

Feminina

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 47, Número 6, 2019

VACINAÇÃO

O PAPEL DO GINECOLOGISTA
OBSTETRA NA LUTA CONTRA
DOENÇAS PREVENÍVEIS

BODAS DE SUCESSO

ESTE ANO A FEBRASGO
COMPLETA 60 ANOS
E CELEBRA SUAS
CONQUISTAS

Gestação de alto risco

Veja como abordar algumas
situações de risco na
gestação: doenças da
tireoide, cardiopatias, lúpus,
infecção urinária e óbito fetal



VOCÊ SABIA?

No Brasil, a hemorragia pós-parto é a segunda causa de morte materna.

Muito além da morte materna, estima-se que um número expressivamente maior de mulheres vivencia complicações hemorrágicas graves e sobrevive, porém com potenciais sequelas orgânicas e emocionais.

SÉRIE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO HEMORRAGIA PÓS-PARTO

PARA SABER MAIS, ACESSO O SITE DA FEBRASGO:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/orientacoes-e-recomendacoes-febrasgo>

SÉRIE ORIENTAÇÕES
E RECOMENDAÇÕES
FEBRASGO
Nº 1 • 2019

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

PRESIDENTE

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO

Corintio Mariani Neto (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Marcos Felipe Silva de Sá (SP)

DIRETOR DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Juvenal Barreto Borriello de Andrade (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO CENTRO-OESTE

Alex Bortotto Garcia (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Flávio Lucio Pontes Ibiapina (CE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flávia Espírito Santo (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

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: 2279-308 – Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2487-6336
Fax: (21) 2429-5133

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@febrasgo.org.br

www.febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITOR-CHEFE

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**

Editor: Maurício Domingues; *Jornalista:* Leticia Martins (MTB: 52.306);

Revisora: Glair Picolo Coimbra. *Correspondência:* Rua Joaquim Távora, 1.093, Vila Mariana, 04015-002. E-mail: contato@modo.art.br

CONSELHO EDITORIAL

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

Geraldo Duarte
Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
Jorge Fonte de Rezende Filho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira
Lucia Alves da Silva Lara
Luciano Marcondes
Machado Nardozza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osorio 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 Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes
Pessoa de Aguiar
Renato Augusto Moreira de Sá
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



EDITORIAL

Neste volume, *Femina* narra a trajetória da Febrasgo, desde sua idealização e fundação até os dias atuais. Sessenta anos aglutinando todos nós. Nesse contexto, *Femina* são histórias e estórias, qualquer coisa sobre qualquer coisa e muita ciência. *Femina* é paixão pela Ginecologia e Obstetrícia. *Femina* nasceu, pela mente brilhante, irrequieta e intolerante de Jean Claude Nahoum. Tive o privilégio de dividir com ele vários momentos da adolescência desta revista. Foi sua criação favorita, a agora já climatérica *Femina*, de 45 anos. É honra e dever nosso manter a *Femina* como idealizava Nahoum: avançada, aberta, crítica, mas às vezes mal-humorada e aguerrida na defesa da Ginecologia! Nahoum se comunicava com seu corpo editorial por bilhetes curtos, objetivos. E cobrava perfeição. Lia tudo, corrigia tudo e, por vezes, acrescentava sua opinião, geralmente em frase curta no final dos textos. Deixou-nos em 1989, após meio-dia. Deitado numa maca estreita, dormiu eternamente, entre o término de uma aula e o início de outra não acontecida. Naquele ano, eu estava longe e guardei seu último bilhete: “trânsfuga! Se é por falta de lugar, venha morar aqui em casa!”. Não mais escreveu, mas deixou um legado enorme de seguidores apaixonados. Vale o registro, pois Nahoum é parte marcante da história da Febrasgo.

Neste mês, como “Matérias de Capa”, *Femina* publica cinco protocolos elaborados com esmero pela Comissão Nacional Especializada em Gestão de Alto Risco da Febrasgo. A disfunção da tireoide, a infecção do sistema urinário, as cardiopatias e o lúpus eritematoso sistêmico durante a gravidez são condições revisitadas em detalhes. Protocolos claros, atualizados e práticos norteando o diagnóstico e o tratamento são fornecidos de modo objetivo e útil para todos os pré-natalistas. O texto sobre óbito fetal intrauterino, condição trágica para pais e obstetras, resume os alertas necessários para a prática do dia a dia do obstetra. Sua leitura é essencial! Em seu caderno científico, *Femina* traz dois artigos de revisão narrativa. As nuances acerca da cirurgia intrauterina para cardiopatias congênitas são detalhadas por grupo de especialistas. Detalhes e cuidados necessários para a correção histeroscópica de septo uterino completo são revistos. E uma descrição ilustrada de caso é fornecida.

Mitos, crendices e verdades sobre as campanhas de vacinação são tratados em texto bem-elaborado, incluindo a opinião de vários ginecologistas e obstetras estudiosos do tema. Vale sua leitura! Temas de interesse de todos acerca da residência em Ginecologia e Obstetrícia, teste de progressão e defesa profissional enriquecem este volume. A Diretoria Científica da Febrasgo atua firmemente no sentido de prover ao associado atualização contínua e suporte na execução de sua profissão.

Lembre-se: para os dirigentes sua opinião é importante e bem-vinda. A Febrasgo é nosso ninho e a *Femina* é parte de sua história.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR-CHEFE

SUMÁRIO

322 Capa

Leitura recomendada

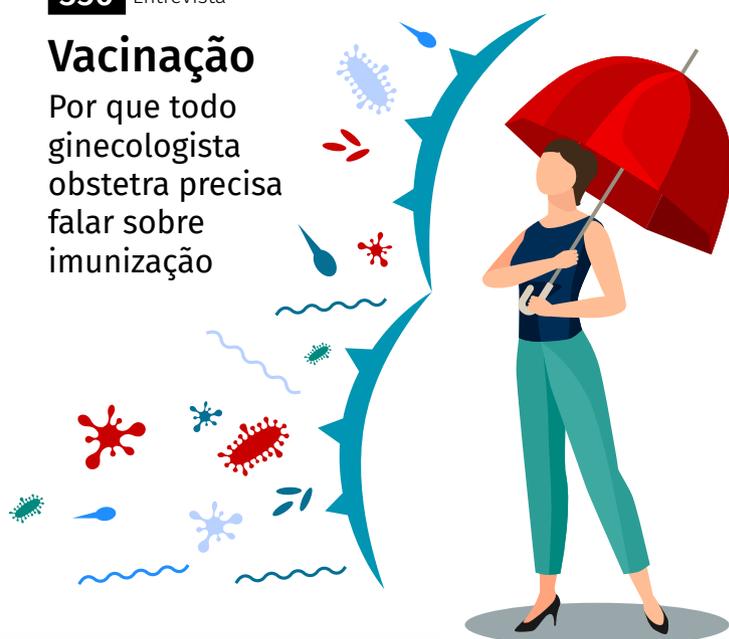
Cinco protocolos selecionados pelas CNE de Gestaçã de Alto Risco e de Uroginecologia



350 Entrevista

Vacinação

Por que todo ginecologista obstetra precisa falar sobre imunização



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria



358 Especial

Hora de brindar

Em 2019 a Febrasgo celebra 60 anos de história

365 Residência médica

Pesquisa de satisfação

sobre o curso de capacitação de preceptores da Febrasgo



367 TPI

Teste do Progresso Individual

369 Caderno científico

ARTIGO DE REVISÃO

Cirurgias intrauterinas: alternativa de intervenção para as cardiopatias congênitas

368 Defesa profissional

Remuneração do trabalho médico

RELATO DE CASO

Correção histeroscópica de útero septado completo





Protocolos da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco

Desnecessário discorrer aqui sobre a importância da assistência Pré-Natal como uma das mais relevantes ações de saúde em nível populacional. A estratificação de risco permite que se organize a assistência pré-natal de modo que as gestantes sejam atendidas no local mais apropriado, por equipe de saúde qualificada, de acordo com seu risco, objetivando atendimento coordenado, multidisciplinar, de forma que se possa otimizar os custos e se dê agilidade no atendimento e ao encaminhamento das pacientes quando a situação exigir.

As altas taxas de mortalidade materna e infantil em nosso país têm motivado as autoridades de saúde a cada vez mais chamar a atenção para as questões voltadas para a assistência materno-infantil. Nesse contexto, é extremamente importante a qualificação dos profissionais da saúde e em particular do obstetra, figura central para um atendimento de qualidade, desde o início da gestação até o parto e puerpério. A prevenção e detecção e controle precoces de intercorrências na

gestação são ações fundamentais na redução dos riscos maternos e fetais.

A Febrasgo tem se preocupado com os indicadores materno-infantis do Brasil e tem, portanto, focalizado boa parte de suas ações no sentido de oferecer materiais educativos e científicos aos seus associados visando aprimorar a sua formação profissional que resulte em melhoria da qualidade do atendimento obstétrico para a população.

Neste número de *Femina* apresentamos alguns textos desenvolvidos pela Comissão Nacional Especializada de Gestação de Alto Risco sobre temas relevantes que são enfrentados nos serviços de pré-natal e que merecem atenção especial no atendimento às gestantes.

Para maior motivação do leitor, a CNE de Gestação de Alto Risco formulou algumas perguntas ao início do texto de cada tema. Espera-se que ao final da leitura do tema o leitor possa estar apto a responder às perguntas cujas respostas e justificativas estão embutidas no texto.

Doenças da tireoide na gestação

Egle Couto¹, Fernanda Cavichioli¹

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Descritores

Tireoide; Paratireoide; Gravidez; Hipotireoidismo; Tireotoxicose

CID-10

E02/E03/E05/E06

Como citar?

Couto E, Cavichioli F. Doenças da tireoide na gestação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 49/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 49, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PERGUNTAS

- 1. É correto afirmar que o hipertireoidismo na gravidez, quando não bem controlado, pode determinar:**
 - (a) *Diabetes mellitus* gestacional.
 - (b) Hipertensão arterial na gravidez.
 - (c) Fetos hidróticos.
 - (d) Fetos grandes para a idade gestacional.
- 2. O hipotireoidismo materno determina:**
 - (a) Efeitos deletérios no desenvolvimento neurocognitivo fetal.
 - (b) Maior frequência de pós-datismo.
 - (c) Maior risco de descolamento prematuro de placenta.
 - (d) Maior risco de êmese gravídica.
- 3. Em relação às modificações gravídicas normais, pode-se afirmar:**
 - (a) A glândula tireoide aumenta de tamanho em 50% quando há suficiência de iodo.
 - (b) Existe redução do hormônio tireotrófico (TSH) materno, especialmente no início da gravidez.
 - (c) A necessidade de iodo é semelhante na gravidez e fora dela.
 - (d) A produção dos hormônios da tireoide triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) diminui em aproximadamente 50%.
- 4. É correto afirmar que, na gravidez, as pacientes com hipotireoidismo tratadas com levotiroxina antes da gravidez necessitam:**
 - (a) Aumento da dose durante a gestação, com elevação da dose diária em 25% a 30%, assim que a gravidez for confirmada.
 - (b) Para avaliar se há necessidade de alterar a dose, após a mudança de dose na gestação, uma nova dosagem de T4 livre ou T4 total e TSH deve ser realizada em duas semanas.
 - (c) Não há necessidade de alterar a dose de levotiroxina durante a gestação, mas há necessidade de aumentá-la no puerpério.
 - (d) Como a tireoide aumenta na gravidez, deve-se diminuir a dose de levotiroxina.

INTRODUÇÃO

As doenças da tireoide são comuns em mulheres em idade reprodutiva e, conseqüentemente, ocorrem com certa frequência na gravidez. Há uma relação muito próxima entre a tireoide materna e a fetal, e os tratamentos utilizados na doença materna podem afetar seriamente a tireoide fetal. A autoimunidade tireoidiana foi associada a complicações gestacionais, assim como à tireotoxicose não controlada e ao hipotireoidismo não tratado. Na gravidez, pode ocorrer também a tireotoxicose transitória, que geralmente não necessita de tratamento, e, ao final, a tireoidite pós-parto também pode comprometer a saúde materna. Os nódulos e o câncer de tireoide também apresentam aspectos diferenciados na gravidez, tanto

na evolução quanto no tratamento. O hipotireoidismo ocorre em 0,2% a 1% das grávidas em áreas com ingestão adequada de iodo, e o hipertireoidismo por doença de Graves, sua causa mais comum, ocorre em 0,05% a 0,2% das gestantes.⁽¹⁾ O hipotireoidismo materno foi consistentemente associado a efeitos deletérios no desenvolvimento neurocognitivo fetal e a maior risco de complicações gestacionais,⁽²⁾ incluindo parto pré-termo, baixo peso ao nascer, perda gestacional e menor QI no conceito. O hipotireoidismo subclínico, por sua vez, tem associação variável com resultados gestacionais adversos. O controle inadequado do hipertireoidismo materno foi associado a perda gestacional, hipertensão na gravidez, parto pré-termo, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, óbito fetal, tempestade tireotóxica

e insuficiência cardíaca congestiva materna. Além disso, estudos sugeriram que a exposição fetal a níveis excessivos de hormônio tireoidiano materno pode programar o conceito para desenvolver doenças como convulsões e distúrbios neurocomportamentais no futuro.⁽³⁾

ETIOLOGIA

A principal etiologia do hipotireoidismo é a deficiência de iodo, que resulta em menor síntese materna e fetal de hormônios tireoidianos, o que estimula a hipófise a produzir TSH e induz o crescimento tireoidiano, resultando em bócio materno e fetal. Em áreas com deficiência severa de iodo, os nódulos tireoidianos podem estar presentes em até 30% das gestantes.⁽⁴⁾ Nos locais em que a ingestão é suficiente, a tireoidite de Hashimoto aparece como principal causa. Os anticorpos anti-TPO e anti-TG são encontrados em 2% a 17% das gestantes.⁽⁵⁾ Em mulheres com autoimunidade tireoidiana, o hipotireoidismo pode surgir na gravidez, pelo comprometimento da habilidade da tireoide em aumentar a produção hormonal.⁽⁶⁾ A causa mais comum do hipertireoidismo em mulheres em idade reprodutiva é a doença de Graves, que ocorre em 0,2% durante a gestação. Causas menos comuns são o bócio multinodular tóxico, o adenoma tóxico, a tireoidite subaguda, o adenoma de hipófise secretor de TSH, o *struma ovarii* e as metástases funcionais de câncer de tireoide.⁽⁷⁾

FISIOPATOLOGIA

A gravidez tem profundo impacto sobre a tireoide e sua função. A glândula aumenta de tamanho em 10% quando há suficiência de iodo e em 20% a 40% na sua deficiência. A necessidade de iodo e a produção dos hormônios da tireoide triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) aumentam em aproximadamente 50%. Na avaliação da função tireoidiana materna, a interpretação dos resultados laboratoriais difere daquela da mulher não grávida. A gonadotrofina coriônica placentária (hCG) estimula a secreção dos hormônios tireoidianos, assim, induzindo a redução do hormônio tireotrófico (TSH) materno, especialmente no início da gravidez. Devido à maior produção hormonal tireoidiana, à excreção renal e ao consumo fetal, as necessidades de iodo são maiores na gestação. Mulheres com ingestão adequada não têm dificuldades para se adaptar à maior demanda. Entretanto, em áreas com deficiência leve a moderada de iodo, os estoques são gradualmente reduzidos do primeiro ao terceiro trimestre. Níveis normais de hormônios da tireoide são essenciais para a migração neuronal, mielinização e outras mudanças estruturais no cérebro fetal. A deficiência materna e fetal de iodo cursa com efeitos adversos na função cognitiva do conceito.⁽⁸⁾ Os receptores para os hormônios tireoidianos estão presentes no cérebro fetal a partir da 10ª semana de gestação. O T4 total (T4T) e o T4 livre (T4L) séricos são detectáveis no soro fetal com 12 a 14 semanas. A partir da metade da gesta-

ção, a concentração fetal de T4T começa a subir e atinge valores comparáveis aos do adulto com 36 semanas. Os níveis circulantes do metabólito ativo T3 permanecem baixos na vida fetal. Mesmo assim, os níveis cerebrais são 60% a 80% dos adultos, entre 20 e 26 semanas. E isso reflete a importância da conversão local de T4 em T3 em função da enzima de iodenase tipo 2.⁽⁹⁾

DIAGNÓSTICO

O hipotireoidismo materno é definido na presença de TSH elevado e T4L reduzido durante a gestação, utilizando-se os parâmetros específicos para cada trimestre. O padrão de referência do TSH durante a gravidez é reduzido em relação à mulher não grávida. A maior redução é observada durante o primeiro trimestre, por causa dos níveis elevados do hCG sérico, que estimulam diretamente os receptores de TSH e aumentam a produção hormonal. Nas recomendações da *American Thyroid Association* (ATA) de 2011, o limite superior de referência para o TSH durante a gestação foi definido em 2,5 mU/L para o primeiro trimestre e 3,0 mU/L para o segundo e terceiro trimestre. Tais valores foram baseados nos valores de referência obtidos a partir de seis estudos totalizando uma coorte de aproximadamente 5.500 gestantes.⁽¹⁰⁾ Desde então, coortes mais amplas estudaram valores de referência específicos para cada centro e para cada trimestre. A análise desses estudos envolveu dados de aproximadamente 60.000 gestantes. Deve-se destacar que a análise mais ampla demonstrou diferenças populacionais importantes no limite superior de referência do TSH. Reconhecendo a dificuldade da disponibilidade de curvas de referência por trimestre, específicas para cada população, os especialistas recomendam que, no primeiro trimestre, o valor inferior de referência do TSH seja reduzido em 0,4 mU/L e o limite superior em 0,5 mU/L, o que corresponde ao limite superior de TSH de 4,0 mU/L. Esse valor de referência deve ser aplicado no primeiro trimestre, entre a 7ª e a 12ª semana, com retorno gradual aos valores para a não grávida no segundo e terceiro trimestre.⁽¹⁾ O hipotireoidismo subclínico ocorre quando o TSH se encontra elevado, com T4L ou T4T normais. Por sua vez, o encontro de T4L reduzido com TSH normal caracteriza a hipotiroxinemia isolada. O T4L representa 0,03% do conteúdo sérico de T4T. Apenas o T4L fica disponível para a utilização pelos tecidos, e o restante do T4 liga-se a proteínas séricas, primariamente a TBG (*thyroxine-binding globulin*). Porém, a dosagem do T4T mostra a relação inversa esperada com o TSH sérico. Esse achado sugere que a medida do T4T pode ser superior à do T4L na gestante. A tireotoxicose é uma síndrome clínica de hipermetabolismo por quantidades suprafisiológicas de hormônios, que se caracteriza por T4L ou T4T elevados, na presença de TSH suprimido. Na tireotoxicose, o diagnóstico da causa da doença é essencial. Na gestação inicial, o diagnóstico diferencial deve ser feito entre a doença de Graves e a tireotoxicose gestacional transitória (TGT).⁽¹¹⁾ Em ambas as situações, manifes-

tações clínicas comuns incluem palpitações, ansiedade, tremores e intolerância ao calor. Se não houver história de doença tireoidiana e estigmas de doença de Graves (bócio, oftalmopatia), se a doença for leve e autolimitada e houver náuseas e vômitos, o diagnóstico de tireotoxicose gestacional transitória é provável. Além da inspeção e da palpação da tireoide, ambas essenciais, a ultrassonografia é a ferramenta mais acurada para detectar nódulos tireoidianos, determinar suas características, monitorizar o crescimento e avaliar os linfonodos cervicais. Um padrão ultrassonográfico de alta suspeição, com nódulos hipoecoicos com bordas irregulares e microcalcificações, tem correlação com chance maior que 70% de câncer, enquanto um padrão de baixa suspeição de nódulo misto sólido-cístico ou esponjiforme tem risco menor que 3%. A aspiração por agulha fina é um método diagnóstico seguro na gravidez e ela pode ser feita em qualquer trimestre.

