mostram que não há superioridade entre os diferentes modelos e que há benefícios do treinamento histeroscópico, como promotor de maior conhecimento prévio das patologias uterinas, melhora das habilidades técnicas, autoconfiança e segurança para realizar o procedimento posteriormente *in vivo*.⁽¹⁰⁾

A prática *in vivo* deve ser aplicada, sempre sob supervisão de *staff* habilitado, em ambulatórios cirúrgicos, para avaliação de pacientes no pré-operatório, para discussão da indicação e orientações pré-operatórias e também para seguimento pós-operatório de todo caso operado. A participação em cirurgias deve seguir uma

sequência de aprendizado que obedeça e acompanhe o ganho progressivo de habilidade do residente, que atuará na cirurgia de forma progressiva, iniciando-se como segundo auxiliar, depois evoluindo para primeiro, até de fato, mediante segurança avaliada pelo *staff*, poder assumir a posição de cirurgião principal. Essa atuação também deverá respeitar a complexidade da cirurgia, de tal forma que se prioriza, no início da curva de aprendizado, a atuação em cirurgias laparoscópicas de menor complexidade, para se permitir a jornada de aprendizado de forma coerente e contínua.⁽⁵⁾

Para avaliar o residente e ter a percepção de ganho e solidificação do aprendizado tanto no que diz respeito à aptidão técnica como ao conhecimento teórico, uma sugestão é introduzir no conteúdo programático avaliações teórico-práticas, usando como exemplos de modelos de avaliação OSATS⁽¹¹⁾ ou GOALS.⁽¹²⁾

É importante colocar aqui que faz parte da matriz de competências em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) que os médicos-residentes adquiram, ao longo de seu cronograma de três anos, conhecimentos sobre os princípios básicos endoscópicos, incluindo o passo a passo para o início de uma cirurgia endoscópica, as principais indicações cirúrgicas e as vantagens e limitações da via de acesso minimamente invasiva, além de criarem familiarização com o instrumental cirúrgico e seu manuseio eficaz, na posição de *auxiliar*.⁽¹³⁾ O aperfeiçoamento em laparoscopia, histeroscopia e endoscopia ginecológica, de forma geral, e a formação, de fato, como cirurgião ginecológico minimamente invasivo são feitos, em nosso cenário nacional, por meio de programas de residência, aprimoramentos médicos e *fellowships* voltados para tal área de atuação específica. O tempo de duração é variável entre os programas, tendo os programas mais tradicionais e completos uma duração que varia de um a dois anos.

A EVOLUÇÃO PARA O TREINAMENTO EM CIRURGIA ROBÓTICA

A evolução contínua da cirurgia minimamente invasiva trouxe o crescimento recente da cirurgia robótica, que também vem ganhando espaço importante e crescente na Ginecologia e em outras áreas cirúrgicas, podendo também ser aplicada de forma segura em diversos procedimentos, como histerectomia, miomectomia, recanalização tubária, sacrocolpopexia, cirurgia para endometriose e cerclagem transabdominal. Sua alta tecnologia fornece vantagens ergonômicas em relação à videolaparoscopia convencional, como visão em terceira dimensão (3D), alta definição visual no console, movimentos de pinças similares aos da mão do cirurgião e melhor posição ergonômica do médico durante o procedimento. Tais vantagens poderiam resultar em melhor *performance* cirúrgica no procedimento.⁽¹⁴⁾

Por se tratar de uma tecnologia ainda cara e que requer maior e mais aprofundada especialização, ela ainda não faz parte da realidade da grande maioria dos programas de residência, e o ensino de suas habilidades ainda não compõem a Matriz de Competências da Febrasgo.⁽¹³⁾ Entretanto, o ensino em cirurgia é muito dinâmico e já existem programas nos quais os residentes já têm acesso a tais cirurgias, podem acompanhar ao vivo cirurgias robô-assistidas, algumas vezes participar delas, além de receberem treinamento em simuladores robóticos, podendo, assim, entender e ter ideia dessa promissora nova plataforma cirúrgica, que vem se tornando uma realidade em nossa área.

A certificação em cirurgia robótica hoje ainda passa por dinâmicas mudanças e seu espaço nos programas de residência, como dito, ainda é inicial. Mas sabe-se que hoje, para a habilitação segura do aluno em cirurgia robótica, se recomenda a realização de *fellowships* específicos de cirurgia robótica ou de cirurgia minimamente invasiva que disponham de tal formação, com duração mínima de um ano, para se permitir treinamento intensivo em simuladores, cirurgias em suínos e suficiente acompanhamento e auxílio de cirurgias robóticas, proporcionando a vivência suficiente em campo cirúrgico e a familiarização com a técnica.

O PANORAMA ATUAL BRASILEIRO

Existe hoje no Brasil um importante déficit e heterogeneidade da forma de ensino e treinamento em cirurgia minimamente invasiva nas diferentes especialidades cirúrgicas, resultando em uma curva de aprendizado que é vista como lenta e desestimulante. Isso se deve a vários fatores, como desinformação sobre métodos de ensino por parte de muitos especialistas, contexto socioeconômico, alto custo de equipamentos, dificuldades estruturais e organizacionais dos serviços e déficits educacionais qualitativos e quantitativos dos programas de residência.⁽⁵⁾

Em uma era de busca constante de pacientes por procedimentos cada vez menos invasivos e de tecnologias mais avançadas e complexas, o aprendizado psicomotor de tais técnicas não deveria ser feito diretamente em pacientes, mas deveria ser iniciado em simuladores cirúrgicos e modelos inanimados e animados, buscando-se garantir maior segurança nos procedimentos, maior fixação do aprendizado e melhor formação dos cirurgiões.⁽¹⁵⁾

CONCLUSÃO

É indispensável que a formação médica acompanhe a evolução tecnológica para que se possa oferecer de forma crescente e segura o melhor tipo de abordagem cirúrgica às nossas pacientes. Dessa forma, ampliar o treinamento em cirurgia minimamente invasiva e trazer maior vivência na área ainda durante a residência em Ginecologia torna-se interessante e natural devido ao

avanço da área, não devendo se restringir apenas aos cursos de especialização, *fellowship* e pós-graduação. O contato precoce com cirurgias mais avançadas minimamente invasivas, incluindo as robô-assistidas, deverá progressivamente fazer parte da rotina dos cirurgiões em formação, tendo em vista que elas têm demonstrado ser a tendência da evolução da cirurgia ginecológica e realidade em muitos países desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

- Spaner SJ, Warnock GL. A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparoscopic surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech.* 1997;7(6):369-73. doi: 10.1089/lap.1997.7.369
- Garry R. Laparoscopic surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(1):89-104. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2005.10.003
- Parker WH, Cooper JM, Olive DL. Benefits of laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(6):1309-10. doi: 10.1067/mob.2001.114044
- Gan C, Bossart M, Piek J, Halaska M, Haidopoulos D, Zapardiel I, et al. Robotic and advanced laparoscopic surgical training in European Gynecological Oncology Trainees. *Int J Gynecol Cancer.* 2017;27(2):375-81. doi: 10.1097/IGC.0000000000000879
- Nácul MP, Cavazzola LT, Melo MC. Current status of residency training in laparoscopic surgery in Brazil: a critical review. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(1):81-5. doi: 10.1590/S0102-67202015000100020
- Harrington CM, Dicker P, Traynor O, Kavanagh DO. Visuospatial abilities and fine motor experiences influence acquisition and maintenance of fundamentals of laparoscopic surgery (FLS) task performance. *Surg Endosc.* 2018;32(11):4639-48. doi: 10.1007/s00464-018-6220-2
- Sharma M, Horgan A. How to self train in basic laparoscopic skills. *Br J Hosp Med (Lond).* 2011;72(9):521-4. doi: 10.12968/hmed.2011.72.9.521
- Maranhão DD, Barison GA, Alvarenga-Bezerra V, Ferreira LA, Leal AS, Moretti-Marques R, et al. Evaluation of a laparoscopic multi-approach training for obstetrics and gynecology residents. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(7):404-10. doi: 10.1055/s-0040-1712997
- Jokinen E, Mikkola TS, Härkki P. Simulator training and residents' first laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2020;34(11):4874-82. doi: 10.1007/s00464-019-07270-3.
- Gambadauro P, Milenkovic M, Hadlaczyk G. Simulation for training and assessment in hysteroscopy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(6):963-73. doi: 10.1016/j.jmig.2018.03.024
- Martin JA, Regehr G, Reznick R, MacRae H, Murnaghan J, Hutchison C, et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. *Br J Surg.* 1997;84(2):273-8. doi: 10.1046/j.1365-2168.1997.02502.x
- Vassiliou MC, Feldman LS, Andrew CG, Bergman S, Leffondré K, Stanbridge D, et al. A global assessment tool for evaluation of intraoperative laparoscopic skills. *Am J Surg.* 2005;190(1):107-13. doi: 10.1016/j.amjsurg.2005.04.004
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Matriz de competências em ginecologia e obstetrícia: versão 2 [Internet]. São Paulo: Febrasgo; 2019 [cited 2019 Dec 10]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/images/Matriz-de-competencias---2a-edicao---web.pdf>
- Rivas-López R, Sandoval-García-Travesí FA. Cirugía robótica en ginecología: revisión de la literatura. *Cir cir.* 2020;88(1):107-16. doi: 10.24875/ciru.18000636
- Romão GS, Sá MF, Fernandes CE, Silva Filho AL. Residência médica: ensino e avaliação de competências. Barueri: Manole; 2022.

TCLE

LAQUEADURA TUBÁRIA

A Lei nº 14.443/2022 entra em vigor neste mês de março de 2023 e veio para alterar a antiga Lei nº 9.263, de janeiro de 1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar. Foram várias alterações, particularmente aquelas que se referem à laqueadura tubária (LT), que vão ao encontro de aspirações das mulheres e da comunidade médica. Mencionamos, entre elas, a retirada da necessidade de autorização do cônjuge para o procedimento da LT, a diminuição da idade mínima de 26 para 21 anos, além do direito ao acesso à esterilização cirúrgica durante o período de parto, se observados o prazo de 60 dias entre a manifestação e o parto e as devidas condições médicas. Atenta ao cenário e procurando orientar os profissionais gineco-obstetras e munir de informações técnicas o Ministério da Saúde, a fim de garantir o direito de acesso a mulheres no contexto do planejamento familiar, a Febrasgo criou um Grupo de Trabalho – Lei Esterilização Cirúrgica, composto pela Dra. Maria Celeste Osório Wender, o Dr. Antonio Rodrigues Braga Neto, a Dra. Lia Cruz Vaz da Costa Damásio, a Dra. Mirela Foresti Jiménez, a Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho, o Dr. Rogério Bonassi Machado, a Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura, a Dra. Rosiana Mattar, o Dr. Sérgio Hofmeister de Almeida Martins Costa e a Dra. Fabiana Silva (do Jurídico da Febrasgo). Um texto de Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLE) foi elaborado pela Comissão de Defesa e Valorização Profissional como sugestão para ser adotado para os procedimentos de LT.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Documento de consentimento pós-informado para a realização de laqueadura tubária

Eu.....
, RG,
 anos de idade, ciente dos esclarecimentos pres-
 tados pelo meu médico assistente, Dr.
,
 CRM, manifesto o desejo de ser
 submetida a laqueadura tubária por minha livre e espon-
 tânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha von-
 tade (por meio deste documento) e o procedimento cir-
 úrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a
 Resolução Normativa nº 167, da Agência Nacional de Saúde
 Suplementar (ANS).

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na inter-
 rupção da continuidade das tubas uterinas, com o obje-
 tivo de impedir gravidez;
- Para a realização desse procedimento, existem várias
 formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada
 por meio de 3 ou 4 pequenos cortes feitos no abdome;
 Microlaparotomia – cirurgia semelhante a uma cesárea;
 Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea –
 laqueadura tubária realizada no momento da prática de
 uma cesárea;
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita
 de anestesia, e o tipo de anestesia será avaliado e esco-
 lhido pelo Serviço de Anestesia;
- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais
 efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efe-
 tividade não é de 100% – existe uma porcentagem de fa-
 lha de 0,41%, que independe da paciente ou do médico;
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco ex-
 cepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da
 situação vital de cada paciente;
- A reversão dessa cirurgia, ou seja, a recanalização das
 tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de pla-
 no de saúde vigente;
- As complicações que poderão surgir são: Intraopera-
 tórias – hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por
 bisturi elétrico; Pós-operatórias Leves e mais frequentes
 – seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras; Pós-
 -operatórias Graves e excepcionais – eventração, apneia,
 tromboses, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e
 outras, bem como perfurações de órgãos;
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevis-
 to, a equipe médica poderá substituir a técnica cirúrgica
 programada;
- Existem outros métodos de contracepção que não são
 irreversíveis, como os métodos de barreira, anticoncep-
 ção hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU), implan-
 tes e métodos naturais.

Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12
 de janeiro de 1996, de que a esterilização será objeto de
 notificação à direção do Sistema Único de Saúde e de que,
 para a comprovação do meu vínculo conjugal, devo apre-
 sentar cópia autenticada da minha certidão de casamento
 ou da declaração de união estável.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em lin-
 guagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas
 que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o
 procedimento de laqueadura tubária se realize e sem ne-
 cessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o
 consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou
 satisfeita com as informações recebidas e que compreendo
 o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao(a) médico(a) realizar o(s) procedi-
 mento(s) e permito que ele(a) utilize seu julgamento técnico
 para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis
 por meio dos recursos conhecidos na atualidade pela medici-
 na e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e con-
 cordo com os itens acima referidos e que, mesmo ten-
 do entendido as explicações que me foram prestadas,
 de terem sido esclarecidas todas as minhas dúvidas
 e estando plenamente satisfeita com as informações
 recebidas, ME RESERVO o direito de revogar este con-
 sentimento antes que o procedimento, objeto deste
 documento, se realize.

.....
 Nome da paciente ou responsável legal

.....
 Assinatura da paciente ou responsável legal

.....
 Identidade nº

.....
 Local: Data: Hora:

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/
 ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujei-
 ta, à própria paciente e/ou ao seu responsável, sobre
 os benefícios, riscos e alternativas, e respondi às per-
 guntas formuladas por eles. De acordo com o meu en-
 tendimento, a paciente e/ou seu responsável estão em
 condições de compreender o que lhes foi informado.

.....
 Nome do médico:

.....
 Assinatura: CRM:

.....
 Local: Data: Hora:

**O termo deve ser rubricado em todas as
 folhas pela paciente e pelo médico.**

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

- 154** Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico
Suzana Arenhart Pessini, Jesus Paula Carvalho, Ricardo dos Reis, Agnaldo Lopes da Silva Filho, Walquíria Quida Salles Pereira Primo

ARTIGOS ORIGINAIS

- 161** Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto
Camila Rodrigues, Heloisa Kugeratski Pierin, Maria Fernanda Queiróz Ferreira, Lucas Mori Garcia, Milena Binhame Albini Martini
- 167** Infecção materna por SARS-CoV-2: descrição das notificações em gestantes
Rafaella Willig de Quadros, Richard Simon Machado, Daniela Quedi Willig, Chaiana Esmeraldino Mendes Marcon, Betine Pinto Moehlecke Iser
- 174** Atitudes e crenças de médicos ginecologistas-
-obstetras e de pacientes do Hospital Universitário de Brasília sobre o rastreamento cervical e o exame pélvico
Miriam da Silva Wanderley, Ágata Costa Coelho Batista, Iausha Christie Lima Bites Montezuma, Luísa Lucas Marinho, Thaís Lucena Reis

ARTIGOS DE REVISÃO

- 182** Função sexual pós-histerectomia: quais os impactos e aspectos técnicos envolvidos?
Tiele Almeida Mattjie Gaiardo, Juliana Vieira Queiroz Almeida, Eduardo Batista Cândido, Walter Antônio Prata Pace
- 190** O uso dos métodos anticoncepcionais por estudantes de Medicina: uma revisão narrativa
Bruna Marquez Rodrigues de Paula, Daniela Rachel de Oliveira Brunelli, Claudio Marcellini

Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico

Número 3 – Março 2023

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

PONTOS-CHAVE

- A preservação de fertilidade em pacientes com câncer é possível, por meio de cirurgias conservadoras ou por técnicas de reprodução assistida.
- Pacientes em idade fértil com diagnóstico de doença maligna são beneficiadas com aconselhamento reprodutivo.
- As informações oncológicas e reprodutivas resultam em menores taxas de arrependimento, mesmo quando a paciente opta por desistir do tratamento conservador.
- Os critérios de indicação de tratamento conservador em câncer de colo, de endométrio e de ovário são apresentados.
- As modalidades de tratamento conservador em câncer de colo, de endométrio e de ovário são discutidas, com os respectivos resultados oncológicos e reprodutivos.

RECOMENDAÇÕES

- Informar a paciente sobre os tipos de tratamento conservador, os resultados oncológicos e as chances reprodutivas.
- Pacientes com diagnóstico histológico de câncer de colo uterino e de endométrio devem ser devidamente estadiadas por exame clínico e exames de imagem. A ressonância magnética (RM) é o método de imagem que melhor define tamanho tumoral e extensão pré-operatória da neoplasia.
- Em pacientes com câncer de colo uterino inicial com histologias escamoso, adenocarcinoma e adenoescamoso, as cirurgias conservadoras possíveis são: conização com margens livres de neoplasia invasora e de lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG/HSIL) no estágio IA1 sem invasão do espaço linfovascular (IELV); traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica nos estádios IA1 com IELV, IA2 e IB1 (até 2 cm) com ou sem IELV. Não há indicação de tratamento radical após a gestação.
- Outras cirurgias preservadoras de fertilidade em colo uterino incluem ooforopexia e transposição uterina.
- Pacientes com câncer de endométrio tipo histológico endometrióide bem diferenciado, estágio IA, podem ser tratadas com sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIL-LNG) e/ou progestogênios em alta dose, via oral ou intramuscular. A ressecção histeroscópica do tumor precedendo a hormonioterapia tem melhores resultados. Após tratamento conservador do câncer de endométrio, é recomendável que a gestação ocorra tão logo a regressão da neoplasia se instale.
- Cisto ovariano suspeito em paciente com desejo reprodutivo deve ser avaliado por ultrassonografia realizada por profissional experiente associado a marcadores tumorais.
- A cirurgia de preservação da fertilidade em câncer de ovário consiste na conservação do útero com ou sem a preservação do anexo contralateral. São candidatas pacientes jovens com histologia epitelial estágio IA de baixo grau (G1 e G2), não epiteliais estádios IA/IC e de baixo potencial maligno (*borderline*). A complementação da cirurgia é recomendada após o término da gestação para pacientes com doença epitelial invasora, não sendo necessária para os tumores não epiteliais e *borderline*.
- Técnicas de reprodução assistida, como criopreservação de oócito, embrião ou tecido ovariano, podem ser necessárias e, assim, oferecidas às pacientes.

CONTEXTO CLÍNICO

O câncer ginecológico afeta diretamente a fertilidade, pois o tratamento consiste na remoção cirúrgica do sistema reprodutor e/ou na sua exposição a agentes gonadotóxicos. Entretanto, pacientes em estádios iniciais e que estejam dentro de critérios estabelecidos podem ser tratadas com cirurgias conservadoras da fertilidade, com resultados oncológicos equivalentes aos dos tratamentos tradicionais. As técnicas de preservação da fertilidade, como criopreservação de oócitos, embriões e tecido ovariano, também podem ser oferecidas em algumas situações. A *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) publicou recomendações sobre a preservação de fertilidade, com o objetivo de aumentar a conscientização sobre o tema, e, juntamente com a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), recomenda que pacientes em idade fértil com câncer passem por aconselhamento reprodutivo. Essas pacientes apresentam menores taxas de arrependimento, mesmo quando optam por desistir do tratamento conservador.⁽¹⁾ O interesse na preservação da fertilidade aumentou nas últimas décadas, tanto pelo fato de as mulheres postergarem a gestação como pelo aumento da incidência de câncer em jovens. A taxa de incidência de todos os cânceres aumentou 29% entre 1973 e 2015 em adolescentes e adultos jovens de ambos os sexos.⁽²⁾ O câncer de colo uterino, em mulheres de 20-29 anos, aumentou anualmente em uma média de 10,3% entre 2000 e 2009.⁽³⁾ A omissão em orientar pacientes com câncer sobre as possibilidades de preservação da fertilidade pode gerar questionamentos futuros; em alguns países, isso já se configura má prática médica.

CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer de colo uterino assume importância maior, entre os tumores ginecológicos, pelas altas taxas de incidência e de mortalidade, e por acometer mulheres jovens. Nos Estados Unidos da América, cerca de metade de todas as mulheres férteis com diagnóstico de câncer cervical em estágio inicial se enquadra nos critérios para cirurgia conservadora. Realizado o diagnóstico histológico, o estadiamento é a condição inicial para o tratamento.

Cirurgias conservadoras, quando podem ser indicadas?

Conização: No estágio IA1 sem invasão do espaço linfocirculatório (IELV), a conização ou traquelectomia com margens cirúrgicas livres de neoplasia invasora e de lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG/HSIL) serve como diagnóstico e tratamento em mulheres que desejam preservar o útero. É aconselhável que a peça seja única e não fragmentada.⁽⁴⁻⁶⁾

Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica:

É o tratamento preferencial nos estádios IA1 com IELV, IA2 e IB1 com ou sem IELV.⁽⁴⁻⁷⁾ A cirurgia é realizada por via vaginal, associada à linfadenectomia pélvica videolaparoscópica (VLPC), por via abdominal laparotômica ou minimamente invasiva (MIS), videolaparoscópica ou robótica assistida. O estudo *International Radical Trachelectomy Assessment* (IRTA), que comparou a cirurgia aberta com a cirurgia minimamente invasiva, não encontrou diferença em sobrevida e recorrência, entretanto são necessários mais estudos para confirmar a segurança da MIS.⁽⁸⁾

Os critérios a serem seguidos são idade reprodutiva, desejo de preservar a fertilidade, tumores até 2 cm no maior diâmetro, tipos histológicos escamoso, adenocarcinoma e adenoescamoso, ausência de invasão parametrial, de metástase linfonodal e de infertilidade conjugal. Outros tipos histológicos, como neuroendócrino e adenocarcinoma não associado ao papilomavírus humano (HPV), têm contraindicação para tratamento conservador.⁽⁴⁻⁷⁾ A ressonância magnética (RM) é o melhor método de imagem para avaliar a extensão pré-operatória da neoplasia, como tamanho tumoral, profundidade da invasão estromal, distância entre a parte superior do tumor e o orifício interno, metástase linfonodal e invasão parametrial.⁽⁴⁻⁶⁾ A tomografia emissora de pósitrons (PET-CT) é superior à RM e à tomografia computadorizada (TC) na avaliação de metástase linfonodal.

Linfonodo sentinela

A identificação do linfonodo sentinela com análise imuno-histoquímica é recomendável para identificação de metástases de baixo volume (células tumorais isoladas e micrometástases). O anatomopatológico de congelação transoperatória tem a vantagem de contraindicar a cirurgia, além de possibilitar a transposição ovariana no mesmo tempo cirúrgico. A desvantagem é o risco de não identificar metástases de baixo volume.⁽⁹⁾ A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) sugere a congelação dos linfonodos sentinelas e, se forem negativos, completar a cirurgia ou, como alternativa, a traquelectomia em um segundo tempo, após o anatomopatológico em parafina da linfadenectomia.⁽⁴⁾

Qual o papel da parametrectomia?

A necessidade de parametrectomia nos estádios IA2 e IB1 de baixo risco é tema de estudo. Metanálise que comparou a traquelectomia simples ou conização com a traquelectomia radical evidenciou resultados oncológicos semelhantes, com menos perda fetal nos grupos de conização.⁽¹⁰⁾ No estudo prospectivo *ConCerv*, que analisou histerectomia simples ou conização + linfadenectomia pélvica em pacientes em estágio IB1 em peças de conização com margens livres, sem IELV e sem suspeita de metástase linfonodal, tipos histológicos escamoso e

adenocarcinoma, a taxa de recorrência foi semelhante à do tratamento radical.⁽¹¹⁾ Após o término de outros dois estudos em andamento – *SHAPE* e *GOG 278* – que têm como objetivo comparar os resultados oncológicos da histerectomia simples e da histerectomia radical em estádios iniciais, as evidências serão mais robustas quanto à necessidade da parametrectomia.