TRATAMENTO

O tratamento do hipotireoidismo na gravidez é feito com levotiroxina sódica, geralmente utilizada por via oral, mas que pode ser também usada por via endovenosa, se necessário. Sua meia-vida biológica varia de 3 a 10 dias. É apresentada em comprimidos de 25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 150, 175 e 200 µg, que devem ser ingeridos em jejum, preferencialmente 1 hora antes do café da manhã. No tratamento do hipotireoidismo na gravidez, deve-se tentar manter o TSH na metade inferior da faixa de referência para o trimestre. Quando isso não é possível, o TSH deve ser mantido abaixo de 2,5 mU/L. Até 85% das mulheres com hipotireoidismo tratadas com levotiroxina necessitam de aumento na dose durante a gestação. O ajuste deve ser feito assim que a gravidez é confirmada, aumentando-se dois comprimidos por semana⁽¹²⁾ ou a dose diária em 25% a 30%. Após cada mudança de dose, nova dosagem de T4L ou T4T e TSH deve ser realizada em três a quatro semanas. Após o parto, a dose de levotiroxina deve ser reduzida para a dose pré-gestacional, e o TSH sérico deve ser avaliado seis semanas após o parto. Entretanto, um estudo demonstrou que mais de 50% das mulheres com tireoidite de Hashimoto necessitaram de maior dose no puerpério do que utilizavam antes da gravidez, provavelmente devido à exacerbação da disfunção autoimune tireoidiana.⁽¹³⁾ Em mulheres que iniciaram levotiroxina na gravidez por autoimunidade tireoidiana, mas que não tinham elevação de TSH, a levotiroxina pode ser suspensa após o parto. As tioamidas [metimazol (MMI), carbimazol e propiltiouracil (PTU)] são os principais fármacos utilizados no tratamento do hipertireoidismo na gravidez. Elas reduzem a organificação do iodo e o acoplamento da monoiodotirosina e di-iodotirosina, inibindo, portanto, a síntese dos hormônios tireoidianos. Como o bloqueio não é absoluto e a tireoide contém um depósito de hormônio tireoidiano ligado à tireoglobulina, a normalização dos testes de função tireoidiana ge-

ralmente demora algumas semanas. A dose inicial dos fármacos antitireoidianos depende da gravidade dos sintomas e do grau de hipertiroxinemia. No geral, as doses iniciais durante a gravidez são: MMI 5-30 mg/dia (dose típica 10-20 mg/dia), carbimazol 10-40 mg/dia e PTU 100-600 mg/dia (dose típica 20-400 mg/dia). O equivalente potencial de MMI e PTU é de aproximadamente 1:20, ou seja, 5 mg de MMI correspondem a 100 mg de PTU. Como a meia-vida do PTU é mais curta do que a do MMI, a dose do primeiro costuma ser dividida em duas ou três tomas diárias. Em comparação, o MMI pode ser tomado uma vez ao dia. Efeitos colaterais ocorrem em 3% a 5% das pacientes que utilizam tioamidas, sendo mais frequentes reações alérgicas como rash cutâneo, enquanto os efeitos mais graves, como agranulocitose (0,15%) e falência hepática (<0,1%), são raros. A maioria dos efeitos colaterais se desenvolve nos primeiros meses de uso da medicação.⁽¹⁴⁾ Em 2010, o *US Food and Drug Administration* (FDA) chamou atenção para o risco de hepatotoxicidade em pacientes expostos ao PTU. Foi recomendada a limitação de seu uso ao primeiro trimestre da gravidez,⁽¹⁴⁾ exceto em pacientes com alergia ao MMI ou naquelas com tempestade tireotóxica, com monitorização das enzimas hepáticas. Outro risco envolvendo o uso de antitireoidianos na gestação refere-se ao seu potencial para efeitos teratogênicos. Desde 1972, a exposição ao MMI vem sendo associada à aplasia cutânea e a outros tipos de má-formações congênitas, como dismorfismo facial, atresia de coanas e de esôfago e defeitos de parede abdominal, oculares, do sistema urinário e de septo ventricular. Estudos recentes mostraram que essas complicações são mais comuns do que se pensava anteriormente, afetando 2% a 4% das crianças expostas ao MMI na gestação inicial, especialmente, entre a 6ª e a 10ª semana. O PTU foi previamente considerado um fármaco seguro para uso na gestação, mas um estudo dinamarquês revelou que 2% a 3% das crianças expostas desenvolveram defeitos congênitos associados à terapia.⁽¹⁵⁾ Apesar da incidência similar, os defeitos associados ao uso do PTU parecem ser menos severos do que aqueles associados ao MMI. Os agentes betabloqueadores, como o propranolol na dose de 10 a 40 mg, a cada 6 ou 8 horas, podem ser utilizados para controlar os sintomas hipermetabólicos até que seja obtido o eutireoidismo. Na maioria dos casos, o fármaco pode ser descontinuado em duas a seis semanas. O tratamento de longo prazo com betabloqueadores foi associado à restrição de crescimento intrauterino, bradicardia fetal e hipoglicemia neonatal.⁽¹⁶⁾ O TSH deve ser solicitado após seis semanas.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. Quando possível, curvas de referência de TSH devem ser definidas para cada população, incluindo gestantes sem doença tireoidiana, com ingestão adequada de iodo e não portadoras de anticorpos antitireoidianos (recomendação A, nível de evidência 2).

2. Não é necessária a suplementação de iodo para mulheres que recebem levotiroxina (C,3).
3. Doses excessivas de iodo na gravidez devem ser evitadas (A,2).
4. Mulheres eutireoidianas portadoras do anti-TPO ou anti-TG devem dosar TSH no diagnóstico de gravidez e a cada quatro semanas durante esta (A,1).
5. A administração de levotiroxina para mulheres com anti-TPO e história de perda gestacional deve ser considerada, dado o potencial benefício em comparação com o baixo risco. A dose típica de início é de 25 a 50 µg por dia (C,3).
6. Na gravidez, o hipotireoidismo materno é definido como TSH elevado acima do limite superior da curva de referência específica por trimestre (A,1).
7. Quando as curvas populacionais de referência para TSH não são disponíveis, o limite superior de 4 mU/L pode ser usado (A,2).
8. O tratamento do hipotireoidismo clínico é recomendado na gravidez (A,2).
9. Gestantes com TSH > 2,5 mU/L devem ser avaliadas quanto à presença do anti-TPO (A,2).
10. No hipotireoidismo subclínico, o tratamento com levotiroxina é recomendado para mulheres com anti-TPO e TSH acima de 2,5 mU/L (C,2) ou mulheres negativas para o anti-TPO com TSH acima do limite superior da normalidade (C,3).
11. A hipotiroxinemia isolada não deve ser rotineiramente tratada na gestação (C,3).
12. No tratamento do hipotireoidismo, o TSH deve ser mantido na metade inferior da faixa de normalidade pelas curvas de referência específicas, ou abaixo de 2,5 mU/L (C,2).
13. Mulheres com hipotireoidismo clínico ou subclínico e aquelas com risco de hipotireoidismo (portadoras de anticorpos, pós-tireoidectomia ou terapia com iodo radioativo) devem ser monitoradas com TSH sérico a cada quatro semanas na gestação (A,1).
14. Mulheres com hipotireoidismo em tratamento que engravidam devem aumentar a dose da levotiroxina em 20% a 30% e contatar seu médico imediatamente (A,1).
15. Depois do parto, a dose de levotiroxina deve retornar àquela pré-gestacional, e os testes de função tireoidiana devem ser feitos com seis semanas de puerpério (A,2).
16. Quando um TSH suprimido é detectado no primeiro trimestre da gestação, a paciente deve ser avaliada por meio de anamnese, exame físico e dosagem de T4L ou T4T. A dosagem do TRAb e a do T3T podem ajudar a esclarecer a etiologia da tireotoxicose (A,2).
17. O manejo adequado da tireotoxicose gestacional transitória com hiperemese inclui terapia de suporte, hidratação e hospitalização, quando necessário. Os antitireoidianos não são recomendados, mas os betabloqueadores podem ser utilizados (A,2).
18. Em gestante com doença de Graves eutireoidiana com dose baixa de MMI (5-10 mg/d) ou PTU (100-200 mg/d), deve-se considerar a suspensão da medicação, dado o seu potencial teratogênico (C,3), e a avaliação do TSH e T4L ou T4T deve ser feita a cada duas semanas (C,3).
19. Gestantes que necessitam de doses maiores de hormônios tireoidianos devem usar PTU até 16 semanas de idade gestacional (A,2).
20. A dose de antitireoidianos, na gravidez, deve ser a menor possível para manter o TSH no limite superior ou ligeiramente acima (A,3).
21. A avaliação fetal deve ser realizada em mulheres com hipertireoidismo descontrolado na segunda metade da gravidez e naquelas com TRAb, por um especialista de medicina materno-fetal, incluindo ultrassonografia para avaliação da frequência cardíaca fetal, crescimento, volume de líquido amniótico e presença de bócio fetal (A,2).
22. Após terapia com radioiodo, a mulher deve aguardar pelo menos seis meses para engravidar (A,3).
23. Os antitireoidianos não são recomendados na fase tireotóxica da tireoidite pós-parto (A,1).
24. Não há evidências suficientes para recomendar ou não a triagem universal de TSH na gravidez.
25. Todas as gestantes devem ser triadas na consulta inicial quanto à história de disfunção tireoidiana e de tratamentos para doenças da tireoide (A,1).
26. Recomenda-se a dosagem de TSH para gestantes com (A,2):
 - História de hipotireoidismo ou hipertireoidismo ou sinais e sintomas de disfunção tireoidiana;
 - Positividade para anticorpos antitireoidianos ou bócio;
 - História de radiação de cabeça e pescoço ou cirurgia de tireoide;
 - Idade superior a 30 anos;
 - Diabetes tipo I ou outra doença autoimune;
 - História de perda gestacional, parto pré-termo ou infertilidade;
 - Mais de duas gestações anteriores;
 - História familiar de autoimunidade ou disfunção tireoidiana;
 - Obesidade mórbida;
 - Uso de amiodarona ou lítio, ou administração recente de contraste iodado;
 - Residência em área com deficiência de iodo.

RESPOSTAS

1: B; 2: A; 3: B; 4: A.

REFERÊNCIAS

- Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-89.
- van den Boogaard E, Vissenberg R, Land JA, van Wely M, van der Post JA, Goddijn M, et al. Significance of (sub)clinical thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity before conception and in early pregnancy: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011;17(5):605-19.
- Andersen SL, Olsen J, Laurberg P. Foetal programming by maternal thyroid disease. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2015;83(6):751-8.
- Delange FM, Dunn JT. Iodine deficiency. In: Braverman LE, Utiger RD, editors. *Werner and Ingbar's – The thyroid: A Fundamental and Clinical Text*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 264-88.
- Moreno-Reyes R, Glinoeer D, Van Oyen H, Vandevijvere S. High prevalence of thyroid disorders in pregnant women in a mildly iodine-deficient country: a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(9):3694-701.
- Negro R, Formoso G, Mangieri T, Pezzarossa A, Dazzi D, Hassan H. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(7):2587-91.
- Paschke R, Niedziela M, Vaidya B, Persani L, Rapoport B, Leclere J. 2012 European thyroid association guidelines for the management of familial and persistent sporadic non-autoimmune hyperthyroidism caused by thyroid-stimulating hormone receptor germline mutations. *Eur Thyroid J*. 2012;1(3):142-7.
- World Health Organization (WHO)/International Council for the Control of the Iodine Deficiency Disorders/United Nations Children's Fund (WHO/ICCIDD/UNICEF). *Assessment of the iodine deficiency disorders and monitoring their elimination*. Geneva: WHO; 2007.
- Kester MH, Martinez de Mena R, Obregon MJ, Marinkovic D, Howatson A, Visser TJ, et al. Iodothyronine levels in the human developing brain: major regulatory roles of iodothyronine deiodinases in different areas. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(7):3117-28.
- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al.; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21(10):1081-125.
- Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH. Transient hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum: clinical aspects. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;167(3):648-52.
- Yassa L, Marqusee E, Fawcett R, Alexander EK. Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (the THERAPY) trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(7):3234-41.
- Galofré JC, Haber RS, Mitchell AA, Pessah R, Davies TF. Increased postpartum thyroxine replacement in Hashimoto's thyroiditis. *Thyroid*. 2010;20(8):901-8.
- Nakamura H, Miyauchi A, Miyawaki N, Imagawa J. Analysis of 754 cases of antithyroid drug-induced agranulocytosis over 30 years in Japan. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(12):4776-83.
- Andersen SL, Olsen J, Wu CS, Laurberg P. Birth defects after early pregnancy use of antithyroid drugs: a Danish nationwide study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(11):4373-81.
- Rubin PC. Current concepts: beta-blockers in pregnancy. *N Engl J Med*. 1981;305(22):1323-6.

Infecção do trato urinário

Jorge Milhem Haddad¹, Débora Amorim Oriá Fernandes²

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

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Descritores

Infecção urinária; Infecção urinária recorrente; Profilaxia

Como citar?

Haddad JM, Fernandes DA. Infecção do trato urinário. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 63/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 63, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PERGUNTAS

1. É correto afirmar que na gravidez:

- (a) Existe mais infecção urinária, pela diminuição do débito urinário.
- (b) A hipermotilidade das vias urinárias aumenta o risco de infecção.
- (c) Há mais infecção urinária, pela ação da progesterona na musculatura lisa do aparelho urinário.
- (d) Existe menos infecção urinária, pela acidificação da urina.

2. A infecção urinária na gravidez pode ocasionar:

- (a) Trabalho de parto prematuro.
- (b) Cardiopatia fetal.
- (c) Gastroenterocolite materna.
- (d) Distocia funcional no parto.

3. Em relação à bacteriúria assintomática (BA), é correto afirmar:

- (a) Ocorre em 15% das gestantes no primeiro trimestre e em 5% no terceiro trimestre.
- (b) Precisa ser tratada, pois o relaxamento da musculatura ureteral facilita a ascensão das bactérias.
- (c) Para fazer seu diagnóstico, na urocultura deve haver 10.000 UFC/mL do mesmo agente na urina de jato médio.
- (d) A presença de 50.000 leucócitos por mL de urina de jato médio estabelece o diagnóstico de BA.

4. É correto afirmar que a pielonefrite na gravidez:

- (a) É mais frequente no segundo e terceiro trimestre.
- (b) Acomete mais o rim esquerdo, em mais de 60%.
- (c) Tem como sintomas mais frequentes: disúria e hematúria.
- (d) Não determina insuficiência renal.

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) está entre as infecções bacterianas em adultos mais comuns, principalmente em mulheres. Estima-se taxa de 0,5 episódio de cistite aguda em mulheres jovens por pessoa/ano. Pode envolver o trato urinário baixo (uretra e bexiga), mais frequentemente, e/ou alto (rins e ureteres).⁽¹⁾ É responsável por quase 7 milhões de visitas ao consultório e 1 milhão de atendimentos em serviços de emergência, resultando em 100 mil hospitalizações anualmente. Acarreta custo anual estimado de aproximadamente 1,6 bilhão de dólares nos Estados Unidos.⁽²⁾ A ITU ocorre quando a flora normal da área periuretral é substituída por bactérias uropatogênicas, que ascendem pelo trato urinário. A infecção ocorre devido a fatores ligados à virulência da bactéria e à suscetibilidade do hospedeiro, que permitem melhor aderência e colonização dos micro-organismos. O principal patógeno envolvido na ITU em mulheres é a *E. coli*, que é responsável por cerca

de 80% de todos os episódios de infecção. Outros patógenos significativos incluem *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis*, cada um desses representando 4% de todos os episódios de cistite aguda. *Citrobacter* e *Enterococos* são causas menos prováveis de ITU. Infecções com organismos que não costumam causar ITU podem ser um indicador de anomalias estruturais subjacentes ou de cálculo renal.⁽³⁾ Os sintomas clássicos do trato urinário baixo, também chamado de cistite, incluem: disúria, aumento da frequência urinária, urgência miccional e, ocasionalmente, dor suprapúbica e hematúria. Os diagnósticos diferenciais incluem: vaginite, uretrite aguda, cistite intersticial e doença inflamatória pélvica.

CLASSIFICAÇÃO

A ITU pode ser classificada como complicada e não complicada. Denomina-se ITU não complicada quando

ocorre em mulheres jovens, não grávidas e na ausência de anomalias estruturais ou funcionais do trato urinário. São fatores que categorizam as ITUs como complicadas: diabetes, gravidez, falência renal, obstrução do trato urinário, presença de sonda vesical de demora ou nefrostomia, procedimento ou instrumentação cirúrgica recente no trato urinário, disfunções anatômicas ou funcionais, imunossupressão, transplante renal, história de ITU na infância.⁽³⁾

- **Bacteriúria assintomática:** Define-se como bacteriúria assintomática quando considerável quantidade de bactérias é encontrada na urina sem associação com sintomas clínicos. Tradicionalmente, por coleta de jato médio, consideram-se 100 mil unidades formadoras de colônia por mL como bacteriúria significativa.
- **Infecção recorrente do trato urinário (ITUr):** Define-se como a ocorrência de dois episódios de ITU em seis meses ou três nos últimos 12 meses.⁽¹⁾ Afeta 25% das mulheres com história de ITU. O micro-organismo mais frequente nessa situação também é a *E. coli*.

FISIOPATOLOGIA

Na teoria clássica para o desenvolvimento de ITU, o uropatógeno, oriundo da flora fecal, coloniza a vagina e a uretra distal. Posteriormente, ascende para a bexiga e promove a infecção. Esse modelo é o mesmo para ITU esporádica e recorrente em mulheres.⁽³⁾ A ITU resulta da interação de fatores biológicos e comportamentais do hospedeiro e da virulência do micro-organismo.⁽⁴⁾ A *E. coli* uropatogênica apresenta-se como principal fator de virulência, o tipo de fímbrias, que promovem a ligação ao epitélio da uretra e da bexiga, acarretando cistite. Os modelos animais sugerem que a *E. coli* pode permanecer latente em grandes reservatórios bacterianos no hospedeiro e ser reativada para causar infecção no futuro.⁽⁵⁾

FATORES DE RISCO PARA ITU RECORRENTE

Todos os fatores estão relacionados com o aumento da colonização vaginal e uretral pela *E. coli*. No período pré-menopausa, os fatores comportamentais são os que predominam, como a frequência das relações sexuais, o número de parceiros, novos parceiros e o uso de espermicida e de diafragma.⁽⁶⁾ Fatores de risco, tais como história materna de ITU recorrente, caso anterior de ITU antes dos 15 anos de idade e uma distância mais curta entre a uretra e o ânus, sugerem que a genética e a anatomia pélvica também desempenham papel importante. Para as mulheres na pós-menopausa, os fatores de risco são diferentes e incluem, comumente, deficiência de estrogênio, diminuição de lactobacilos vaginais, prolapso da parede vaginal anterior (cistocele), cirurgia urogenital, volume residual pós-miccional elevado e ITU

prévia.⁽⁷⁾ Há, também, evidências que indicam que o envolvimento genético, associado à alteração na resposta do hospedeiro, pode predispor algumas mulheres a desenvolverem ITU de repetição. Interleucina (IL)-8, receptor de IL-8R ou CXCR1 foram relacionados com variabilidade genética e apresentam expressão reduzida em crianças com tendência à pielonefrite e seus parentes.⁽⁸⁾ Além disso, a ITU foi mais prevalente em mulheres com parentes com história de ITU recorrente, sugerindo predisposição genética familiar.⁽⁹⁾

DIAGNÓSTICO

A avaliação diagnóstica deve-se iniciar com história clínica e exame físico detalhado. O objetivo seria a identificação de fatores de risco, estabelecendo orientações para o manejo adequado. Em mulheres com disúria e polaciúria, sem vaginite, o diagnóstico de ITU é feito em 80% dos casos.⁽¹⁾ A presença de febre, sensibilidade ou dor em região lombar (sinal de Giordano) indica o comprometimento do trato urinário superior. Estudos mostram que a realização do exame de sedimento quantitativo ou cultura de urina em pacientes com quadro de ITU não complicada é dispensável devido à natureza previsível das bactérias causadoras.⁽³⁾ Recomenda-se cultura de urina somente para ITU recorrente, na presença de complicações associadas e na vigência de falha do tratamento inicial. A amostra de urina deve ser cultivada com jato médio. O teste de nitrito positivo, feito em exame de urina com tiras reativas para uroanálise, é altamente específico. Hematúria microscópica é um achado comum em infecções urinárias, podendo estar presente em 40% a 60% dos pacientes com ITU, mas a presença de proteinúria é rara.⁽¹⁰⁾ Com relação à abordagem por exames de imagem, não foi encontrado *guideline* baseado em evidências científicas para mulheres com ITU recorrente não complicada. Mulheres com sintomas atípicos de doença aguda, assim como aquelas que falham em responder à antibioticoterapia adequada, permanecendo febris após 72 horas de tratamento, devem ser consideradas candidatas à investigação diagnóstica adicional, podendo, para tanto, valer-se de ultrassonografia, tomografia computadorizada helicoidal das vias urinárias ou uroressonância magnética.⁽³⁾

TRATAMENTO DE CISTITE AGUDA

No caso de cistite bacteriana aguda não complicada em mulheres, recomenda-se, preferencialmente, tratamento antimicrobiano em monodose ou curta duração (três dias).^(5,11) Em todos os casos de pielonefrite aguda, devem ser completados 10 a 14 dias de tratamento antimicrobiano em regime ambulatorial e/ou hospitalar.⁽¹⁾ Fosfomicina 3 g em dose única e nitrofurantoína 100 mg quatro vezes ao dia, por sete dias, são consideradas fármacos de primeira escolha em muitos países.⁽³⁾ Fluoroquinolonas não são recomendadas como tratamento de primeira linha das ITUs simples, a fim de preservar a sua

eficácia para ITUs complicadas, e betalactâmicos não são recomendados para o tratamento de rotina das ITUs, pois apresentam eficácia limitada.^(1,3) Entre os benefícios do tratamento com dose única, podem ser mencionados simplicidade, baixo custo, boa tolerabilidade, preferência dos pacientes, fácil adesão, baixa incidência de efeitos colaterais e menor risco de desenvolvimento de resistência aos antibióticos. A cistite aguda complicada (por obstrução, estase do fluxo urinário, diminuição do sistema imunitário), que não é o foco deste artigo, deve ser tratada seguindo o antibiograma.

PREVENÇÃO DE ITU RECORRENTE

Alterações comportamentais: A conduta na ITU recorrente deve começar com pesquisa e correção de fatores de risco, já mencionados anteriormente, quando possível.

Profilaxia antimicrobiana: Existem maneiras diferentes de como prescrever e qual antibiótico escolher na profilaxia da ITU recorrente. A decisão sobre como utilizar depende da relação da infecção com atividade sexual. As três estratégias antibióticas utilizadas são: profilaxia pós-coito, profilaxia contínua e autotratamento intermitente pela paciente. Descreve-se que a eficácia durante o uso da profilaxia é de aproximadamente 95%.⁽¹⁾ Uma revisão da Cochrane⁽¹²⁾ – de 19 ensaios clínicos, incluindo 1.120 pacientes – indica que os antibióticos são melhores do que o placebo na redução do número de recidivas clínicas e microbiológicas em mulheres na pré e pós-menopausa com ITU de repetição. Sete ensaios clínicos incluindo 257 pacientes apresentaram risco relativo de 0,15 [intervalo de confiança (IC) de 95%: 0,08-0,28] de ter uma ITU clínica, favorecendo antibiótico sobre placebo. Os antibióticos utilizados nessa revisão foram fluoroquinolonas, cefalosporinas, trimetoprima, sulfametoxazol e nitrofurantoína. Nenhum antibiótico foi prevalente. Dessa forma, a escolha do antibiótico deve seguir padrões de resistência da comunidade, eventos adversos e custos locais.⁽¹²⁾

Profilaxia contínua: Pode ser administrada diariamente ao deitar ou com fosfomicina a cada 10 dias.⁽¹³⁾ A maioria dos estudos recomenda-a por 6 a 12 meses.^(1,3,12,13)

Profilaxia pós-coito: A relação causal entre infecções e relações sexuais pode ser suspeitada quando o intervalo é entre 24 e 48 horas.⁽¹⁴⁾ Em mulheres com ITU relacionada à relação sexual, o uso pós-coito poderia ser uma opção melhor. Uma grande vantagem da profilaxia pós-coito, nos estudos, foi que ela produziu menos efeitos colaterais.^(15,16)

Autotratamento: Essa estratégia deve ser restrita às mulheres que têm infecções recorrentes bem-documentadas e que estão motivadas e bem-orientadas pelo médico. A paciente identifica o episódio de infecção com base nos sintomas e inicia o tratamento empírico. Essas mulheres devem ser instruídas a entrar em contato com seu médico se os sintomas não forem completamente resolvidos dentro de 48 horas.

Terapia estrogênica em mulheres na pós-menopausa:

A queda estrogênica na pós-menopausa favorece o desenvolvimento de bacteriúria. O uso de estrogênos estimula a proliferação de lactobacilos no epitélio vaginal, reduz o pH e evita a colonização vaginal por uropatógenos.⁽¹⁷⁾ A estrogênio-terapia vaginal reduz a recorrência de ITUs em 36% a 75% e tem mínima absorção sistêmica.^(18,19) Comparado ao placebo, o estrogênio vaginal mostra boa eficácia em reduzir ITU, mas a via oral não demonstra o mesmo efeito, com maior risco de efeitos colaterais como mastalgia, sangramento vaginal e proliferação endometrial.^(18,19) O ressurgimento de lactobacilos vaginais leva pelo menos 12 semanas ao se usar a via vaginal.⁽²⁰⁾

Imunoterapia: Em razão da alta resistência antimicrobiana e às poucas alternativas de fármacos para uso profilático, abre-se a perspectiva de outras estratégias de profilaxia. A alternativa profilática não antimicrobiana que tem sido extensamente estudada e vem demonstrando-se eficaz é a imunoprofilaxia.⁽²¹⁾ Vários tipos estão em estudo, e a OM-89 (Uro-Vaxom®) é a mais estudada e com mais evidências na literatura. Consiste de vacina capsular oral composta por fragmentos de 18 cepas de *E. coli*.⁽²¹⁾ Extratos de lisado bacteriano podem agir como imunoestimulantes mediante a ativação de células dendríticas derivadas de monócitos.^(22,23) Em modelos animais e em seres humanos, a estimulação do sistema linfóide no intestino foi capaz de induzir a produção de imunoglobulina A (IgA) específica para *E. coli*. Essa imunoglobulina migra para o trato urinário através do sistema linfático. A eficácia da imunoestimulação oral com 18 cepas de *E. coli* para profilaxia da ITU recorrente foi testada em cinco ensaios clínicos duplos-cegos, placebo-controlados, em pacientes imunocompetentes. Em quatro desses ensaios, os pacientes tomaram uma cápsula por dia de Uro-Vaxom®, por 90 dias. Em todos, observou-se menos recorrência de ITU que com o placebo, durante o período do estudo.⁽²⁴⁻²⁶⁾ Em estudo multicêntrico,⁽²¹⁾ as pacientes receberam um tratamento adicional (*booster*) do mês 6 ao mês 9 (uma cápsula por dia durante 10 dias por mês), com novo seguimento de três meses.⁽²¹⁾ Nos primeiros três meses, elas demonstraram diminuição de 20% dos episódios de ITU. Com o reforço do sexto ao nono mês, deu-se redução de 43% dos episódios de ITU. Naber *et al.*⁽²⁷⁾ publicaram uma metanálise na qual pacientes que utilizaram OM-89 tiveram 47,3% de ITU por *E. coli*, enquanto, no grupo placebo, observaram em 59,1% das pacientes. A presença de ITU por outras bactérias combinadas, como *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Klebsiella*, *Proteus* e outras não definidas, ocorreu em 32,8% do grupo com OM-89 contra 71,9% do placebo. Parece, então, tratar-se de um efeito também contra outras espécies causadoras de ITU recorrente. A tolerabilidade do Uro-Vaxom® foi testada em ensaios clínicos e poucos efeitos adversos foram encontrados, sendo, portanto, muito bem tolerado. Tendo sido esse

perfil também confirmado pelos estudos de monitoramento e farmacovigilância. Cerca de 8 milhões de pacientes têm sido tratados com Uro-Vaxom® e só três eventos adversos foram relatados, como distúrbios gastrointestinais.⁽²⁴⁻²⁶⁾ O esquema de tratamento imunoterápico ideal precisa ser mais investigado, em detalhes, principalmente quanto ao que fazer após um ano de tratamento.

O uso de *cranberry* para profilaxia da ITU baseia-se na ação das proantocianidinas A, que inibem a adesão de *E. coli* no urotélio, ao bloquear as fímbrias das enterobactérias. Entretanto, estudos mostram resultados conflitantes sobre a eficácia do *cranberry* na prevenção da ITU recorrente.⁽³⁾ A existência de várias apresentações e doses diferentes do *cranberry* contribui para a ausência de evidências da efetividade contra ITU. Uma revisão sistemática do banco de dados Cochrane, em 2012, revelou que os produtos de *cranberry*, incluindo suco, comprimidos e cápsulas, não foram capazes de reduzir significativamente o número de episódios de ITU para mulheres com ITU.⁽²⁸⁾ Um grande estudo controlado com placebo duplo-cego, em 2016, confirmou novamente que a administração de cápsulas de *cranberry* versus placebo não resultou em diferença significativa de ITUs ao longo de um ano.⁽²⁹⁾ Atualmente, a maioria das diretrizes não tem o uso de *cranberry* como primeira linha de recomendação na prevenção da ITU 10, podendo ser discutido com cada paciente.⁽³⁰⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A triagem e o tratamento da bacteriúria assintomática não são recomendados a não grávidas ou com imunossupressão.
2. No caso de cistite bacteriana aguda não complicada, recomenda-se, preferencialmente, tratamento antimicrobiano em monodose ou de curta duração (A).
3. O tratamento inicial de uma infecção sintomática do trato urinário inferior não exige que se realize cultura de urina (C).
4. O tratamento da ITU de repetição inicia-se por medidas comportamentais, entre elas realizar ingestão hídrica adequada, evitar o uso de espermicida e tratar a atrofia genital com estrógeno local (C).
5. A imunoterapia, principalmente o lisado liofilizado de *E. coli*, é uma opção para profilaxia da ITU recorrente, tendo em vista a crescente resistência aos antimicrobianos (C).
6. Quanto à antibioticoprofilaxia, três estratégias podem ser utilizadas: profilaxia pós-coito, profilaxia contínua e autotratamento. A definição da estratégia a ser adotada depende da relação entre a atividade sexual do casal e o aparecimento da ITU. Seria interessante

que a escolha do antibiótico fosse direcionada pelo último antibiograma, de preferência, utilizando-se fosfomicina ou nitrofurantoína (C).

7. Não há evidência suficiente para indicar o uso de *cranberry* para a prevenção de ITU (C).

RESPOSTAS

1: C; 2: A; 3: B; 4: A.

REFERÊNCIAS

1. Haddad JM. Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2015.
2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003;49(2):53-70.
3. Grabe M, Bartetti R, Johansen TE, Cai T, Cek M, Koves B, et al. Guidelines on urological infections. *EAU Guideline*; 2015.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 91: Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. *Obstet Gynecol.* 2008;111(3):785-94.
5. Mulvey MA, Schilling JD, Hultgren SJ. Establishment of a persistent *Escherichia coli* reservoir during the acute phase of a bladder infection. *Infect Immun.* 2001;69(7):4572-9.
6. Epp A, Larochelle A, Lovatsis D, Walter JE, Easton W, Farrell SA, et al.; Family Physicians Advisory Committee. Recurrent urinary tract infection. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(11):1082-90.
7. Franco AV. Recurrent urinary tract infections. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(6):861-73.
8. Lundstedt AC, Leijonhufvud I, Ragnarsdottir B, Karpman D, Andersson B, Svanborg C. Inherited susceptibility to acute pyelonephritis: a family study of urinary tract infection. *J Infect Dis.* 2007;195(8):1227-34.
9. Zaffanello M, Malerba G, Cataldi L, Antoniazzi F, Franchini M, Monti E, et al. Genetic risk for recurrent urinary tract infections in humans: a systematic review. *J Biomed Biotechnol.* 2010;2010:321082.
10. Gupta K, Stamm WE. Pathogenesis and management of recurrent urinary tract infections in women. *World J Urol.* 1999;17(6):415-20.
11. Aydin A, Ahmed K, Zaman I, Khan MS, Dasgupta P. Recurrent urinary tract infections in women. *Int Urogynecol J.* 2015;26(6):795-804.
12. Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfélix J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD001209.
13. Rudenko N, Dorofeyev A. Prevention of recurrent lower urinary tract infections by long-term administration of fosfomicin trometamol. Double blind, randomized, parallel group, placebo controlled study. *Arzneimittelforschung.* 2005;55(7):420-7.
14. Engel JD, Schaeffer AJ. Evaluation of antimicrobial therapy for recurrent urinary tract infections in women. *Urol Clin North Am.* 1998;25(4):685-701.
15. Melekos MD, Asbach HW, Gerharz E, Zarakovitis IE, Weingaertner K, Naber KG. Post-intercourse versus daily ciprofloxacin prophylaxis for recurrent urinary tract infections in premenopausal women. *J Urol.* 1997;157(3):935-9.
16. Stapleton A, Latham RH, Johnson C, Stamm WE. Postcoital antimicrobial prophylaxis for recurrent urinary tract infection. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *JAMA.* 1990;264(6):703-6.
17. Beerepoot MA, Geerlings SE, van Haarst EP, van Charante NM, ter Riet G. Nonantibiotic prophylaxis for recurrent urinary tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Urol.* 2013;190(6):1981-9.

18. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2(2):CD005131.
19. Stamm WE. Estrogens and urinary-tract infection. *J Infect Dis.* 2007;195(5):623-4.
20. Raz R. Hormone replacement therapy or prophylaxis in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection. *J Infect Dis.* 2001;183 Suppl 1:S74-6.
21. Bauer HW, Alloussi S, Egger G, Blümlein HM, Cozma G, Schulman CC; Multicenter UTI Study Group. A long-term, multicenter, double-blind study of an *Escherichia coli* extract (OM-89) in female patients with recurrent urinary tract infections. *Eur Urol.* 2005;47(4):542-8.
22. Schmidhammer S, Ramoner R, Höttl L, Bartsch G, Thurnher M, Zelle-Rieser C. An *Escherichia coli*-based oral vaccine against urinary tract infections potently activates human dendritic cells. *Urology.* 2002;60(3):521-6.
23. Boruchov AM, Heller G, Veri MC, Bonvini E, Ravetch JV, Young JW. Activating and inhibitory IgG Fc receptors on human DCs mediate opposing functions. *J Clin Invest.* 2005;115(10):2914-23.
24. Tammen H. Immunobiotherapy with Uro-Vaxom in recurrent urinary tract infection. The German Urinary Tract Infection Study Group. *Br J Urol.* 1990;65(1):6-9.
25. Pisani E, Palla R, Bono AV. Double-blind randomised clinical study of OM-8930 vs placebo in patients suffering from recurrent urinary tract infections. Geneva, Switzerland: OM Pharma; 1992.
26. Schulman CC, Corbusier A, Michiels H, Taenzer HJ. Oral immunotherapy of recurrent urinary tract infections: a double-blind placebo-controlled multicenter study. *J Urol.* 1993;150(3):917-21.
27. Naber KG, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. *Eur Urol.* 2008;54(5):1164-75.
28. Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD001321.
29. Juthani-Mehta M, Van Ness PH, Bianco L, Rink A, Rubeck S, Ginter S, et al. Effect of cranberry capsules on bacteriuria plus pyuria among older women in nursing homes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;316(18):1879-87.
30. Fihn SD. Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med.* 2003;349(3):259-66.

Manejo clínico e conduta obstétrica em gestantes cardiopatas

Carolina Burgarelli Testa¹, Maria Rita de Figueiredo Lemos Bortolotto¹

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

Descritores

Complicações na gravidez; Doenças cardíacas; Mortalidade materna; Near-miss materno; Pré-natal; Doença cardíaca congênita; Doença cardíaca adquirida; Doença reumática

CID-10

O99.4 – Doenças cardiocirculatórias afetando gravidez e/ou puerpério

Como citar?

Testa CB, Bortolotto MR. Manejo clínico e conduta obstétrica em gestantes cardiopatas. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 85/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 85, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PERGUNTAS

1. São alterações no sistema cardiovascular da grávida normal:

- (a) Falta de ar, pulsação jugular proeminente, discreto aumento do ventrículo esquerdo.
- (b) Sopro diastólico, bradicardia, estenose tricúspide.
- (c) Bulhas arritmicas, aumento do ventrículo direito, diminuição do débito card cio.
- (d) Resistência vascular aumentada, aumento do volume plasmático, diminuição da frequência card cia.

2. É correto afirmar que, entre as cardiopatias que determinam risco extremamente alto de mortalidade materna ou morbidade importante, em que a gestação deve ser contraindicada e a interrupção pode ser considerada, está:

- (a) Prótese valvar mecânica.
- (b) Hipertensão arterial pulmonar de qualquer etiologia.
- (c) Cardiomiopatia hipertrófica.
- (d) Comunicação interventricular não corrigida cirurgicamente.

3. Entre os elementos que podem descompensar a cardiopatia na gravidez, estão:

- (a) Pr -eclâmpsia e diabetes mellitus gestacional.
- (b) Atividade física e atividade sexual.
- (c) Ingestão de alimentos ricos em cálcio e estresse.
- (d) Anemia e infecção.

4. Em paciente cardiopata com descompensação hemodinâmica que apresenta início de trabalho de parto com 30 semanas, é correto afirmar:

- (a) Deve-se inibir o trabalho de parto para administrar corticoide para amadurecimento pulmonar.
- (b) Não se deve inibir o trabalho de parto.
- (c) Deve-se fazer cesárea pelo risco de edema agudo de pulmão.
- (d) Não se deve fazer nenhum tipo de anestesia, pelo elevado risco de descompensação.

5. A antibioticoterapia profilática para endocardite bacteriana deve ser feita:

- (a) Depois de curetagem p s-aborto em paciente com miocardiopatia de qualquer causa.
- (b) Antes de parto vaginal em paciente com comunicação interatrial (CIA).
- (c) Depois de parto cesárea em paciente com extrassístoles ventriculares.
- (d) Antes de parto vaginal em paciente com valvopatia reumática.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico puerperal provoca alterações no sistema cardiovascular que visam adaptar o organismo materno ao desenvolvimento do concepto e ao fenômeno da parturição. Essas modificações podem influenciar o manejo de pacientes cardiopatas durante a gestação.

EPIDEMIOLOGIA

A cardiopatia afeta 0,3% a 4% das gestações⁽¹⁻³⁾ e é responsável por até 11% dos óbitos maternos.^(4,5) Entretanto, a maioria dos casos evolui favoravelmente na gravidez e no puerpério.⁽⁶⁾ A etiologia da doença cardíaca difere entre as populações: no Brasil, predominam as doenças adquiridas, em especial, as valvopatias reumáticas^(7,8) e, em países desenvolvidos, as congênitas.^(9,10)

FISIOPATOLOGIA

As modificações fisiológicas impostas pela gestação influenciam o quadro clínico materno e estão demonstradas no quadro 1. É importante lembrar que, mesmo em mulheres normais, a gravidez é responsável por sintomas e sinais cardiocirculatórios, bem como alterações na propedêutica subsidiária (Quadro 2).

ABORDAGEM DA GESTANTE CARDIOPATA

Classificação funcional e estratificação de risco

A classificação funcional⁽¹⁰⁾ é útil no aconselhamento pré-concepcional e na estimativa de risco pré-natal. Os preditores independentes de risco para eventos cardiológicos em gestantes cardiopatas estão listados no quadro 3. O risco de complicações na ausência de fatores de risco é de 5%; na presença de um fator, de 27%, e na presença de dois ou mais fatores, de 75% (Recomendação IA).⁽¹⁰⁾ A complicação mais frequente é a insuficiência cardíaca. A mortalidade materna é significativamente maior nas pacientes com classe funcional (CF) III/IV da *New York Heart Association* (NYHA), assim como a prematuridade e o óbito fetal.⁽¹¹⁻¹⁵⁾ A presença de cianose é um indicativo de repercussões fetais graves, com alta prevalência de abortamentos espontâneos, prematuridade, baixo peso e óbito fetal (Recomendação IA).^(13,14,16)

Conduta obstétrica

Recomenda-se a estratificação de risco proposta pela Organização Mundial da Saúde (Quadro 4) para guiar as condutas obstétricas.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ Em situações com risco de morte materna extremamente elevado (síndrome de Eisenmenger, síndrome de Marfan com dilatação aórtica, miocardiopatia periparto e disfunção ventricular importante, refratária a tratamento medicamentoso), a gravidez é fortemente contraindicada.^(6,20) A gestação não planejada nesse grupo constitui indicação de abortamento terapêutico. A assistência pré-natal das mulheres portadoras de doenças cardíacas exige cuidados multidis-

Quadro 1. Alterações hemodinâmicas na gravidez e puerpério

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Puerpério
Volume plasmático	↑	↑↑	↑↑ (até 50%)	↑↑↑
Frequência cardíaca	↑	↑	↔	↑
Resistência vascular	↓	↓↓	↔	↑↑
Débito cardíaco	↑	↑↑	↔	↑↑

Quadro 2. Principais alterações clínicas do sistema cardiovascular observadas na gravidez normal

Sintomas	Fadiga, falta de ar, tonturas
Sinais	Desvio do íctus, pulsação jugular proeminente Desdobramento de bulhas, sopro ejetivo suave
Achados eletrocardiográficos	Taquicardia/arritmia sinusal, extrassístoles Desvio do eixo, alterações da repolarização
Achados ecocardiográficos	Regurgitação mitral e/ou tricúspide Discreto aumento do ventrículo esquerdo Derrame pericárdico discreto

Quadro 3. Preditores com impacto negativo em gestantes cardiopatas

Maternos	Fetais
<ul style="list-style-type: none"> • Classe funcional III/IV da NYHA • Cianose materna • Disfunção miocárdica (fração de ejeção < 40%) • Obstrução de via de saída de coração esquerdo (AV mitral < 2,0 cm²; AV aórtica < 1,5 cm²; gradiente transvalvar aórtico > 30 mmHg) • História de arritmia grave (com repercussão clínica) • Eventos cardíacos prévios à gestação (AVC, ICC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulação • Cianose • Tabagismo • Classe funcional III ou IV • Prótese valvar metálica • Gestação múltipla • Obstrução de via de saída do ventrículo esquerdo