Tumores maiores de 2 cm

Em pacientes com tumores maiores de 2 cm, a quimioterapia neoadjuvante é uma possibilidade. O regime com cisplatina e paclitaxel é o mais utilizado, mas a carboplatina e o paclitaxel apresentam menos toxicidade. Uma recente metanálise demonstrou 39% de resposta patológica completa e 45,6% de resposta parcial.⁽¹²⁾ O estudo multicêntrico CONTESSA, com previsão de término para 2025, estima boa resposta em mais de 70% das pacientes. Permanece incerto se a linfadenectomia deve ser realizada antes da quimioterapia, se a cirurgia a ser realizada após a quimioterapia é a traquelectomia radical ou conização e qual o melhor regime de quimioterapia.

Resultados oncológicos

A cirurgia conservadora, realizada de acordo com os critérios de indicação, não difere da histerectomia radical quanto à segurança oncológica.⁽⁴⁻⁶⁾ As taxas de recorrência e de mortalidade em cinco anos da traquelectomia radical são de 3% a 6% e de 1,6% a 5%, respectivamente.^(13,14) Duas revisões sistemáticas analisaram distintas abordagens de traquelectomia radical. A recorrência e a morte por câncer foram, respectivamente, de 4% e 1,7%-2% na via vaginal, de 4,7% e 1,4% na via laparotômica e de 7,5% e 1,3% na via laparoscópica. As taxas de recorrência associaram-se ao tamanho do tumor maior que 2 cm e IELV.^(13,14)

Resultados reprodutivos

A infertilidade após traquelectomia radical ocorre em 14% a 41%, e algumas pacientes podem precisar de técnicas de reprodução assistida.⁽¹⁵⁾ O aborto no primeiro trimestre é comparável à população em geral, mas a perda no segundo trimestre é mais frequente. Prematuridade ocorre em 28%-38% das gestantes e, antes das 32 semanas, em 12%.^(14,16) A perda fetal no segundo trimestre e a prematuridade antes de 32 semanas são devidas à ruptura prematura das membranas secundária ao colo curto e à insuficiência istmocervical (IIC). A cerclagem pode ser realizada por via vaginal, mas a via abdominal apresenta melhores resultados. É realizada, preferencialmente, no mesmo tempo cirúrgico. As taxas de gestação variam de 55% a 65,8% e a de recém-nascidos vivos é de 70%.^(14,17) Na série de Speiser *et al.*, das 212 pacientes tratadas, 76 (35,8%) estavam planejando engravidar até cinco anos após a cirurgia. Dessas 76, 50 engravidaram, resultando em taxa de ges-

tação de 65,8%. Entretanto, a taxa de gravidez para todas as 212 pacientes foi de 24% (50/212).⁽¹⁷⁾ A gestação é considerada de alto risco e o pré-natal é conduzido em centro de referência. Quanto a condutas específicas a serem adotadas para essas pacientes, existem poucas evidências, baseadas apenas em estudos observacionais. Progesterona via vaginal e cerclagem, pesquisa de bacteriúria assintomática e acompanhamento do comprimento do colo por ultrassonografia são sugeridos. Cesariana eletiva é preferencial.⁽⁹⁾

Como é realizado o seguimento?

Revisões a cada 3-4 meses nos dois primeiros anos, a cada seis meses do terceiro ao quinto ano e, após, anualmente.⁽⁴⁻⁶⁾ Além da anamnese e do exame físico, a citologia cervicovaginal é recomendável anualmente. É aconselhado um seguimento de 6-12 meses para a gestação.⁽¹⁾ Não há indicação de tratamento radical após a gestação.

Quais as alternativas de cirurgias conservadoras?

A transposição ovariana ou ooforopexia conserva a função ovariana pela suspensão das gônadas para fora do campo de radiação. Os ovários são fixados acima das cristas ilíacas e marcados com clipe para orientar a radioterapeuta. A dose de radioterapia pélvica para câncer de colo é de 40 a 50 Gy, e a falência ovariana ocorre com doses menores, entre 2 e 12 Gy. Os melhores resultados são em pacientes com menos de 40 anos e após braquiterapia, em comparação com a radioterapia externa. Quando a intenção é criopreservação, a aspiração de oócitos é realizada preferencialmente durante a cirurgia. Salienta-se que a transposição ovariana é justificada principalmente para manutenção da fertilidade e captação de oócitos, e menos justificada para manutenção da função hormonal. Outra cirurgia factível é a transposição uterina. Proposta inicialmente para câncer de reto e outros tumores pélvicos que necessitam irradiação, foi descrita em 2020 em uma paciente com câncer de colo submetida a cirurgia conservadora de fertilidade que necessitou radioterapia externa por micrometástase em linfonodos pélvicos.⁽¹⁸⁾

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

Afeta principalmente mulheres na pós-menopausa, mas 4% ocorrem antes dos 40 anos e 6,4%, entre 20 e 44 anos.⁽¹⁹⁾ Nessas faixas etárias, os tumores em geral são bem diferenciados. Em torno de 10% são associados à síndrome de Lynch (SL).

Como é realizado o tratamento conservador e quando ele é possível?

A preservação do corpo uterino, trompas e ovários, em pacientes com carcinoma de endométrio, é limitada ao tipo histológico endometriode bem diferenciado (G1), estágio IA, sem infiltração miometrial. Além da história

clínica e familiar, com atenção à possibilidade de SL, a paciente é orientada sobre perda de peso e informada sobre os riscos, bem como sobre a necessidade de complementação do tratamento após a gestação. Pode ser necessário o encaminhamento a cirurgião bariátrico e, se houver outras comorbidades, ao especialista em aconselhamento pré-concepcional.⁽¹⁾ A RM é o método de imagem que melhor define invasão miometrial, invasão cervical e metástase linfonodal.^(20,21) O tratamento conservador preferencial é hormonal com progestogênio sistêmico via oral, como acetato de medroxiprogesterona (AMP) ou acetato de megestrol (AM), ou com sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIL-LNG). As doses de AMP variam de 2,5 a 1.500 mg/dia, mais frequentemente entre 400-600 mg/dia.^(20,21) As doses descritas de AM são de 10 a 400 mg/dia, mais comumente de 160-320 mg/dia.⁽²⁰⁻²²⁾ As evidências são limitadas sobre qual deles é mais efetivo, qual o tempo de tratamento e qual a dose mais segura. Alguns estudos sugerem respostas melhores com doses menores, como 10 mg/dia de AMP e 160 mg/dia de AM.^(22,23) O tempo de tratamento varia de oito semanas a nove meses. Paraefeitos podem ocorrer, como ganho de peso, trombose, alteração de humor, cefaleia e tensão mamária. O SIL-LNG pode ser usado isolado ou associado a progestogênio sistêmico, sendo a combinação considerada preferencial.^(1,24) A ressecção histeroscópica do tumor e do endométrio adjacente precedendo SIL-LNG ou progestogênio apresenta melhores taxas de resposta completa, maiores taxas de gestação e menor número de histerectomias.⁽²⁵⁾ Outras medicações são propostas, como os análogos do GnRH, inibidores da aromatase e metformina. O risco de recorrência ou doença persistente é maior com o tratamento conservador do que com a histerectomia, e o estadiamento cirúrgico é indicado após a gestação. Mesmo em presumível estágio inicial, o risco de câncer de ovário sincrônico é de 4%-25% em mulheres com idade inferior a 45 anos.⁽²⁶⁾ Outro fator de alerta é a possibilidade de a SL estar envolvida na etiologia do tumor em paciente jovem, que tem o diagnóstico molecular dificultado com o tratamento conservador. Uma alternativa de cirurgia conservadora é a preservação somente dos ovários macroscopicamente normais. Em um estudo com mulheres com carcinoma endometrial G1 com menos de 50 anos submetidas a cirurgia, a sobrevida foi significativamente maior no grupo que teve seus ovários conservados, pelo menor risco cumulativo de doença cardiovascular.⁽²⁷⁾

Resultados oncológicos

As taxas de resposta completa variam de 48% a 96%, considerando todos os tipos de tratamento.^(24,28) A recorrência entre as pacientes que obtiveram resposta completa é de 25% a 47%.^(1,22,24) Quanto à eficácia, os progestogênios orais apresentam mais paraefeitos e maior recorrência do que o SIL-LNG, porém os dados

ainda são inconsistentes.⁽²¹⁾ O tratamento com SIL-LNG, associado ou não a progestogênio oral, resulta em resposta completa entre 63% e 96%.^(24,29,30) Em recente metanálise, resposta completa ocorreu em 79,7%, com 35,3% de recorrência.⁽³¹⁾ Em um estudo randomizado em pacientes com adenocarcinoma G1 e hiperplasia atípica tratadas com SIL-LNG isolado, comparado à associação de perda de peso e ao uso de metformina, as taxas de resposta completa após seis meses foram, respectivamente, de 61%, 67% e 57%. Considerando adenocarcinoma e hiperplasia atípica nos três grupos, a remissão ocorreu em 43% e 82%, respectivamente.⁽³²⁾

Resultados obstétricos

A taxa de gestação varia de 32%-53% e a de recém-nascidos vivos, de 28% a 69,4%.^(22,31) As maiores chances ocorrem em mulheres até 35 anos, com tratamento combinando ressecção histeroscópica + progestogênios e com até três anos de seguimento.⁽³¹⁾ Na série tratada com ressecção histeroscópica e SIL-LNG, a taxa de recém-nascidos vivos foi de 83% entre os 63% das pacientes que obtiveram resposta completa.⁽²⁸⁾ Recomenda-se que a gestação ocorra tão logo a regressão da neoplasia se instale (duas biópsias negativas), uma vez que existe o risco de recorrência.

Como seguir a paciente?

A paciente é alertada sobre sangramento e orientada quanto ao estilo de vida. O primeiro controle histológico é realizado após três meses do início do tratamento. No caso de resposta completa, o controle histológico é trimestral. Sugere-se a gestação após duas amostras endometriais negativas.⁽¹⁾ Se não houver resposta, aumentar a dose de progestogênio e seguir o controle trimestral. No caso de ausência de resposta ou progressão após nove meses, o tratamento cirúrgico definitivo está indicado.⁽²¹⁾

CÂNCER DE OVÁRIO

O câncer de ovário é menos frequente que o câncer de colo e de corpo uterino, mas é o mais letal. A maioria ocorre na pós-menopausa e 11,8% ocorrem antes dos 45 anos, em geral em estágio inicial e com melhor prognóstico.^(19,33)

Como conduzir a paciente com desejo de gestar?

A avaliação da paciente com massa pélvica inclui, além da anamnese e do exame físico, uma ultrassonografia realizada por profissional experiente. História familiar de câncer de ovário é o fator de risco mais importante a considerar. Marcadores tumorais auxiliam, mas não são específicos. CA-125, alfafetoproteína (a-FP), gonadotrofina coriônica humana (hCG) e lactato desidrogenase (LDH) são os mais utilizados. Os tipos histológicos mais frequentes na infância e na adolescência são os

de células germinativas e, na idade adulta reprodutiva, os epiteliais. A paciente deve ser informada de que a congelação transoperatória apresenta limitações, com sensibilidade e especificidade em torno de 90% e 99,5%, respectivamente. E, quando o diagnóstico da congelação é tumor *borderline*, em 21% dos casos o resultado na parafina será de tumor invasivo.⁽³⁴⁾ Portanto, pode haver mudança no planejamento cirúrgico preservador de fertilidade após o resultado histopatológico final. Por essa razão, muitos autores sugerem que a abordagem de lesões ovarianas suspeitas em pacientes sem prole completa seja realizada em duas fases (*two steps*), aguardando o histopatológico definitivo para a tomada de decisão. A cirurgia de preservação da fertilidade prevê a conservação do útero com ou sem a preservação do anexo contralateral. É aceitável em pacientes jovens com histologia epitelial estágio IA de baixo grau (G1 e G2), com histologia não epitelial de células germinativas e do estroma do cordão sexual estádios IA/IC e de baixo potencial maligno (*borderline*).^(35,36) Aproximadamente um terço dos tumores *borderline* ocorre em mulheres com menos de 40 anos de idade. No estágio I, as taxas de sobrevida chegam a 99%, sendo a salpingo-ooforectomia unilateral, associada a coleta do lavado peritoneal, omentectomia e biópsia de qualquer alteração peritoneal, a opção de tratamento conservador.^(35,36) Considerando que o diagnóstico histológico definitivo pode mudar o planejamento terapêutico, é aconselhada a criopreservação de oócito ou de embriões em pacientes com tumor ovariano suspeito de malignidade.

Resultados da cirurgia conservadora

Uma revisão sistemática de 120 estudos resultou em 54% de gestações nas pacientes tratadas conservadoramente por tumores *borderline*.⁽³⁷⁾ Segundo um estudo recente, não houve pior desfecho obstétrico nas gestações após cirurgia preservadora de fertilidade em câncer ovariano, em comparação com gestações de baixo risco.⁽³⁸⁾ A complementação da cirurgia é recomendada após o término da gestação para pacientes com doença epitelial invasora e não é necessária para os tumores não epiteliais ou *borderline*.

Como seguir a paciente com cirurgia conservadora?

O seguimento é trimestral nos dois primeiros anos e semestral entre o terceiro e o quinto ano. Exame de imagem é recomendável, anualmente.

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA FERTILIDADE E DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

A paciente com câncer e desejo de gestar, quando avaliada por especialista em reprodução, apresenta me-

lhores condições de escolha segura, pois recebe informações sobre idade e fertilidade, reserva ovariana e seu potencial reprodutivo. A discussão multidisciplinar com oncologista clínico, radioterapeuta, patologista e psicólogo é importante para o planejamento terapêutico e o seguimento. Em estádios iniciais, as cirurgias conservadoras são as primeiras opções de preservação da fertilidade. Entretanto, pode ser interessante ou até necessário agregar técnicas de preservação de fertilidade, que incluem criopreservação de oócito, de embrião ou de tecido ovariano. As duas primeiras são mais difundidas e, em duas semanas, a hiperestimulação ovariana é realizada. A principal diferença entre essas técnicas é que o embrião pertence ao casal, enquanto o oócito pertence à paciente. Mais da metade das pacientes com parceiro preferem a criopreservação de oócitos sem a fertilização ou aderem às duas técnicas (criopreservação de oócitos e de embriões).⁽³⁹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento preservador de fertilidade em mulheres com câncer ginecológico tem como premissa o desejo e o potencial da paciente em gestar, sem, no entanto, piorar o desfecho oncológico. Portanto, a criteriosa seleção é uma das fases mais críticas desse processo. O atendimento da paciente candidata a tratamento conservador deve ser multidisciplinar e em centro de referência, e o aconselhamento reprodutivo com especialista em reprodução assistida é recomendável. O linfonodo sentinela e *ultrastaging* é estimulado na cirurgia conservadora de colo uterino. A avaliação da reserva ovariana e das possibilidades reprodutivas é realizada por especialista em reprodução. Técnicas de reprodução assistida não comprometem o desfecho e podem agregar resultados reprodutivos ao tratamento cirúrgico conservador.

REFERÊNCIAS

1. Stewart K, Campbell S, Frumovitz M, Ramirez PT, McKenzie LJ. Fertility considerations prior to conservative management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(3):339-44. doi: 10.1136/ijgc-2020-001783
2. Scott AR, Stoltzfus KC, Tchelebi LT, Trifiletti DM, Lehrer EJ, Rao P, et al. Trends in cancer incidence in US adolescents and young adults, 1973-2015. *JAMA Network Open*. 2020;3(12):e2027738. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27738
3. Patel A, Galaal K, Burnley C, Faulkner K, Martin-Hirsch P, Bland MJ, et al. Cervical cancer incidence in young women: a historical and geographic controlled UK regional population study. *Br J Cancer*. 2012;106(11):1753-9. doi: 10.1038/bjc.2012.148
4. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155 Suppl 1:28-44. doi: 10.1002/ijgo.13865
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia; nº 95/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

6. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie Meder C, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients with Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(4):641-55. doi: 10.1097/IGC.0000000000001216
7. Guimarães YM, Godoy LR, Longatto-Filho A, Reis RD. Management of early-stage cervical cancer: a literature review. *Cancers (Basel)*. 2022;14(3):575. doi: 10.3390/cancers14030575
8. Salvo G, Ramirez PT, Leitao MM, Cibula D, Wu X, Falconer H, et al. Open vs minimally invasive radical trachelectomy in early-stage cervical cancer: International Radical Trachelectomy Assessment Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;226(1):97.e1-16. doi: 10.1016/j.ajog.2021.08.029
9. Segarra-Vidal B, Persson J, Falconer H. Radical trachelectomy *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(7):1068-74. doi: 10.1136/ijgc-2020-001782
10. Zhang Q, Li W, Kanis MJ, Qi G, Li M, Yang X, et al. Oncological and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2017;8(28):46580-92. doi: 10.18632/oncotarget.16233
11. Schmeler KM, Pareja R, Lopez Blanco A, Fregnani JH, Lopes A, Perrota M, et al. ConCerv: a prospective trial of conservative surgery for low-risk early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(10):1317-25. doi: 10.1136/ijgc-2021-002921
12. Gwacham NI, McKenzie ND, Fitzgerald ER, Ahmad S, Holloway RW. Neoadjuvant chemotherapy followed by fertility sparing surgery in cervical cancers size 2-4 cm; emerging data and future perspectives. *Gynecol Oncol*. 2021;162:809-15. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.06.006
13. Smith ES, Moon AS, O'Hanlon R, Leitao MM Jr, Sonoda Y, Abu-Rustum NR, et al. Radical trachelectomy for the treatment of early stage cervical cancer: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2020;136(3):533-42. doi: 10.1097/AOG.0000000000003952
14. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Chargari C, Leary A, Morice P. Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. *Lancet Oncol*. 2016;17(6):e240-53. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30032-8
15. Shah JS, Jooya ND, Woodard TL, Ramirez PT, Fleming ND, Frumovitz M. Reproductive counseling and pregnancy outcomes after radical trachelectomy for early stage cervical cancer. *J Gynecol Oncol*. 2019;30(3):e45. doi: 10.3802/jgo.2019.30.e45
16. Gien LT, Covens A. Fertility-sparing options for early stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2010;117(2):350-7. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.01.039
17. Speiser D, Mangler M, Köhler C, Hasenbein K, Hertel H, Chiantera V, et al. Fertility outcome after radical vaginal trachelectomy: a prospective study of 212 patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(9):1635-9. doi: 10.1097/IGC.0b013e3182230294
18. Marques RM, Tsunoda AT, Dias RS, Pimenta JM, Linhares JC, Ribeiro R. Robotic uterine transposition for a cervical cancer patient with pelvic micrometastases after conization and pelvic lymphadenectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2020;30(6):898-9. doi: 10.1136/ijgc-2020-001250
19. International Agency for Research on Cancer. Cancer today [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 7]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
20. Koskas M, Amant F, Mirza MR, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155 Suppl. 1:45-60. doi: 10.1002/ijgo.13866
21. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Radiother Oncol*. 2021;154:327-53. doi: 10.1016/j.radonc.2020.11.018
22. Qin Y, Yu Z, Yang J, Cao D, Yu M, Wang Y, et al. Oral progestin treatment for early-stage endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(6):1081-91. doi: 10.1097/IGC.0000000000000723
23. Simpson AN, Feigenberg T, Clarke BA, Gien LT, Ismiil N, Laframboise S, et al. Fertility sparing treatment of complex atypical hyperplasia and low grade endometrial cancer using oral progestin. *Gynecol Oncol*. 2014;133(2):229-33. doi: 10.1016/j.ygyno.2014.02.020
24. Kesterson JP. Fertility preservation in patients with endometrial carcinoma [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/fertility-preservation-in-patients-with-endometrial-carcinoma>
25. Lucchini SM, Esteban A, Nigra MA, Palacios AT, Alzate-Granados JP, Borla HF. Updates on conservative management of endometrial cancer in patients younger than 45 years. *Gynecol Oncol*. 2021;161(3):802-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.04.017
26. Li J, Zhu Q, Yang B, Ning C, Liu X, Luo X, et al. Risk factors for ovarian involvement and premenopausal endometrioid endometrial cancer patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;222:151-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.01.030
27. Matsuo K, Machida H, Shoupe D, Melamed A, Muderspach LI, Roman LD, et al. Ovarian conservation and overall survival in young women with early-stage low-grade endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):761-70. doi: 10.1097/AOG.0000000000001647
28. Laurelli G, Falcone F, Gallo MA, Scala F, Losito S, Granata V, et al. Long-term oncologic and reproductive outcomes in young women with early endometrial cancer conservatively treated: a prospective study and literature update. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(9):1650-7. doi: 10.1097/IGC.0000000000000825
29. Pal N, Broaddus RR, Urbauer DL, Balakrishnan N, Milbourne A, Schmeler KM, et al. Treatment of low-risk endometrial cancer and complex atypical hyperplasia with the levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):109-16. doi: 10.1097/AOG.0000000000002390
30. Novikova OV, Nosov VB, Panov VA, Novikova EG, Krasnopolskaya KV, Andeeva YY, et al. Live births and maintenance with levonorgestrel IUD improve disease-free survival after fertility-sparing treatment of atypical hyperplasia and early endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2021;161(1):152-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.01.001
31. Herrera Cappelletti E, Humann J, Torrejón R, Gambadauro P. Chances of pregnancy and live birth among women undergoing conservative management of early-stage endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2022;28(2):282-95. doi: 10.1093/humupd/dmab041
32. Janda M, Robledo KP, GebSKI V, Armes JE, Alizart M, Cummings M, et al. Complete pathological response following levonorgestrel intrauterine device in clinically stage 1 endometrial adenocarcinoma: results of a randomized clinical trial. *Gynecol Oncol*. 2021;161(1):143-51. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.01.029
33. Hanatani M, Yoshikawa N, Yoshida K, Tamauchi S, Ikeda Y, Nishino K, et al. Impact of age on clinicopathological features and survival of epithelial ovarian neoplasms in reproductive age. *Int J Clin Oncol*. 2020;25(1):187-94. doi: 10.1007/s10147-019-01550-7
34. Ratnavelu ND, Brown AP, Mallett S, Scholten RJ, Patel A, Founta C, et al. Intraoperative frozen section analysis for the diagnosis of early stage ovarian cancer in suspicious pelvic masses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(3):CD010360. doi: 10.1002/14651858.CD010360.pub2
35. Ovarian cancer/Fallopium tube cancer/Primary peritoneal cancer. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN guidelines). Version 1.2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 7]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-with-evidence-blocks>

36. Berek JS, Renz M, Kehoe S, Kumar L, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;155 Suppl 1:61-85. doi: 10.1002/ijgo.13878
37. Daraï E, Fauvet R, Uzan C, Gouy S, Duvillard P, Morice P. Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative options. *Hum Reprod Update.* 2013;19(2):151-66. doi: 10.1093/humupd/dms047
38. Nitecki R, Clapp MA, Fu S, Lamiman K, Melamed A, Brady P, et al. Outcomes of the first pregnancy after fertility-sparing surgery for early-stage ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2021;137(6):1109-18. doi: 10.1097/AOG.0000000000004394
39. European Society of Human Reproduction and Embryology. Female fertility preservation: guideline [Internet]. Strombeek-Bever: ESHRE; 2020 [cited 2022 Feb 7]. Available from: www.eshre.eu/guidelines

Como citar:

Pessini SA, Carvalho JP, Reis R, Silva Filho AL, Pereira Primo WQ. Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico. *Femina.* 2023;51(3):154-60.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Fertility preservation in gynecologic cancer patients", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;44(3).

Suzana Arenhart Pessini

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

Jesus Paula Carvalho

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

Ricardo dos Reis

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil.