Fonte: Traduzido e adaptado de Siu SC, Sermer M, Colman JM, Alvarez AN, Mercier LA, Morton BC, et al.; Cardiac Disease in Pregnancy (CARPREG) Investigators. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation*. 2001;104(5):51521.⁽¹⁰⁾ AV: área valvar; AVC: acidente vascular cerebral; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

ciplinares. Para melhor controle clínico, recomendam-se redução do esforço físico, dieta com baixo teor de sal e, eventualmente, restrição hídrica.⁽²¹⁾ A terapêutica farmacológica pode e deve ser usada respeitando a relação risco-benefício entre a condição materna e o possível

Quadro 4. Estratificação do risco materno durante o ciclo gravídico-puerperal em função do tipo de doença cardíaca (adaptada da classificação da OMS)

Classe	Risco de acordo com condição clínica	Patologias
I	Não há aumento de morbimortalidade materna	Pequena ou não complicada: estenose pulmonar, ducto arterioso patente, prolapso da valva mitral Lesões simples reparadas: defeitos de septo atrial ou ventricular, drenagem anômala de veias pulmonares Batimentos ectópicos atriais ou ventriculares, isolados
II	Pequeno aumento na mortalidade materna ou moderado na morbidade	Defeitos de septo atrial ou ventricular não operado Tetralogia de Fallot corrigida Arritmias
II, III	Risco II ou III, a depender da condição clínica materna	Disfunção ventricular esquerda moderada Cardiomiopatia hipertrófica Patologia valvar compensada (valva nativa ou bioprótese) Síndrome de Marfan sem acometimento aórtico Patologia aórtica/valva bicúspide com anel valvar < 45 mm Coarctação de aorta reparada
III	Aumento significativo de mortalidade materna ou morbidade severa	Prótese valvar mecânica Ventrículo direito sistêmico Circulação de Fontan Cardiopatias cianogênicas não reparadas Cardiopatias congênitas complexas Síndrome de Marfan com dilatação aórtica > 40-45 mm Doença aórtica/valva bicúspide com anel valvar > 45-50 mm
IV	Risco de mortalidade materna ou morbidade importante extremamente alto. *A gestação é contraindicada. Interrupção pode ser considerada a depender da gravidade clínica.	Cardiomiopatia periparto prévia com disfunção ventricular residual Estenose mitral severa (área valvar < 1,5 cm ³), estenose aórtica severa sintomática e/ou disfunção de prótese com repercussão hemodinâmica Hipertensão arterial pulmonar de qualquer etiologia Disfunção de ventrículo sistêmico importante (fração de ejeção < 30% e/ou classe funcional III ou IV NYHA) Síndrome de Marfan com dilatação aórtica > 45 mm Doença aórtica/valva bicúspide com anel valvar > 50 mm Coarctação congênita severa não corrigida

Fonte: Traduzido e adaptado de Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferreira R, Foidart JM, et al.; European Society of Gynecology (ESG); Association for European Paediatric Cardiology (AEPC); German Society for Gender Medicine (DGesGM); ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011;32(24):3147-97.⁽¹⁷⁾

risco fetal.^(2,13) A rotina de acompanhamento pré-natal e a programação de parto preconizadas estão detalhadas no quadro 5. A descompensação cardiológica pode estar relacionada à interrupção da terapia medicamentosa, à anemia, à infecção, à atividade física excessiva, à gemelaridade e à pré-eclâmpsia.^(20,22,23) Nesses casos, a internação é obrigatória para pesquisa de fatores desencadeantes e ajuste medicamentoso. As pacientes que permanecem em CF III/IV devem ficar internadas até o final da gravidez (Recomendação IIA).^(1,13,18,21) **A avaliação do bem-estar fetal** é feita clinicamente e por

ultrassonografia seriada, Dopplerfluxometria (a partir da 26ª semana) e perfil biofísico fetal (a partir da 34ª semana). Esses exames podem ser iniciados mais precocemente quando houver piora clínica, cianose, uso de medicamentos (em especial, betabloqueadores, anticoagulantes e diuréticos) e na presença de restrição do crescimento fetal (Recomendação IIA).^(18,21) É comum a prematuridade espontânea em pacientes sem controle clínico adequado, bem como repercussões fetais, obrigando ao parto prematuro terapêutico.^(14,22) Não se inibe trabalho de parto prematuro nem se administra

Quadro 5. Rotina pré-natal na cardiopatia materna segundo a classificação OMS

Classe OMS	I	II	III	IV
Pré-natal (nível de atenção)	Primária	Secundária	Terciária ou quaternária	Quaternária
Consultas	Mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até o parto		Conforme condição materna	
Ecocardiograma materno	Início da gestação		Trimestral	
Ecocardiograma fetal	Se houver cardiopatia congênita materna ou outra indicação clínica, entre 24 e 28 semanas			
Ultrassonografia	Rotina habitual		Mensal	
Vitalidade fetal	Habitual	Termo	26 semanas	
Programação do parto	Termo	Termo. Evitar pós-datismo	Programado a termo*	
Via de parto	Obstétrica		Obstétrica, conforme condição materna	
Analgesia	Habitual	Recomendada	Precoce	
Expulsivo	Habitual		Abreviação expulsivo	
Puerpério imediato	Habitual	Recuperação pós-anestésica	Unidade de terapia intensiva	

Fonte: Adaptado de Bortolotto, MR, Testa C. Protocolos assistenciais clínica obstétrica. 5a ed. São Paulo: Atheneu; 2016.⁽¹⁸⁾

* Em pacientes com descompensação clínica refratária ao tratamento otimizado, o parto é indicado independente da idade gestacional, geralmente, por via alta. Nos casos de acometimento aórtico, indicado parto cesárea.

corticoterapia para maturação pulmonar fetal em gestante cardiopata com repercussão hemodinâmica, sob o risco de descompensação clínica importante. Nos casos de doenças mais graves (OMS classes III e IV), programar o parto a partir de 37 semanas. Em qualquer momento da gestação, diante de descompensação clínica, deve-se proceder à internação hospitalar e otimizar o tratamento medicamentoso. Se o controle clínico materno não puder ser alcançado, estará indicado o parto terapêutico.^(13,14,21) O parto deve ser assistido em ambiente hospitalar, com retaguarda cardiológica e de terapia intensiva. O parto espontâneo por via vaginal é o mais adequado, com analgesia precoce e abreviação do período expulsivo.^(2,13,24,25) A cesariana está associada a maior risco de sangramento, à instabilidade hemodinâmica, à infecção e aos fenômenos tromboembólicos^(1,7,13,26) e, com relação ao parto vaginal, não apresenta vantagem em relação ao desfecho materno.⁽²⁷⁾

Constituem **indicações formais de cesárea em gestantes cardiopatas** as situações de risco para dissecação de aorta (Marfan com envolvimento aórtico, coarctação de aorta grave, aneurisma de aorta) e parto inadiável em paciente sob anticoagulação oral (pelo risco de sangramento fetal) (Recomendação IA).^(13,14,21,28,29) São indicações relativas: hipertensão pulmonar grave, estenose aórtica grave, cardiopatias complexas não corrigidas, insuficiência cardíaca refratária a tratamento clínico.^(14,16,22) Nessas situações, permite-se o parto espontâneo, desde que evolua de forma rápida, com os cuidados para evitar piora clínica (Recomendação IIA). É indicada a monitorização cardiovascular materna não invasiva. A monitorização invasiva fica reservada aos casos mais

graves, com alto risco de instabilidade hemodinâmica.^(2,14,21) A monitorização fetal pode ser realizada de maneira intermitente em partos espontâneos sem repercussões placentárias e/ou fetais e contínua em todas as outras situações. Nas pacientes com risco aumentado, bem como naquelas que fazem uso de profilaxia antitrombótica ou anticoagulação plena (próteses valvares mecânicas, fibrilação atrial crônica), recomenda-se parto planejado visando à melhor assistência clínica, anestésica e obstétrica.^(14,21,30) Profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa (EI) é indicada antes de curetagem pós-aborto, partos vaginais e cesáreas em pacientes de moderado a alto risco para EI, valvopatia reumática, próteses valvares, antecedente de EI, cardiopatia congênita cianótica complexa ou com *shunts* cirúrgicos sistêmicos pulmonares.⁽³¹⁾ No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), utilizam-se ampicilina 2 g e gentamicina 1,5 mg/kg (até 120 mg) antes do procedimento e repetição de ampicilina após 6 horas (Recomendação IIB). A analgesia contínua intraparto visa à manutenção da estabilidade hemodinâmica, e não apenas ao controle da dor. Na cesariana, a anestesia locorregional pode ser contraindicada em casos de hipertensão pulmonar moderada ou grave, obstrução de via de saída de ventrículo esquerdo, fração de ejeção reduzida, doença arterial coronariana (Recomendação IA).^(13,32)

PUERPÉRIO

As alterações hemodinâmicas, aliadas às alterações da coagulação do puerpério precoce (tendência à hipercoa-

gulabilidade), tornam essa fase a mais perigosa e passível de descompensação cardíaca.⁽¹³⁾ O puerpério imediato deve ser seguido em unidade de terapia intensiva, com especial atenção para sinais de sobrecarga de volume, ausculta pulmonar, frequência cardíaca, diurese, pressão arterial e perdas sanguíneas.^(2,13,21) A paciente deve receber alta mais tardiamente, com ajuste medicamentoso adequado e retorno precoce. Constituem-se contraindicações a lactação, o uso de amiodarona e a imunossupressores. Nesses casos, recomendam-se métodos mecânicos de supressão da lactação, visto que os fármacos habitualmente utilizadas com essa finalidade podem aumentar o risco trombótico ou de vasoespasmio.^(13,21)

Terapêuticas específicas

Terapia medicamentosa

Geralmente, poucos medicamentos estão contraindicados durante a gestação, e a interrupção abrupta do tratamento medicamentoso é uma das principais causas de descompensação clínica. Devem ser suspensos os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), antagonistas dos receptores de angiotensina e estatinas. A amiodarona e os anticoagulantes orais só devem ser utilizados quando os benefícios superarem os riscos fetais (Recomendação IA).^(13,20) Diante da hipercoagulabilidade da gravidez,^(13,28) está recomendada a terapêutica antitrombótica em pacientes com disfunção miocárdica importante com dilatação ventricular, cianose materna, estenose valvar mitral com aumento de átrio esquerdo, arritmia trombogênica, repouso/imobilização prolongado e antecedente de tromboembolismo. O agente de escolha nessas situações é a heparina, regular ou de baixo peso molecular, em dose profilática.⁽²⁸⁾

Pacientes portadoras de próteses valvares mecânicas e com fibrilação atrial crônica têm indicação de anticoagulação plena.^(13,20,28) A conduta atualmente recomendada é o uso de heparina de baixo peso molecular no primeiro trimestre e de varfarina da 13ª até a 36ª semana. Com 36 semanas ou duas semanas antes do parto, trocar por heparina de baixo peso molecular, com controle de atividade heparínica. Outra opção é o uso da heparina regular por via endovenosa até o parto e puerpério precoce (dose ajustada pelo tempo de tromboplastina parcial ativada – TTPa). Três dias após o parto, faz-se a transição para anticoagulação oral. Esta conduta visa reduzir riscos fetais sem aumentar demasiadamente a morbidade materna (Recomendação IIA).^(13,21,28,30)

Procedimentos cardiológicos

- Cardioversão elétrica: não apresenta efeitos deletérios fetais. Deve ser feita sob sedação, como de costume. A cardioversão química também pode ser realizada, quando indicada, sem risco para o concepto.^(13,22)
- Valvoplastia percutânea por balão, ablação por cateterismo e cirurgia cardíaca na gravidez: devem

ser indicadas apenas em caso de descompensação grave refratária ao tratamento clínico, preferencialmente no segundo trimestre.^(6,13)

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- O risco de descompensação clínica e morte em mulheres portadoras de doenças cardíacas é aumentado no período gravídico-puerperal (Recomendação IA).
- Os períodos de maior probabilidade de descompensação clínica são terceiro trimestre, parto e puerpério precoce (Recomendação IA).
- Preditores de risco materno: CF III ou IV da NYHA, cianose, disfunção miocárdica grave, obstrução de via de saída do coração esquerdo, história de arritmia grave ou eventos cardíacos. Além desses fatores, são preditores de risco perinatal a presença de cianose, o tabagismo e a anticoagulação materna (Recomendação IA).
- Se indicada, pode ser utilizada terapêutica medicamentosa cardiovascular durante a gravidez, com exceção dos inibidores da ECA e dos antagonistas dos receptores de angiotensina. A anticoagulação em pacientes com próteses valvares mecânicas e fibrilação atrial crônica merece atenção especial no período gravídico (Recomendação IA).
- A inibição de trabalho de parto prematuro em gestantes cardiopatas com repercussão clínica está contraindicada (Recomendação IIA).
- Não há necessidade de antecipação do parto ou de cesárea na maioria das pacientes com cardiopatia. A cesárea é recomendável em situações de risco de dissecação de aorta e em mulheres sob anticoagulação com varfarina. Nos outros casos, a via de parto tem indicação obstétrica (Recomendação IIA).
- Recomenda-se programação do parto em mulheres com risco de descompensação ou que exijam cuidados especiais (Recomendação IA).

RESPOSTAS

1: A; 2: B; 3: D; 4: B; 5: D.

REFERÊNCIAS

1. Clark SL. Cardiac disease in pregnancy. *Crit Care Clin.* 1991;7(4):777-97.
2. Foley M. Cardic disease. In: Dildy III G, Saade G, Phelan J, Hankins GD, Clark SL, editors. *Critical care obstetrics.* Massachussets: Blackwell; 2004.
3. Lewey J, Haythe J. Cardiomyopathy in pregnancy. *Semin Perinatol.* 2014;38(5):309-17.
4. Deneux-Tharoux C, Berg C, Bouvier-Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol.* 2005;106(4):684-92.

5. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna. CID-10. Brasília (DF); Secretaria de Vigilância em Saúde; 2015. [citado 2018 Set 1]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>
6. Feitosa H. Mortalidade materna por cardiopatia. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(6):443-51.
7. Bortolotto MRFL. Estudo dos fatores relacionados à determinação da via de parto em gestantes portadoras de cardiopatias [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
8. Avila WS, Rossi EG, Ramires JA, Grinberg M, Bortolotto MR, Zugaib M, et al. Pregnancy in patients with heart disease: experience with 1,000 cases. *Clin Cardiol*. 2003;26(3):135-42.
9. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases on the heart and great vessels. 8th ed. Boston: Little, Brown & Co; 1964.
10. Siu SC, Sermer M, Colman JM, Alvarez AN, Mercier LA, Morton BC, et al.; Cardiac Disease in Pregnancy (CARPREG) Investigators. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation*. 2001;104(5):515-21.
11. Ruys TP, Roos-Hesselink JW, Hall R, Subirana-Domènech MT, Grando-Ting J, Estensen M, et al. Heart failure in pregnant women with cardiac disease: data from the ROPAC. *Heart*. 2014;100(3):231-8.
12. Kampman MA, Bilardo CM, Mulder BJ, Aarnoudse JG, Ris-Stalpers C, van Veldhuisen DJ, et al. Maternal cardiac function, uteroplacental Doppler flow parameters and pregnancy outcome: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;46(1):21-8.
13. Elkayam U, Gleicher N, editors. Cardiac problems in pregnancy: diagnosis and management of maternal and fetal disease. 3rd. New York: Wiley-Liss; 1998.
14. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2003;24(8):761-81.
15. Siu SC, Colman JM, Sorensen S, Smallhorn JF, Farine D, Amankwah KS, et al. Adverse neonatal and cardiac outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. *Circulation*. 2002;105(18):2179-84.
16. Uebing A, Steer PJ, Yentis SM, Gatzoulis MA. Pregnancy and congenital heart disease. *BMJ*. 2006;332(7538):401-6.
17. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferreira R, Foidart JM, et al.; European Society of Gynecology (ESG); Association for European Paediatric Cardiology (AEPC); German Society for Gender Medicine (DGesGM); ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011;32(24):3147-97.
18. Bortolotto MR, Testa C. Protocolos assistenciais clínica obstétrica. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2016.
19. Testa CB, Bortolotto MR, Francisco R. Clínica médica. 2ª ed. Barueri (SP): Manole; 2016. p. 648-66.
20. Qasqas SA, McPherson C, Frishman WH, Elkayam U. Cardiovascular pharmacotherapeutic considerations during pregnancy and lactation. *Cardiol Rev*. 2004;12(4):201-21.
21. Zugaib M, Bittar R. Protocolos da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
22. Pijuan Domènech A, Gatzoulis MA. [Pregnancy and heart disease]. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(9):971-84.
23. Van Mieghem T, Deprest J, Verhaeghe J. Fetal and maternal hemodynamics in pregnancy: new insights in the cardiovascular adaptation to uncomplicated pregnancy, twin-to-twin transfusion syndrome and congenital diaphragmatic hernia. *Facts Views Vis Obgyn*. 2011;3(3):205-13.
24. van Oppen AC, Stigter RH, Bruinse HW. Cardiac output in normal pregnancy: a critical review. *Obstet Gynecol*. 1996;87(2):310-8.
25. van Mook WN, Peeters L. Severe cardiac disease in pregnancy, part I: hemodynamic changes and complaints during pregnancy, and general management of cardiac disease in pregnancy. *Curr Opin Crit Care*. 2005;11(5):430-4.
26. Rao S, Ginns JN. Adult congenital heart disease and pregnancy. *Semin Perinatol*. 2014;38(5):260-72.
27. Ruys TP, Roos-Hesselink JW, Pijuan-Domènech A, Vasario E, Gaisin IR, Lung B, et al.; ROPAC investigators. Is a planned caesarean section in women with cardiac disease beneficial? *Heart*. 2015;101(7):530-6.
28. Bates SM, Greer IA, Hirsh J, Ginsberg JS. Use of antithrombotic agents during pregnancy: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004;126(3 Suppl):627S-44S.
29. Goland S, Elkayam U. Pregnancy and Marfan syndrome. *Ann Cardiothorac Surg*. 2017;6(6):642-53.
30. Seshadri N, Goldhaber SZ, Elkayam U, Grimm RA, Groce JB 3rd, Heit JA, et al. The clinical challenge of bridging anticoagulation with low-molecular-weight heparin in patients with mechanical prosthetic heart valves: an evidence-based comparative review focusing on anticoagulation options in pregnant and nonpregnant patients. *Am Heart J*. 2005;150(1):27-34.
31. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. *Clin Infect Dis*. 1997;25(6):1448-58.
32. Kuczkowski KM, van Zundert A. Anesthesia for pregnant women with valvular heart disease: the state-of-the-art. *J Anesth*. 2007;21(2):252-7.

Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez

Fernanda Garanhani de Castro Surita¹, Danilo Eduardo Abib Pastore¹

1. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Descritores

Lúpus eritematoso sistêmico;
Gravidez; Cuidado pré-natal;
Protocolo de acompanhamento

Como citar?

Surita FG, Pastore DE. Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 90/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 90, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PERGUNTAS

1. Se uma paciente com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico deseja engravidar, quais anticorpos devem ser obrigatoriamente conhecidos antes:

- (a) Anti-Ro e anti-La, pelo risco de cardiopatia fetal.
- (b) FAN, importante para o diagnóstico do lúpus.
- (c) Ac anticardiolipina e lúpus anticoagulante.
- (d) Todas as anteriores.

2. Para conseguir melhor prognóstico na gestação, é importante só liberar a paciente para engravidar quando estiver fora de atividade por ao menos:

- (a) 2 anos
- (b) 1 ano
- (c) 6 meses
- (d) 3 meses

3. Para diferenciar atividade lúpica na gravidez de pré-eclâmpsia, devemos solicitar:

- (a) Proteinúria
- (b) Dosagem de C3, C4 e CH50
- (c) TGO-TGP
- (d) Ácido úrico

4. Entre os medicamentos utilizados no lúpus, devemos interromper na gravidez:

- (a) Hidroxicloroquina
- (b) Glicocorticoide
- (c) Metotrexato
- (d) Rituximabe

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é um transtorno do tecido conjuntivo, de etiologia autoimune e acometimento multissistêmico. Apresenta prevalência de 40 a 200 casos por 100.000 habitantes, sendo mais comum entre descendentes africanos e asiáticos. No Brasil, sua prevalência é em torno de 8,7 por 100 mil habitantes.^(1,2) Tem predileção pelo sexo feminino, afetando especialmente mulheres em idade reprodutiva, com proporção de nove mulheres para cada homem. Sua ocorrência na gestação é particularmente importante ao impactar direta ou indiretamente a saúde materna e perinatal.⁽³⁾ Entre as gestantes, a incidência de LES varia entre 1:660 e 1:2.952. Com os recentes avanços no diagnóstico e no tratamento das complicações obstétricas e na assistência neonatal, as chances de bons resultados perinatais aumentaram sobremaneira, contudo o LES ainda persiste como uma doença associada à sig-

nificativa morbidade fetal e materna. Seus resultados gestacionais são caracterizados por maiores taxas de perda fetal, parto prematuro e restrição do crescimento fetal (RCF), maior incidência de transtornos hipertensivos e de necessidade de cuidados intensivos.⁽³⁻⁵⁾ A atividade do lúpus durante a gravidez e nos seis meses que a precedem, antecedente de nefropatia lúpica, hipertensão arterial e positividade para anticorpos antifosfolípidos são os principais fatores associados aos resultados desfavoráveis.⁽³⁾ Melhorar os padrões de assistência pré-concepcional e na gestação das mulheres lúpicas deve ser um dos objetivos primordiais do acompanhamento obstétrico. A adoção de protocolo específico de cuidados a essas mulheres consiste em um dos primeiros passos para que esse objetivo possa ser alcançado. A décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial

de Saúde (OMS), classifica o LES sob o verbete “lúpus eritematoso disseminado”, com código M32.⁽⁶⁾ As recomendações desse protocolo levam em consideração os graus de recomendação segundo a força da evidência científica, de acordo com orientação da Associação Médica Brasileira, descrita a seguir:⁽⁷⁾

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência;
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência;
- C:** Relatos ou séries de casos;
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

DIAGNÓSTICO

O LES apresenta vasta gama de apresentações clínicas diversas. As principais incluem manifestações mucocutâneas, musculoesqueléticas, hematológicas, cardiopulmonares, renais e do sistema nervoso central. Encontram-se entre as formas mais graves a nefrite lúpica e o lúpus neuropsiquiátrico, comumente associados à redução significativa na expectativa de vida.⁽²⁾ A nefrite lúpica é uma das principais causas de morte, juntamente com as condições infecciosas ligadas à doença e ao seu tratamento.⁽⁸⁾ Entre os sin-

tomas, notam-se perda de peso, anemia, artralgia e artrite. O envolvimento do sistema osteoarticular é a manifestação clínica mais frequente.⁽²⁾ A síndrome antifosfolípídica pode ocorrer em associação com o LES e é caracterizada por trombozes arteriais e venosas, bem como pela presença de perdas gestacionais recorrentes.⁽⁹⁾ O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) propôs critérios para o diagnóstico de LES (Quadro 1)⁽¹⁰⁾ e, para ser classificado como tal, pelo menos quatro critérios devem estar presentes (em série ou simultaneamente).^(2,9,11) Pacientes com menos de quatro critérios e com forte suspeita clínica devem ser acompanhados com atenção, recebendo o diagnóstico de “lúpus provável”, se presentes três critérios, ou “lúpus possível”, se presentes apenas dois dos critérios.⁽⁵⁾

Critérios revisados para diagnóstico de LES foram elaborados por um grupo de especialistas em LES, o *Clinic Collaborative Systemic Lupus* (SLICC) (Quadro 2). Para tal, exige-se que se satisfaçam pelo menos quatro dos 17 critérios, incluindo pelo menos um dos 11 critérios clínicos e um dos seis critérios imunológicos, ou ainda que haja presença de nefrite comprovada por biópsia compatível com LES e positividade dos anticorpos antinucleares (FAN) ou anticorpos anti-DNA cadeia dupla (dsDNA).⁽¹²⁾

Quadro 1. Critérios para a classificação do lúpus eritematoso sistêmico

Critério	Descrição
1. Eritema malar	Lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
2. Lesão discoide	Lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. Fotossensibilidade	Exantema cutâneo como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.
4. Úlceras orais/nasais	Úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
5. Artrite	Não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
6. Serosite	Pleurite (caracterizada por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentada por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).
7. Comprometimento renal	Proteinúria persistente (> 0,5 g/dia ou 3+) ou cilindúria anormal.
8. Alterações neurológicas	Convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).
9. Alterações hematológicas	Anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000/mm ³ em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1.500/mm ³ em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm ³ na ausência de outra causa).
10. Alterações imunológicas	Anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em: a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina; b) teste positivo para anticoagulante lúpico; ou c) teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.
11. Anticorpos antinucleares	Título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

Fonte: Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Systemic Lupus Erythematosus Guidelines. *Arthritis Rheum.* 1999;42(9):1785-96.⁽¹⁰⁾

Quadro 2. Critérios SLICC para a classificação do lúpus eritematoso sistêmico (quatro dos 17 critérios, incluindo pelo menos um critério clínico e um critério imunológico; OU nefrite lúpica comprovada por biópsia)

Critérios	Definição
Critérios clínicos	
Lúpus cutâneo agudo	Erupção malar cutânea (não conta se discoide malar); lúpus bolhoso; variante lúpica da necrólise epidérmica tóxica; erupção cutânea com lúpus maculopapular; erupção fotossensível do lúpus (na ausência de dermatomiosite); OU lúpus cutâneo subagudo (lesões psoriasiformes não endurecidas e/ou lesões policíclicas anulares que se resolvem sem cicatrização, apesar de eventual despigmentação pós-inflamatória ou teleangectasias)
Lúpus cutâneo crônico	Erupção discoide clássica; localizada (acima do pescoço); generalizada (acima e abaixo do pescoço); lúpus hipertrófico (verrucoso); paniculite de lúpus (profunda); lúpus mucoso; lúpus eritematoso tímido; lúpus <i>pernio</i> ; OU sobreposição lúpus discoide/líquen plano.
Alopecia não cicatricial	Queda difusa ou fragilidade do cabelo com cabelos quebradiços visíveis (na ausência de outras causas, como alopecia areata, drogas, deficiência de ferro e alopecia androgênica).
Úlceras nasais ou orais	Úlceras palatinas, bucais, linguais ou nasais [na ausência de outras causas, como vasculite, doença de Behçet, infecção (herpes-vírus), doença inflamatória intestinal, artrite reativa e alimentos ácidos].
Acometimentos articulares	Sinovite envolvendo duas ou mais articulações, caracterizada por inchaço ou derrame; OU Sensibilidade em duas ou mais articulações e pelo menos 30 minutos de rigidez matinal;
Serosite	Pleurisia típica por mais de um dia, derrames pleurais ou atrito pleural; OU Dor pericárdica típica (dor em decúbito que melhora sentando-se para a frente) por mais de um dia, derrame pericárdico, atrito pericárdico ou pericardite na eletrocardiografia na ausência de outras causas, como infecção, uremia e síndrome de Dressler.
Renal	Relação proteína-creatinina na urina (ou proteinúria de urina de 24 horas) que representa 500 mg de proteína/24 horas; OU Cilindros hemáticos.
Neurológico	Convulsões; psicose; mononeurite múltipla (na ausência de outras causas conhecidas, como vasculite primária); mielite; neuropatia periférica ou craniana (na ausência de outras causas conhecidas, como vasculite primária, infecção e <i>diabetes mellitus</i>); OU Estado confusional agudo (na ausência de outras causas, incluindo toxicometabólico, uremia, drogas).
Anemia hemolítica	Anemia hemolítica.
Leucopenia ou linfopenia	Leucopenia (< 4.000/mm ³ pelo menos uma vez) (na ausência de outras causas conhecidas, como síndrome de Felty, drogas e hipertensão portal), OU Linfopenia (< 1.000/mm ³ pelo menos uma vez) (na ausência de outras causas conhecidas, como uso de glicocorticoides, drogas e infecção).
Trombocitopenia	Trombocitopenia (< 100.000/mm ³) pelo menos uma vez na ausência de outras causas conhecidas, como drogas, hipertensão portal e púrpura trombocitopênica trombótica.
Critérios imunológicos	
FAN	FAN acima do limite de referência do laboratório.
Anti-dsDNA	Nível de anticorpos anti-dsDNA acima do intervalo de referência do laboratório (ou acima do dobro limite superior se testado por ELISA).
Anti-Sm	Presença de anticorpos contra o antígeno nuclear Sm.
Antifosfolípides	Anticorpos antifosfolípides positivos, conforme determinado por qualquer um dos seguintes: resultado positivo do teste para anticoagulante lúpico; resultado de teste falso-positivo para VDRL; níveis de anticorpo anticardiolipina de título médio ou alto (IgA, IgG ou IgM); ou resultado positivo do teste para antibeta-2-glicoproteína I (IgA, IgG ou IgM).
Complemento baixo	Baixo C3; baixo C4; OU baixo CH50.
Teste de Coombs direto	Teste de Coombs direto na ausência de anemia hemolítica.

Fonte: Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012;64(8):2677-86.⁽¹²⁾

ORIENTAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

O manejo mais adequado da gravidez que corre em paralelo ao curso do LES deve contar com a integração de diferentes especialidades médicas: obstetras, reumatologistas, hematologistas e nefrologistas.⁽¹³⁾ O aconselhamento pré-concepcional é essencial para avaliar os riscos de complicações fetais e maternas, e condições específicas devem ser avaliadas, particularmente os antecedentes de complicações em gestações anteriores, a presença de danos orgânicos severos e irreversíveis, a atividade do lúpus (recente ou atual), a presença de anticorpos ou síndrome antifosfolípide, a positividade para anticorpos anti-Ro/anti-La, o tratamento medicamentoso em curso, a presença de outras condições crônicas (tais como hipertensão, diabetes etc.) e hábitos deletérios (por exemplo, tabagismo).⁽¹³⁻¹⁵⁾ Especial atenção deve ser dada às condições que formalmente contraindicam a gestação, tais como hipertensão pulmonar grave, doença pulmonar restritiva grave, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, antecedentes de pré-eclâmpsia grave ou síndrome HELLP, acidente vascular cerebral nos últimos seis meses ou exacerbação grave do lúpus nos últimos seis meses.⁽¹³⁻¹⁶⁾ Assim, recomenda-se que a concepção seja adiada até que a doença seja considerada inativa durante pelo menos seis meses, condição que substancialmente melhora seus resultados.^(13-15,17)

ACOMPANHAMENTO OBSTÉTRICO

O cuidado pré-natal da gestante com LES demanda estreita colaboração entre o obstetra e algumas especialidades clínicas (reumatologista, nefrologista ou hematologista). O acompanhamento deve-se dar em um centro de referência de alto risco, com avaliações periódicas pelo clínico a cada quatro a seis semanas. A visita obstétrica deve ser mensal até a 20ª semana, quinzenal até a 28ª e, após, semanal até o parto.⁽¹⁴⁾ Além da avaliação laboratorial de rotina do pré-natal, devem ser verificados hemograma completo, função renal e hepática e quantificação de proteína urinária em coleta de 24 horas.⁽¹⁸⁾ Outros testes devem incluir dosagens do complemento (C3, C4, CH50), anticorpos anticardiolipina, anti-dsDNA, anticoagulante lúpico e anti-SSA e SSB (Ro e La).⁽¹⁹⁾ O risco de ocorrência de um *flare* (surto de ativação) durante a gravidez parece estar relacionado à ocorrência de atividade da doença 6 a 12 meses antes da concepção.^(18,20-23) Observa-se ainda risco maior na vigência de nefrite lúpica no período periconcepcional, mesmo em mulheres em remissão.^(18,20,24,25) Todas as gestantes com suspeita clínica de doença ativa ou mal controlada devem ser hospitalizadas devido à gravidade da condição materna e à rápida deterioração da vitalidade fetal, comumente associadas a esse evento.^(4,18,26) Os níveis de C3 e C4, durante a gravidez, podem-se apresentar dentro da faixa de normalidade, mesmo nos casos de LES ativo. Contu-

do, suas variações relativas são mais significativas, em vez de níveis absolutos. Quedas superiores a 25% nos níveis de complemento sérico sugerem atividade do lúpus.⁽¹⁸⁾ Algumas escalas de atividade de doença específicas à gravidez foram desenvolvidas (como SLEPDAI e LAI-P), mas com uso majoritário como ferramentas de pesquisa. Na prática, o julgamento clínico por equipe experiente no manejo de pacientes lúpicos ainda é considerado o padrão-ouro.^(4,16,17,26) A escala SLEPDAI atribui diferentes pontuações para as várias manifestações clínicas e laboratoriais da atividade lúpica e leva em consideração as mudanças fisiológicas da gestação e as principais patologias do ciclo gravídico-puerperal que podem mimetizar o LES em atividade. Sua pontuação varia de zero a 105 e estratifica a atividade da doença em ausente (até 4 pontos), leve a moderada (5 a 12 pontos) e grave (até 12 pontos) (Quadro 3).⁽²⁷⁾

Em gestantes lúpicas, o diagnóstico de pré-eclâmpsia costuma ser difícil, pois é frequente sua superposição à hipertensão crônica.⁽¹⁹⁾ Além disso, em gestantes com lesões glomerulares, pode haver proteinúria aumentada em decorrência do aumento da taxa de filtração glomerular próprio da gravidez.^(19,28) O diagnóstico diferencial de pré-eclâmpsia em pacientes com lúpus pode ser auxiliado na presença de variações nas dosagens de C3, C4 e CH50.⁽¹⁹⁾ Outros achados laboratoriais podem ser úteis: sedimentação urinária anormal com presença de dimorfismo eritrocitário ou cilindros celulares e aumento nos títulos de anticorpos anti-DNA, achados observados na nefrite lúpica e no LES em atividade.⁽⁴⁾

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E VITALIDADE FETAL

As complicações fetais são frequentemente notadas em pacientes com LES. Em geral, os abortos espontâneos e o óbito fetal podem ocorrer em cerca de 20% das gravidezes de pacientes com LES.^(15,20,22,29) O quadro 4 resume os principais métodos propedêuticos disponíveis.

ESPECIFICIDADES DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DURANTE A GRAVIDEZ

Os riscos e os benefícios do tratamento de longo prazo para o LES devem ser cuidadosamente avaliados pela equipe multidisciplinar, não se esquecendo de considerar que a doença em atividade promove efeitos nocivos tanto para a mãe quanto para o feto.^(15,20) Devido ao medo da toxicidade, é frequente que as mulheres com LES interrompam sua medicação de uso habitual antes da concepção. Contudo, a descontinuação da terapia feita de maneira equivocada aumenta os riscos de ocorrência de *flares* e de desfechos gestacionais desfavoráveis.⁽³¹⁾ De maneira geral, o tratamento imunossupressor em mulheres grávidas com lúpus em remissão não deve ser alterado. As drogas mais utilizadas são os glicocorticoides e a hidro-

Quadro 3. Instrumento SLEPDAI para classificação da atividade da doença durante a gestação

Escore	Descrição	Modificado para a gestação	Considerações
8	Convulsão	Sim	Excluir eclâmpsia.
8	Psicose	Não	
8	Síndrome organocerebral	Não	
8	Distúrbios visuais	Não	
8	Distúrbios nos pares cranianos	Sim	Excluir paralisia de Bell.
8	Cefaleia lúpica	Sim	Excluir pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
8	Acidente vascular cerebral	Sim	Excluir eclâmpsia.
8	Vasculite	Sim	Considerar eritema palmar.
4	Artrite	Sim	Considerar derrames articulares.
4	Miosite	Não	
4	Cilindros urinários	Não	
4	Hematuria	Sim	Excluir cistite e hemácias na vagina decorrentes de problemas placentários.
4	Proteinúria	Sim	Excluir eclâmpsia.
4	Piúria	Sim	Excluir infecção.
2	Novo rash	Sim	Considerar cloasma.
2	Alopecia	Sim	Considerar alopecia pós-parto fisiológica.
2	Ulcerações nasais	Não	
2	Pleurisia	Sim	Hiperventilação pode ser secundária aos elevados níveis de progesterona; dispneia secundária ao aumento do útero.
2	Pericardite	Não	
2	Hipocomplementemia	Sim	Complementos normalmente aumentam durante a gravidez.
2	Aumento do anti-DNA	Não	
1	Trombocitopenia	Sim	Excluir pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e trombocitopenia incidental da gravidez.
1	Leucopenia	Sim	Considerar o aumento normal da contagem de leucócitos durante a gravidez.
1	Febre	Não	

Fonte: Buyon JP. Updates on lupus and pregnancy. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2009;67(3):271-5. Review⁽²⁷⁾

xicloroquina, que devem ser mantidas.^(32,33) O quadro 5 resume as principais medicações.

O controle adequado da pressão arterial na gestante lúpica pode evitar vários desfechos adversos da gravidez. Labetalol, nifedipino ou metildopa são medicamentos seguros para o tratamento da hipertensão. Devido à sua associação com anormalidades congênitas, os inibidores da enzima conversora de angiotensina devem ser evitados.⁽³²⁾ O uso de ácido acetilsalicílico em baixas doses e de suplementação de cálcio reduz o risco de pré-eclâmpsia e de morte perinatal, devendo ser introduzida na 12ª semana e retirada antes do parto. Recomenda-se anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular (HBPM) nos casos de evento tromboem-

bólico prévio.⁽³²⁾ Suplementação de cálcio, principalmente para as mulheres em uso de corticosteroides e heparina, é recomendada. Contrariamente, a suplementação de vitamina D não reduz os riscos de desfechos desfavoráveis.⁽²⁶⁾

ASSISTÊNCIA AO PARTO

Mulheres com LES possuem maior risco de parto prematuro, que pode ocorrer de forma espontânea ou devido a complicações, demandando o parto antecipado.⁽¹⁸⁾ Para interrupções entre 24 e 34 semanas, recomenda-se aceleração da maturação pulmonar fetal com duas aplicações intramusculares de esteroides

Quadro 4. Métodos para avaliação do crescimento e vitalidade fetal

Vigilância do crescimento fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassonografia obstétrica realizada de modo seriado. • Mensuração do comprimento cabeça-nádega no primeiro trimestre é essencial para a precisa datação da gestação.⁽¹⁹⁾ • Avaliações devem ser realizadas mensalmente, tanto para o controle do peso fetal quanto para a mensuração do volume de líquido amniótico.⁽¹⁹⁾ • Nos casos de pré-eclâmpsia ou RCF, o intervalo pode ser reduzido para 3 semanas.⁽¹⁹⁾
Avaliação morfológica	<ul style="list-style-type: none"> • Deve se dar entre 16 e 22 semanas.⁽¹⁹⁾
Vigilância da vitalidade fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Deve incluir a cardiocografia, o perfil biofísico fetal (PBF) e a Dopplervelocimetria da artéria umbilical fetal.⁽¹⁹⁾ • Começar entre 26 e 28 semanas.⁽¹⁹⁾ • Avaliações semanais até o nascimento.⁽¹⁹⁾ • As alterações do Doppler da artéria umbilical devem ser manejadas de forma semelhante à das gestantes não lúpicas. O resultado normal desses testes tem alto valor preditivo negativo para morte fetal.⁽³⁰⁾ • Também descritas associações entre Doppler anormal da artéria uterina e óbito fetal, pré-eclâmpsia, RCF e parto prematuro.⁽³⁰⁾
Ecocardiografia fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizada entre 18 e 20 semanas e 26 e 28 semanas.⁽¹⁸⁾ • Para mulheres com anticorpos anti-Ro ou La positivos, devido ao risco de bloqueio cardíaco congênito fetal.⁽¹⁸⁾

(12 mg de betametasona), independentemente de administração prévia de esteroides orais (pois esses não ultrapassam a barreira placentária).⁽¹⁸⁾ Devido aos seus benefícios neuroprotetivos para o feto, o sulfato de magnésio deve ser considerado quando a idade gestacional é inferior a 32 semanas.⁽¹⁸⁾ A via de parto preferencial deve ser vaginal, recomendando-se a cesariana apenas para indicações obstétricas, em vista de seus fatores de risco extras para tromboembolismo venoso (TEV), perda de sangue e infecção, bem como repercussões para futuras gestações.⁽¹⁸⁾ Nos casos de uso de corticosteroides em dose imunossupressora (superior a 1 mg/kg), antibioticoprofilaxia no trabalho de parto é recomendada devido aos riscos de infecção e sepse.^(17,32) O ajuste da medicação de uso materno durante o trabalho de parto pode ser necessário; opta-se por hidrocortisona endovenosa se houver uso prolongado de esteroides orais a fim de se superar o estresse fisiológico do trabalho de parto. A HBPM profilática deve ser descontinuada no início do trabalho espontâneo e na noite anterior ao trabalho de parto induzido, ou cesariana eletiva. A anestesia regional (epidural ou espinal) pode ser realizada 12 horas após a última dose de HBPM.⁽¹⁸⁾

CUIDADO PUERPERAL

O tratamento para LES ativo no período pós-parto é semelhante ao de mulheres não grávidas. No entanto, ressalta-se que vários medicamentos imunossupressores são contraindicados durante a amamentação. Assim, os riscos e os benefícios da continuação da amamentação devem ser esclarecidos para a mãe lactante.⁽³¹⁾ Mulheres que receberam HBPM durante o

pré-natal devem continuar seu uso por seis semanas após o parto, em uma dose profilática, devido ao risco aumentado para TEV no puerpério.⁽¹⁸⁾ Em pacientes com LES, o aconselhamento pós-parto para oferecer contracepção segura é particularmente importante, conforme resumido no quadro 6.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. Adiar a concepção até doença ser considerada inativa por pelo menos seis meses.
2. Integração de especialistas e manejo em centro de referência de alto risco.
3. Avaliações basais de função renal e hepática, proteinúria total em 24 horas, complemento e anticorpos (anticardiolipina, anti-DNA, anticoagulante lúpico e anti-Ro e La).
4. Avaliações mensais da atividade da doença (especial atenção à função renal).
5. Ultrassonografia obstétrica seriada: para orientar a vigilância do crescimento fetal.
6. Ecocardiografia fetal (na 18ª a 20ª semana e na 26ª a 28ª semana) para mulheres com anticorpos anti-Ro/La.
7. Vitalidade fetal: cardiocografia, perfil biofísico, Dopplerfluxometria da artéria umbilical.
8. O tratamento imunossupressor em gestantes com LES controlado não deve ser alterado. Glicocorticoides são os mais utilizados. Hidroxicloroquina e azatioprina são seguros na gestação. Ciclosporina é categoria C, porém metanálises não identificaram riscos.