Aginaldo Lopes da Silva Filho

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

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**Presidente:**

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Vice-presidente:

Suzana Arenhart Pessini

Secretário:

Jesus Paula Carvalho

Membros:

Angélica Nogueira Rodrigues
Caetano da Silva Cardial
Delzio Salgado Bicalho
Eduardo Batista Candido
Etelvino de Souza Trindade
Fernando Maluf
Francisco José Cândido dos Reis
Georgia Fontes Cintra
Marcia Luiza Appel Binda
Mirian Helena Hoeschl Abreu Macedo
Renato Moretti Marques
Ricardo dos Reis
Sophie Françoise Mauricette Derchain
Heloisa de Andrade Carvalho
Filomena Marino Carvalho

Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto

Knowledge of puerperal women towards humanized delivery and modes of delivery

Camila Rodrigues¹, Heloisa Kugeratski Pierin¹, Maria Fernanda Queiróz Ferreira¹, Lucas Mori Garcia¹, Milena Binhame Albini Martini¹

Descritores

Parto humanizado; Parto normal; Período pós-parto; Cesárea; Educação pré-natal

Keywords

Humanizing delivery; Natural childbirth; Postpartum period; Cesarean section; Prenatal education

Submetido:

08/09/2022

Aceito:

22/11/2022

1. Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Bruna Bialezki Pauletti
Rua José Faustino Ferro, 186, Santa Felicidade, 82400-040, Curitiba, PR, Brasil
brunabpauletti@gmail.com

Como citar:

Rodrigues C, Pierin HK, Ferreira MF, Garcia LM, Martini MB. Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto. *Femina*. 2023;51(3):161-6.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto. **Métodos:** Estudo observacional transversal com 369 puérperas que realizaram seu parto em um hospital público de Curitiba, Paraná, Brasil. Aplicação de dois questionários que avaliaram características demográficas e socioeconômicas, informações sobre a gestação e o pré-natal, conhecimento de humanização e vias de parto, e atitude em relação às vias de parto. **Resultados:** Entre as puérperas, 72% afirmaram já terem ouvido falar no termo “parto humanizado”, porém, dessas, 52,6% deram uma definição inadequada. E 48,2% obtiveram baixo conhecimento acerca das vias de parto, e 58,2% expressaram atitude positiva em relação à cesárea. Houve associação entre conhecimento prévio sobre parto humanizado e renda ($p = 0,001$), escolaridade ($p < 0,0001$), número de consultas de pré-natal ($p = 0,023$), busca de informações sobre as vias de parto ($p < 0,0001$) e preferência de parto ($p = 0,011$). Houve correlação do conhecimento acerca das vias de parto com renda ($p = 0,044$), escolaridade ($p = 0,003$), busca de informações sobre as vias de parto ($p = 0,007$) e atitude em relação à cesárea ($p < 0,0001$). **Conclusão:** Observou-se baixo conhecimento acerca das vias de parto e parto humanizado, e características como renda, escolaridade, busca por informações de forma independente e número de consultas de pré-natal possuem associação com esses conhecimentos. Um pré-natal com adequada transmissão de conhecimento relaciona-se à preferência pelo parto normal, sendo essa uma estratégia para a redução das taxas de cesárea e, consequentemente, da morbimortalidade materno-fetal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the knowledge of postpartum women in relation to humanized delivery and delivery methods. **Methods:** Cross-sectional observational study with 369 postpartum women who delivered in a public hospital in Curitiba, Paraná, Brazil. Application of two questionnaires, which evaluated demographic and socioeconomic characteristics, information about pregnancy and prenatal care, knowledge of humanization and delivery methods, attitude towards delivery methods. **Results:** 72% of postpartum women said they had already heard the term “humanized childbirth”, however, of these 52.6% gave an inadequate definition. 48.2% had low knowledge about delivery methods. 58.2% expressed a positive attitude towards cesarean section. There was an association between prior knowledge about humanized childbirth and income

ABSTRACT

($p = 0.001$), schooling ($p < 0.0001$), number of prenatal consultations ($p = 0.023$), search for information about delivery methods ($p < 0.0001$), birth preference ($p = 0.011$). There was a correlation between knowledge about the modes of delivery with income ($p = 0.044$), education ($p = 0.003$), search for information about the modes of delivery ($p = 0.007$), attitude towards cesarean section ($p < 0.0001$). **Conclusion:** There was a low knowledge about the ways of delivery and humanized delivery, and characteristics such as income, education, search for information independently and the number of prenatal consultations have an association with this knowledge. A prenatal care with adequate transmission of knowledge is related to the preference for normal delivery, which is a strategy for reducing cesarean rates and, consequently, maternal-fetal morbidity and mortality.

INTRODUÇÃO

As vias de parto existentes são o parto vaginal, também denominado de parto normal, em que o nascimento ocorre pelo canal vaginal, e a cesárea, em que ocorre um ato cirúrgico para a retirada do bebê.⁽¹⁾ As taxas abusivas de parto cesáreo no Brasil vêm se tornando um tema de preocupação entre as autoridades de saúde.⁽²⁾ Em 2008, as taxas chegaram a 45,9% no Brasil.⁽³⁾ Já um estudo publicado em 2020 por Knobel et al. (2020),⁽⁴⁾ que avaliou as taxas de cesárea no país de 2014 a 2016, detectou uma porcentagem de 56%. A porcentagem considerada adequada pela Organização Mundial de Saúde é de 10% a 15%.⁽³⁾

O parto normal possui diversos benefícios, como a recuperação mais rápida pós-parto, menor taxa de hemorragia e menor risco de infecções, em comparação ao parto cesariano.⁽¹⁾ A morbimortalidade materno-fetal é mais elevada nas cesáreas, e estudos mostram que esse tipo de parto custa, em média, de duas a três vezes mais que o parto natural.^(2,3)

Os motivos relacionados à preferência das mulheres pela cesárea incluem: idade materna avançada, fatores socioeconômicos, paridade reduzida e melhorias nas técnicas cirúrgicas.^(4,5) Estudos demonstram que um fator determinante é o medo da dor do parto natural.^(3,6) A opinião de amigos e familiares também é relevante para a decisão.⁽⁷⁾

Um estudo realizado por Nasir e Amir (2017)⁽³⁾ com 300 gestantes demonstrou que apenas 50% delas possuíam bom conhecimento acerca das vias de parto. Além disso, foi observada forte associação entre bom conhecimento e uma atitude negativa acerca do parto cesáreo.⁽³⁾ Outro estudo realizado por Aali e Motamedi (2005)⁽⁸⁾ com 204 gestantes mostrou que 34,3% tinham preferência pela cesárea e que apenas 7,5% das participantes possuíam conhecimento bom acerca das vias de parto.

Em janeiro de 2020, a Lei Estadual nº 20.127⁽⁹⁾ foi sancionada no Paraná, alterando a Lei Estadual nº 19.701, que dispõe sobre os direitos das gestantes. Entre as modificações, a lei passa a permitir que toda gestante atendida no Sistema Único de Saúde tenha o direito de escolha pela cesárea eletiva, caso sua gestação seja de risco habitual, acima de 39 semanas de idade gestacional, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre as vias de parto.^(8,9) Tal alteração faz com que o conhecimento das gestantes se torne um fator de extrema relevância para uma adequada escolha da via de parto.

No ano 2000, foi estabelecido o “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”, com o objetivo de ampliar o acesso das mulheres ao serviço de saúde, humanizando a assistência durante a gestação, parto e puerpério, além de garantir qualidade na atenção e incentivar o parto normal, de forma a diminuir os índices de mortalidade materna no país.⁽²⁾

Segundo a *World Health Organization*, o parto humanizado é “um conjunto de condutas e procedimentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e prevenção da morbimortalidade perinatal.” Além disso, a Organização preconiza o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada parto, de forma que sejam evitadas intervenções excessivas e que os recursos tecnológicos disponíveis sejam usados de forma criteriosa.⁽²⁾ A humanização do parto deve respeitar os valores, culturas, crenças e dignidade da mulher, permitindo que a gestante e sua família possam conhecer as vias de parto, riscos e benefícios, e realizar a escolha adequada da via de parto.⁽¹⁰⁾

Segundo um estudo realizado pelo Departamento de Medicina em Aracaju, o profissional de pré-natal responsável não forneceu informações sobre a humanização no parto para 66,5% das gestantes. Além disso, apenas 30,5% das gestantes afirmaram já terem ouvido falar ou possuir algum conhecimento sobre o parto humanizado.⁽¹⁰⁾

Diante disso, percebe-se a necessidade da implementação de medidas efetivas para que o parto ocorra de forma humanizada e, principalmente, ocorra a transmissão de conhecimentos para as gestantes durante o pré-natal, para que, assim, elas estejam habilitadas a decidir sua via de parto adequadamente.

O objetivo do presente estudo consiste em avaliar o conhecimento das puérperas atendidas no serviço público em relação ao parto humanizado e às vias de parto.

MÉTODOS

Este estudo se caracteriza pelo delineamento observacional transversal. As participantes foram 369 mulheres em período de até 45 dias pós-parto (puérperas)

que realizaram seu parto no Hospital do Trabalhador (HT), em Curitiba, Paraná, Brasil. As pacientes incluídas foram as puérperas que fizeram seu parto no serviço do HT de 1º de junho de 2020 a 1º de junho de 2021, que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as pacientes menores de 18 anos de idade e/ou com feto natimorto ou morte neonatal.

A amostra de 369 puérperas foi definida a partir do método de amostragem de proporções, com margem de erro de 5% e nível de confiança superior a 95% ($p < 0,05$). Para o cálculo da população, foi levado em consideração o número de partos registrados entre 2017 e 2020 no HT, que resultou em uma média anual de 3.240 partos (3.178 em 2017, 3.288 em 2018, 3.277 em 2019 e 3.219 em 2020).

As pacientes responderam a uma entrevista com a aplicação de dois questionários referentes a: 1) dados socioeconômicos e humanização do parto; 2) conhecimento e atitude acerca das vias de parto. O primeiro questionário foi confeccionado pelos pesquisadores e baseado em Nagahama e Santiago (2011)⁽²⁾ e Santos *et al.* (2019).⁽¹⁰⁾ O questionário contou com perguntas abertas e fechadas referentes a: a) características demográficas – idade, cor/raça, procedência; b) características socioeconômicas – estado civil, escolaridade, religião, profissão/ocupação e renda mensal, calculada a partir da média do salário mínimo regional, conforme o segmento econômico do estado do Paraná; c) informações sobre a gestação e pré-natal – número de gestações, partos e abortos prévios, início do pré-natal, número de consultas, informações transmitidas e profissional de pré-natal; d) informações sobre o parto – idade gestacional, preferência e tipo do parto, durabilidade do trabalho de parto, local e hora do parto; e) indicadores da qualidade de atenção no trabalho de parto e humanização – a gestante recebeu informações adequadas sobre a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, ingestão de líquidos por via oral e sobre o contato pele a pele com o recém-nascido na sala de parto; f) medos relacionados aos tipos de parto e g) conhecimento das puérperas sobre o parto humanizado.

Para a coleta das informações sobre o conhecimento das puérperas acerca do parto cesáreo e normal, foi aplicado um questionário confeccionado pelos pesquisadores, baseado em Nasir e Amir (2017).⁽³⁾ Foram avaliados três itens: conhecimento sobre as vias de parto, atitude em relação ao parto normal e atitude em relação ao parto cesáreo. Para avaliação do conhecimento acerca do parto natural e cesáreo, foram feitas 12 perguntas; cada resposta correta pontua 3, “não sei” pontua 2 e respostas incorretas pontuam 1. A partir do cálculo da mediana entre as respostas,

foram considerados como ponto de corte os somatórios iguais ou acima de 28 como bons e abaixo foram considerados como baixo conhecimento. Para avaliar a atitude em relação às vias de parto, foram realizadas seis perguntas referentes ao parto normal e cinco referentes ao parto cesáreo. Cada resposta que represente uma atitude positiva pontua 3, “não sei” pontua 2 e respostas que representam uma atitude negativa pontuam 1. Para o parto normal, a mediana calculada teve um ponto de corte na pontuação 16 para cima considerada como atitude positiva e abaixo como atitude negativa. Já para o parto cesáreo, a mediana calculada teve ponto de corte na pontuação 8 para cima considerado como atitude positiva e abaixo como atitude negativa. Todas as puérperas participantes, após responderem ao questionário, foram instruídas adequadamente pelos pesquisadores sobre o parto humanizado e as vias de parto, e foi entregue a elas uma cartilha explicativa sobre o tema.

Os dados foram coletados e armazenados em uma planilha do Microsoft Excel. A análise de dados foi realizada por meio do programa computacional SPSS v.22.0. Os resultados foram expressos por médias, medianas, valores mínimos e valores máximos (variáveis quantitativas), frequências e percentuais (variáveis qualitativas). A análise inferencial foi realizada por meio de testes estatísticos pertinentes ao estudo (exemplo: qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste T de Student); valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número do parecer 4.316.699, na data de 2 de outubro de 2020.

RESULTADOS

Participaram do estudo 369 puérperas atendidas no HT no período de 1º de junho de 2020 a 1º de junho de 2021. Essas mulheres apresentaram média de idade de 25,9 anos (18 a 46 anos). A maioria das mulheres que compõem a amostra se autodeclarou branca ($n = 230$; 62,33%), em união estável ($n = 129$; 34,9%), relatou dois a cinco salários mínimos de renda mensal ($n = 223$; 60,4%), estudou por mais de oito anos ($n = 268$; 72,6%) e exercia atividade remunerada ($n = 192$; 52,03%).

Foi possível observar um predomínio de mulheres com dois ou mais partos prévios ($n = 207$; 56%), que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre ($n = 284$; 79,96%) e com seis ou mais consultas de pré-natal ($n = 313$; 84,82%), que não receberam esclarecimento sobre os tipos de parto pelo pré-natalista ($n = 190$; 51,49%), mas buscaram informações sobre os tipos de parto ($n = 230$; 62,33%). Sobre o parto atual, a maioria realizou parto normal sem fórceps ($n = 206$; 55,82%), desejava que o parto ocorresse de forma natural ($n =$

245; 66,39%), recebeu informações durante o trabalho de parto (n = 254; 68,83%) e estava com acompanhante durante o trabalho de parto (n = 335; 90,78%). Entre as mulheres, 181 (49,1%) relataram ter medo do parto normal, sendo as dores do parto o principal motivo do temor.

Ao serem questionadas sobre o parto humanizado, a maioria das puérperas afirmou já ter ouvido falar nesse termo (n = 266; 72,08%), porém 52,63% (n = 140) dessas mulheres deram uma definição inadequada. Em relação ao conhecimento acerca das vias de parto, aproximadamente metade das puérperas (n = 178; 48,2%) expressou um baixo nível de conhecimento (somatório inferior a 28 no questionário adaptado de Nasir e Amir, 2017).⁽³⁾

Quando avaliada a atitude acerca do parto normal e cesáreo, a maior parte das participantes expressou uma atitude positiva em relação às duas vias – parto normal (n = 217; 58,80%) e parto cesáreo (n = 215; 58,26%) –, com somatório superior a 16 e 8 no questionário adaptado de Nasir e Amir (2017),⁽³⁾ respectivamente.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, foi possível observar uma diferença estatística significativa das puérperas que tinham ouvido falar sobre o termo “parto humanizado” e possuíam renda superior a dois salários mínimos (p = 0,001) e escolaridade maior que oito anos (p < 0,0001), em comparação às puérperas que não tinham ouvido falar nesse termo. Essa diferença também pôde ser observada nas variáveis de terem realizado mais de seis consultas de pré-natal (p = 0,023), buscarem informações sobre os tipos de parto (p < 0,0001) e terem preferência pelo parto normal (p = 0,011).

As puérperas que tiveram um bom conhecimento em relação às vias de parto apresentaram uma diferença estatística significativa nas variáveis: renda superior a dois salários mínimos (p = 0,044), nível de escolaridade maior que oito anos (p = 0,003), busca maior de informações sobre os tipos de parto (p = 0,007) e atitude negativa em relação ao parto cesáreo (p < 0,0001), quando comparadas às puérperas com baixo conhecimento em relação às vias de parto.

Ao serem questionadas sobre o significado do termo “parto humanizado”, foi possível observar mais respostas adequadas pelas puérperas com bom conhecimento em relação às vias de parto, em comparação às puérperas com baixo conhecimento em relação às vias de parto (p < 0,0001).

DISCUSSÃO

Santos *et al.* (2019)⁽¹⁰⁾ observaram que 71% das participantes iniciaram o pré-natal antes do primeiro trimestre de gestação e constataram que, quando há necessidade de complementar as informações fornecidas

pela assistência de saúde, a mulher busca informações complementares em outros meios, como na internet. Esses dados corroboram o presente estudo, com puérperas apresentando bons indicadores básicos de pré-natal (número de consultas de pré-natal realizadas e início do pré-natal) e que buscaram informações de forma independente sobre os tipos de parto. Porém, essa busca por informações pode gerar um problema referente à qualidade delas, que são, por vezes, advindas de fontes não confiáveis ou enviesadas.

Em relação às taxas de cesárea realizadas, Silva *et al.* (2017)⁽¹¹⁾ registraram 50,9% de cesáreas entre as participantes de seu estudo, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo (43,3%). E a maioria das participantes relatou ter preferência pelo parto normal, preferência também observada por Santos *et al.* (2019),⁽¹⁰⁾ Vicente *et al.* (2017)⁽¹⁾ e Silva *et al.* (2017).⁽¹¹⁾ Diante disso, é possível inferir que um dos motivos pelas elevadas taxas de cesarianas, que, segundo Knobel *et al.* (2020)⁽⁴⁾ já ultrapassaram a porcentagem de 56% no Brasil, se deve à indicação obstétrica. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul por Schutz e Porciuncula (2020),⁽⁶⁾ os resultados apontaram que alguns profissionais do pré-natal tentaram induzir a mulher a escolher a cesárea, além de terem tornado indicações de cesárea algumas situações que, na literatura, não são consideradas indicações absolutas. Outro estudo também expõe que há profissionais que realizam a indicação obstétrica de cesárea sem esse procedimento possuir uma real indicação médica.⁽⁸⁾ Como explanado por Aali e Motamedi (2005),⁽⁸⁾ a preferência de alguns profissionais de saúde pelo parto cesáreo pode ser explicada por diversos fatores, como rapidez no procedimento, facilidade e conveniência.

Em um estudo realizado em Sergipe,⁽¹⁰⁾ 58% das participantes afirmaram ter medo das dores do parto. Quanto aos fatores referentes ao medo das mulheres pelo parto normal, a dor do parto mostrou ser a variável mais frequentemente citada no presente estudo, podendo esse ser o motivo principal responsável pelas cesáreas a pedido materno.

Quanto ao conhecimento acerca da humanização do parto, Santos *et al.* (2019)⁽¹⁰⁾ encontraram resultados contrários aos de nossa pesquisa, com apenas 30% das mulheres tendo ouvido falar sobre o parto humanizado. Isso provavelmente decorre do fato de a população estudada em Sergipe ser, em sua maioria, de pacientes advindas do interior, já no presente estudo trata-se de uma população urbana, com mais oportunidade de acesso à informação. Uma das semelhanças em ambos os estudos é o baixo conhecimento relacionado ao termo “parto humanizado”; em Sergipe, entre as mulheres que ouviram falar, apenas 25,5% deram uma resposta adequada.

O conhecimento em relação às vias de parto também foi analisado, utilizando uma pontuação inferior a 28 como indicador de baixo conhecimento. Nasir e Amir (2017)⁽³⁾ encontraram um resultado muito semelhante ao avistado no presente estudo, em que 50% das pacientes atingiram baixo conhecimento. No estudo de Nasir e Amir (2017),⁽³⁾ a amostra estudada incluía gestantes com uma média de idade (28,3 anos) superior à encontrada em nosso estudo e uma porcentagem maior de participantes que não exercem atividade remunerada (84,7%). Esse baixo grau de conhecimento é inferior ao apresentado por Aali e Motamedi (2005),⁽⁶⁾ em Kerman, no Irã, em que 92,5% das mulheres apresentaram baixo conhecimento, resultado divergente provavelmente por se tratar de mulheres expostas a diferentes condições socioeconômicas e culturais, de assistência médica e de pré-natal.

Quanto à taxa de atitude positiva em relação ao parto cesáreo, os dados encontrados neste estudo são superiores aos relatados no estudo feito no Irã por Aali e Motamedi (2005),⁽⁸⁾ no qual a atitude positiva quanto a essa via de parto foi de 33%. Já em relação à atitude positiva diante do parto normal, encontrou-se uma taxa consideravelmente menor do que a relatada pela literatura, deixando em evidência a preferência cultural por determinada via de parto. Joshi *et al.* (2018),⁽⁵⁾ no Nepal, relataram uma atitude positiva em relação ao parto normal de 93,4%; Nasir e Amir (2017)⁽³⁾ registraram 90,3% em Bagdá; e foi constatada por Aali e Motamedi (2005)⁽⁸⁾ uma porcentagem de 96,5% no Irã.

A renda e a escolaridade são fatores importantes quando se trata do conhecimento dessas mulheres sobre o parto humanizado. Assim como encontrado em Santos *et al.* (2019),⁽¹⁰⁾ maior renda e nível de escolaridade superior estão ligados a um conhecimento adequado em relação ao termo “parto humanizado”. Assim como concluído por Santos *et al.* (2019),⁽¹⁰⁾ sugere-se que as mulheres mais favorecidas socioeconomicamente têm maior conhecimento acerca do parto humanizado, pois possuem maiores e melhores meios de informação.

Além disso, entre as mulheres que já ouviram falar sobre o parto humanizado, notou-se uma preferência maior pelo parto natural, em relação àquelas que nunca tinham ouvido falar. Em seu estudo, Santos *et al.* (2019)⁽¹⁰⁾ constataram que, entre as participantes que já haviam ouvido falar sobre o termo, 82% preferiam o parto normal; já entre as que nunca haviam ouvido falar, 66,2% tinham preferência por essa via de parto. Apesar de as porcentagens do presente estudo sobre a preferência pelo parto normal serem inferiores às de Santos *et al.* (2019),⁽¹⁰⁾ ambos os estudos demonstram que conhecer a humanização de parto influencia na preferência das mulheres pelo parto natural.

Também foi possível observar uma relação diretamente proporcional entre renda e escolaridade superiores com um maior conhecimento sobre as vias de parto, podendo também ser justificado pelo maior acesso desse perfil de participantes às informações.^(10,11) Já Aali e Motamedi (2005)⁽⁸⁾ não encontraram uma associação significativa entre esses fatores, provavelmente pelo fato de o estudo ter sido realizado em uma época em que as informações ainda não estavam tão difundidas e de analisar participantes que eram donas de casa, com maior faixa etária (acima dos 30 anos) e escolaridade superior à observada em nosso estudo, ou seja, um perfil de mulheres diferente daquele do presente estudo.

Neste trabalho, uma atitude positiva em relação ao parto cesáreo está relacionada ao baixo conhecimento em relação às vias de parto. Aali e Motamedi (2005)⁽⁸⁾ concluíram que a junção de baixo conhecimento e atitude positiva quanto à cesárea pode levar a mulher a preferir essa via de parto. Nasir e Amir (2017)⁽³⁾ obtiveram resultados significativos e muito semelhantes aos registrados no presente estudo, no qual 58% das participantes que tinham uma atitude negativa quanto ao parto cesáreo alcançaram um bom conhecimento sobre as vias de parto.

Pode-se considerar que o processo de implantação do parto humanizado no Brasil tem se mostrado lento e difícil, o que resulta na elevada proporção de cesáreas. Portanto, assim como em Santos *et al.* (2019),⁽¹⁰⁾ ressalta-se que, para haver a humanização no cuidado e prevenção da morbimortalidade materna e fetal, é necessária a capacitação da equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as puérperas não possuem um bom conhecimento em relação às vias de parto e ao parto humanizado, e as características socioeconômicas, como renda, escolaridade e busca por informações de forma independente, e as características do pré-natal, como número de consultas realizadas, estão diretamente associadas a esses conhecimentos. Evidencia-se a dor do parto como um dos fatores de destaque para o medo da mulher em relação ao parto normal. Pode-se inferir também que os conhecimentos sobre as vias de parto e sobre o parto humanizado estão relacionados, e o conhecimento adequado quanto ao parto humanizado se relaciona com a preferência pelo parto normal. O estudo enfatiza, então, a necessidade de uma boa rotina de pré-natal, com adequada transmissão de conhecimento para as gestantes e incentivo ao parto humanizado, para que, dessa forma, seja feita a escolha mais adequada e saudável da via de parto.