Quadro 5. Opções medicamentosas no tratamento do LES

Corticosteroides	<ul style="list-style-type: none"> • A prednisona é considerada segura. Categoria C pela <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) americana.^(28,32,34) • Exacerbações tidas como atividade leve podem ser tratadas com prednisona em baixas doses (menos de 20 mg/d).^(28,32,34) • Doses superiores (incluindo aquelas em pulsoterapia) são opções para tratar a atividade lúpica moderada e grave.^(28,32,34) • Associação com diabetes gestacional é incomum e não deve ser fator limitante para seu uso. Nos casos de uso de altas doses, recomenda-se rastreamento para diabetes gestacional.⁽¹⁸⁾
Hidroxicloroquina	<ul style="list-style-type: none"> • Não é teratogênica. Categoria C pela FDA.^(29,31,32) • Recomendada para prevenção da atividade da doença e redução do risco de lúpus cardíaco neonatal (para gestantes com anticorpos anti-SSA/Ro positivos).^(29,31,32) • Melhora o prognóstico da nefrite lúpica e previne evolução para óbito.⁽²⁸⁾
Azatioprina	<ul style="list-style-type: none"> • Também considerada segura. Categoria D pela FDA.^(28,31,32) • Muitos estudos recomendam uma transição da terapia imunossupressora para esta opção.^(28,31,32) • Alguns outros estudos, recentemente, apontaram associações com alterações do neurodesenvolvimento tardio em crianças que foram expostas a azatioprina durante a gravidez.^(28,31,32) • Pode também estar associada à ocorrência de leucopenia e/ou trombocitopenia neonatal.^(28,31,32)
Ciclosporina e tacrolimo	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria C pela FDA.^(32,34) • Não foram encontradas diferenças significativas relacionadas a defeitos congênitos fetais em alguns estudos de metanálise, quando mulheres grávidas foram expostas a essas drogas.^(32,34)
Ciclofosfamida	<ul style="list-style-type: none"> • Não deve ser prescrita durante o primeiro trimestre por apresentar reconhecida associação com defeitos cromossômicos. Categoria D pela FDA.^(32,34) • Durante o segundo ou terceiro trimestres, pode ser uma opção, mas reservada somente aos surtos severos com risco de vida materno que não cedem à pulsoterapia com corticosteroides.^(32,34) • Uso durante o segundo e terceiro trimestres pode estar associado à frequência maior de abortos espontâneos e parto prematuro.^(32,34)
Leflunomida	<ul style="list-style-type: none"> • Associa-se a efeitos teratogênicos e fetotóxicos em animais.⁽³²⁾ • Formalmente contraindicada em mulheres grávidas. Categoria X pela FDA.⁽³²⁾ • Uso só pode ser iniciado após exclusão de gravidez.⁽³²⁾
Metotrexato	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento teratogênico, classificado pela FDA como X.⁽³²⁾ • Uso no primeiro trimestre associado a restrição de crescimento e má-formações (ausência ou hipoplasia dos ossos frontais, craniossinostose, fontanela grande e hipertelorismo ocular).⁽³²⁾
Rituximabe	<ul style="list-style-type: none"> • Anticorpo monoclonal com passagem transplacentária muito baixa durante o primeiro trimestre, com alguns estudos relatando gestações seguras nos casos de exposição. Categoria B pela FDA.^(32,34) • No segundo ou terceiro trimestres, pode atravessar a placenta e induzir linfopenia neonatal grave.^(32,34) • Para crianças nascidas de mães que receberam essa medicação, as vacinas de agentes vivos devem ser evitadas durante os primeiros 6 meses de vida.⁽³²⁾

Quadro 6. Opções de métodos contraceptivos para mulheres lúpicas

Contracepção reversível de longa duração (LARC)	<ul style="list-style-type: none"> • Confiáveis e menos dependentes do comprometimento do paciente.⁽¹⁸⁾ • Opções: acetato de medroxiprogesterona (aplicação intramuscular trimestral); dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (duração de 5 a 6 anos); dispositivo intrauterino clássico (duração de 10 anos).⁽¹⁸⁾
Anticoncepcionais orais combinados	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentam o risco de TEV.⁽¹⁸⁾ • Não devem ser utilizados na presença de anticorpos antifosfolípidos positivos ou síndrome antifosfolípide, LES em atividade moderada ou grave (incluindo nefrite lúpica) e episódios anteriores de TEV.⁽¹⁸⁾ • Contraindicação relativa nos casos de hipertensão, tabagismo e obesidade.⁽¹⁸⁾ • Em casos de LES em baixa atividade e estável, seu uso pode ser adequado se desejado pela paciente.⁽¹⁸⁾
Métodos de barreira	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentam alta taxa de falha (15%-32%).⁽¹⁸⁾ • Não recomendados como métodos únicos.⁽¹⁸⁾

Ciclofosfamida, leflunomida e metotrexato são teratogênicos e contraindicados.

9. Via de parto obstétrica. Cesarianas devem ser reservadas apenas para indicações obstétricas.
10. Contracepção segura: métodos reversíveis de longa duração (implantes subdérmicos, DIU de cobre, DIU de levonorgestrel) ou acetato de medroxiprogesterona.

RESPOSTAS

1: D; 2: C; 3: B; 4: C.

REFERÊNCIAS

1. Sato EI. Lúpus eritematoso sistêmico. In: Borges DS, Rothschild HA, eds. Atualização terapêutica 2: Manual prático de diagnóstico e tratamento. 21ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.
2. Shaikh MF, Jordan N, D'Crux DP. Systemic lupus erythematosus. *Clin Med (Lond)*. 2017;17(1):78-83.
3. Cortés-Hernández J, Ordi-Ros J, Paredes F, Casellas M, Castillo F, Vilardell-Tarres M. Clinical predictors of fetal and maternal outcome in systemic lupus erythematosus: a prospective study of 103 pregnancies. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41(6):643-50.
4. Surita FG, Parpinelli MA, Yonehara E, Krupa F, Cecatti JG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: clinical evolution, maternal and perinatal outcomes and placental findings. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(2):91-5.
5. Surita FG, Cecatti JG, Parpinelli MA, Amaral E, Silva JL. Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez. *Rev Cienc Méd*. 2004;13(3):241-9.
6. Organização Mundial da Saúde. CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª ed. São Paulo: Edusp; 1997.
7. Jatene FB. Projeto Diretrizes. [Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.] São Paulo: ABM; 2012.
8. Gómez-Puerta JA, Cervera R. Lúpus eritematoso sistêmico. *Med Lab*. 2008;14(5-6):221-3.
9. Santamaria JR, Badziak D, Barros MF, Mandelli FL, Cavalin LC, Sato M. Síndrome antifosfolípide. *An Bras Dermatol*. 2005;80(3):225-39.
10. Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Systemic Lupus Erythematosus Guidelines. *Arthritis Rheum*. 1999;42(9):1785-96.
11. Borba EF, Latorre LC, Brenol JC, Kayser C, Silva NA, Zimmermann AF, et al. Consensus of systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(4):196-207.
12. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012;64(8):2677-86.
13. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA. Lupus and pregnancy: integrating clues from the bench and bedside. *Eur J Clin Invest*. 2011;41(6):672-8.
14. Baer AN, Witter FR, Petri M. Lupus and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66(10):639-53.
15. Østensen M. Preconception Counseling. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43(2):189-99.
16. Lateef A, Petri M. Management of pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol*. 2012;8(12):710-8.
17. Lateef A, Petri M. Managing lupus patients during pregnancy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(3):435-47.
18. Knight CL, Nelson-Piercy C. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. *Open Access Rheumatol*. 2017;9:37-53.
19. Witter FR. Management of the high-risk lupus pregnant patient. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007;33(2):253-65.
20. Singh AG, Chowdhary VR. Pregnancy-related issues in women with systemic lupus erythematosus. *Int J Rheum Dis*. 2015;18(2):172-81.
21. Gaballa HA, El-Shahawy EE, Atta DS, Gerbash EF. Clinical and serological risk factors of systemic lupus erythematosus outcomes during pregnancy. *Egypt Rheumatol*. 2012;34(4):159-65.
22. Tedeschi SK, Guan H, Fine A, Costenbader KH, Bermas B. Organ-specific systemic lupus erythematosus activity during pregnancy is associated with adverse pregnancy outcomes. *Clin Rheumatol*. 2016;35(7):1725-32.
23. Tedeschi SK, Massarotti E, Guan H, Fine A, Bermas BL, Costenbader KH. Specific systemic lupus erythematosus disease manifestations in the six months prior to conception are associated with similar disease manifestations during pregnancy. *Lupus*. 2015;24(12):1283-92.
24. Fatemi A, Fard RM, Sayedbonakdar Z, Farajzadegan Z, Saber M. The role of lupus nephritis in development of adverse maternal and fetal outcomes during pregnancy. *Int J Prev Med*. 2013;4(9):1004-10.
25. Chiu TF, Chuang YW, Lin CL, Yu TM, Chung MC, Li CY, et al. Long-Term Outcomes of Systemic Lupus Erythematosus Patients after Pregnancy: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(12):e0167946.
26. Lateef A, Petri M. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43(2):215-26.
27. Buyon JP. Updates on lupus and pregnancy. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2009;67(3):271-5. Review.
28. Clowse ME. Lupus activity in pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007;33(2):237-52.
29. Zhan Z, Yang Y, Zhan Y, Chen D, Liang L, Yang X. Fetal outcomes and associated factors of adverse outcomes of pregnancy in southern Chinese women with systemic lupus erythematosus. *PLoS One*. 2017;12(4):e0176457.
30. de Jesus GR, Mendoza-Pinto C, de Jesus NR, Dos Santos FC, Klumb EM, Carrasco MG, et al. Understanding and managing pregnancy in patients with lupus. *Autoimmune Dis*. 2015;2015:943490.
31. Yamamoto Y, Aoki S. Systemic lupus erythematosus: strategies to improve pregnancy outcomes. *Int J Womens Health*. 2016;8:265-72.
32. Moroni G, Ponticelli C. Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus (SLE). *Eur J Intern Med*. 2016;32:7-12.
33. Surita FG, Cecatti JG, Parpinelli LA, Amaral E, Pinto e Silva JL. Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez. *Rev Cienc Méd*. 2004;13(3):241-9.
34. Doria A, Tincani A, Lockshin M. Challenges of lupus pregnancies. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47 Suppl 3:iii9-12.

Óbito fetal

Sue Yazaki Sun¹, Rosiane Mattar¹, Natália Carvalho¹, Antonio Rodrigues Braga Neto^{2,3}

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

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

3. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Descritores

Óbito fetal; Óbito neonatal; Mortalidade perinatal; Complicações da gravidez; Hipertensão arterial na gravidez

Como citar?

Sun SY, Mattar R, Carvalho N, Braga Neto AR. Óbito fetal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetria, nº 39/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetria nº 39, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PERGUNTAS

1. Observa-se maior risco para ocorrência de óbito fetal em:

- (a) Gestação com mais de 42 semanas.
- (b) Gestantes com índice de massa corporal (IMC) \leq 29.
- (c) Gestantes com artrite reumatoide.
- (d) Paciente com anticorpo anticardiolipina imunoglobulina M (IgM) de 19 Unidades MPL.

2. Uma vez diagnosticado o óbito fetal em primigesta com 32 semanas que não apresenta intercorrência aparente, a conduta correta será:

- (a) Parto imediato pelo risco elevado de coagulopatia.
- (b) Indução do parto com análogo de prostaglandina, sem urgência.
- (c) Cesárea, para permitir a realização de autópsia fetal imediata.
- (d) Aguardar 15 dias para a indução do parto.

3. Em relação a gestantes que tiveram óbito fetal em gravidez anterior, por causa não apurada e com natimorto pequeno para a idade gestacional (PIG), numa gravidez subsequente, em que aparentemente não há intercorrências, é correto afirmar:

- (a) A avaliação da vitalidade fetal deve ser iniciada com 26 semanas.
- (b) Não há necessidade de ultrassonografia se a altura uterina estiver adequada com 34 semanas.
- (c) A avaliação da vitalidade fetal deve ser iniciada com 32 semanas.
- (d) Não há necessidade de avaliação de vitalidade fetal durante o parto.

INTRODUÇÃO

Óbito fetal (OF) ou morte fetal é a morte de um produto conceptual, antes da sua expulsão ou extração completa do corpo da mãe, evidenciada pelos seguintes parâmetros: ausência de respiração ou outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.⁽¹⁾ Há divergências quanto ao tempo de duração da gravidez e ao peso fetal na definição de OF. A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define como o OF precoce os óbitos em fetos com 500 g ou mais, ou 22 semanas completas de gestação ou mais, ou medindo 25 cm ou mais; OF tardio os óbitos em fetos com 1.000 g ou mais, ou 28 semanas ou mais, ou 35 cm ou mais. As perdas gestacionais abaixo de 22 semanas são consideradas como abortamento.⁽²⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS), para fins de comparação de dados internacionais, define o OF como o critério considerado para OF tardio pelo CID-10, ou seja, feto pesando 1.000 g ou mais e idade gestacional presumida maior ou igual a 28 semanas.⁽²⁾ OF intraparto é aquele que ocorre após o início do trabalho de parto e antes do nascimento baseado na presença de batimento car-

díaco fetal no início do trabalho de parto.⁽²⁾ Em 2015, a taxa mundial de natimortalidade foi de 18,9 para 1.000 nascidos. A maioria ocorreu em países do sul da Ásia e África Subsaariana e seria evitável, particularmente o OF intraparto, que, junto com os causados por sífilis e malária, evidencia falência da assistência pré-natal e ao parto. Todos os esforços devem ser feitos para a sua erradicação.⁽²⁾ A OMS tem como meta reduzir a taxa para 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos em todos os países do mundo até 2030. No Brasil, em 2015, a taxa de natimortalidade foi de 10,8 para cada 1.000 nascimentos,⁽³⁾ variando entre as diferentes regiões do país. É maior na região Nordeste (13,23 por 1.000 nascimentos) e menor na região Sul (8,27 por 1.000 nascimentos). CID-10: P95 morte fetal de causa não especificada; O36.4: assistência prestada à mãe por morte intrauterina.

ETIOLOGIA

As causas dos OFs são divididas em maternas, fetais ou placentárias.⁽⁴⁾ As causas fetais são: anomalias hereditárias e cromossômicas, infecções congênitas (sífilis, malária, parvovirose, citomegalovírus etc.),

aloimunização Rh, hidropisias não imunes.^(5,6) Causas placentárias e anexais: descolamento prematuro de placenta, insuficiência placentária, síndrome da transfusão feto-fetal, corioamnionite, prolapso de cordão, rotura de vasa prévia.^(6,7) Causas maternas: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, diabetes gestacional, síndrome de anticorpo antifosfolípide, trombofilias hereditárias, traumas maternos.^(8,9) Em 50% dos casos, as causas são desconhecidas. A figura 1⁽²⁾ mostra as variações regionais no mundo da prevalência das causas de OF agrupadas em demográficas (idade materna superior a 35 anos), infecciosas (sífilis, HIV e malária), desordens maternas (obesidade e sobrepeso, diabetes e hipertensão materna preexistente, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, tabagismo) e desordens fetais (gestações acima de 42 semanas e aloimunização Rh). Nos países desenvolvidos, ocorrem as menores taxas de OF e elas são atribuíveis a sobrepeso/obesidade, idade materna avançada e hipertensão arterial preexistente. O sul da Ásia e os países da África abaixo do Saara são as regiões que concentram a maior parte dos OF no mundo. A natimortalidade por sífilis concentra-se no sul da Ásia e a natimortalidade por malária nos países da África subsaariana. Quase 14% dos OFs decorrem de gravidez acima de 42 semanas.⁽²⁾

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do OF é feito pela confirmação da ausência de batimentos cardíacos fetais na ultrassonografia.

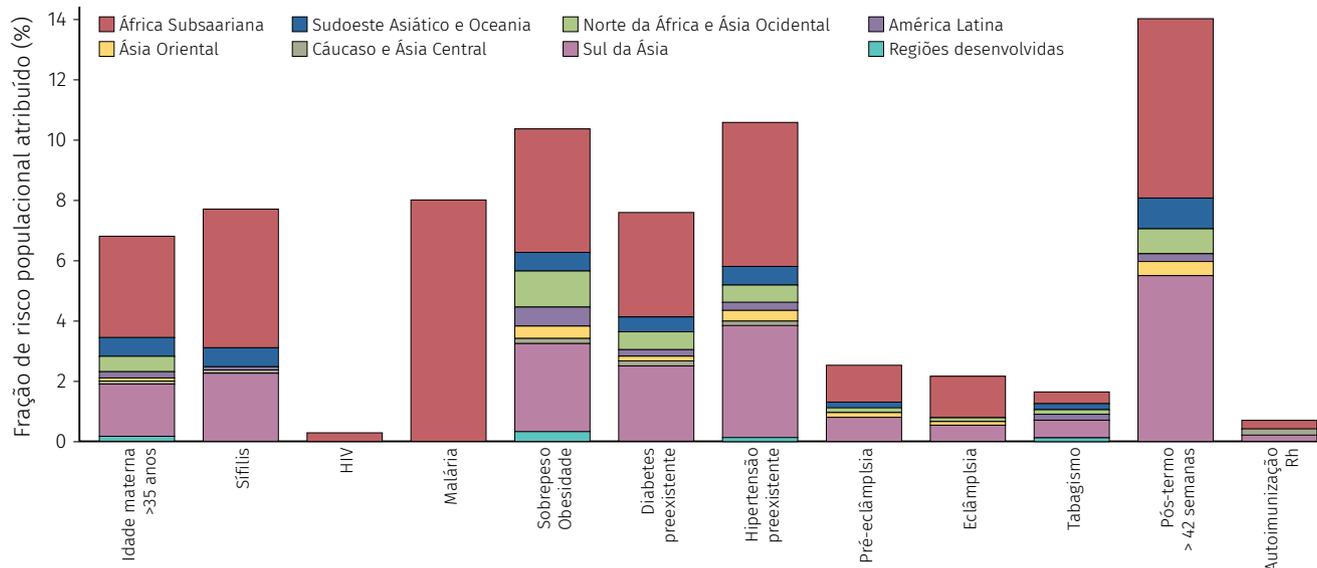
TRATAMENTO

O método e o momento do parto após o OF dependem da idade gestacional do natimorto, da causa do óbito, da história obstétrica pregressa e do desejo materno. Conquanto a maioria das mulheres prefira o parto imediato, o risco de coagulopatia ao aguardar o parto espontâneo é muito pequeno.⁽¹⁾ A indução do parto em idades gestacionais menores de 28 semanas pode ser feita com misoprostol 200 a 400 mcg, via vaginal, a cada 4 a 12 horas. Alguns estudos sugerem que o uso de misoprostol para indução do parto com menos de 28 semanas em útero com cicatriz de cesárea anterior é seguro (nível de evidência B), porém mais estudos são necessários para comprovar a efetividade e segurança dessa conduta. Após 28 semanas, a indução do parto segue o mesmo protocolo das gestações com feto vivo.

É necessário aconselhar os pais para a realização de autópsia do natimorto a fim de detectar eventuais má-formações determinantes do óbito. Da mesma forma, pode-se obter fragmento de pele fetal para estudo genético. O parto cesáreo deve ser reservado para casos excepcionais, pois os riscos maternos do procedimento cirúrgico não são compensados por benefício fetal. Exceção deve ser feita em casos de OF por descolamento prematuro de placenta, cuja espera pode comprometer a vida materna.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O OF tardio, ou seja, acima de 28 semanas de gestação e com peso fetal acima de 1.000 g, é evitável, na grande



Fonte: Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al.; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603.⁽²⁾ [Reproduzido com autorização do autor.]