REFERÊNCIAS

1. Vicente AC, Lima AK, Lima CB. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas Saúde*. 2017;17(4):24-35.
2. Nagahama EE, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(4):415-25. doi: 10.1590/S1519-38292011000400008
3. Nasir NA, Amir H. Knowledge and attitude of pregnant women towards modes of delivery in an antenatal care clinic in Baghdad. *J Fac Med Baghdad*. 2017;59(1):25-30. doi: 10.32007/jfacmedbagdad.591152
4. Knobel R, Lopes TJ, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto ML. Cesarean-section rates in Brazil from 2014 to 2016: cross-sectional analysis using the Robson classification. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(9):522-8. doi: 10.1055/s-0040-1712134
5. Joshi A, Thapa M, Panda OB. Maternal attitude and knowledge towards modes of delivery. *J Nepal Health Res Counc*. 2018;16(2):209-14.
6. Schutz PO, Porciuncula MB. Percepção de puérperas sobre a escolha da via de parto em um hospital da serra do Rio Grande do Sul. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;(40):e2415. doi: 10.25248/reas.e2415.2020
7. Kosan Z, Kavuncuoglu D, Calikoglu EO, Aras A. Delivery preferences of pregnant woman: do not underestimate the effect of friends and relatives. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(6):395-400. doi: 10.1016/j.jogoh.2019.03.009
8. Aali BS, Motamedi B. Women's knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2005;11(4):663-72.
9. Lei nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25]. Available from: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=388956>
10. Santos AB, Melo EV, Dias JM, Didou RN, Araujo RA, Santos WO, et al. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. *ABCS Health Sci*. 2019;44(3):172-9. doi: 10.7322/abcshs.v44i3.1393
11. Silva AC, Félix HC, Ferreira MB, Wysocki AD, Contim D, Ruiz MT. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2017;19:a34. doi: 10.5216/ree.v19.44139

Infecção materna por SARS-CoV-2: descrição das notificações em gestantes

Maternal infection by SARS-CoV-2: description of notifications in pregnant women

Rafaella Willig de Quadros¹, Richard Simon Machado¹, Daniela Quedi Willig¹, Chaiana Esmeraldino Mendes Marcon¹, Betine Pinto Moehlecke Iser¹

Descritores

COVID-19; Gravidez; Epidemiologia; Sinais e sintomas; Vigilância em saúde pública

Keywords

COVID-19; Pregnancy; Epidemiology; Signs and symptoms; Public health surveillance

Submetido:

07/10/2022

Aceito:

13/01/2023

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rafaella Willig de Quadros
Av. José Acácio Moreira, 787,
88704-900, Tubarão, SC, Brasil
rafaawillig@gmail.com

Como citar:

Quadros RW, Machado RS, Willig DQ, Marcon CE, Moehlecke Iser BP. Infecção materna por SARS-CoV-2: descrição das notificações em gestantes. 2023;51(3):167-73.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as notificações de infecção por SARS-CoV-2 em gestantes em um município do sul de Santa Catarina. **Métodos:** Estudo transversal que avaliou as notificações de casos suspeitos de infecção por SARS-CoV-2 em gestantes no município de Tubarão, Santa Catarina, de março de 2020 a outubro de 2021. Coletaram-se os dados das fichas de notificação de infecção por SARS-CoV-2 da Fundação Municipal de Saúde e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) das gestantes notificadas. A comparação da prevalência de confirmação segundo sintomas apresentados e características maternas foi realizada pela razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** Foram registradas 555 notificações de gestantes suspeitas para a COVID-19, correspondentes a 487 mulheres. A prevalência de confirmação para a doença foi de 27,3%. O sintoma mais frequente no momento da notificação foi cefaleia (53,0%), entretanto o mais associado à confirmação foi a anosmia (RP: 2,28; IC 95%: 1,68-3,09). Das notificações registradas, 35,0% foram realizadas por gestantes que tiveram contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. O contato prévio foi mais relatado por gestantes assintomáticas, em comparação às gestantes que apresentaram sintomas (RP: 1,46; IC 95%: 1,12-1,91). Mulheres que relataram contato prévio com suspeitos ou confirmados para a COVID-19 apresentaram maior frequência de doença confirmada, quando comparadas às gestantes não expostas (RP: 1,80; IC 95%: 1,35-2,39). **Conclusão:** As gestantes, por terem maior susceptibilidade a surtos de doenças e gravidade do quadro, podem ter adotado com mais atenção medidas como a realização de testes diagnósticos quando em contato prévio com casos de COVID-19, mesmo assintomáticas.

ABSTRACT

Objective: To characterize the notifications of SARS-CoV-2 infection in pregnant women in a city in the South of Santa Catarina. **Methods:** Cross-sectional study that evaluated notifications of suspected cases of SARS-CoV-2 infection in pregnant women in the municipality of Tubarão, Santa Catarina, from March 2020 to October 2021. Data were collected from the SARS-CoV-2 infection notification forms from the Municipal Health Foundation, and from the Citizen's Electronic Health Record of the notified pregnant women. The comparison of the prevalence of confirmation according to symptoms and maternal characteristics was performed using the Prevalence Ratio (PR), with a confidence interval (CI) of 95%. **Results:** 555 notifications of suspected pregnant women for COVID-19 were registered, corresponding to 487 women. The prevalence of confirmation for the disease was 27.3%. The most frequent symptom at the time of notification was headache (53.0%), however, the most associated with

ABSTRACT

confirmation was anosmia (PR: 2.28; 95% CI: 1.68-3.09). Of the notifications registered, 35.0% were made by pregnant women who had contact with suspected or confirmed cases of COVID-19. The previous contact was more frequently reported by asymptomatic pregnant women compared to pregnant women who had symptoms (PR: 1.46; 95% CI: 1.12-1.91). Women who reported previous contact with suspected or confirmed COVID-19 had a higher frequency of confirmed disease when compared to unexposed pregnant women (PR: 1.80; 95% CI: 1.35-2.39). **Conclusion:** Pregnant women, due to their greater susceptibility to disease outbreaks and disease severity, may have adopted more attentive measures such as diagnostic testing in the face of previous contact with cases of COVID-19, even if asymptomatic.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2), até maio de 2022, ocasionou 512.607.587 casos confirmados e 6.243.038 mortes no mundo.⁽¹⁾ No Brasil, no mesmo período, o número de casos confirmados soma 30.502.501, com 663.759 óbitos.⁽²⁾

Pacientes com COVID-19 apresentam, principalmente, febre, mialgia ou fadiga e tosse seca,⁽³⁾ embora a doença possa se manifestar de forma heterogênea e até assintomática.⁽⁴⁾ Estudo que avaliou fatores de risco para mortalidade em pacientes adultos com COVID-19 identificou que 48% deles possuíam alguma comorbidade, entre elas hipertensão, diabetes e doença arterial coronariana.⁽⁵⁾ Gestantes de alto risco gestacional estão no grupo de risco indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil, pela possibilidade da gravidade do quadro.⁽⁶⁾

Durante a gestação, ocorrem alterações fisiológicas nos sistemas cardiopulmonar, endócrino e imunológico que aumentam a susceptibilidade das mulheres grávidas a infecções, principalmente pneumonia viral, e a piores desfechos.^(7,8) Estudos avaliando os efeitos da COVID-19 em gestantes demonstram que a doença impacta negativamente a saúde das gestantes e seus fetos, aumentando o risco de complicações gestacionais e acometimentos fetais.⁽⁹⁻¹¹⁾

Tendo em vista que as consequências da infecção por SARS-CoV-2 em gestantes ainda são incertas e que elas se apresentam vulneráveis a surtos de doenças devido ao seu comportamento imunológico e a modificações fisiológicas, o objetivo deste estudo foi caracterizar as notificações de infecção por SARS-CoV-2 em gestantes em um município do sul de Santa Catarina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal. O estudo avaliou as notificações de casos suspeitos de infecção por SARS-CoV-2 em mulheres grávidas no município de Tubarão, em Santa Catarina. O município de Tubarão, ao sul do estado de Santa Catarina, é

polo da região da Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL), sendo referência para atendimento em saúde. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) indicam 3.600 nascimentos ocorridos em Tubarão em 2020; desses, 1.353 de mães residentes no município.⁽¹²⁾

Foram incluídas gestantes notificadas por suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2, durante a pandemia de COVID-19, de março de 2020 a outubro de 2021. A suspeita de casos foi baseada na apresentação clínica ou contato próximo a casos confirmados, segundo protocolos estabelecidos pelos serviços em conjunto com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).⁽¹³⁾

A coleta de dados foi feita de agosto de 2021 a fevereiro de 2022, por meio das fichas de notificação de infecção por SARS-CoV-2, de forma a identificar pacientes gestantes no momento da notificação, em um banco de dados da Fundação Municipal de Saúde, e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) das gestantes notificadas.

Para a caracterização das mulheres notificadas, foi considerada a notificação que gerou a confirmação e/ou a mais próxima do parto. Foram avaliadas as características como idade, raça/cor, escolaridade e ocupação da mulher, presença de comorbidades, trimestre da notificação, sinais e sintomas apresentados, contato com caso suspeito e data da notificação.

Os dados coletados foram inseridos no programa Microsoft Excel®, e a análise estatística foi realizada no programa SPSS® versão 26.0. Foram empregadas frequências para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas, segundo a normalidade dos dados. As variáveis foram dicotomizadas em: raça branca ou não branca, idade ≥ 35 anos ou < 35 anos, escolaridade (\leq ensino médio incompleto; \geq ensino médio completo), presença de comorbidades (sim; não) e se profissional da saúde (sim; não). Foram comparadas as características maternas em relação à confirmação dos casos, pelo teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. A comparação da prevalência de confirmação segundo os sintomas apresentados e características maternas foi realizada pela razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (ICs) de 95%, ajustados pelo modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. O nível de significância estatística utilizado foi de 5%.

O estudo faz parte do projeto “Desfechos gestacionais e neonatais devido à infecção materna por SARS-CoV-2: um estudo de coorte”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul, sob parecer nº 4.896.473 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 47325421.0.0000.5369), e segue os preceitos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A partir do primeiro caso suspeito de COVID-19 em Tubarão, no dia 13 de março de 2020, até o dia 31 de

outubro de 2021, foram registradas 555 notificações de gestantes suspeitas para a doença. As notificações foram compostas por 487 gestantes, pois 53 (10,9%) foram notificadas em duas ocasiões diferentes, 6 (1,2%) em três ocasiões diferentes e 1 (0,2%) foi notificada quatro vezes. No ano de 2020, foram registradas 266 notificações, sendo julho o mês em que houve o maior número de notificações, somando 69 (25,9%). Já em 2021, foram registradas 289 notificações, e abril apresentou o maior número, com 47 (16,3%) notificações. Das 487 gestantes notificadas como suspeitas para COVID-19, 133 (27,3%) testaram positivo para a doença. Das 133 confirmações, 76 (57,1%) ocorreram em 2020 e 57 (42,9%) ocorreram até 31 de outubro de 2021. Em 2020, julho também demonstrou o maior número de confirmações, totalizando 25 (32,9%). Já em 2021, março e abril foram os meses com maior número de confirmações, totalizando 24 (42,1%) (Figura 1).

Quanto ao trimestre gestacional no momento da notificação, das 555 notificações registradas, 149 (26,8%) foram realizadas no primeiro trimestre, 214 (38,6%) no segundo, 181 (32,6%) no terceiro e em 11 (2,0%) não houve registro. Ainda em relação ao trimestre gestacional, não houve associação entre o trimestre gestacional e a confirmação para a doença, no entanto, das 133 gestantes confirmadas, 28 (21,1%) estavam no primeiro trimestre, 54 (40,6%) no segundo e 49 (36,8%) no terceiro. Das 555 notificações registradas, 194 (35,0%) foram realizadas por gestantes que tiveram contato com pessoas suspeitas ou confirmadas para a COVID-19. A frequência de gestantes assintomáticas que tiveram contato foi de 36 (48,0%), em comparação a 158 (32,9%) que apresentaram sintomas (RP: 1,46; IC 95%: 1,12-1,91; $p = 0,011$). Do mesmo modo, das 487 gestantes notificadas, 169 (34,7%) relataram contato prévio com suspeitos ou confirmados. Dessas, 65 (38,5%) testaram positivo para a doença, enquanto, das 318 gestantes que não tiveram contato, 68 (21,4%) confirmaram para a doença

(RP: 1,80; IC 95%: 1,35-2,39; $p < 0,001$). Em relação aos sintomas encontrados, o mais prevalente no momento da notificação foi a cefaleia, seguida de tosse e odinofagia, e em 75 (13,5%) notificações as gestantes estavam assintomáticas. A tabela 1 demonstra a associação entre a presença ou não dos sintomas no momento da notificação e a confirmação da COVID-19. O sintoma mais associado à confirmação foi a anosmia, seguida de ageusia, febre, mialgia e fadiga. A doença foi confirmada em 133 gestantes, 25% entre as que estavam assintomáticas e 27,7% das que apresentaram sintomas, sem diferenças significativas (RP: 0,90; IC 95%: 0,58-1,42; $p = 0,565$).

O uso de medicamentos para a COVID-19 foi relatado por 38 (7,8%) gestantes, e nessas foi predominante o uso de analgésicos (3,3%), seguidos de antibióticos (2,9%), corticoides (0,8%) e antivirais (0,6%). Das 487 gestantes notificadas, 60 (12,3%) haviam recebido pelo menos uma dose da vacina contra a doença. Sobre as características epidemiológicas das gestantes avaliadas, a média de idade no momento da notificação foi de $28,65 \pm 6,04$ anos, variando de 15 a 43 anos. Quanto à raça/cor, 443 (91,3%) eram brancas. Em relação à escolaridade, 357 (76,1%) cursaram pelo menos o ensino médio, e 48 (9,9%) relataram ser profissionais da saúde (Tabela 2).

Quando questionadas sobre a presença de comorbidades, 66 (13,6%) relataram possuir alguma comorbidade, sendo asma (3,5%) a mais prevalente, seguida de *diabetes mellitus* (2,3%), hipertensão arterial (2,3%), hipotireoidismo (2,3%), obesidade (1,4%), *diabetes mellitus* gestacional (1,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (0,8%), doença cardiovascular (0,6%), lúpus eritematoso sistêmico (0,2%) e outras doenças (2,3%). A utilização de medicamentos de uso contínuo foi relatada por 46 (9,4%) gestantes. A tabela 3 demonstra a associação entre características clínicas e epidemiológicas das gestantes avaliadas e a confirmação da COVID-19, no entanto não foi identificado fator

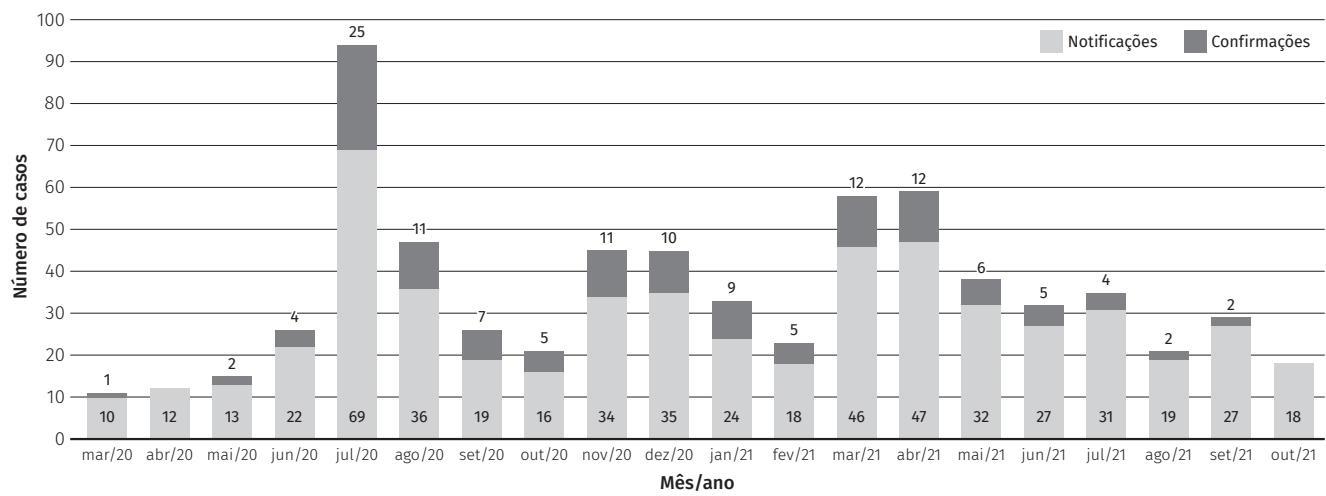


Figura 1. Casos suspeitos e confirmados de COVID-19

Tabela 1. Prevalência de sintomas entre as notificações e relação com a confirmação da COVID-19 em gestantes

Sintomas	Notificações (n = 555) (%)	Mulheres (n = 487) Confirmadas (%)	Razão de prevalência*	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Febre					
Sim		41,1			
Não	20,0	24,0	1,71	1,27	2,31
Tosse					
Sim		30,0			
Não	42,0	25,2	1,19	0,89	1,59
Dispneia					
Sim		24,2			
Não	19,6	28,1	0,86	0,59	1,27
Mialgia					
Sim		35,4			
Não	29,4	23,9	1,48	1,11	1,98
Fadiga					
Sim		36,5			
Não	21,1	24,8	1,47	1,08	2,00
Diarreia					
Sim		19,6			
Não	12,1	28,3	0,69	0,40	1,20
Odinofagia					
Sim		25,5			
Não	41,6	28,7	0,89	0,66	1,20
Cefaleia					
Sim		27,0			
Não	53,0	27,6	0,98	0,73	1,31
Olhos lacrimejantes					
Sim		27,8			
Não	7,0	27,3	1,02	0,59	1,76
Congestão nasal					
Sim		31,3			
Não	35,5	25,1	1,25	0,93	1,67
Rinorreia					
Sim		29,3			
Não	37,5	26,1	1,13	0,84	1,51
Anosmia					
Sim		55,3			
Não	9,4	24,3	2,28	1,68	3,09
Ageusia					
Sim		46,2			
Não	10,5	25,1	1,84	1,32	2,58
Náusea					
Sim		26,9			
Não	14,1	27,4	0,98	0,64	1,50
Vômito					
Sim		28,6			
Não	14,8	27,1	1,05	0,71	1,58

*Razão de prevalência em relação ao total apresentado na linha (sintomas relatados).

estatisticamente associado à confirmação da doença entre as mulheres notificadas.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo caracterizar as notificações de infecção por SARS-CoV-2 em gestantes em um município do sul de Santa Catarina. Foi verificada

associação entre a presença de determinados sintomas e a confirmação para a COVID-19. Gestantes que relataram anosmia tiveram maior frequência de confirmação da doença, seguida de ageusia, febre, mialgia e fadiga, semelhante aos resultados encontrados em uma revisão sistemática e metanálise.⁽¹⁴⁾ Ainda, uma coorte multinacional realizada com 706 gestantes infectadas

Tabela 2. Características clínicas e epidemiológicas de gestantes notificadas para COVID-19

Características da amostra	n (%)
Raça/cor	
Branca	443 (91,3)
Não branca*	42 (8,7)
Faixa etária	
≥35 anos	87 (17,9)
<35 anos	400 (82,1)
Escolaridade	
≤ ensino médio incompleto	112 (23,9)
≥ ensino médio completo	357 (76,1)
Comorbidades	
Sim	166 (13,6)
Não	350 (71,9)
Sem informação	71 (14,6)
Profissional da saúde	
Sim	48 (9,9)
Não	438 (89,9)
Sem informação	1 (0,2)

*4,7% eram pretas, 3,3%, pardas, 0,6%, amarelas e 2 (0,4%) não relataram.

pela COVID-19 evidenciou anosmia em 17,0% e febre em 28,2% delas.⁽¹⁵⁾ Em estudo com dados do estudo nacional EPICoVID-19, a prevalência de anosmia foi maior nas gestantes confirmadas para a doença, quando comparadas às gestantes não confirmadas.⁽¹⁶⁾

Em relação aos sintomas apresentados pelas gestantes no momento da notificação, o mais prevalente foi a cefaleia, seguida de tosse e odinofagia. Tal dado se contrapõe à literatura no que diz respeito aos sintomas mais prevalentes, visto que febre e tosse são os mais

frequentemente relatados.⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Alguns sintomas comumente encontrados no período gestacional podem se sobrepor aos sintomas da infecção por SARS-CoV-2, entre eles fadiga, mialgia, dispneia e cefaleia,⁽²¹⁾ podendo explicar a alta prevalência desta última encontrada no presente estudo.

Aproximadamente, um terço das gestantes notificadas relatou contato prévio com suspeitos ou confirmados para a COVID-19, e aquelas que relataram a exposição prévia apresentaram maior frequência de doença confirmada, quando comparadas às gestantes não expostas. Um estudo de coorte retrospectivo, realizado na China, evidenciou uma taxa de ataque secundário de 13,2% entre os contatos domiciliares e de 2,4% entre os contatos não domiciliares, e destacou que a maioria das transmissões ocorreu entre membros da família.⁽²²⁾ Tendo em vista as medidas sanitárias adotadas para o controle da infecção, incluindo o isolamento social, pode-se presumir que a maioria dos contatos deste estudo também tenha sido entre membros da família. As gestantes, em particular, foram consideradas grupo de risco pelo Ministério da Saúde do Brasil e estimuladas a trabalhar em *home office*.⁽²³⁾

Ainda em relação ao contato prévio com suspeitos ou confirmados para a doença, o presente estudo evidenciou maior frequência de contato prévio em gestantes assintomáticas, em comparação às gestantes que apresentaram sintomas. Esse dado indica que, embora assintomáticas, as gestantes que tiveram o contato prévio com suspeitos ou confirmados realizaram testes diagnósticos em virtude da exposição, pois sabe-se que a principal forma de transmissão da doença ocorre por meio do contato com gotículas expelidas por indivíduos infectados.⁽²⁴⁾ Sugere também que essas mulheres foram bem orientadas em

Tabela 3. Características clínicas e epidemiológicas de gestantes confirmadas para COVID-19

Características maternas	Confirmadas %	Não confirmadas %	RP*	IC 95%		RP ajustada**	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Raça/cor								
Branca	27,8	72,2	1,17	0,67	2,05	1,20	0,68	2,11
Não branca	23,8	76,2						
Faixa etária								
≥35 anos	34,5	65,5	1,34	0,96	1,87	1,32	0,94	1,85
<35 anos	25,8	74,3						
Escolaridade								
≤ ensino médio incompleto	25,9	74,1	0,90	0,63	1,28	0,96	0,67	1,37
≥ ensino médio completo	28,9	71,1						
Comorbidades								
Sim	19,7	80,3	0,69	0,42	1,15	0,68	0,41	1,12
Não	28,5	71,5						
Profissional da saúde								
Sim	35,4	64,6	1,34	0,88	2,02	1,22	0,80	1,85
Não	26,5	73,5						

*Razão de prevalência em relação ao total apresentado na linha. **Razão de prevalência ajustada por todas as variáveis apresentadas na tabela, pelo modelo de Regressão de Poisson com variância robusta.

relação aos cuidados com a doença, pela equipe de pré-natal e/ou pela Fundação Municipal de Saúde, que realizou adequadamente o rastreamento de contatos.

Quanto ao perfil epidemiológico das gestantes avaliadas, a média de idade encontrada neste estudo foi de $28,65 \pm 6,04$ anos, dado consistente com a literatura, que demonstrou médias de idades semelhantes,^(15,25) devido ao perfil do público estudado. No entanto, o presente estudo não encontrou associação entre idade materna e confirmação para a COVID-19. Embora a literatura indique que gestantes com idade avançada tenham maior risco de desenvolver a forma grave da doença,^(26,27) neste estudo foram avaliadas todas as notificações em gestantes e posteriormente a confirmação, sem possibilidade de avaliar a gravidade da doença em si.