Figura 1. Variação regional do risco populacional de óbito fetal para fatores com dados de risco e de prevalência adequados. Observe que esses fatores não são mutuamente exclusivos e alguns como idade avançada, distúrbios não transmissíveis (sobrepeso, diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e tabagismo) e fatores de estilo de vida podem se sobrepor.

maioria das vezes, por meio de adequada assistência pré-natal, incluindo:

1. Recomendar o uso de ácido fólico antes da gravidez para a prevenção de más-formações do tubo neural;
2. Em mulheres com antecedente de OF, no intervalo interpartal, pesquisar trombofilias adquiridas (anticorpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico e β 2-glicoproteína 1). Se o OF foi associado com crescimento intrauterino restrito ou história familiar ou materna de trombose, pesquisar trombofilias hereditárias;
3. Em mulheres com OF, no intervalo interpartal, solicitar Coombs indireto, mesmo nas pacientes Rh positivo, porque pode haver aloimunização por outros antígenos, tais como o fator Kell;
4. A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada no primeiro trimestre com rigorosa história clínica, avaliando-se antecedentes de hipertensão arterial, diabetes, doenças reumatológicas (síndrome de anticorpo antifosfolípide e lúpus eritematoso sistêmico), OFs anteriores e descolamento prematuro de placenta;
5. Propiciar apoio para diminuição/parada do tabagismo;
6. Vigiar ganho adequado de peso e pressão arterial;
7. Recomendar o uso de aspirina 100 mg por dia e dieta rica em cálcio a partir da concepção em mulheres com antecedente de pré-eclâmpsia;⁽¹⁰⁾
8. Realizar glicemia de jejum no primeiro trimestre e curva glicêmica no segundo trimestre;
9. Realizar sorologia para sífilis e HIV nos três trimestres da gravidez;
10. Realizar ultrassonografia universal no terceiro trimestre para avaliação de crescimento fetal com atenção para as pacientes de risco para crescimento fetal restrito;
11. Monitorar a vitalidade fetal em fetos com restrição de crescimento fetal/pequeno para a idade gestacional;
12. Realizar monitorização da vitalidade fetal intensiva a partir de 32/34 semanas em pacientes com história de OF em gravidez anterior. Início de monitorização mais precoce pode levar à prematuridade iatrogênica baseada em teste falso-positivo;⁽¹⁾
13. Indução de parto em gravidez \geq 41 semanas;
14. Monitorização da vitalidade fetal durante o trabalho de parto/uso do partograma.

RESPOSTAS

1: A; 2: B; 3: C.

REFERÊNCIAS

1. Management C. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2009;113(3):748-61.
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al.; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet.* 2016;387(10018):587-603.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2018 Jan 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>
4. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ.* 2013;346:f108.
5. Smith GC, Fretts RC. Stillbirth. *Lancet.* 2007;370(9600):1715-25.
6. Frey HA, Odibo AO, Dicke JM, Shanks AL, Macones GA, Cahill AG. Stillbirth risk among fetuses with ultrasound-detected isolated congenital anomalies. *Obstet Gynecol.* 2014;124(1):91-8.
7. Pinar H, Goldenberg RL, Koch MA, Heim-Hall J, Hawkins HK, Shehata B, et al. Placental findings in singleton stillbirths. *Obstet Gynecol.* 2014;123(2 Pt 1):325-36.
8. Felisbino-Mendes MS, Matozinhos FP, Miranda JJ, Villamor E, Velasquez-Melendez G. Maternal obesity and fetal deaths: results from the Brazilian cross-sectional Demographic Health Survey, 2006. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):5.
9. Stacey T, Thompson JM, Mitchell EA, Ekeroma AJ, Zuccollo JM, McCowan LM. Relationship between obesity, ethnicity and risk of late stillbirth: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(1):3.
10. Groom KM, David AL. The role of aspirin, heparin, and other interventions in the prevention and treatment of fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(25):S829-40. Review.

Precisamos falar sobre vacinação

Mitos, falta de orientação e dificuldades de acesso são algumas razões para a baixa adesão de gestantes a vacinas importantíssimas. O papel do ginecologista obstetra torna-se essencial no desafio de mudar essa realidade

Por Letícia Martins



Foi por meio de extensas campanhas de vacinação que se alcançou a erradicação da varíola do mundo, a eliminação da poliomielite em diversos países, entre eles o Brasil, o controle do sarampo e da rubéola, além da grande queda da mortalidade infantil. Mas, embora a oferta de vacina na rede pública de saúde esteja normalizada e a segurança delas seja comprovada, a quantidade de pessoas protegidas não tem atendido às expectativas.

É o caso da imunização contra a gripe. Na primeira fase da Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza, que aconteceu entre 10 de abril e 31 de maio, a meta do Ministério da Saúde era vacinar 90% das gestantes e crianças brasileiras, consideradas grupos de risco para as complicações do vírus. Contudo, somente 76% desse público-alvo foi imunizado, segundo balanço divulgado no dia 06 de junho. Ou seja, 3,7 milhões de crianças e 514,5 mil grávidas deixaram de se proteger contra a gripe. Mais de 10 milhões de doses ainda estão disponíveis, agora para a população em geral.

O balanço nacional da campanha, abrangendo todos os grupos de risco, ficou em 81,1%. O estado do Rio de Janeiro registrou a menor taxa de cobertura (66,33%), seguido por São Paulo, com 73,78%. No total, apenas oito estados bateram a meta. Só neste ano, de acordo com o Ministério da Saúde, 199 pessoas morreram por gripe no Brasil. O número é menor que o do mesmo período de 2018, quando foram registrados 355 casos de óbitos por influenza, mas mesmo assim são dados que entristecem, chocam e reforçam a importância de campanhas de vacinação em massa e datas marcantes no calendário nacional, como o **Dia da Imunização (9 de junho)**.

As complicações da gripe durante a gestação são mais frequentes e graves, podendo causar pneumonia, bronquite e até a morte. Por isso, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBlm) e o Ministério da Saúde recomendam que todas as gestantes sejam vacinadas contra a influenza para proteger a saúde tanto da mãe quanto do bebê. A dose deve ser administrada nos meses de sazonalidade do vírus (geralmente março a junho), mesmo que a mulher esteja no primeiro trimestre da gestação.

Além disso, as grávidas também precisam ser imunizadas contra hepatite B e tríplice bacteriana (dTpa), que protege contra difteria, tétano e coqueluche. As três estão disponíveis no sistema público de saúde pelo Programa Nacional de Imunizações (saiba mais sobre essas vacinas no quadro desta reportagem).

“A vacinação materna representa uma ferramenta promissora na melhoria da saúde materna e infantil. A maior suscetibilidade das gestantes às condições infecciosas, assim como a capacidade de a mãe transferir anticorpos por meio da placenta e depois pelo leite materno, oferecendo proteção vital aos seus conceitos antes que os mesmos sejam vacinados, têm despertado atenção maior à imunização da gestante”, explicou



Foto: Arquivo pessoal

“A vacinação da gestante representa uma ferramenta promissora na melhoria da saúde materna e infantil”, explica Susana Aidé, professora-associada da Universidade Federal Fluminense.

Susana Aidé, membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Vacinas da Febrasgo e professora associada da Universidade Federal Fluminense.

No entanto, apesar dos benefícios e da recomendação, sobram doses de vacina nos postos de saúde e, conseqüentemente, aumenta o número de doenças que já estavam controladas ou até erradicadas. Recentemente, vivemos um surto de febre amarela na região Sudeste. Em 2012, a Vigilância Epidemiológica detectou 90 mortes em crianças abaixo de 1 ano com coqueluche, doença que pode levar crianças a quadros graves, principalmente nos primeiros meses de vida. “E quem contamina as crianças em geral são os próprios pais ou outros familiares próximos. Logo, a estratégia é vacinar a mãe, para ela não ficar doente, não contaminar o bebê e também para transmitir passivamente os anticorpos que o nenê precisa”, esclarece Juarez Cunha, também membro da CNE de Vacinas e presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBlm).

“No mundo inteiro já estava comprovado que vacinar a gestante é uma estratégia eficaz para controlar a maior parte dos casos graves e mortes de crianças com coqueluche”, completa Júlio Teixeira, presidente da CNE de Vacinas e professor de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Campinas.

A partir de então, a vacinação na gestante foi estabelecida como obrigatória no Brasil para a prevenção da tosse comprida. Demoraram dois anos até que as vacinas fossem produzidas em escala industrial e dis-

ponibilizadas à população, mas, uma vez iniciada a campanha, a resposta foi rápida e o número de mortes por coqueluche caiu. “Foi uma resposta bem rápida”, lembra Teixeira. De 2015 para cá, as vacinas estão cada vez mais estabelecidas em relação à segurança e indicação. Mas, se elas oferecem tanta proteção à saúde e à vida, por que não conseguimos atingir 100% da cobertura na imunização?

RAZÕES PARA A BAIXA ADESÃO

Os motivos podem ser diversos, sendo impossível identificar qual é o mais forte. Para Teixeira, o principal problema atualmente é a disponibilidade de tempo (ou a falta dele) das pessoas de irem até os locais de vacinação dentro do horário de aplicação da dose. “Houve um tempo em que as salas de vacinação das unidades básicas de saúde funcionavam inclusive após o expediente. Nos últimos anos, por falta de funcionário e por concorrência com outros momentos vividos na saúde, como a dengue e a febre amarela, o expediente foi redu-

zido para meio período. Logo, a pessoa chega à UBS, mas não consegue ser vacinada”, argumenta o presidente da CNE de Vacinas da Febrasgo. Soma-se a isso o fato de o Brasil possuir um território muito vasto, com pessoas morando em áreas bem distantes dos centros urbanos. Resultado: a dificuldade torna-se ainda maior.

Para a vice-presidente da CNE de Vacinas, Cecília Maria Roteli Martins, outro fato que atrapalha o cuidado da saúde da mulher são os mitos disseminados principalmente pela internet, as chamadas *fake news*, que tentam convencer a população de que a vacinação pode trazer consequências ruins às gestantes e ao bebê. “As vacinas são altamente seguras, pois antes de serem disponibilizadas para a população, elas foram muito estudadas e passaram por um controle rigoroso e vários ensaios clínicos”, afirma a pesquisadora clínica do Centro de Pesquisas da Faculdade de Medicina do ABC Paulista, que completa: “as vacinas representam proteção para as mulheres em todas as fases da vida”.

A médica Susana Aidé, atual presidente da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Capítulo RJ, acrescenta que muitas pacientes acabam sendo influenciadas pelo movimento antivacina que ocorre no mundo. “As mulheres grávidas ficam resistentes a tomarem vacinas, principalmente no primeiro trimestre de gestação, o que deve ser desmistificado pelo obstetra. As vacinas indicadas durante o ciclo grávido-puerperal são seguras e necessárias para a proteção materno-infantil”, declara.

FONTES CONFIÁVEIS

Já ficou bem claro que o binômio informação e vacina caminham juntos na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

PARA OS MÉDICOS

Em 2017, a Comissão Nacional de Vacinas da Febrasgo produziu um documento oficial com relevantes protocolos sobre imunização. Foram impressos e distribuídos cerca de 10 mil exemplares. Hoje, todos os associados podem ter acesso, na íntegra, à versão digital do documento *Recomendações da Febrasgo sobre Vacinas*.

Segundo o coordenador da CNE de Vacinas, Júlio Teixeira, até o final de 2019 a entidade deve divulgar uma edição atualizada do material. Além das recomendações, o associado vai encontrar na área restrita do *site* matérias, protocolos e vídeos sobre vacinação, que certamente serão úteis na sua prática clínica. Acesse www.febrasgo.org.br e fique por dentro!

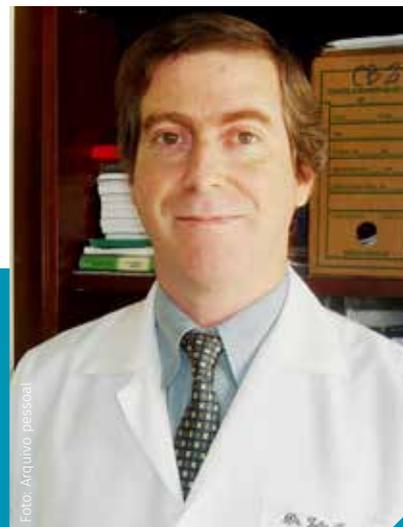


Foto: Arquivo pessoal

“O papel do ginecologista obstetra é muito importante para manter o controle das doenças que são preveníveis com a vacinação”, declara Júlio Teixeira, presidente da CNE de Vacinas.

Juarez Cunha pondera que, no Brasil, o movimento antivacina, que se posiciona contra qualquer vacinação, ainda é incipiente, mas reconhece que há hesitação ou medo na sociedade em relação a eventos adversos. “Esse é outro recado importante: vacinas podem causar eventos adversos leves, que não colocam a vida em risco. Já eventos graves são raríssimos”, diz o presidente da SBlm.

Cunha salienta ainda que muita gente tem, atualmente, uma falsa segurança de que a doença não existe justamente porque muitas delas, como citamos no início da matéria, já foram eliminadas ou controladas. A tríplice bacteriana, por exemplo, foi implantada no país gradativamente na década de 1990 entre crianças de 0 a 11 anos. Por isso, pessoas com até 30 anos não chegaram nem a conhecer tais enfermidades. “Só quem viu um bebê com coqueluche sabe a gravidade que é. Precisamos muito falar sobre isso e incentivar a vacinação da gestante a partir de 20 semanas, para que ela possa garantir que o bebê nasça com a proteção dos anticorpos passados durante a gestação”, argumenta Cecília. “A desinformação faz ressurgir doenças que haviam ficado no passado.”

Sob essa ótica, o presidente da SBlm reflete que as vacinas sofrem as consequências do próprio sucesso. “Devido à eficácia delas, conseguimos controlar ou evitar várias doenças, até chegarmos a um momento em que as pessoas começam a dar mais valor aos eventos adversos, esquecendo-se dos benefícios da vacinação.



Foto: Arquivo pessoal

“Como profissionais também devemos nos vacinar. Temos que ser exemplos”, diz o presidente da SBlm, Juarez Cunha.



Foto: Arquivo pessoal

Vacina não é só coisa de criança. Adultos também precisam da imunização. Ela salva vidas”, afirma Nilma Neves.

Isso desencadeia a baixa adesão à imunização”, analisa Cunha. “Precisamos combater isso. É lamentável que doenças graves, para as quais já foram encontradas formas de prevenção, voltem a matar nossas crianças.”

PAPEL DOS GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS

Na Bahia, onde a ginecologista obstetra Nilma Neves, também membro da CNE de Vacinas da Febrasgo, atua, a faixa de cobertura da vacina dTpa e da própria gripe também está aquém do esperado, o que faz a médica questionar se as gestantes não vão se imunizar porque têm medo da vacina ou se os ginecologistas e obstetras não reforçam a necessidade da vacinação. “Como a cobertura está tão baixa, acreditamos que sejam os dois motivos”, pondera a professora-associada de Ginecologia da Universidade Federal da Bahia, mestre em Assistência Materno-Infantil pela Universidade Federal da Bahia, doutora em Imunologia e membro da CNE de Vacinas. De acordo com ela, quando o ginecologista obstetra não está devidamente orientado ou não dá o devido valor à vacinação, a mulher não se sente convencida sobre a importância da vacina e pode minimizar a recomendação que o médico fez.

Culturalmente, a vacinação já está bem enraizada no Brasil na população infantil, uma vez que a criança é levada ao posto pelos próprios pais ou responsáveis, sem chance para oposição. Já com o adolescente e o adulto a história é outra.

Nesse sentido, a fim de ajudar a reverter o quadro de baixa adesão às vacinas e capacitar ginecologistas e obstetras para conscientizarem suas pacientes sobre a



“Só quem viu um bebê com coqueluche sabe a gravidade da doença. A vacinação garante que ele nasça com a proteção dos anticorpos passados durante a gestação”, diz Cecília Roteli, vice-presidente da CNE de Vacinas.

importância da imunização em todas as fases da vida, a Febrasgo criou, em 2011, a CNE de Vacinas, que, além de atualizar o profissional sobre os detalhes técnicos da vacinação (período da campanha, quantidade de doses etc.), orienta os associados sobre a responsabilidade ética e médica que pode ser questionada em algum momento por um paciente que não se vacinou e adquiriu determinada doença. “A paciente pode até questionar ou processar o médico por omissão, isto é, por não a ter orientado sobre a necessidade da vacina. É claro que não queremos que isso aconteça”, observa Nilma Neves.

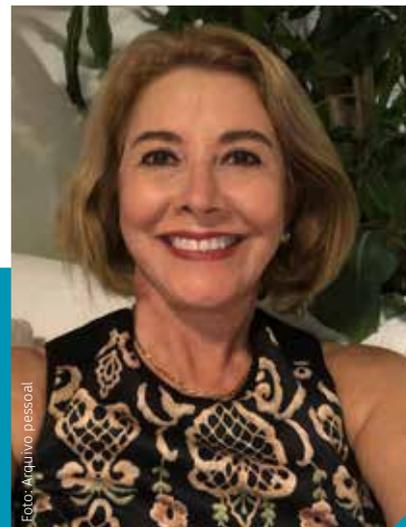
Um bom exemplo disso é a vacinação contra o papilomavírus humano, ou HPV, recomendada a meninas e meninos entre 10 e 14 anos e disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é a mesma que está no serviço privado. Mesmo assim, ainda há muitas mães que desconhecem esse fato e deixam de vacinar suas filhas. Quando atingem a idade adulta, as jovens chegam aos consultórios e ambulatórios com infecção, pois perderam a chance de terem sido imunizadas quando adolescente. “A vacina contra o HPV é preventiva, profilática, e vai evitar a infecção. Então o ideal é que ela seja aplicada antes do início da atividade sexual, pois nesta fase o organismo está mais propício para o desenvolvimento de anticorpos”, esclarece Cecília Maria Roteli.

A mulher adulta que não se infectou também pode ser vacinada e receber o benefício da proteção, enquan-

to aquelas que já foram infectadas podem se proteger contra outros tipos de infecção. No entanto, vale destacar, a cobertura do SUS é somente para as meninas e os meninos de 10 a 14 anos.

Susana Aidé lembra que os médicos ginecologistas e obstetras começaram a entrar nesse mundo das vacinas com mais força e conhecimento sobre o tema após o surgimento da vacina HPV e a partir das evidências científicas mostrando a importância da vacinação no ciclo grávido-puerperal em prevenir infecções na mãe e no recém-nascido. “Muitas vezes, nós fazemos o papel de clínico da mulher, o que torna necessário que as orientemos sobre outras prevenções dentro do planejamento de saúde da mulher. As vacinas são um destes tópicos de prevenção em doença. Precisamos entender a nossa importância e influência sobre as pacientes e prescrever e orientá-las quanto à necessidade de fazer vacinas”, pontua.

Angelina Faria Maia, membro da CNE de Vacinas e coordenadora do Setor de Colposcopia e Trato Genital Inferior do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), acredita que falar em vacinação para grávidas é pensar em saúde e qualidade de vida, prevenção de doenças e a expectativa de um futuro mais seguro. E o que mais uma mãe pode querer para o próprio filho? Segundo ela, apresentar argumentos como esses às mulheres que estão planejando a gravidez ou



“Toda mãe só quer o bem do filho. Se ela souber que a vacina vai proteger a ela e ao bebê, certamente não se recusará a tomar”, defende Angelina Faria Maia, coordenadora do Setor de Colposcopia e Trato Genital do Hospital das Clínicas da UFPE.

já estão esperando um bebê pode ser uma estratégia positiva. “Toda a mãe só quer o bem do filho. Então, se ela souber que a vacina vai proteger a ela e ao bebê, certamente não se recusará a tomar”, diz.

Ela ressalta que, no Brasil, a vacinação sempre foi muito marcante na infância, orientada pelos pediatras, mas é o ginecologista obstetra quem acompanhará essa criança a partir do momento em que ela entra na adolescência. “A cada fase da vida da mulher existe uma orientação para a imunização. É importante ter um tempo na consulta de rotina para falar sobre a atualização das vacinas”, sublinha Angelina.

Por essa razão, a Febrasgo tem trabalhado insistentemente essa pauta entre a classe médica. “Um conceito que temos debatido muito e tentado mostrar para o obstetra e ginecologista é que vacina não é só coisa de criança. Também é para adultos. Vacina salva vidas independentemente da idade”, afirmou Nilma Neves.

O presidente da SBIm vai além e sublinha a importância de o ginecologista obstetra ser exemplo. “Quando o profissional de saúde consegue informar para as gestantes que a vacina não é só para proteção delas, mas principalmente do recém-nascido, a resis-

tência diminui e, em geral, elas aceitam a vacinação como recomendação de rotina. O outro lado também. Nós, como profissionais de saúde, também devemos nos vacinar. Temos que ser exemplos. Não adianta dizer para outras pessoas o que elas devem fazer e não seguir o que a gente acha importante de recomendação”, destaca.

ORIENTAR, SEMPRE E APESAR DE TUDO

A falta de tempo durante as consultas é uma das principais reclamações dos ginecologistas. Mas, apesar disso, os membros da CNE de Vacinas da Febrasgo entrevistados na reportagem salientam que todo médico deve cobrar sempre a carteirinha de vacina da paciente e lembrar de falar dessa ferramenta eficaz e segura de proteção que é a vacinação.