No que se refere à presença de comorbidades, a prevalência encontrada no presente estudo foi menor do que a encontrada em um estudo observacional realizado com gestantes confirmadas para a COVID-19.⁽²⁸⁾ No entanto, as comorbidades mais frequentemente relacionadas – asma, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e hipotireoidismo – foram as mesmas que demonstraram associação com a COVID-19 na literatura.^(10,25) Não houve associação entre a presença de comorbidades e a confirmação para a COVID-19, talvez porque aquelas mulheres com comorbidades – aliada a gestação – tenham adotado com mais atenção as medidas de prevenção à doença, considerando que gestantes com comorbidades são mais susceptíveis a desenvolver complicações da doença.^(29,30)

Os achados sobre a distribuição de casos segundo o mês de ocorrência no ano de 2020 deste estudo corroboram os dados do boletim epidemiológico da COVID-19 (SARS-CoV-2), da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) de Santa Catarina, no qual houve crescimento da infecção até o mês de julho, seguido por queda até o mês de novembro.⁽³¹⁾ Em relação ao ano de 2021, o presente estudo demonstrou aumento dos casos em março, seguido de queda de maio a junho, enquanto os dados do boletim epidemiológico indicam aumento dos casos desde janeiro, com queda em abril, seguido de novo crescimento em maio.⁽³²⁾ Tais achados um pouco divergentes podem estar relacionados a uma demanda reprimida dos laboratórios, ou mesmo às ações específicas adotadas pelo município, como a própria estratégia de vacinação, que já estava se iniciando no período em questão.

O presente estudo apresentou algumas limitações em relação à coleta de dados. Por se tratar de um estudo com coleta em banco de dados secundário, alguns dados estavam incompletos ou preenchidos inadequadamente nas fichas de notificação, demandando maior trabalho de investigação e levando à perda de alguns dados. Além disso, é importante considerar que as comparações aqui apresentadas foram realizadas de acordo com a confirmação da doença entre as gestantes notificadas como suspeitas, não se considerando o universo das mulheres

grávidas no período. O estudo permitiu a análise de todas as notificações de gestantes ocorridas no município, fornecendo um retrato da situação epidemiológica da doença, no público-alvo, desde o início da pandemia e de acordo com a realidade dos serviços.

CONCLUSÃO

Verificou-se neste estudo que as gestantes notificadas como suspeitas para a COVID-19 apresentaram, em sua maioria, sintomas da doença, sendo a anosmia o sintoma mais associado à confirmação e a cefaleia o sintoma mais prevalente no estudo. O contato prévio com suspeitos ou confirmados para a COVID-19 foi significativamente maior em gestantes assintomáticas, bem como para aquelas que confirmaram para a doença. A maioria das gestantes do estudo não apresentava comorbidades, e não houve associação entre a presença de comorbidades e a confirmação para a COVID-19. Dessa forma, sugere-se que as gestantes, por serem consideradas como grupo de risco devido à maior susceptibilidade a surtos de doenças e pela possibilidade de gravidade do quadro, adotaram com mais atenção as medidas de prevenção contra a COVID-19, como a realização de testes diagnósticos quando tiveram contato prévio com casos de COVID-19, mesmo sem apresentar sintomas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. 2022 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
4. Iser BP, Sliva I, Raymundo VT, Poleto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(3):e2020233. doi: 10.5123/S1679-49742020000300018
5. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-62. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. 2022 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/COVID-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf>
7. Takemoto M, Menezes M, Andreucci C, Knobel R, Sousa L, Katz L, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. *BJOG*. 2020;127(13):1618-26. doi: 10.1111/1471-0528.16470
8. Dashraath P, Wong JL, Lim MX, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(6):521-31. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021
9. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2(2):100107. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107

- Ellington S, Strid P, Tong VT, Woodworth K, Galang R, Zambrano LD, et al. Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(25):769-75.
- Bastos SN, Barbosa BL, Cruz LG, Souza RP, Silva Melo SS, Luz CC. Clinical and obstetric aspects of pregnant women with COVID-19: a systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(12):949-60. doi: 10.1055/s-0041-1733913
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Datasus. Nascidos vivos – Santa Catarina [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>
- Trapani Júnior A, Vanhoni LR, Silveira SK, Marcolin AC. Childbirth, puerperium and abortion care protocol during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(6):349-55. doi: 10.1055/s-0040-1713587
- Lassi ZS, Ana A, Das JK, Salam RA, Padhani ZA, Irfan O, et al. A systematic review and meta-analysis of data on pregnant women with confirmed COVID-19: clinical presentation, and pregnancy and perinatal outcomes based on COVID-19 severity. *J Glob Health.* 2021;11:05018. doi: 10.7189/jogh.11.05018
- Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):817-26. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.1050
- Menezes AM, Victora CG, Hartwig FP, Silveira MF, Horta BL, Barros AJ, et al. High prevalence of symptoms among Brazilian subjects with antibodies against SARS-CoV-2. *Sci Rep.* 2021;11(1):13279. doi: 10.1038/s41598-021-92775-y
- Novoa RH, Quintana W, Llancarí P, Urbina-Quispe K, Guevara-Ríos E, Ventura W. Maternal clinical characteristics and perinatal outcomes among pregnant women with coronavirus disease 2019. A systematic review. *Travel Med Infect Dis.* 2021;39:101919. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101919
- Chi J, Gong W, Gao Q. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and the risk of vertical transmission: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;303(2):337-45. doi: 10.1007/s00404-020-05889-5
- Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(1):15-27. doi: 10.1002/uog.22088
- Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;370:m3320. doi: 10.1136/bmj.m3320
- Hapshy V, Aziz D, Kahar P, Khanna D, Johnson KE, Parmar MS. COVID-19 and pregnancy: risk, symptoms, diagnosis, and treatment. *SN Compr Clin Med.* 2021;3(7):1477-83. doi: 10.1007/s42399-021-00915-2
- Jing QL, Liu MJ, Zhang ZB, Fang LQ, Yuan J, Zhang AR, et al. Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20:1141-50. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30471-0
- Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021. Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. *Diário Oficial da União.* 2021 May 13;Seç. 1:4.
- Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: a review on the Novel Coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. *Viruses.* 2021;13(2):202. doi: 10.3390/v13020202
- Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100118. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100118
- Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval G, Saade GR, Grobman WA, et al. Disease severity and perinatal outcomes of pregnant patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Obstet Gynecol.* 2021;137(4):571-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000004339
- Jamieson DJ, Rasmussen SA. An update on COVID-19 and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2):177-86. doi: 10.1016/j.ajog.2021.08.054
- Sunder A, Varghese B, Darwish B, Shaikho N, Rashid M. Impacts and effects of COVID-19 infection in pregnancy. *Saudi Med J.* 2022;43(1):67-74. doi: 10.15537/smj.2022.43.1.20210694
- Salem D, Katranji F, Bakdash T. COVID-19 infection in pregnant women: review of maternal and fetal outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(3):291-8. doi: 10.1002/ijgo.13533
- Hessami K, Homayoon N, Hashemi A, Vafaei H, Kasraeian M, Asadi N. COVID-19 and maternal, fetal and neonatal mortality: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(15):2936-41. doi: 10.1080/14767058.2020.1806817
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico COVID-19 (SARS-CoV-2) [Internet]. 2020 [cited 2022 May 4];35. Available from: <https://dive.sc.gov.br/index.php/noticias-todas/316-boletim-epidemiologico-n-35-2020-COVID-19-SARS-CoV-2-dados-atualizados-em-13-01-2021>
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2022 May 4];66. Available from: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/Boletins/corona66.pdf>

Atitudes e crenças de médicos ginecologistas- -obstetras e de pacientes do Hospital Universitário de Brasília sobre o rastreamento cervical e o exame pélvico

*Attitudes and beliefs of
obstetrician-gynecologists and patients at
the University Hospital of Brasília about
cervical screening and pelvic examination*

Miriam da Silva Wanderley¹, Ágata Costa Coelho Batista¹,
lausha Khristie Lima Bites Montezuma¹, Luísa Lucas Marinho¹, Thaís Lucena Reis¹

Descritores

Rastreamento de câncer cervical;
Exame de Papanicolaou; Exame
pélvico; Exame ginecológico

Keywords

Cervical cancer screening;
Papanicolaou smear; Pelvic
examination; Gynecological
examination

Submetido:

17/10/2022

Aceito:

26/01/2023

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Miriam da Silva Wanderley
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Asa Norte, 70910-900, Brasília, DF,
Brasil
miriams@unb.br

Como citar:

Wanderley MS, Batista AC,
Montezuma IK, Marinho LL, Reis
TL. Atitudes e crenças de médicos
ginecologistas-obstetras e de
pacientes do Hospital Universitário
de Brasília sobre o rastreamento
cervical e o exame pélvico. Femina.
2023;51(3):174-81.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as atitudes e crenças de pacientes e médicos ginecologistas-obstetras sobre o rastreamento cervical e o exame pélvico no Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Métodos:** Foram realizadas entrevistas com pacientes que aguardavam por uma consulta previamente agendada no ambulatório de ginecologia e com médicos ginecologistas-obstetras que atuavam no HUB. Cada grupo respondeu a um questionário que enfocava a realização do rastreamento cervical e do exame pélvico (EP). **Resultados:** No total, 387 pacientes responderam ao questionário. Dessas, apenas 4,13% sabiam que, de acordo com as diretrizes brasileiras, o rastreamento cervical deveria ser iniciado aos 25 anos de idade, 5,17% sabiam que ele deveria ser encerrado aos 64 anos e 97,93% esperavam um intervalo menor do que o trienal recomendado. Após serem informadas sobre as diretrizes, 66,93% acreditavam que o início aos 25 anos é tardio, 61,5%, que o encerramento aos 64 anos é precoce, 88,37%, que o intervalo trienal é muito longo e 94,06% ficaram com receio de que problemas de saúde pudessem aparecer nesse intervalo. Dos 44 médicos que responderam ao questionário, embora a maioria concordasse com as diretrizes, somente 31,82%, 38,64% e 34,1% as seguia com relação à frequência, à idade de início e à idade de encerramento, respectivamente. Quanto ao EP, aproximadamente metade dos participantes de cada grupo considerava que o exame deveria ser realizado nas consultas regulares com o ginecologista. **Conclusão:** Foi observada uma discrepância entre as expectativas das pacientes e as diretrizes para o rastreamento de câncer cervical. A maior parte das pacientes não as conhecia e, quando informadas, não concordava com elas. Quanto aos médicos ginecologistas-obstetras, a maioria não as seguia, apesar de conhecê-las. Quanto ao EP, grande parte dos médicos e pacientes considerava-o importante e acreditava que ele deveria ser realizado de forma rotineira nas consultas ginecológicas.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the attitudes and beliefs of patients and obstetrician-gynecologists about cervical screening and pelvic examination in the University Hospital of Brasília (HUB).

Methods: Face-to-face interviews with patients waiting for a previously scheduled consultation at the gynecology outpatient clinics and attending obstetrician-gynecologists at the HUB. Each group answered a questionnaire addressing cervical screening and pelvic examination (PE). **Results:** 387 patients answered the questionnaire. Of these, only 4.13% were aware that, according to Brazilian guidelines, cervical screening should begin at age 25, 5.17% that it should stop at age 64 and 97.93% expected a shorter interval than the recommended triennial. After being informed of the guidelines, 66.93% believed that starting at age 25 is late, 61.5% that stopping at 64 is early, 88.37% that the triennial interval is too long, and 94.06% would be afraid that health problems could appear during the interval. Of the 44 participating physicians, although most agreed with the guidelines, only 31.82%, 38.64% and 34.1% followed them regarding frequency, starting and stopping age, respectively. As for EP, approximately half of the participants in each group believed that it should be performed in regular consultations with the gynecologist.

Conclusion: There was a discrepancy between patients' expectations and cervical screening guidelines. Most patients didn't know and, when informed, didn't agree with them. As for Ob-Gyn physicians, most did not follow these guidelines, despite knowing them. As for pelvic exam, most physicians and patients considered it important and believed it should be routinely performed during gynecological consultations.

INTRODUÇÃO

Desde a introdução do exame de Papanicolaou nos programas de rastreamento, a incidência de câncer de colo de útero, assim como as taxas de mortalidade por essa neoplasia, vem sendo reduzida de forma significativa.⁽¹⁾ No entanto, a sua incidência permanece elevada, tendo sido reportado que 86% de todos os cânceres cervicais e 88% das mortes por esses cânceres ocorrem em países com recursos limitados e em populações sem acesso a sistemas de saúde.⁽²⁾ Além disso, mais de 50% das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero nunca haviam sido rastreadas, e 10% não tinham realizado rastreio nos últimos cinco anos.⁽³⁾

Ao longo do tempo, as diretrizes que devem nortear o *screening* cervical têm sido periodicamente revisadas. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (Inca)⁽⁴⁾ orienta o início do rastreamento aos 25 anos de idade, continuando com o exame citopatológico a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais, até os 64 anos, se houver, pelo menos, dois exames consecutivos negativos nos últimos cinco anos.⁽⁴⁾ Dessa forma, a nova recomendação para coleta de células citológicas cervicais passou a obedecer a intervalos mais prolongados, em lugar do anual, seguido durante muitos anos.

O exame pélvico (EP) tem sido feito concomitantemente ao rastreamento cervical, independentemente de história clínica ou sintomas nas consultas ginecológicas. Tendo em vista a mudança na periodicidade do rastreio, passou a ser questionada a realização anual do EP em mulheres assintomáticas em consultas em que não será realizado o Papanicolaou.⁽⁵⁾

A acurácia para detectar alterações e o possível benefício de tratá-las em mulheres assintomáticas não estão estabelecidos.⁽⁶⁾ Também não está claro se a realização do EP reduziria a morbidade e a mortalidade dessas mulheres.^(6,7) Além disso, diversas sociedades de especialidades não são unânimes em relação à realização de EP em mulheres assintomáticas.⁽⁷⁻⁹⁾

Apesar das controvérsias em relação à realização rotineira do EP, pacientes e médicos têm apresentado, de forma geral, uma visão positiva acerca do exame, a qual nem sempre corresponde aos resultados dos estudos clínicos.^(10,11) Além disso, diversos fatores, entre eles os demográficos, sociais, culturais, além de experiências pessoais prévias, poderiam influenciar pacientes e médicos na adesão aos programas de rastreamento e no conhecimento a respeito dos exames realizados nas consultas ginecológicas, entre eles o EP.^(12,13)

Este estudo, portanto, tem por objetivo avaliar as atitudes e crenças das pacientes e dos médicos ginecologistas-obstetras que atuam no Hospital Universitário de Brasília (HUB) sobre o rastreamento cervical e a realização do EP nas consultas ginecológicas.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal por meio de entrevistas, entre março e dezembro de 2019, com pacientes que aguardavam consulta previamente agendada nos ambulatórios de ginecologia do HUB, independentemente da queixa clínica, utilizando-se questionário que versava sobre o rastreamento cervical e o EP. Os médicos ginecologistas-obstetras do serviço também responderam a questionário que abordava os mesmos temas. Foram excluídos menores de idade e aqueles que não concordaram em participar da pesquisa ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi desenvolvido e aplicado questionário pré-teste baseado em revisão da literatura^(10,14-16) a 20 pacientes. O instrumento continha questões sobre dados demográficos (ano de nascimento, escolaridade, estado civil, paridade e renda familiar em salários mínimos), 14 questões sobre conhecimento, opiniões e expectativas a respeito do exame de Papanicolaou e recomendações do Ministério da Saúde acerca desse exame e nove questões sobre o EP, enfocando o conhecimento, as crenças e as atitudes das pacientes a respeito dele. Para os médicos, foi aplicado questionário que versava sobre dados sociodemográficos (ano de nascimento, sexo, estado civil, tempo de profissão, atendimento em

consultório privado e/ou serviço público), 10 questões sobre sua rotina quanto à realização do rastreamento cervical e conhecimento/concordância com as diretrizes do Ministério da Saúde e seis questões relativas ao EP, tais como periodicidade e importância atribuída a ele.

O número de pacientes do estudo foi calculado em, no mínimo, 340. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado numa estimativa de 750 pacientes atendidas em 10 semanas, com nível de confiança de 95% e margem de erro (intervalo de confiança) de 4%. A fórmula para o cálculo está descrita no portal *Survey System*.⁽¹⁷⁾ Quanto aos médicos, foram entrevistados todos os que se dispuseram a participar da pesquisa.

Para efeitos de análise, foram utilizadas as diretrizes do Ministério da Saúde a respeito do rastreamento de câncer de colo do útero⁽⁴⁾ e foram considerados como EP completo a realização da inspeção da genitália externa, exame especular e toque bimanual dos anexos, útero e cérvix, podendo ou não incluir o toque retovaginal.⁽⁶⁾

As respostas fornecidas foram avaliadas por meio de médias, desvio-padrão (DP), frequências e porcentagens. Testes de associação entre os dados sociodemográficos dos participantes e as impressões sobre os exames propostos foram efetuados por meio dos testes qui-quadrado e Fisher, utilizando-se os *softwares* R versão 4.0.2 e Excel 2016. Para todos os testes, o valor de significância estatística adotado foi $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CAAE 05670919.9.0000.5558).

RESULTADOS

Pacientes

Foram entrevistadas 387 pacientes cuja idade média foi de 45,73 (DP 12,37) anos; 332 (85,79%) tinham, pelo menos, um filho, 203 (52,45%) eram casadas e 201 (51,94%) referiram renda familiar entre um e dois salários mínimos. Das 206 pacientes que responderam sobre escolaridade, 129 (62,62%) tinham completado pelo menos o ensino médio. A maior parte das pacientes (68,99%) referiu que se consultava com um ginecologista uma ou duas vezes por ano, 17,05% se consultavam três vezes ou mais por ano, 12,40% somente iam ao ginecologista quando apresentavam sintomas, 1,29% faziam consultas bianuais e uma paciente não respondeu.

Rastreamento cervical

A quase totalidade das participantes ($n = 367$; 94,83%), já havia realizado o exame citológico cervical, tendo iniciado, em média, aos 22,96 anos (DP 8,348), e 254 (65,63%) haviam iniciado antes dos 25 anos de idade. As principais razões para o início do rastreamento foram: primeira consulta com ginecologista (28,94%), gravidez (21,19%), início da vida sexual (20,16%) e início oportunista durante consulta ginecológica para tratar alguma queixa clínica (18,09%). Apenas 16 (4,13%) pacientes

sabiam que 25 anos é a idade recomendada para iniciar o rastreamento de câncer de colo de útero de acordo com o Ministério da Saúde/Inca, 20 (5,17%) sabiam que 64 anos é a idade para a interrupção do rastreamento, e 379 (97,9%) esperavam intervalo menor que o trienal preconizado (Tabela 1). Observou-se associação significativa entre escolaridade, renda e idade e conhecimento sobre as recomendações, sendo este maior em mulheres mais jovens (teste de Fisher; $p = 0,0270$), com maior renda (teste de Fisher; $p = 0,0414$) e maior escolaridade (teste de Fisher; $p = 0,0017$). Quanto à idade recomendada para o encerramento, houve associação significativa apenas com maior escolaridade (teste de Fisher; $p = 0,0034$).

Após serem informadas sobre as diretrizes brasileiras, 259 (66,93%) pacientes acreditavam que o início aos 25 anos é tardio, 238 (61,5%), que a interrupção aos 64 anos é precoce, 307 (79,33%), que não se deveria parar de fazer o Papanicolaou em nenhuma idade e 342 (88,37%), que o intervalo trienal é muito longo. A recomendação de início aos 25 anos apresentou associação significativa com estado civil (qui-quadrado; $p = 0,0333$) e grupos de idade (qui-quadrado; $p < 0,0001$), sendo observada maior aceitação em viúvas e em mulheres mais velhas,

Tabela 1. Crenças e atitudes das pacientes sobre o rastreamento cervical ($n = 387$)

Crenças e atitudes	Sim n (%)	Não n (%)	Outros n (%)
Conhece a recomendação do Ministério da Saúde sobre a idade para iniciar o rastreamento cervical	16 (4,13)	371 (95,87)	- (-)
Conhece a recomendação do Ministério da Saúde sobre a idade para interromper o rastreamento cervical	20 (5,17)	307 (79,33)	60 (15,50)
Deseja interromper o exame na idade recomendada pelo Ministério da Saúde	99 (25,58)	260 (67,18)	28 (7,24)
Acredita que o intervalo trienal para a coleta de citologia cervical é adequado	40 (10,34)	342 (88,37)	5 (1,29)
Deseja manter a frequência anual para a consulta ginecológica mesmo sob um esquema trienal de rastreamento	334 (86,31)	42 (10,85)	11 (2,84)
Procuraria outro médico se submetida a esquema trienal de rastreamento	264 (68,22)	104 (26,87)	19 (4,91)
Receia o aparecimento de problemas de saúde com o esquema trienal de rastreamento	364 (94,06)	19 (4,91)	4 (1,03)

A coluna "outros" incluiu respostas distintas de "sim" e "não", tais como "não sei" e "talvez".

particularmente ≥ 60 anos. A recomendação de término aos 64 anos apresentou associação significativa com grupos de idade (qui-quadrado; $p < 0,0001$), com maior aceitação em mulheres mais jovens, particularmente aquelas com menos de 30 anos. Quanto ao intervalo preconizado, o desconforto com o intervalo trienal predominou em todos os grupos de estado civil, escolaridade, renda, idade e paridade, não tendo sido observada associação significativa com nenhum deles. Quando questionadas a respeito de qual seria o intervalo ideal para a realização do exame, 68,99% das pacientes responderam intervalos anuais, 24,81%, intervalos menores que um ano, 5,43%, intervalos a cada dois anos ou mais e três não responderam. Observou-se associação significativa com a escolaridade e a renda familiar (qui-quadrado; $p = 0,0448$ e $p = 0,0229$, respectivamente), e aquelas com maior escolaridade e renda apresentaram maior tendência em responder intervalos maiores ou iguais a um ano.

Exame pélvico

Quanto à realização do EP, 342 (88,37%) pacientes acreditavam que ele deveria fazer parte das consultas ginecológicas habituais em mulheres saudáveis e 176 (45,48%) ficariam desapontadas, mesmo não tendo sintomas, se o ginecologista não fizesse o EP completo. Foi observada associação entre escolaridade e expectativa das pacientes de que o EP fosse realizado em todas as consultas ginecológicas, independentemente de queixa clínica, e mulheres com maior nível educacional apresentaram maior expectativa de serem examinadas rotineiramente mesmo na ausência de sintomas (qui-quadrado, $p = 0,0310$). Em relação à possível utilidade

do EP, a maioria das pacientes o considerava muito importante (Tabela 2). E, embora 315 (81,40%) pacientes tenham referido dor, desconforto, medo ou vergonha em relação à realização desse exame, apenas 13,97% delas afirmaram já terem adiado uma consulta por esse motivo.

Médicos ginecologistas-obstetras

Foram entrevistados 44 médicos do total de 57 ginecologistas-obstetras do HUB. A média de idade dos participantes foi de 38,54 anos (DP 9,85), 30 (68,18%) eram do sexo feminino, 23 (52,27%) eram solteiros, 28 (63,63%) trabalhavam em consultórios público e privado, e o tempo de profissão como ginecologista variou desde menos de cinco anos até mais de 30, com média de 12 anos.

Rastreamento cervical

Observou-se que apenas 14 (31,82%), 17 (38,64%) e 15 (34,1%) médicos referiram seguir as diretrizes brasileiras quanto à periodicidade e à idade de início e de interrupção do rastreamento cervical, respectivamente, apesar de conhecê-las (Tabela 3). Todavia, com exceção da idade de início, a maioria dos participantes concordava com as diretrizes do Ministério da Saúde. Não foi observada associação significativa entre as variáveis idade, sexo e tempo de profissão dos médicos e a concordância com as respectivas diretrizes.

Quanto à idade de início do rastreamento cervical, apenas 38,64% afirmaram fazê-lo aos 25 anos, 31,82% o fazem aos 21, 15,91% relataram iniciar o Papanicolaou

Tabela 2. Opiniões e atitudes das pacientes (n = 387) e dos médicos ginecologistas-obstetras (n = 44) do Hospital Universitário de Brasília acerca do exame pélvico

Opiniões e atitudes	Pacientes			Médicos		
	Sim n (%)	Não n (%)	Outros n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Outros n (%)
Deveria ser realizado apenas quando se realiza o rastreamento cervical	111 (28,68)	253 (65,38)	23 (5,94)	1 (2,27)	43 (97,73)	- (-)
Deveria ser realizado em todas as consultas ginecológicas, independentemente do rastreamento cervical	179 (46,25)	196 (50,65)	12 (3,10)	26 (59,09)	18 (40,91)	- (-)
Ajudaria a estabelecer uma comunicação mais aberta entre paciente e médico	331 (85,5)	47 (12,14)	9 (2,33)	15 (34,1)	11 (25)	18 (40,9%)
Pacientes já relataram dor, desconforto, medo ou vergonha antes da realização do EP	315 (81,4)	62 (16,02)	10 (2,58)	44 (100)	- (-)	- (-)
Diagnosticaria condições benignas do útero e ovários	335 (86,56)	21 (5,43)	31 (8,01)	23 (52,28)	20 (45,45)	1 (2,27)
Diagnosticaria infecções sexualmente transmissíveis	314 (81,13)	59 (15,25)	14 (3,62)	18 (40,91)	25 (56,82)	1 (2,27)
Ajudaria a rastrear algum tipo de câncer ginecológico (útero/endométri, vagina, vulva e ovários)	355 (91,73)	17 (4,39)	15 (3,88)	27 (61,36)	16 (36,37)	1 (2,27)
Indicaria que a mulher está saudável	358 (92,5)	16 (4,13)	13 (3,36)	12 (27,27)	31 (70,46)	1 (2,27)

A coluna "outros" incluiu respostas diferentes de "sim" e "não", tais como "não sei", "talvez" e "não quero responder".

Tabela 3. Opinião dos médicos ginecologistas-obstetras do Hospital Universitário de Brasília sobre o rastreamento cervical (n = 44)

Opinião dos médicos ginecologistas-obstetras	Sim n (%)	Não n (%)	Outros n (%)
Inicia o rastreamento cervical aos 25 anos de idade	17 (38,64)	26 (59,1)	1 (2,27)
Considera apropriado iniciar o rastreamento cervical aos 25 anos	22 (50)	22 (50)	
Interrompe o rastreamento cervical em algum momento	38 (86,36)	6 (13,64)	
Interrompe o rastreamento cervical aos 64 anos de idade	15 (34,1)	27 (61,36)	2 (4,54)
Considera apropriado interromper o rastreamento cervical aos 64 anos	31 (70,45)	13 (29,55)	
Considera apropriado realizar o rastreamento cervical a cada três anos	27 (61,36)	16 (36,37)	1 (2,27)
Realiza o rastreamento cervical a cada três anos	14 (31,82)	30 (68,18)	
Realiza o rastreamento cervical de forma anual	27 (61,36)	17 (38,64)	

A coluna "outros" incluiu respostas diferentes de "sim" e "não", tal como "não quero responder".

conforme a sexarca, independentemente da idade, 11,36% o iniciam em distintas idades que não 21 e 25 anos, e um participante não respondeu. Quanto à idade de término, 34,1% declararam encerrar o rastreamento aos 64 e 29,54%, aos 65. Entre os outros 10 médicos que referiram interromper o rastreamento, oito referiram idades distintas de 64 e 65 anos e dois não responderam. Quando indagado aos 22 participantes (50%) acerca das razões para considerarem o início aos 25 anos inadequado, as principais respostas foram que lesões precursoras poderiam não ser diagnosticadas em tempo hábil (72,73%), que o rastreamento cervical deveria ter início quando se inicia a vida sexual (45,45%) e que, se assim não fosse, o rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) seria iniciado tardiamente (31,82%). Entre os que consideraram inadequado encerrar o rastreamento cervical aos 64 anos, as principais razões foram que o rastreio deveria ser mantido enquanto a paciente tivesse vida sexual ativa (76,92%), que lesões precursoras poderiam não ser diagnosticadas em tempo hábil (46,15%) e que o rastreamento de ISTs ficaria prejudicado (15,38%). Entre os 16 ginecologistas que consideraram inadequado realizar o rastreamento cervical a cada três anos, as principais razões foram que lesões precursoras poderiam não ser diagnosticadas em tempo hábil (93,75%), que as pacientes se sentiriam desconfortáveis com a extensão dos intervalos de coleta (62,5%), que elas esperariam a realização do Papanicolaou quando vão ao

ginecologista (50%), que rezeariam que a paciente não retornasse às consultas se o exame não fosse realizado (37,5%) e que se sentiriam desconfortáveis se não realizassem o Papanicolaou na consulta (31,25%).

Exame pélvico

As opiniões e atitudes dos ginecologistas-obstetras relativas à realização do EP podem ser observadas na tabela 2. Sobre o exame, 65,91% dos participantes afirmaram que ele deveria ser realizado anualmente em mulheres assintomáticas. Mais de um quarto deles (27,27%) relataram que realizam o EP para contemplar as expectativas das pacientes e para manter uma rotina-padrão de atendimento (27,27%). Somente três médicos consideraram que o exame não tem importância em mulheres assintomáticas. E, apesar de todos os participantes já terem ouvido as pacientes referirem sentimentos de medo, dor, desconforto ou vergonha durante a realização do EP, apenas 38,63% deles evitaria realizá-lo quando ouvem esses relatos. Não se observou associação significativa entre os dados sociodemográficos dos participantes e a realização de EP, independentemente da queixa clínica ou da realização de Papanicolaou.

DISCUSSÃO

Para a prevenção primária e secundária do câncer cervical, são formuladas diretrizes que devem considerar o custo-benefício para as pacientes e para o sistema de saúde, garantindo parâmetros adequados que atuem de forma efetiva como prevenção coletiva, mantendo a viabilidade financeira e logística do sistema e evitando iatrogenias. As diretrizes brasileiras estabelecem que o rastreamento deveria ser iniciado aos 25 anos de idade e, após dois exames consecutivos anuais normais, continuar a cada três anos até os 64 anos de idade após dois testes negativos consecutivos nos últimos cinco anos.⁽⁴⁾

Observamos que as participantes deste estudo apresentaram elevada adesão ao rastreamento do câncer de colo do útero, no entanto tenderam a começar o rastreamento mais cedo e a fazer mais exames do que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Isso se deve, provavelmente, ao modelo de rastreamento oportunístico praticado no Brasil, em que as mulheres com acesso aos serviços de saúde são excessivamente rastreadas.⁽¹⁸⁾ Além disso, a quase totalidade das pacientes desconhecia as diretrizes, sendo observado maior conhecimento naquelas com maior renda familiar e maior escolaridade, de forma semelhante ao encontrado em outros estudos.^(12,13)

É interessante pontuar que houve maior aceitação das recomendações quanto maior a distância entre a idade preconizada para início/término e a idade da participante. Dessa forma, observou-se associação significativa entre concordância de iniciar o rastreio aos 25 anos em mulheres mais velhas e de encerrar aos 64 anos em mulheres mais jovens. Esse achado poderia

decorrer da experiência pessoal das participantes ou do maior distanciamento factual da situação posta.

Após ser informada sobre as diretrizes do Ministério da Saúde, a maioria das participantes não se sentia confortável com elas e as consideraram inadequadas, sendo observada maior rejeição com a periodicidade do exame em todos os grupos demográficos. Estudo de Clay *et al.*⁽¹⁹⁾ também observou, em entrevistas com mulheres americanas, conhecimento incompleto ou incorreto sobre o exame citológico cervical e as diretrizes instituídas, e desconforto com o encerramento do rastreio e com o intervalo proposto, e 71,4% delas afirmaram que solicitariam ao médico que fizesse o rastreamento anual.

Observou-se que a maior parte das participantes (86,30%) afirmou que não deixaria de ir à consulta anual por conta de um esquema de rastreamento trienal, no entanto 68,22% referiram que procurariam outro médico se obrigadas a seguirem essa periodicidade. O fato de que 61,36% dos médicos continuassem realizando o exame anualmente, embora 61,36% considerassem adequado fazê-lo a cada três anos, poderia estar ligado à necessidade de corresponder a possíveis expectativas das pacientes, razão frequentemente citada por esses profissionais para não aderirem às diretrizes em suas práticas clínicas.^(20,21) Tendo em vista os resultados obtidos em nosso estudo, é plausível antever possíveis dificuldades para a introdução do teste de DNA-HPV como substituto da citologia no rastreio de câncer cervical.

Além disso, estudo realizado no Brasil mostrou que a maioria dos exames de Papanicolaou realizados entre 2010 e 2016 foi feita com intervalos anuais.⁽¹⁸⁾ Caso essa tivesse sido a experiência pessoal das pacientes, isso poderia ajudar a explicar o fato de que a maior parte delas, no presente estudo, acredita que o rastreamento deveria ser realizado com intervalos anuais ou menores.

Em nosso estudo, apenas 20,45% dos médicos seguiam integralmente as diretrizes brasileiras, apesar de conhecê-las. Essa baixa adesão também tem sido observada por outros autores.^(22,23) Ressalta-se que uma porcentagem considerável dos entrevistados também trabalhava em serviço privado, o que poderia influenciar esse achado. Um estudo observou que médicos ginecologistas que atendiam em consultórios particulares aderiam menos às diretrizes de rastreamento cervical, realizando-o em intervalos mais frequentes do que os preconizados, em comparação com os médicos ginecologistas que trabalhavam em cenário acadêmico.⁽²¹⁾ Perkins *et al.*⁽²⁴⁾ observaram que mais da metade dos médicos continuava a recomendar a realização de rastreamento anual, apesar das diretrizes em contrário, com a justificativa de que as pacientes se sentiriam desconfortáveis com intervalos maiores e ficariam preocupados que elas não retornassem para o EP anual sem o Papanicolaou concomitante. De fato,

Wright *et al.*⁽²³⁾ observaram menor probabilidade de realização de EP quando não era feito o rastreamento cervical.

Da mesma forma, Zur *et al.*⁽²⁵⁾ observaram diminuição do rastreamento de IST em mulheres entre 19-25 anos nos serviços de atenção primária após a introdução das novas diretrizes naquele país que recomendaram o adiamento da coleta e a periodicidade trienal. É importante pontuar que, apesar de amostras obtidas para análise citológica cervical poderem ser utilizadas para diagnóstico de algumas ISTs, o exame de Papanicolaou não tem esse objetivo e o rastreamento de IST e de câncer do colo de útero são práticas independentes.

Quanto ao EP, alguns estudos^(5,26) têm sugerido que poderia haver benefícios com a realização desse exame em mulheres sem sintomas. As pacientes poderiam expressar certas preocupações ao médico ou elencar sintomas adicionais, tanto por se lembrarem deles somente no momento do exame como por se sentirem mais confortáveis em mencioná-los durante a realização dele.^(5,26) Também poderia ser possível que o EP configurasse uma oportunidade para educação em saúde das pacientes.^(5,26) No entanto, em nosso estudo, quando questionados sobre a possibilidade de o EP colaborar para uma comunicação mais aberta com a paciente, a maioria dos médicos desconhecia ou não estava segura sobre essa possibilidade. Outro potencial benefício desse exame seria a certificação à paciente de que ela estaria saudável. Entretanto, isso poderia representar também um risco, podendo propiciar uma falsa sensação de segurança,^(5,26) uma vez que as evidências acerca da eficácia do EP para a detecção de malignidade são insuficientes.⁽⁶⁾

Aproximadamente metade das pacientes em nosso estudo esperava que ele fosse realizado em todas as consultas e ficaria desapontada com o médico caso ele não o fizesse mesmo que não referissem qualquer queixa clínica. O nível educacional das pacientes apresentou associação significativa com o desejo de serem examinadas, ainda que assintomáticas, e o maior grau de escolaridade se refletiu em maior expectativa de que o EP fosse realizado. É possível que essa associação seja decorrente da rotina de realização do exame em consultas prévias ou porque a paciente tenha buscado informações em outras fontes por conta própria.

Observou-se que aproximadamente um quarto dos médicos realizou o EP nos consultórios a fim de corresponder às expectativas das pacientes e manter uma rotina padronizada de cuidado. Isso também tem sido encontrado em outros estudos, nos quais os participantes indicaram que provavelmente não alterariam sua prática clínica e continuariam a utilizar o exame como uma ferramenta de rastreio em mulheres assintomáticas, a fim de assegurar sua saúde, corresponder às suas expectativas,^(14,27) documentar o exame normal, evitar possíveis problemas legais e manter a tradição.⁽²⁷⁾

Embora 81,4% das pacientes tenham relatado o sentimento de desconforto, medo, dor ou vergonha com a realização do EP, apenas 13,97% delas referiram já ter cancelado ou adiado consultas para evitá-lo. Além disso, mais de 80% atribuíam grande importância a esse exame, acreditando que ele poderia rastrear vários tipos de câncer ginecológico e doenças benignas, além de garantir que a mulher estaria saudável. Diante de cifras tão expressivas entre as pacientes e também, em menor proporção, entre os médicos, não surpreende o fato de que a maior parte dos participantes dos dois grupos acreditasse que o EP deveria fazer parte da rotina na consulta de mulheres saudáveis, não somente das sintomáticas.

No entanto, é importante frisar que nenhum estudo até o momento foi capaz de, acuradamente, estabelecer e diferenciar os possíveis benefícios e riscos de cada componente individual do EP.⁽²⁸⁾ Também não se sabe se o toque bimanual após o rastreamento cervical por meio do exame especular adicionaria algum benefício à paciente.⁽²⁹⁾ Em vista dessas discrepâncias, enquanto o Colégio Americano de Médicos recomenda contra a realização do EP em mulheres assintomáticas,⁽⁸⁾ o Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), apesar de sugerir a possibilidade de realização rotineira e anual do exame, recomenda que a decisão final seja compartilhada entre médico e paciente.⁽⁹⁾

O estudo apresenta algumas limitações, uma vez que é transversal e com uma amostra de pacientes e médicos de um hospital universitário, não sendo necessariamente representativa da população. No entanto, é um indicador claro das discrepâncias observadas entre as diretrizes estabelecidas em órgãos gestores, aqueles responsáveis por executá-las e aquelas a quem, em última análise, são dirigidas. Além disso, até onde sabemos, este é o primeiro estudo brasileiro que compara as opiniões e atitudes de médicos e pacientes sobre os exames acima mencionados.

A sincronia entre todos esses atores é fundamental para que o processo se desenvolva adequadamente e se consiga atingir o objetivo de erradicar o câncer de colo de útero, neoplasia evitável e que ainda é responsável pela morte de milhões de mulheres ao redor do mundo. Quanto ao EP, uma parte importante do exame físico/ginecológico em mulheres sintomáticas, não se pode esquecer de que o julgamento individual do médico é um componente essencial no cuidado à paciente e tal individualização deveria ser aplicada em mulheres assintomáticas.

CONCLUSÃO

Há uma clara discrepância entre as expectativas das pacientes e as diretrizes para o rastreamento do câncer cervical. A maioria das participantes não as conhecia e, quando informadas, não concordava e não se sentia confortável com elas, não planejava segui-las

e procuraria outro médico que atendesse às suas expectativas. Quanto aos médicos, menos da metade seguia as diretrizes nacionais, apesar de conhecê-las e, de forma geral, concordarem com elas. Sobre o EP, a maioria dos médicos e pacientes considerava que ele deveria ser realizado de forma rotineira como parte da consulta ginecológica.

REFERÊNCIAS

1. Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, La Vecchia C. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer*. 2000;36(17):2266-71. doi: 10.1016/s0959-8049(00)00346-4
2. Arbyn M, Castellsague X, de Sanjosé S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol*. 2011;22(12):2675-86. doi: 10.1093/annonc/mdr015
3. Sawaya GF, Grimes DA. New technologies in cervical cytology screening: a word of caution. *Obstet Gynecol*. 1999;94(2):307-10. doi: 10.1016/s0029-7844(99)00289-6
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [cited 2022 Jul 20]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
5. MacLaughlin KL, Faubion SS, Long ME, Pruthi S, Casey PM. Should the annual pelvic examination go the way of annual cervical cytology? *Womens Health (Lond)*. 2014;10(4):373-84. doi: 10.2217/whe.14.30
6. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic screening pelvic examination: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(9):954-66. doi: 10.1001/jama.2016.12819
7. US Preventive Services Task Force; Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for gynecologic conditions with pelvic examination: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;317(9):947-53. doi: 10.1001/jama.2017.0807
8. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161(1):67-72. doi: 10.7326/M14-0701
9. ACOG Committee Opinion No. 754: the utility of and indications for routine pelvic examination. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):e174-e80. doi: 10.1097/AOG.0000000000002895
10. Hsu A, Henderson JT, Harper CC, Sawaya GF. Obstetrician-gynecologist practices and beliefs regarding external genitalia inspection and speculum examinations in healthy older asymptomatic women. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(2):293-8. doi: 10.1111/jgs.13954
11. Kling JM, Vegunta S, Al-Badri M, Faubion SS, Fields HE, Shah AA, et al. Routine pelvic examinations: a descriptive cross-sectional survey of women's attitudes and beliefs after new guidelines. *Prev Med*. 2017;94:60-4. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.11.007
12. Aldohaian AI, Alshammari SA, Arafah DM. Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among Saudi women: a cross-sectional observational study. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):6. doi: 10.1186/s12905-018-0701-2
13. Akinlotan M, Bolin JN, Helduser J, Ojinnaka C, Lichorad A, McClellan D. Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. *J Community Health*. 2017;42(4):770-8. doi: 10.1007/s10900-017-0316-9

14. Henderson JT, Harper CC, Gutin S, Saraiya M, Chapman J, Sawaya GF. Routine bimanual pelvic examinations: practices and beliefs of US obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(2):109.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2012.11.015
15. Schneider A, Henderson JT, Harper CC, Hsu A, Saraiya M, Sawaya GF. Obstetrician-gynecologists' beliefs about performing less cervical cancer screening: the pendulum swings. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(5):744-5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.003
16. Henderson JT, Yu JM, Harper CC, Sawaya GF. U.S. clinicians' perspectives on less frequent routine gynecologic examinations. *Prev Med.* 2014;62:49-53. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.02.004
17. Creative Research Systems. Sample Size Calculator [Internet] 2022 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://surveysystem.com/sscalc.htm>
18. Vale DB, Menin TL, Bragança JF, Teixeira JC, Cavalcante LA, Zeferino LC. Estimating the public health impact of a national guideline on cervical cancer screening: an audit study of a program in Campinas, Brazil. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1492. doi: 10.1186/s12889-019-7846-2
19. Clay JM, Daggy JK, Fluellen S, Edmonds BT. Patient knowledge and attitudes toward cervical cancer screening after the 2012 screening guidelines. *Patient Educ Couns.* 2019;102(3):411-5. doi: 10.1016/j.pec.2018.10.004
20. King N, Kasper K, Daggy J, Edmonds BT. Current practice patterns in cervical cancer screening in Indiana. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(3):265.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.001
21. Verrilli L, Winer R, Mao C. Adherence to cervical cancer screening guidelines by gynecologists in the Pacific Northwest. *J Low Genit Tract Dis.* 2014;18(3):228-34. doi: 10.1097/LGT.0000000000000008
22. Min CJ, Massad LS, Dick R, Powell MA, Kuroki LM. Assessing physician adherence to guidelines for cervical cancer screening and management of abnormal screening results. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(4):337-42. doi: 10.1097/LGT.0000000000000558
23. Wright JD, Chen L, Tergas AI, Melamed A, St Clair CM, Hou JY, et al. Overuse of cervical cancer screening tests among women with average risk in the United States from 2013 to 2014. *JAMA Network Open.* 2021;4(4):e218373. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8373
24. Perkins RB, Anderson BL, Gorin SS, Schulkin JA. Challenges in cervical cancer prevention: a survey of U.S. obstetrician-gynecologists. *Am J Prev Med.* 2013;45(2):175-81. doi: 10.1016/j.amepre.2013.03.019
25. Zur R, Casson M, Bellaire J, Yudin M. Unintended consequences: the impact of cervical cancer screening guidelines on rates of STI screening in primary care. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(3):344-51. doi: 10.1016/j.jogc.2020.10.011
26. Evans D, Goldstein S, Loewy A, Altman AD. No. 385-Indications for pelvic examination. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(8):1221-34. doi: 10.1016/j.jogc.2018.12.007
27. Stewart RA, Thistlethwaite J, Evans R. Pelvic examination of asymptomatic women – attitudes and clinical practice. *Aust Fam Physician.* 2008;37(6):493-6.
28. Saraiya M. Evidence is lacking to support pelvic examinations as a screening tool for non-cervical cancers or other conditions. *Evid Based Med.* 2015;20(1):31. doi: 10.1136/ebmed-2014-110081
29. Kauffman RP, Griffin SJ, Lund JD, Tullar PE. Current recommendations for cervical cancer screening: do they render the annual pelvic examination obsolete? *Med Princ Pract.* 2013;22(4):313-22. doi: 10.1159/000346137

Função sexual pós-histerectomia: quais os impactos e aspectos técnicos envolvidos?

Sexual function after hysterectomy: what are the impacts and technical aspects involved?

Tiele Almeida Mattjie Gaiardo¹, Juliana Vieira Queiroz Almeida¹, Eduardo Batista Cândido², Walter Antônio Prata Pace¹

Descritores

Histerectomia; Sexualidade; Saúde sexual; Útero

Keywords

Hysterectomy; Sexuality; Sexual health; Uterus

Submetido:

22/07/2022

Aceito:

23/01/2023

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Juliana Vieira Queiroz Almeida
Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro,
30130-110, Belo Horizonte, MG, Brasil
julianavieiraqa@hotmail.com

Como citar:

Gaiardo TA, Almeida JV, Cândido EB, Pace WA. Função sexual pós-histerectomia: quais os impactos e aspectos técnicos envolvidos? 2023;51(3):182-9.

RESUMO

Objetivo: Identificar o impacto da histerectomia para patologias benignas sobre a sexualidade feminina. **Métodos:** Revisão de literatura com busca na plataforma PubMed, sendo selecionados 23 artigos em português e inglês publicados entre 2016 e 2021. **Resultados:** Foi descrita, majoritariamente, melhora na função sexual após histerectomia, semelhante às abordagens totais ou supracervicais e independentemente da via de acesso cirúrgico, apesar de impacto ligeiramente menor com a via laparoscópica. Na laparoscopia, houve melhor desfecho sexual no fechamento da cúpula vaginal, quando comparado ao fechamento via vaginal. Ademais, a ooforectomia concomitante apresentou resultados conflitantes e inconclusivos. **Conclusão:** A histerectomia afeta positivamente a saúde sexual feminina e aspectos técnicos podem interferir na função sexual, porém os dados são limitados. Devido à importância do tema, necessitam-se de mais estudos com metodologias padronizadas para possibilitar análises mais detalhadas.

ABSTRACT

Objective: To identify the impact of hysterectomy for benign pathologies on female sexuality. **Methods:** Literature review with search on PubMed platform, being selected 23 articles in Portuguese and English published between 2016 and 2021. **Results:** Improvement in sexual function after hysterectomy was mostly described, being similar in total or supracervical approaches and independent of the surgical access route, although it had slightly lower impact when laparoscopic. In the laparoscopic approach, there was better sexual outcome in the vaginal dome closure when compared to vaginal closure. In addition, concomitant oophorectomy showed conflicting and inconclusive results. **Conclusion:** Hysterectomy positively affects female sexual health and technical aspects may interfere with sexual function, but data are limited. Due to the importance of the theme, more studies with standardized methodologies are needed to enable more detailed analyses.

INTRODUÇÃO

A histerectomia é um dos principais alicerces para o tratamento das injúrias ginecológicas. Considerada a segunda cirurgia ginecológica mais realizada no mundo, após as cesarianas, ela é uma opção terapêutica extremamente eficaz para quadros como sangramento uterino anormal, dor pélvica crônica e prolapso de órgãos pélvicos.^(1,2)

A histerectomia pode ser realizada por diferentes vias de acesso e técnicas cirúrgicas, sendo as principais abordagens a histerectomia vaginal (HV), a histerectomia total abdominal (HTA) e a histerectomia laparoscópica (HL).⁽²⁾ Como a maioria das mulheres submetidas à histerectomia tem 40 a 49 anos, sendo uma população madura e sexualmente ativa, o procedimento tende a impactar diretamente a saúde sexual.⁽³⁾

O útero, considerado um pilar no processo da sexualidade feminina, tem sua função fisiológica e emocional estudada, sendo um símbolo de feminilidade, envolvendo-se amplamente na autoidentificação da mulher como um ser sexual.⁽²⁾ Como o universo da sexualidade feminina é extremamente amplo, dada a alta incidência de mulheres que serão submetidas a histerectomia em algum momento de suas vidas, a avaliação das queixas sexuais após a remoção cirúrgica do útero é fator de relevância a ser estudado.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da histerectomia sobre a função sexual (FS) por meio de uma revisão de literatura.