“O que eu costumo dizer é que o ginecologista obstetra que se preocupa em fazer a atualização do calendário vacinal está fazendo um grande bem para essa paciente, além de prestar uma consulta diferenciada. Em algum momento ela vai reconhecer isso”, conclui a doutora Nilma. 

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

As vacinas do Calendário da Gestante são essenciais para prevenir problemas graves com a saúde da mãe e do bebê. Com a vacinação, os anticorpos (agentes de defesa) da mãe são transferidos para ele por meio da placenta durante a gestação e, após o nascimento, pelo leite materno.

Todas as vacinas são disponibilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

RECOMENDADAS

Vacina	Recomendações	Comentários
Tríplice bacteriana, que protege contra a difteria, tétano e coqueluche – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	Em gestantes previamente vacinadas, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico, deve ser aplicada uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Caso a gestante não tenha sido imunizada antes, deve receber duas doses de dT e uma dose de dTpa, e a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar um intervalo mínimo de um mês entre elas.	A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois, além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível. Na falta de dTpa, pode ser substituída por dTpa-VIP, ficando a critério médico o uso <i>off label</i> em gestantes.
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses	A hepatite B é transmitida pela atividade sexual, sangue e outras secreções. A vacina contra a hepatite B é indicada para gestantes.

Influenza	Dose única anual	<p>A gestante é um grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza.</p> <p>A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.</p> <p>Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.</p>
RECOMENDADAS EM SITUAÇÃO ESPECIAL		
Hepatite A	Dois doses, no esquema 0 - 6 meses.	É vacina inativada, portanto sem contraindicação. Já que no Brasil as situações de risco de exposição ao VHA são frequentes, a vacinação deve ser considerada.
Hepatites A e B	Para menores de 16 anos: duas doses, aos 0 - 6 meses. A partir de 16 anos: três doses, aos 0 - 1 - 6 meses.	A vacina combinada é uma opção e pode substituir a vacinação isolada das hepatites A e B.
Pneumocócicas	Esquema sequencial de VPC13 e VPP23 pode ser feito em gestantes de risco para doença pneumocócica invasiva (DPI) (consulte os Calendários de vacinação SBlm pacientes especiais).	<ul style="list-style-type: none"> • VPC13 e VPP23 são vacinas inativadas, portanto sem riscos teóricos para a gestante e o feto.
Meningocócicas conjugadas ACWY/C	Uma dose. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica.	<ul style="list-style-type: none"> • As vacinas meningocócicas conjugadas são inativadas, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. • Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.
Meningocócica B	Dois doses com intervalo de um a dois meses. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica.	A vacina meningocócica B é inativada, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto.
Febre amarela	Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez. Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. De acordo com o risco epidemiológico, uma segunda dose pode ser considerada, pela possibilidade de falha vacinal.	<p>Gestantes que viajam para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) devem ser isentadas da vacinação pelo médico assistente, se não houver risco de contrair a infecção.</p> <p>É contraindicada em nutrizas até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias.</p>
CONTRAINDICADAS		
<p>As vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), HPV e varicela (catapora) não devem ser aplicadas durante a gestação, mas podem ser administradas no puerpério e durante a amamentação.</p> <p>No caso da HPV, se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, deve suspendê-lo até o puerpério.</p>		



exímia

FORTALIZE

KERA D

REFERÊNCIA NUTRACÊUTICA NO REEQUILÍBRIO DO CICLO E DA SAÚDE CAPILAR.

ÚNICO
NUTRACÊUTICO
QUE COMPROVA:

EFICÁCIA NÃO
INFERIOR VS.
MEDICAMENTO
REFERÊNCIA NO
TRATAMENTO DAS
ALOPECIAS¹



VITAMINAS, MINERAIS E POOL DE AMINOÁCIDOS²

(19 CONSTITUINTES DA QUERATINA INCLUINDO A CISTINA)

- ⚡ REDUZ A QUEDA E AUXILIA NO CRESCIMENTO DE NOVOS FIOS^{1,3}
- ⚡ AUMENTA A RESISTÊNCIA, QUALIDADE E BRILHO DOS CABELOS¹



VITAMINAS E MINERAIS
em 100% da
Recomendação
Diária de Ingestão²



NÃO CONTÉM GLÚTEN²



RECOMENDAÇÃO DE USO CÔMODA:
1 comprimido, 1x ao dia²



ALTA TOLERÂNCIA GÁSTRICA¹

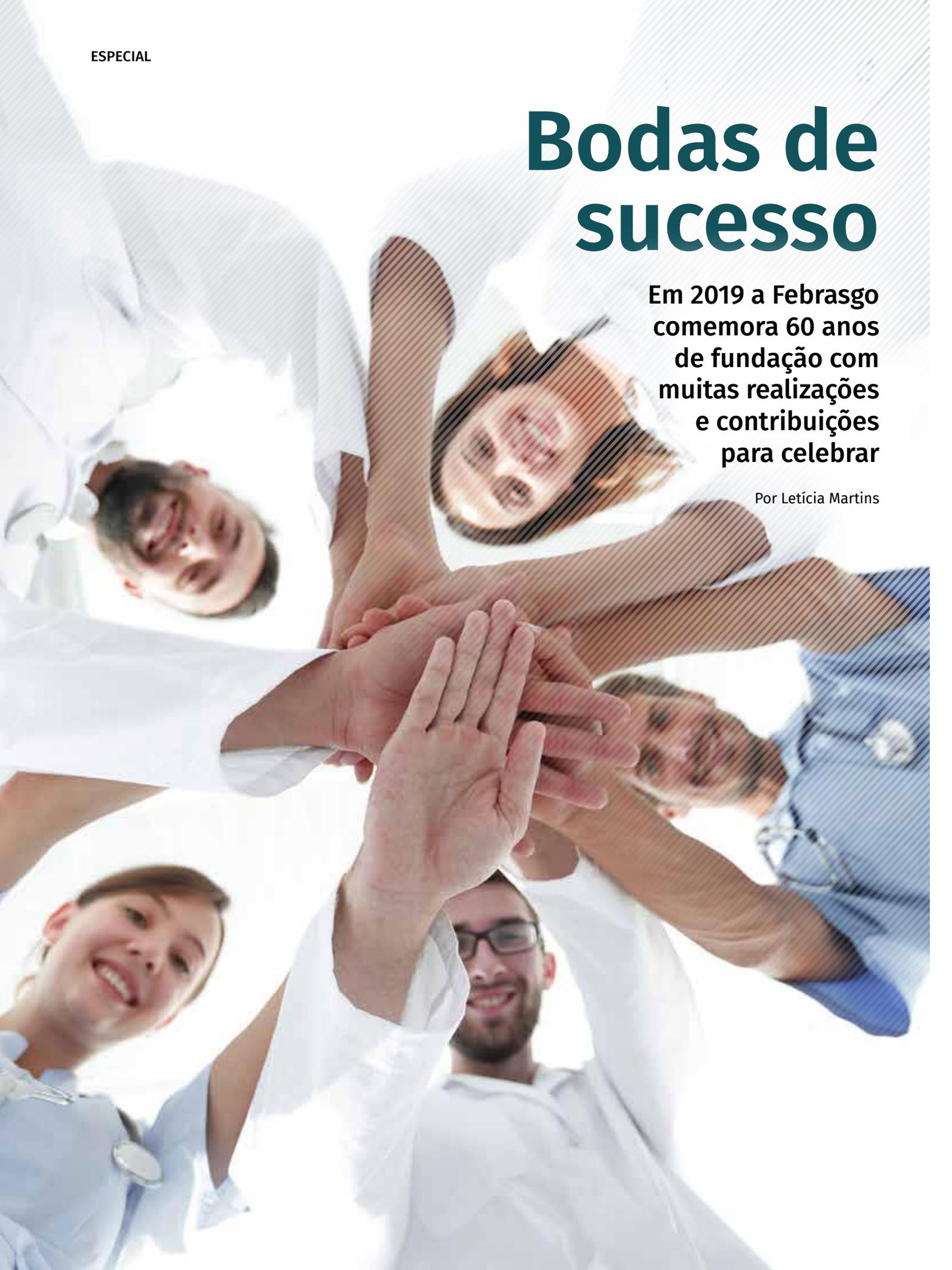
Referências bibliográficas: 1. Addor FAS, Donato LC, Abreu Melo CS. Comparative evaluation between two nutritional supplements in the improvement of telogen effluvium. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology. 2018;11:431-6. 2. Rotulagem do produto Exímia Fortalice Kera D. 3. Addor FAS, Melo CSA, Vieira JC. Efeito de uma associação de nutrientes na papila dérmica folicular humana: estudo in vitro. Surg Cosmet Dermatol. 2018 jul-set;10(3)(3 suppl. 1):9-13. Gestantes, nutrizes e crianças até 3 (três) anos somente devem consumir esse produto sob orientação de nutricionista ou médico. Produto dispensado da obrigatoriedade de registro - Resolução RDC 27/2010.

ESPECIAL

Bodas de sucesso

Em 2019 a Febrasgo comemora 60 anos de fundação com muitas realizações e contribuições para celebrar

Por Letícia Martins



Chegar à maior idade com uma vasta lista de histórias positivas para contar e unindo profissionais de saúde que trabalham por um mesmo ideal não é pouca coisa. Aliás, deve ser sinônimo de orgulho para a entidade e seus mais de 15 mil associados. É com esse espírito de gratidão e com o olhar no futuro que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) completa em 2019 seis décadas de fundação.

São mais de 21 mil dias de trabalho dedicados a capacitar ginecologistas e obstetras (GO) do Brasil todo, debatendo temas pertinentes à classe, promovendo consenso entre as associações federadas, representando os profissionais de GO em todas as esferas e propondo iniciativas que possam melhorar o atendimento das mulheres em nosso país. Esses foram os objetivos definidos para a entidade em 30 de outubro de 1959, data de sua fundação, e que predominam até hoje.

Uma das características da Febrasgo, e talvez sua maior riqueza, é reunir GO comprometidos com a excelência, a ética, o respeito, a credibilidade e o conhecimento, valores que constituem o pilar moral da entidade. Se, como dizia Monteiro Lobato, um país se faz com homens e livros, uma grande instituição com certeza se faz com que profissionais que dedicam tempo, experiência e amor à missão.

Não foi por acaso que a primeira diretoria da Febrasgo contou com a liderança de Alberto Francia Gomes Martins, GO conceituado e com ampla experiência também nas áreas de oncologia e bacteriologia. Conhecido como homem visionário, Martins esteve à frente da criação do anteprojeto dos estatutos da recém-formada entidade, que não foi tarefa simples de concluir, demandando cerca de um ano de trabalho.

Faleceu em julho de 1980, tendo sido homenageado, três meses depois, pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, com o Projeto de Lei nº 491, de 31 de outubro de 1980, que deu o nome de Doutor Alberto Francia Gomes Martins a uma escola estadual no Jardim Santo Antônio, em Santo André, na Grande São Paulo.

Outro nome de destaque na história da Febrasgo e da Ginecologia brasileira é o de Arnaldo de Moraes, um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Ginecologia, em 1924, que mais tarde seria convertida em SGORJ e criaria o 1º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em 1940.

Um fato notório na trajetória profissional de Moraes merece ser lembrado nesta retrospectiva da Febrasgo. Em 1930, o médico teve a oportunidade de ir para a Alemanha, onde trabalhou com Hans Hinselmann (1884-1959), criador do colposcópio, aparelho que revolucionava a especialidade na época ao permitir o diagnóstico precoce de mulheres com tumores cervicais. Ao voltar para o Brasil, Moraes trouxe um daqueles equipamentos na mala

e usou-o no diagnóstico do câncer de colo do útero, associando-o a outras técnicas já utilizadas lá fora. Em 1936, o médico fundou e dirigiu os *Anais Brasileiros de Ginecologia* e a revista *Arquivos de Clínica Ginecológica*. Mais tarde, assumiu a presidência da Febrasgo, porém não pode concluir o mandato, pois faleceu em 6 de abril de 1961.

A Febrasgo passou a ser conduzida até 1963 pelo gaúcho de Cruz Alta, João Carlos Gomes da Silveira, que, além de médico, era também jornalista e poeta. Na graduação, dividia o tempo entre a enfermaria de Cirurgia de Homens, o atendimento na Ginecologia e Cirurgia de Mulheres e a redação do jornal *Diário de Notícias*.

Ao assumir a presidência da Febrasgo, encarou o desafio de realizar o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, o que fez com a ajuda de um grupo de jovens que integravam a equipe do professor Jorge de Rezende, da 33ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro.

Gomes da Silveira foi ainda professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e autor e tradutor de 18 romances do francês Honoré de Balzac, que integram a coleção *A Comédia Humana*. Morreu em 10 de maio de 1989, aos 76 anos.

Talvez graças a ele, com seu jeito comunicativo e ousado, a Febrasgo tenha absorvido a importância da comunicação como ferramenta para tornar transparente as ações da entidade, ao mesmo tempo que aumenta a abrangência dos trabalhos realizados por seus pares, quer seja por meio dos canais *off-line* quanto *on-line* (saiba mais no quadro Realizações).

Daquele ano até 1966, a gestão da entidade ficou a cargo de Martiniano José Fernandes, que acumulou as funções de ginecologista, obstetra, professor acadêmico, senador da República (na década de 1950) e, de quebra, ainda jogou futebol pelo Santa Cruz, Botafogo e Fluminense. Foi o primeiro representante da entidade proveniente da região Nordeste do país, onde atuou na Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope).

Depois de Fernandes, o paulistano José Bonifácio Medina, um dos fundadores da Escola Paulista de Medicina, ocupou a cadeira de presidente da Febrasgo até

1969. Entre suas atividades, destacou-se a luta pela prevenção do câncer de colo do útero, recorrendo para isso ao uso da colposcopia e do exame de Papanicolaou (citologia vaginal oncológica). Em sua gestão, a Febrasgo passou a ter o papel do secretário-executivo, que naquele mandato foi ocupado por Francisco Victor Rodrigues e aprovou um novo regulamento do Título de Especialização em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO). Medina faleceu em São Paulo, prestes completar 93 anos de idade.

Uma das características da Febrasgo, e talvez sua maior riqueza, é reunir GO comprometidos com a excelência, a ética, o respeito, a credibilidade e o conhecimento.

EVENTOS, PUBLICAÇÕES E REPRESENTAÇÃO MUNDIAL

O curitibano Domício Pereira da Costa assumiu a presidência entre os anos de 1969 e 1972 com o compromisso de dar sequência ao trabalho de Medina e levar atualização aos associados, aproximar a Febrasgo dos tocoginecologistas e realizar o Congresso Brasileiro da especialidade, que atraiu quase 2 mil participantes e diversos professores estrangeiros, inclusive o suíço Hubert de Watteville, “pai fundador da Figo”. Ainda em 1971, Domício foi promovido a professor titular da disciplina de Ginecologia e, em 1975, após eleição, foi designado chefe do Departamento de Tocoginecologia. Ele se aposentou em 1985 e faleceu em 1991.

Nas duas décadas seguintes, a então jovem Febrasgo começou a emplacar importantes e inéditos projetos, que persistem até hoje, entre eles três publicações importantes: a revista **Femina**, criada em 1973 na gestão de Paulo Belfort de Aguiar, um dos mais respeitados obstetras do país, defensor do concurso para a cátedra de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da antiga Universidade do Estado da Guanabara (hoje UERJ) e professor titular da Escola Médica do Rio de Janeiro da Universidade Gama Filho e da Faculdade de Medicina de Campos. Ficou na presidência da Febrasgo até 1975, quando Domingos Ferreira Machado assumiria até 1978.

Com Machado, a saúde da mulher passou a ser a preocupação principal da entidade e da sua diretoria. Naquela época, a medicina passava por uma ampla transformação por conta da tecnologia e, especificamente para a obstetrícia, a ultrassonografia havia recém-chegado ao país.

Em 1979, a Febrasgo criou, então, a segunda publicação de referência na área, a **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO)**, durante a presidência de Laurival Antonio de Luca, médico que acumulou grandes feitos em sua vida profissional. Foi ele,

por exemplo, o responsável por implantar o serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu, interior de São Paulo, instituição que cresceu muito e hoje possui residência médica de três anos, centro obstétrico, laboratório de pesquisa em Ginecologia e programa de pós-graduação em Ginecologia.

Luca atuou no desenvolvimento de parcerias internacionais, consolidando o vínculo com as sociedades científicas da América Latina e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo). Delegado do Brasil na Figo, participou ativamente no Congresso Mundial de Ginecologia, realizado em 1982, em São Francisco (EUA), e conseguiu que o Brasil fosse escolhido como país-sede para o congresso de 1988. Também foi em sua gestão que batalhou por escolas médicas de melhor qualidade. Faleceu em 8 de setembro de 2008, mas seu legado continua vivo e ganhando cada vez mais notoriedade e espaço.

A RBGO, por exemplo, foi internacionalizada na gestão atual da Febrasgo, sendo publicada 100% em inglês e recebendo artigos de vários países, sem deixar de lado seu objetivo maior, que é contribuir para o desenvolvimento da pesquisa brasileira em GO, assim como auxiliar os alunos de pós-graduação e jovens pesquisadores no aprimoramento de sua capacitação científica, para que possam colaborar com a melhoria da assistência e da qualidade de vida da mulher.

Outro exemplo foi sua articulação para tornar o Brasil o candidato escolhido para sediar o Congresso Mundial de Ginecologia, o que de fato aconteceu. A decisão foi anunciada em 1982 e o evento foi realizado na cidade do Rio de Janeiro em 1988.

Antes desse Congresso, no entanto, a Febrasgo teve a direção do cearense José Weydson Carvalho de Barros Leal, que exerceu um trabalho pioneiro na área de Reprodução Humana no Estado de Pernambuco e foi responsável pelo primeiro bebê de proveta do Norte-Nordeste, nascido 15 de janeiro de 1992. Também foi autor de livros cien-

A revista *Femina* foi criada em 1973 na gestão de Paulo Belfort de Aguiar, um dos mais respeitados obstetras do país.

10 fatos históricos

1º Congresso

Em 1963, sob a gestão do então presidente João Carlos Gomes da Silveira, a Febrasgo realizou o primeiro congresso brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, na capital gaúcha. O destaque para aquele ano foi a publicação de dois volumes dos anais do congresso.

TEGO

Em 1968, o Título de Especialização em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) tem um novo regulamento aprovado.

tíficos e de memórias e, à frente da Febrasgo entre 1982 e 1985, cumpriu trabalho para aproximar a federação de suas associadas. Para isso, não poupou esforços para participar dos diversos eventos promovidos pelo país. Externamente, conseguiu restabelecer os vínculos com a Figo e, em 1984, integrou a entidade que presidia à *Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología* (Flasog).

Barros Leal foi sucedido pelo alemão Hans Wolfgang Halbe, que chegou recém-nascido ao Brasil e aqui se formou em medicina e fez residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), onde também realizou o doutorado e passou, tempos depois, a trabalhar como professor livre-docente.

Ele também tinha uma veia de comunicador, tendo sido redator de uma revista que fazia resumos de artigos. Por esse motivo, falava com frequência com professores de todo o Brasil. Entre suas realizações marcantes à frente da Febrasgo está a elaboração do **Tratado de Ginecologia**, terceira publicação da entidade, atualizada recentemente. Fora da Febrasgo, foi responsável pela criação, dentro da FMUSP, do curso de pós-graduação de Ginecologia e Obstetrícia e também foi presidente, dentro da Associação Paulista de Medicina (APM) do antigo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DGO), que viria a se converter na Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp). Até 2019, mantinha uma clínica particular na Zona Sul de São Paulo.

DE 1990 A 2019:

FORTELECIMENTO ESTRATÉGICO

Em 1989, o baiano José de Souza Costa chegou à presidência da Febrasgo eleito pela primeira vez por voto direto e universal de todos os associados do Brasil. Em sua gestão, aproximou-se de diversas entidades nacionais e internacionais e manteve a entidade atuante no âmbito social, conforme os

**José de Souza Costa
chegou à presidência
da Febrasgo eleito
pela primeira vez
por voto direto e
universal de todos os
associados do Brasil.**

parâmetros do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado em conjunto com o Ministério da Saúde. Além disso, iniciou conversações com a Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) para desenvolver o plano de prevenção de mortalidade materna e promoveu uma série de eventos, como o Encontro Nacional de Tocoginecologia e do Planejamento Familiar, realizado em Águas de Lindoia (SP).

De 1994 a 1997, o amazonense Hildoberto Carneiro de Oliveira assumiu a presidência da Febrasgo, tendo liderado antes a Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Foi o 13º a liderar a entidade e, durante seu mandato, reativou as revistas *Femina* e RBGO e deu novas periodicidades a elas: a *Femina* passou a ser publicada mensalmente, enquanto a RBGO, a cada três meses. Ele foi sucedido por Edmund Chada Baracat, que comandou a Febrasgo entre os anos de 1998 e