MÉTODOS

A pergunta de pesquisa foi definida como: “Quando indicada para condições benignas, qual o impacto da histerectomia sobre a função sexual?”. Foram elegíveis para análise os estudos que correlacionaram FS e histerectomia. Foi realizada uma revisão de literatura por meio de um levantamento bibliográfico na plataforma PubMed com os descritores “histerectomia” associado pelo operador booleano “OR” a “*hysterectomy*” e “AND” a “*sexual*”. A pesquisa foi realizada em novembro de 2021, sendo incluídas publicações dos últimos cinco anos (entre 2016 e 2021) em línguas portuguesa e inglesa. Excluíram-se artigos com ênfase em doença maligna e em correção de defeitos do assoalho pélvico, sem avaliação isolada da histerectomia na FS, relatos e séries de casos e comentários. A pesquisa inicial encontrou 1.648 artigos, sendo feita uma triagem com avaliação do título, resumo e artigo completo, respectivamente, com aplicação dos critérios de seleção. Foram selecionados 23 artigos e adicionados 10 estudos manualmente. Portanto, foram utilizadas 33 referências ao todo (Quadro 1, Figura 1).

RESULTADOS

Entre os 23 artigos selecionados para análise, constam três revisões de literatura (sendo uma metanálise), quatro ensaios clínicos, cinco coortes e onze estudos observacionais. Um total de 5.188 mulheres participou dos estudos, excetuando-se o número resultante das revisões de literatura que compõem o portfólio. Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos em cada artigo selecionado. Para fins didáticos, subdividiu-se o artigo de acordo com a ênfase dada em cada estudo. O detalhamento dos estudos incluídos na análise está descrito no quadro 2.

Quadro 1. Esquema de composição do portfólio bibliográfico

Buscas panorâmicas e buscas nas bases de dados	Base escolhida: PubMed
Estudos levantados com a expressão de busca: (histerectomia OR <i>hysterectomy</i>) AND <i>sexual</i>	(1.648)
Passo 1 (1ª filtragem) Filtro por ano de publicação: 2016-2021	(290)
Passo 2 (2ª filtragem) Filtro por língua: somente em inglês e português	(282)
Passo 3 (3ª filtragem) Seleção a partir da ANÁLISE DOS TÍTULOS	(39)
Passo 4 (4ª filtragem) Seleção a partir da ANÁLISE DOS RESUMOS	(25)
Passo 5 (5ª filtragem) Seleção a partir da ANÁLISE DOS TEXTOS COMPLETOS	(20)
Subtotal de estudos incluídos da base de dados (PubMed)	(20)
Passo 6 Inclusão de artigos do acervo pessoal (análise)	(3)
Passo 7 Inclusão de referências do acervo pessoal (introdução, métodos, discussão)	(10)
Total	(33)

Visão geral

A FS, apesar de estudada de maneira variável entre os estudos, teve como formas objetivas de avaliação o emprego de questionários, escalas e índices, combinados ou isolados. O mais utilizado foi o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), um questionário validado com itens de autoavaliação e de aspectos individuais da sexualidade como desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, dor e satisfação.⁽⁴⁾ Na Holanda, a coorte desenhada por Dedden *et al.*⁽⁴⁾ demonstrou uma redução pela metade da prevalência de disfunção sexual (DS) aos três e doze meses após histerectomia (independentemente de via ou concomitância com ooforectomia), demonstrando que o FSFI médio tende a aumentar a longo prazo. Ademais, mulheres solteiras e sem DS prévia tiveram um aumento de FSFI significativamente maior aos doze meses pós-operatórios, em relação à pontuação pré-cirúrgica medida.⁽⁴⁾ Em contrapartida, apesar de não ser estatisticamente significativo, na Polônia, Skorupska *et al.*⁽⁵⁾ observaram declínio na FS em até 37% das pacientes. Ademais, na Colômbia, Monterrosa-Castro *et al.*⁽⁶⁾ descreveram que 30% das histerectomizadas sexualmente ativas estavam insatisfeitas com a vida sexual, e 43% possuíam dispareunia. Uma metanálise com 11 estudos,

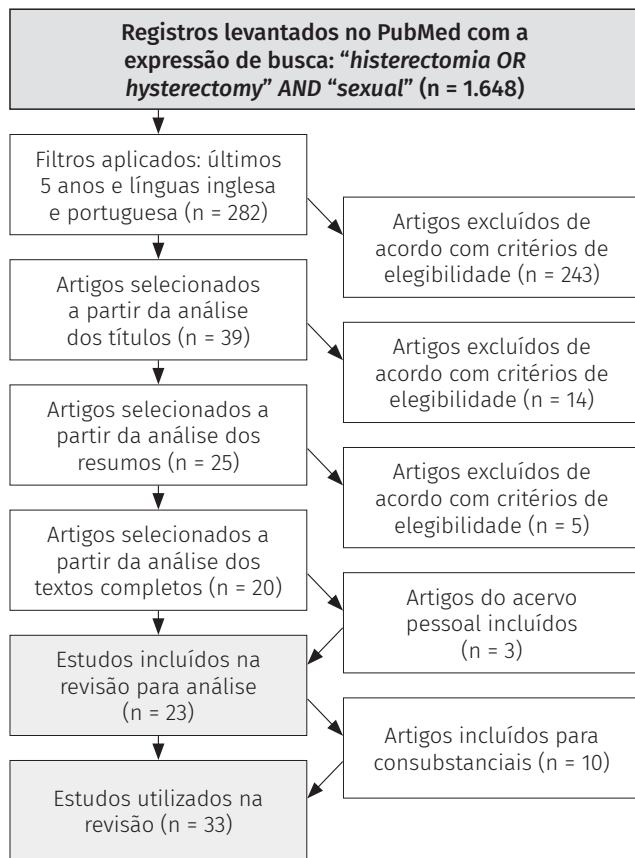


Figura 1. Fluxograma de composição do portfólio bibliográfico

realizada por Kazemi *et al.*⁽⁷⁾ no Irã, concluiu que a histerectomia por condições benignas não altera significativamente a FS. Foram achados não relevantes estatisticamente: via subtotal favorável; melhora progressiva da FS inversamente proporcional ao tempo de cirurgia; e ooforectomia concomitante não associada a pior FS.

Preservação da cérvix

Skorupska *et al.*⁽⁵⁾ compararam as principais vias cirúrgicas, inclusive abordagens supraceruais, sendo encontrada melhora discreta, estatisticamente insignificante, na FS após HL supracerual, embora isso não tenha sido descrito na HTA supracerual. Na Alemanha, Berlitz *et al.*⁽⁸⁾ também não encontraram diferenças significativas quando compararam técnicas de HL supracerual ou total no seguimento das pacientes ao final de um ano, entretanto houve melhora total de FSFI comprovada em todos os grupos.⁽⁸⁾ O quadro 3 demonstra os estudos que compararam abordagens total e subtotal (supracerual).

Via de acesso ao sítio cirúrgico

No Sri Lanka, Ekanayake *et al.*⁽⁹⁾ compararam a HV, HL e HTA em pacientes sem prolapso genital. Houve melhora global na FS em todos os grupos e melhora mais importante após um ano no grupo submetido à HL,

sem diferença significativa entre as vias. Observou-se também maior atividade sexual pós-cirurgia, em comparação ao pré-operatório, em todos os grupos.⁽⁹⁾ Na China, Wang e Ying,⁽²⁾ ao comparar a FS após HL e HTA, observaram declínio geral independentemente da via cirúrgica, com redução da satisfação, frequência de relações, libido e orgasmo, e aumento de dispareunia. Já na Turquia, Beyan *et al.*,⁽¹⁰⁾ com a mesma comparação, demonstraram melhora da FS, com melhora significativamente maior com HL. Neste último grupo, os escores de orgasmo foram estatisticamente maiores no período pós-operatório, assim como os de excitação e desejo, em relação aos índices pré e pós-cirúrgicos.⁽¹⁰⁾ No mesmo país, Kayataş *et al.*⁽¹¹⁾ não encontraram diferença na DS ao comparar ambas as vias. Corroborando os resultados de Koroglu *et al.*,⁽¹²⁾ Martínez-Cayuelas *et al.*⁽¹³⁾ realizaram uma revisão sistemática para avaliar a FS pós-histerectomia para condições benignas comparando as três vias e não encontraram evidências a favor de uma via em detrimento de outra no âmbito da sexualidade pós-operatória. O quadro 4 aponta os achados dos estudos que compararam as vias cirúrgicas para definir possíveis diferenças de impacto na FS. A significância estatística descrita refere-se a esse comparativo.

Prolapso uterino, técnicas de colpopfixação e comprimento vaginal

Verbeek *et al.*⁽¹⁴⁾ avaliaram a histerectomia concomitante à correção de disfunções do assoalho pélvico e encontraram achados divergentes no âmbito da sexualidade. Apesar de a maioria dos estudos relatar melhora geral da FS, há inconsistências referentes à preservação ou não da cérvix, bem como à correção isolada dos prolapso, em contraponto com a histerectomia associada.⁽¹⁴⁾

Na Turquia, Yalcin *et al.*⁽¹⁵⁾ avaliaram a FS pós-HV com colpopfixação em ligamento sacroespinhoso em pacientes com prolapso de todos os graus. Houve melhora significativa nos campos da sexualidade avaliados, sendo eles: fator emocional/comportamental; fator físico; e fator relacionado ao parceiro, seis meses pós-cirurgia. No mesmo país, Okcu *et al.*⁽¹⁶⁾ compararam HV com colpopfixação em ligamento sacroespinhoso, HL com sacrocolpopexia e HTA com sacrocolpopexia e não encontraram diferenças na FS dependente da técnica utilizada.

Em Israel, Lauterbach *et al.*⁽¹⁷⁾ avaliaram pacientes com prolapso uterino estágios 3 e 4 de POP-Q um ano após histerectomia com fixação de cúpula nos ligamentos uterossacos. A pontuação média de FSFI aumentou significativamente no pós-operatório, sendo o aumento significativo para desejo, excitação e satisfação.⁽¹⁷⁾ Em Roma, Schiavi *et al.*⁽¹⁸⁾ avaliaram a sexualidade após cinco anos e o comprimento vaginal total pós-HV em pacientes com prolapso desses graus com fixação de cúpula por meio de culdoplastia de McCall modificada ou da suspensão de Shull. Houve melhora geral na FS em ambos os grupos, sendo mais importante na técnica de

Quadro 2. Detalhamento dos estudos incluídos na análise

Autor	Ano	Local	Desenho	Nº de pacientes	Função sexual geral	Via de acesso	Prolapso	Situação do colo	Ooforectomia	Menopausa	Modo de avaliação
Wang e ying ⁽²⁾	2020	China	Coorte	245	Piora	HL HTA	s/i*	Total	Não	s/i	BISF-W ^a
Dedden et al. ⁽⁴⁾	2020	Holanda	Coorte	428	Melhora	HV HL HTA	Sim; Não	Total; Subtotal	Sim; Não	Sim; Não	FSFI ^b
Skorupska et al. ⁽⁵⁾	2021	Polônia	Ensaio clínico	399	Neutro	HV HL HTA	Sim; Não	Total; Subtotal	s/i	Sim; Não	FSFI
Monterrosa-Castro et al. ⁽⁶⁾	2018	Colômbia	Observacional	522	Piora	HTA	s/i	s/i	Sim; Não	Sim; Não	FSFI
Kazemi et al. ⁽⁷⁾	2021	Irã	Revisão de literatura	-	Neutro	HV HL HTA	Sim; Não	Total; Subtotal	Sim; Não	Sim; Não	FSFI; PISQ-12; ASEX
Berlit et al. ⁽⁸⁾	2018	Alemanha	Observacional	92	Melhora	HL	Não	Total; Subtotal	s/i	s/i	FSFI
Ekanayake et al. ⁽⁹⁾	2020	Sri Lanka	Ensaio clínico	139	Melhora	HV HL HTA	Não	Total	s/i	s/i	ICIQ-VS ^c
Beyan et al. ⁽¹⁰⁾	2020	Turquia	Coorte	355	Melhora	HL HTA	Não	Total	Não	Não	FSFI
Kayataş et al. ⁽¹¹⁾	2017	Turquia	Observacional	66	Melhora	HL HTA	Não	Total	Não	Não	FSFI; ASEX ^d ; LSS ^e
Koroglu et al. ⁽¹²⁾	2018	Turquia	Observacional	182	Melhora	HL HTA	Não	Total	Sim; Não	Sim; Não	PISQ-12 ^f
Martínez-cayuelas et al. ⁽¹³⁾	2021	Espanha	Revisão de literatura	s/i	Neutro	HV HL HTA	s/i	Total	s/i	s/i	-
Verbeek et al. ⁽¹⁴⁾	2019	Nova Zelândia	Revisão de literatura	s/i	Melhora	HV HL HTA	Sim somente	Total; Subtotal	Não	Sim; Não	-
Yalcin et al. ⁽¹⁵⁾	2020	Turquia	Observacional	26	Melhora	HV	Sim	Total	s/i	Sim; Não	PISQ-12
Okcu et al. ⁽¹⁶⁾	2021	Turquia	Observacional	65	Melhora	HV HL HTA	Sim somente	Total	s/i	s/i	PISQ-12
Lauterbach et al. ⁽¹⁷⁾	2021	Israel	Coorte	23	Melhora	HV	Sim somente	Total	s/i	s/i	FSFI
Schiavi et al. ⁽¹⁸⁾	2018	Roma	Observacional	414	Melhora	HV	Sim somente	Total	s/i	Sim; Não	FSFI; FSDS ^g ; PISQ-12
Geller et al. ⁽¹⁹⁾	2021	EUA	Ensaio clínico	182	Melhora	HL	Sim somente	Total	Sim; Não	Sim; Não	PISQ-IR ^h
Dundar et al. ⁽²⁰⁾	2019	Turquia	Observacional	100	Piora	HL	Não	Total	s/i	s/i	GRISS ⁱ
Doganay et al. ⁽²¹⁾	2019	Turquia	Observacional	160	Melhora	HV HTA	Sim; Não	Total	Sim; Não	Não	FSFI
Uccella et al. ⁽²²⁾	2021	Itália	Ensaio clínico	182	Melhora	HL	s/i	Total	Sim; Não	Sim; Não	FSFI
Cruz et al. ⁽²³⁾	2020	Brasil	Observacional	162	Piora	s/i	s/i	Total	Sim somente	s/i	FSFI
Avis et al. ⁽²⁴⁾	2017	EUA	Coorte	1.390	Piora	s/i	s/i	s/i	Sim; Não	Sim; Não	FSFI
Can et al. ⁽²⁵⁾	2020	Turquia	Observacional	56	Melhora	HTA	Não	s/i	Sim somente	Sim; Não	FSFI; ASEX

* s/i: sem informação; ^a BISF-W: *Brief Index of Sexual Functioning for Women*; ^b FSFI: *Female Sexual Function Index*; ^c ICIQ-VS: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Vaginal Symptoms*; ^d ASEX: *Arizona Sexual Experiences Scale*; ^e LSS: *Libido Scoring System*; ^f PISQ-12: *POP/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire*; ^g FSDS: *Female Sexual Distress Scale*; ^h PISQ-IR: *Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, International Urogynecological Association – Revised*; ⁱ Griss: *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*.

HV: histerectomia vaginal; HTA: histerectomia total abdominal; HL: histerectomia laparoscópica.

Quadro 3. Comparação entre abordagens total e subtotal

Autor	Qual a situação do colo favorável?	Diferença significativa
Skorupska <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	Subtotal	Não
Berlit <i>et al.</i> ⁽⁸⁾	Indiferente	-
Verbeek <i>et al.</i> ⁽¹⁴⁾	Indiferente	-

Shull. Ademais, o comprimento vaginal total pós-operatório foi significativamente menor no grupo da culdoplastia de McCall.⁽¹⁸⁾

Nos Estados Unidos, Geller *et al.*⁽¹⁹⁾ avaliaram a FS após HL com sacrocolpopexia em pacientes com prolapso uterino, independentemente de assistência robótica. A taxa de mulheres sexualmente ativas aumentou em 7% em um ano pós-operatório, em relação ao período pré-operatório. Essas mulheres eram majoritariamente mais jovens, em pré-menopausa, previamente ativas sexualmente e tinham menor taxa de ooforectomia transoperatória, apesar da melhora geral na FS comparando pré e pós-operatório. A atividade sexual não foi relacionada ao auxílio robótico, à concomitância de reparo de defeitos de parede anterior ou posterior ou ao uso de tela. Os fatores que mais impactaram a melhora foram a influência do prolapso na atividade sexual, a qualidade sexual geral e índices de excitação e orgasmo. A presença de dispareunia reduziu-se de 22% para 15% em um ano e foi inversamente proporcional às taxas de excitação e orgasmo em um ano.⁽¹⁹⁾

Dundar *et al.*⁽²⁰⁾ investigaram a correlação entre a técnica de fechamento de cúpula na HL (vaginal ou laparoscópica) e a sexualidade, e buscaram um número de corte para o comprimento vaginal total capaz de impactar a FS em pós-operatório de seis meses. Foi observado

que a redução do comprimento da vagina influencia diretamente no declínio dos índices de satisfação sexual, sendo indiferente a forma de fechamento, e que o fechamento via laparoscopia pode preservar melhor o comprimento da vagina, sendo preferencial para preservar a FS. Ademais, constatou-se que o risco de DS aumenta 69,8 vezes para cada 1 cm de redução do comprimento vaginal, sendo o valor de corte para o surgimento de DS em mulheres submetidas a HL de 7,4 cm.⁽²⁰⁾

Ooforectomia concomitante e estado menopausal

Doganay *et al.*⁽²¹⁾ estudaram a FS pós-histerectomia com ou sem ooforectomia concomitante. O FSFI pós-operatório aumentou em ambos os grupos, não havendo diferença relevante entre eles. A excitação e o orgasmo foram maiores e a dor foi menor nas mulheres sem ooforectomia.⁽²¹⁾ Na Itália, Uccella *et al.*⁽²²⁾ observaram que a ooforectomia concomitante a histerectomia em mulheres pré-menopausa resultou em FSFI significativamente menor, em comparação às mulheres operadas pós-menopausa. Além disso, o distúrbio sexual pré-operatório foi um fator de risco para DS pós-operatória, em caso de HV e HL.⁽²²⁾

No Brasil, Cruz *et al.*⁽²³⁾ compararam mulheres submetidas à histerectomia com ooforectomia bilateral simultânea e mulheres que não realizaram procedimentos, demonstrando que o primeiro grupo apresentou maior risco de DS, com escores inferiores no FSFI nos domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

O "trial SWAN" (*Study of Women's Health Across the Nation*), que acompanhou as participantes por 14,5 anos, ao analisar a FS de mulheres pós-menopausa não histerectomizadas, em comparação às histerectomizadas antes da transição menopausal, independentemente de ooforectomia concomitante, identificou uma queda da FS ao longo do tempo em ambos os grupos, sendo

Quadro 4. Impacto na função sexual de acordo com as diferentes vias de acesso

Autor	Vias avaliadas	Via de acesso favorável	Modo de avaliação	Significância estatística
Wang e Ying ⁽²⁾	HL HTA	Indiferente	BISF-W	Não
Ekanayake <i>et al.</i> ⁽⁹⁾	HV HL HTA	HL	ICIQ-VS	Não
Beyan <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾	HL HTA	HL	FSFI	Sim
Kayataş <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾	HL HTA	Indiferente	FSFI; ASEX; LSS	Não
Koroglu <i>et al.</i> ⁽¹²⁾	HL HTA	Indiferente	PISQ-12	Não
Martínez-Cayuelas <i>et al.</i> ⁽¹³⁾	HV HL HTA	Indiferente	-	Não

a redução ligeiramente menor no grupo de menopausa natural sem histerectomia. As mulheres histerectomizadas antes da menopausa natural tiveram queda da FS cerca de 20 meses antes do diagnóstico de falência ovariana, visto que o declive na FS foi imediato após a realização do procedimento e persistiu durante cinco anos de observação. A preservação ovariana transoperatória não influenciou nos resultados em quesito de cunho sexual.⁽²⁴⁾

Can *et al.*⁽²⁵⁾ avaliaram mulheres que realizaram HTA com ooforectomia concomitante, relatando melhoria global na FS pós-cirúrgica. Todavia, as mulheres que realizaram o procedimento antes da menopausa natural tiveram melhores índices de FS pré e pós-operatórios.⁽²⁵⁾

DISCUSSÃO

A variância entre os desenhos de estudo e as ferramentas utilizadas para a avaliação da FS dificulta a análise comparativa entre os estudos. Além disso, majoritariamente, o desfecho sexual perante a histerectomia foi um achado secundário não plenamente explorado. Como a análise do impacto da histerectomia sobre a FS não foi realizada sistematicamente, acreditamos que este estudo pode auxiliar na decisão clínica do cirurgião ginecológico e é uma fonte de informação para análises futuras.

A maioria dos estudos incluídos avaliou a melhora global na sexualidade pós-histerectomia. Esses achados possivelmente denotam a satisfação com a resolução do quadro patológico que levou à indicação cirúrgica.⁽²⁾ As mulheres acometidas por enfermidades uterinas dignas de causar deterioração da FS têm o alívio dos sintomas e a resolução do quadro patológico como determinantes na melhora geral da FS pós-operatória. No estudo de Dedden *et al.*,⁽⁴⁾ esse aspecto foi avaliado, demonstrando que mulheres sem disfunção prévia à cirurgia tiveram uma melhora significativamente maior no pós-operatório.⁽⁴⁾

Cinco dos 23 estudos encontraram declínio da FS,^(2,6,20,23,24) o que corrobora a literatura existente, que descreve que 20% a 40% das pacientes com quadros benignos apresentam piora da FS após a histerectomia.⁽²⁾ Wang e Ying⁽²⁾ sugeriram que a presença de DS, distúrbios emocionais e alterações anatômicas ou de inervação e irrigação do assoalho pélvico preexistentes podem influenciar nesse declínio.

A relação entre a FS e a técnica cirúrgica empregada é embasada na teoria que cada técnica pode danificar distintamente as estruturas de suporte e inervação da pelve.⁽¹⁾ Assim, a preservação da cérvix na histerectomia pela abordagem supracervical (subtotal) é um potencial ponto de determinação da possível influência técnica em relação à sexualidade. A literatura existente não aponta evidência suficiente para priorizar a preservação ou não do cérvix uterino no intuito de melhora na FS⁽²⁶⁻³⁰⁾ – fato reforçado no presente estudo, que não encontrou artigos demonstrando diferenças significativas

ao comparar as abordagens.^(5,7) Uma revisão da Cochrane em 2012, com nove ensaios clínicos randomizados com mulheres submetidas a histerectomia total ou supracervical para patologias benignas, não encontrou evidências que apoiassem a relação entre o resultado no âmbito sexual e a preservação cervical.⁽³⁰⁾ Ademais, foi identificado maior risco de hemorragia cíclica em até 12 meses após histerectomia subtotal.⁽³⁰⁾ Em suma, não há comprovação de superioridade da abordagem supracervical sobre a histerectomia total na sexualidade pós-operatória.

Ainda referente à abordagem cirúrgica, uma revisão publicada na Cochrane (2015) definiu a via vaginal como primeira escolha para patologias benignas, quando tecnicamente viável. A HV está associada a recuperação mais rápida e a menos episódios de febre pós-operatória, mas há evidências para apoiar vantagens em relação à FS.⁽³¹⁾ A maioria dos estudos avaliados na presente revisão também não estabeleceu diferenças no impacto sexual pós-operatório ao comparar as vias, corroborando a literatura atual.^(2,9,11-13) Todavia, na coorte de Beyan *et al.*,⁽¹⁰⁾ houve melhora significativa na FS em pacientes submetidas a HL, em relação às que realizaram HTA. Esse resultado deve ser avaliado com cautela, pois, apesar da exclusão de fatores de enviesamento, como ooforectomia concomitante, presença de menopausa e abordagem supracervical, o estudo não foi randomizado e o grupo de HL foi consideravelmente maior que o de HTA. Portanto, não há evidências de que uma via de acesso seja preferível à outra para a prevenção de DS.

Os prolapsos de órgãos pélvicos impactam negativamente a sexualidade. Costantini *et al.*,⁽³²⁾ ao avaliarem o papel da histerectomia concomitante à correção dos prolapsos, concluíram que a correção do prolapso com preservação do útero estava relacionada a melhores desfechos em FS. No entanto, Verbeek *et al.*⁽¹⁴⁾ ao avaliarem essa questão, não identificaram diferença entre as pacientes com correção do prolapso com ou sem preservação do útero. Sendo assim, deve-se avaliar o verdadeiro impacto da histerectomia resolutiva sobre a sexualidade, tendo em vista a relação entre o prolapso e a redução da autoestima e da FS, devido a perda funcional, isolamento social e abalo emocional importante. Dessa forma, é difícil determinar se houve melhora da FS devido à histerectomia ou à resolução do prolapso genital.

Schimpf *et al.*⁽³³⁾ concluíram que o tamanho vaginal não afeta a atividade ou a FS. Esse achado diverge dos achados de Dundar *et al.*,⁽²⁰⁾ nos quais o comprimento vaginal total foi diretamente associado à DS, além do estabelecimento do valor de corte em centímetros, que determinaria uma possível piora na sexualidade.⁽²⁰⁾ Apesar da significância estatística dos achados, devemos considerar a amostra (n = 100) e a avaliação isolada da via laparoscópica. A realização de ooforectomia concomitante com a histerectomia tem sido estudada na prevenção de patologias oncológicas futuras. Todavia, é preciso considerar a hipótese de que a ooforectomia

pré-menopausa poderia afetar diretamente a sexualidade.⁽²⁹⁾ Esse pode ser um fator de confusão, pois o declínio da FS pode estar substancialmente mais associado à indução da menopausa cirúrgica do que propriamente à realização da histerectomia. Nesta revisão obtivemos resultados conflitantes nesse quesito, pois houve estudos com desfechos diferentes quando considerada a ooforectomia concomitante. O maior dos estudos, “*trial*” SWAN, demonstrou queda na FS após histerectomia em ambos os grupos, independentemente da ooforectomia adjunta.⁽²⁴⁾ Ademais, houve piora acentuada da FS com a ooforectomia pré-menopausa natural, além de piora da FS pós-ooforectomia, inclusive em pacientes com diagnóstico prévio de menopausa. Esses dados corroboram os resultados de Lonnée-Hoffmann e Pinas, que reportaram declínio da FS decorrente da ooforectomia mesmo após a menopausa.⁽²⁹⁾ Esse achado requer maior investigação, visto que sugere que o ovário teria uma função importante na manutenção da FS mesmo após a menopausa natural.

CONCLUSÃO

A histerectomia, geralmente, afeta positivamente a saúde sexual feminina. Existem aspectos técnicos relacionados à histerectomia (como abordagem cirúrgica escolhida, preservação cervical, ooforectomia concomitante, tipo de fechamento de cúpula, comprimento vaginal residual) que podem causar maior impacto sobre a FS. Entretanto, os dados existentes são muito limitados, sendo imprescindível uma apuração mais detalhada. No presente estudo, a avaliação de tais aspectos técnicos concluiu que a preservação cervical não interfere na FS. Além disso, a ooforectomia concomitante apresentou resultados conflitantes, sendo necessária maior investigação em estudos posteriores. A maioria dos estudos não demonstrou diferenças relevantes na FS dependente da via de acesso cirúrgico. Todavia, observou-se um impacto ligeiramente menor com a via laparoscópica, o que deve ser mais bem averiguado devido ao risco de viés epidemiológico. Esse aspecto merece destaque por apontar uma possível via de acesso favorável à preservação da FS. Além do mais, a sutura da HL, avaliada isoladamente, possibilita o fechamento da cúpula vaginal com melhor desfecho sexual do que a via vaginal. Esse ponto é importante, pois a escolha da via de fechamento atualmente varia de acordo com a preferência e expertise do cirurgião e, tendo em vista que pode haver melhoria no quesito sexual, esse aspecto deve ser considerado na prática clínica e decisão cirúrgica do cirurgião ginecológico que atua via laparoscópica. Devido à prevalência da histerectomia e ao fato de a sexualidade ser um fator tão importante na qualidade de vida das mulheres, são necessários mais estudos acerca do tema com padronização de metodologias para possibilitar análises mais minuciosas e conclusões mais assertivas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais pelo apoio e incentivo à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Thakar R. Is the uterus a sexual organ? Sexual function following hysterectomy. *Sex Med Rev.* 2015;3(4):264-78. doi: 10.1002/smrj.59
2. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: a retrospective cohort. *Braz J Med Biol.* 2020;53(3):e9058. doi: 10.1590/1414-431X20199058
3. Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kastl C, Radosa CG, Mavrova R, Gräber S, et al. Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life. *J Sex Med.* 2014;11(9):2342-50. doi: 10.1111/jsm.12623
4. Dedden SJ, van Ditshuizen MA, Theunissen M, Maas JW. Hysterectomy and sexual (dys)function: an analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;247:80-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.01.047
5. Skorupska K, Wawrysiuk S, Bogusiewicz M, Miotła P, Winkler I, Kwiatkowska A, et al. Impact of hysterectomy on quality of life, urinary incontinence, sexual functions and urethral length. *J Clin Med.* 2021;10(16):3608. doi: 10.3390/jcm10163608
6. Monterrosa-Castro A, Monterrosa-Blanco A, Beltrán-Barrios T. Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. *Sleep Sci.* 2018;11(2):99-105. doi: 10.5935/1984-0063.20180019
7. Kazemi F, Alimoradi Z, Tavakolian S. Effect of hysterectomy due to benign diseases on female sexual function: a systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2022;29(4):476-88. doi: 10.1016/j.jmig.2021.10.012
8. Berlit S, Tuschy B, Wuhler A, Jürgens S, Buchweitz O, Kircher AT, et al. Sexual functioning after total versus subtotal laparoscopic hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;298(2):337-44. doi: 10.1007/s00404-018-4812-7
9. Ekanayake C, Pathmeswaran A, Herath R, Wijesinghe P. Vaginal, sexual and urinary symptoms following hysterectomy: a multi-centre randomized controlled trial. *Womens Midlife Health.* 2020;6:1. doi: 10.1186/s40695-020-0049-2
10. Beyan E, İnan AH, Emiridar V, Budak A, Tutar SO, Kanmaz AG. Comparison of the effects of total laparoscopic hysterectomy and total abdominal hysterectomy on sexual function and quality of life. *BioMed Res Int.* 2020;2020:8247207. doi: 10.1155/2020/8247207
11. Kayataş S, Özkaya E, Api M, Çikman S, Gürbüz A, Eser A. Comparison of libido, Female Sexual Function Index, and Arizona scores in women who underwent laparoscopic or conventional abdominal hysterectomy. *Turk J Obstet Gynecol.* 2017;14(2):128-32. doi: 10.4274/tjod.78803
12. Koroglu N, Aslan Cetin B, Akca A, Turan G, Temel Yuksel I, Safak Yidirim I, et al. A comparison of pelvic organ prolapse and sexual function after abdominal and laparoscopic hysterectomy. *Ginekol Pol.* 2018;89(10):553-7. doi: 10.5603/GPa2018.0094
13. Martínez-Cayuelas L, Sarrió-Sanz P, Palazón-Bru A, Verdú-Verdú L, López-López A, Gil-Guillén VF, et al. A systematic review of clinical trials assessing sexuality in hysterectomized patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):3994. doi: 10.3390/ijerph18083994
14. Verbeek M, Hayward L. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):559-64. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.007
15. Yalcin Y, Demir Caltekin M, Eris Yalcin S. Quality of life and sexuality after bilateral sacrospinous fixation with vaginal hysterectomy for treatment of primary pelvic organ prolapse. *Low Urin Tract Symptoms.* 2020;12(3):206-10. doi: 10.1111/luts.12303
16. Okcu NT, Gürbüz T, Uysal G. Comparison of patients undergoing vaginal hysterectomy with sacrospinous ligament fixation, laparoscopic hysterectomy with sacrocolpopexy and abdominal hysterectomy with sacrocolpopexy in terms of postoperative quality of life and sexual function. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021;50(4):101977. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101977

17. Lauterbach R, Gruenwald I, Matanes E, Matar K, Weiner Z, Lowenstein L. The impact of vaginal hysterectomy and uterosacral ligament suspension on vaginal elasticity and sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;258:29-32. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.12.015
18. Schiavi MC, Savone D, Di Mascio D, Di Tucci C, Perniola G, Zullo MA, et al. Long-term experience of vaginal vault prolapse prevention at hysterectomy time by modified McCall culdoplasty or Shull suspension: clinical, sexual and quality of life assessment after surgical intervention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223:113-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.025
19. Geller EJ, Bretschneider CE, Wu JM, Kenton K, Matthews CA. Sexual function after minimally invasive total hysterectomy and sacrocolpopexy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(9):1603-9. doi: 10.1016/j.jmig.2021.01.021
20. Dunder B, Dincgez Cakmak B, Aykanat Y, Macunluoglu AC. Laparoscopic versus vaginal cuff closure in laparoscopic hysterectomy: does it affect female sexuality? *Ginekol Pol.* 2019;90(7):365-70. doi: 10.5603/GP.2019.0060
21. Doganay M, Kokanali D, Kokanali MK, Cavkaytar S, Aksakal OS. Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(1):29-32. doi: 10.1016/j.jogoh.2018.11.004
22. Uccella S, Capozzi VA, Ricco M, Perrone E, Zanello M, Ferrari S, et al. Sexual function following laparoscopic versus transvaginal closure of the vaginal vault after laparoscopic hysterectomy: secondary analysis of a randomized trial by the Italian society of gynecological endoscopy using a validated questionnaire. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(1):186-94. doi: 10.1016/j.jmig.2019.03.018
23. Cruz SJ, Santos VC, Nunes EF, Rodrigues CN. Função sexual e incontinência urinária por esforço em mulheres submetidas à histerectomia total com ooforectomia bilateral. *Fisioter Pesqui.* 2020;27(1):28-33. doi: 10.1590/1809-2950/18033627012020
24. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, Crawford S, Hess R, Waetjen LE, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition. *Menopause.* 2017;24(4):379-90. doi: 10.1097/GME.0000000000000770
25. Can OK, Güler OT, Çabuş U, Kiliç D, Kabukçu C. Evaluation of sexual functions and quality of life in female patients after hysterectomy for benign symptomatic diseases. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2020;47(5):693-700. doi: 10.31083/j.ceog.2020.05.5389
26. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause.* 2000;7(5):350-63. doi: 10.1097/00042192-200007050-00009
27. Price N, Jackson SR, Avery K, Brookes S, Abrams P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. *BJOG.* 2006;113(6):700-12. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00938.x
28. Sousa LP, Gonçalves MJ, Valle F, Geber S. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? *Reprod Clim.* 2013;28(3):117-21.
29. Lonñée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Health Rep.* 2014;6(4):244-51. doi: 10.1007/s11930-014-0029-3
30. Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(4):CD004993. doi: 10.1002/14651858.CD004993.pub3
31. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(8):CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub5
32. Costantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearini L, Bini V, Zucchi A. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J.* 2013;24(9):1481-7. doi: 10.1007/s00192-012-2041-3
33. Schimpf MO, Harvie HS, Omotosho TB, Epstein LB, Jean-Michel M, Olivera CK, et al. Does vaginal size impact sexual activity and function? *Int Urogynecol J.* 2010;21(4):447-52. doi: 10.1007/s00192-009-1051-2

O uso dos métodos anticoncepcionais por estudantes de Medicina: uma revisão narrativa

Medical students' use of contraceptive methods: a narrative review

Bruna Marquez Rodrigues de Paula¹, Daniela Rachel de Oliveira Brunelli¹, Claudio Marcellini¹

Descritores

Contraceptivos; Estudantes de Medicina; Eficácia; Eficácia de contraceptivos; Educação sexual

Keywords

Contraceptive agents; Students medical; Efficacy; Contraceptive effectiveness; Sex education

Submetido:

02/09/2022

Aceito:

22/11/2022

1. Universidade Metropolitana de Santos, Santos, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Bruna Marquez Rodrigues de Paula
Av. Gal. Francisco Glycerio, 8,
Encruzilhada, 11045-002, Santos, SP,
Brasil
bruna.maarquez@gmail.com

Como citar:

Paula BM, Brunelli DR, Marcellini C. O uso dos métodos anticoncepcionais por estudantes de Medicina: uma revisão narrativa. *Femina*. 2023;51(3):190-2.

RESUMO

Anticoncepção são todas as técnicas e métodos utilizados para evitar a concepção. Os estudantes de Medicina se destacam nesse contexto, por representarem uma população em um período no qual a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis são emergenciais. Logo, este estudo analisou a eficácia dos métodos contraceptivos na comunidade acadêmica médica e verificou se há ou não diferença na taxa de eficácia, em comparação com a população em geral. Sendo assim, realizou-se uma revisão narrativa e encontraram-se 2.182 artigos; desses, 1.513 cumpriram o critério de inclusão, porém somente quatro artigos atendiam a todos os critérios e foram utilizados. A conclusão do estudo foi de que a taxa de Pearl é maior na população estudada devido ao mau uso dos contraceptivos, necessitando da melhora na qualidade da educação sexual nas universidades de Medicina ao redor do mundo, a fim de se evitarem a perpetuação da má utilização de contraceptivos e a desinformação no meio acadêmico médico.

ABSTRACT

Contraception is all the techniques and methods that are used to prevent conception. Medical students stand out in this context because they represent a population in a period in which pregnancy and sexually transmitted diseases are emergencies. Therefore, this study analyzed the effectiveness of contraceptive methods in the medical academic community and verified whether or not there is difference in the rate of effectiveness compared to the general population. A narrative review was conducted and 2,182 articles were found, of these 1,513 met the inclusion criteria, but only four articles met all the criteria and were used. The conclusion of the study was that Pearl's rate is lower in the studied population due to the misuse of contraceptives, requiring improvement in the quality of sex education in medical universities around the world in order to avoid perpetuation of misuse of contraceptives and misinformation in the medical academic environment.

INTRODUÇÃO

A anticoncepção é definida pela utilização de métodos e técnicas que tenham como objetivo impedir a concepção/gravidez após um ato sexual.⁽¹⁾ E pode-se dividir os métodos anticoncepcionais em dois tipos: os reversíveis e os cirúrgicos. Os métodos reversíveis são os comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais e os de emergência. Já os métodos cirúrgicos são a esterilização cirúrgica feminina e a masculina.⁽¹⁾

O método contraceptivo geralmente é escolhido por sua eficácia, ou seja, pela capacidade desse método de proteger contra a gravidez não desejada e não planejada. Tal eficácia pode ser observada pela taxa de falhas própria do método, em um período de normalmente um ano, sendo o índice de Pearl⁽¹⁾ mais utilizado para esse cálculo.⁽¹⁾

Ao analisar os estudos de Trussel (1995, 2011),^(2,3) é possível observar um padrão que continua após 16 anos nas mulheres americanas. Os estudos mostram que, apesar de se passarem quase duas décadas, a eficiência dos contraceptivos mantém-se a mesma e deve-se principalmente ao modo do uso deles. Em ambos os estudos há uma tabela intitulada “*Percentage of Women in United States Experiencing a Contraceptive Failure*”, a qual mostra a porcentagem de mulheres que obtiveram falha no método contraceptivo, e ambos mostraram que durante esses 16 anos não houve melhora no ensino de como utilizar corretamente os métodos contraceptivos.^(2,3)

Nesse contexto, a população de estudantes de Medicina ganha destaque, em razão de consistir em um grupo que se encontra em um período da vida em que a gravidez não planejada ou a exposição a doenças sexualmente transmissíveis se torna mais emergencial, uma vez que o curso de Medicina é integral e possui carga horária e rotina médica de alta demanda, na qual há plantões e baixa qualidade de vida durante a graduação e nos primeiros anos de formado, sendo difícil de se conciliar com a gestação e posterior nascimento e cuidados de um recém-nascido.

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o uso dos métodos anticoncepcionais em estudantes de Medicina em todo o mundo, de modo a analisar a eficácia dos métodos contraceptivos na comunidade acadêmica médica e se há ou não diferença na eficácia dos métodos, constatada pelo índice de Pearl, quando comparada com a população em geral. É importante analisar os fatores que influenciam na eficácia dos métodos contraceptivos, como a má utilização e a falta de informação, definindo se a população acadêmica médica está mais bem informada sobre a utilização, em comparação com a população não acadêmica médica.

MÉTODOS

Este trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados Medline (via PubMed) e Cochrane Library, no período entre 2000 e 2022. As palavras-chave utilizadas foram “*contraceptive efficacy*” e os critérios de exclusão foram: estudos que não foram realizados com somente estudantes de Medicina ou que não analisaram a eficácia de contraceptivos. Somando-se todas as bases de dados, foram encontrados 2.182 artigos. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles não preenchiam os critérios deste estudo, que são estudos clínicos e randomizados,

realizados a partir de 2000 com estudantes de Medicina, para verificar a eficácia dos métodos contraceptivos nessa população. Foram selecionados 1.513 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo. E foram selecionados quatro artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra. O número limitado de estudos na população de acadêmicos de Medicina foi um fator limitante deste artigo.

RESULTADOS

Na Grécia, o estudo de Dinias *et al.* (2008),⁽⁴⁾ com 102 graduandas de Medicina com a média de idade de 25 anos, as quais estavam graduando-se em Medicina e responderam a um questionário, de forma anônima, sobre atitudes e práticas quanto a contracepção e aborto, conclui que, embora tenha limitações, sendo a principal o número pequeno de amostragem, os futuros profissionais da área da saúde na Grécia não possuem conhecimento suficiente sobre o uso de contraceptivos, o que afeta suas práticas e, assim, eles deveriam ter um maior período de ensino sobre contracepção em escolas médicas gregas.⁽⁴⁾

No estudo de Rowen *et al.* (2011),⁽⁵⁾ realizado com 2.269 estudantes de Medicina norte-americanos, foi feita uma pesquisa na internet por meio de lançamentos na Lista da Associação Americana de Estudantes de Medicina (AMSA), em que os estudantes deveriam marcar as caixas correspondentes a qualquer forma de contracepção/proteção que eles ou os parceiros deles usavam naquele momento. O resultado obtido foi que 43,97% dos estudantes utilizavam camisinha, 37,9% utilizavam pílulas anticoncepcionais, 3,8% utilizavam DIU (dispositivo intrauterino), 1,2% utilizava anticoncepção definitiva e, segundo a tabela mostrada no estudo, 26,3% não utilizavam nenhum método de barreira ou qualquer método contraceptivo. A conclusão do estudo foi de que, embora pequena, uma porcentagem significativa dos estudantes norte-americanos de Medicina não utilizavam métodos contraceptivos (26,3%) e outros utilizavam contraceptivos questionáveis, ou seja, que possuem alto índice de falha contraceptiva, como, por exemplo, o coito interrompido, mostrando, assim, a importância do conhecimento dos estudantes sobre os métodos e suas utilizações, tanto para o próprio estudante quanto para seus futuros pacientes.⁽⁵⁾

No estudo de Idoko *et al.* (2018),⁽⁶⁾ 243 estudantes do terceiro ao sexto ano da graduação de Medicina da Universidade da Nigéria responderam a um questionário, de forma anônima, para determinar a atitude, o conhecimento e o uso de anticoncepcionais. O estudo concluiu que ainda há necessidade de educar e aconselhar os alunos de Medicina sobre sexualidade e métodos modernos de contracepção e até mesmo de considerar o acesso a anticoncepcionais como um direito humano.⁽⁶⁾

No estudo transversal descritivo de Hogmark *et al.* (2013),⁽⁷⁾ 1.996 estudantes do quinto ano do curso de Medicina de 27 faculdades no estado de Maharashtra na Índia responderam um questionário que tinha como objetivo investigar o conhecimento, atitudes e percepções em relação ao uso de anticoncepcionais e o aconselhamento entre os estudantes de Medicina. O estudo concluiu que, apesar das atitudes positivas com relação aos contraceptivos modernos, educação sexual e planejamento familiar, os estudantes ainda possuem conceitos errados sobre os modernos métodos de contracepção.⁽⁷⁾

DISCUSSÃO

Ao analisar o estudo de Dinas *et al.* (2008),⁽⁴⁾ observa-se o mesmo padrão dos estudos de Trussel (1995, 2011),^(2,3) sendo ambos os estudos realizados em população americana não acadêmica de Medicina. Portanto, é possível supor que os estudantes de Medicina da Grécia, mesmo tendo em seu histórico escolar acadêmico aulas sobre o sistema reprodutor feminino e masculino, assim como a população não acadêmica de Medicina americana, possuem o mesmo índice de falha no uso dos métodos contraceptivos, devido ao mau uso.

O estudo de Rowen *et al.* (2011)⁽⁵⁾ foi importante para demonstrar que a população acadêmica de Medicina norte-americana, apesar de estar inserida no meio médico, não possuía informações suficientes sobre contracepção e, portanto, não utilizava métodos confiáveis, que possuíam alta eficácia, ou até mesmo não utilizam métodos contraceptivos durante as relações sexuais (26,6%). Sendo assim, podemos observar que essa população se beneficiaria com um ensino mais aprofundado nas universidades americanas de Medicina sobre educação sexual, com o objetivo de aumentar o número de acadêmicos de Medicina que utilizam contraceptivos e diminuindo o número de estudantes com falta de informação que utilizam métodos com alto índice de falha contraceptiva.

E nos estudos realizados na Nigéria, de Idoko *et al.* (2018),⁽⁶⁾ e na Índia, de Hogmark *et al.* (2013),⁽⁷⁾ com acadêmicos de Medicina, foi possível observar um padrão em

ambos os países, em que os estudantes possuíam falha no ensino sexual em suas respectivas universidades, levando a conceitos errados em planejamento familiar e má utilização dos métodos contraceptivos. Sendo assim, notou-se a necessidade da melhora no ensino sexual nas universidades médicas desses dois países.

CONCLUSÃO

Ao analisar os cinco estudos em diferentes países envolvendo estudantes de Medicina, foi possível observar a taxa de Pearl maior do que o esperado, devido ao mau uso dos métodos contraceptivos. Logo, esses estudos mostram que haveria necessidade de melhora na educação sexual nas universidades de Medicina dos países estudados (Estados Unidos, Nigéria, Grécia e Índia), de modo que os estudantes possam ter maior acesso às informações sobre contracepção e utilizar os métodos anticoncepcionais adequadamente, evitando, assim, uma gravidez não programada.

REFERÊNCIAS

1. Poli ME, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS, Spinola PG. Manual de anticoncepção da Febrasgo. *Femina*. 2009;37(9):459-92.
2. Trussell J. Contraceptive efficacy. *Arch Dermatol*. 1995;131(9):1064-8. doi: 10.1001/archderm.1995.01690210094016
3. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
4. Dinas K, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Tzafettas J. Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(1):77-82. doi: 10.1080/13625180701577114
5. Rowen TS, Smith JF, Eisenberg ML, Breyer BN, Drey EA, Shindel AW. Contraceptive usage patterns in North American medical students. *Contraception*. 2011;83(5):459-65. doi: 10.1016/j.contraception.2010.09.011
6. Idoko CA, Omotowo B, Anyaka C, Udo K, Ezenwosu O, Nwobi E, et al. Opinion and use of contraceptives among medical students of the University of Nigeria, Enugu campus. *Afr Health Sci*. 2018;18(3):637-44. doi: 10.4314/ahs.v18i3.21
7. Hogmark S, Klingberg-Allvin M, Gemzell-Danielsson K, Ohlsson H, Essén B. Medical students' knowledge, attitudes and perceptions towards contraceptive use and counselling: a cross-sectional survey in Maharashtra, India. *BMJ Open*. 2013;3(12):e003739. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003739

EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo **EAD**

Uma ação de inovação e tecnologia
em educação da Febrasgo

- Videoaula dinâmica sobre temas relevantes à prática da Ginecologia e Obstetrícia.
- Multiplataforma: você pode acessar pelo computador ou através do APP Febrasgo.



Com
emissão de
Certificado!

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

*Necessário completar todas as aulas de cada tema específico da ginecologia ou obstetrícia.

E outras vantagens!

**Conheça agora os
cursos EAD da Febrasgo!**



Acesse:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/plataforma-ead>

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

61° CBGO

CONGRESSO BRASILEIRO DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

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



INSCRIÇÕES ABERTAS



www.cbgo2023.com.br

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia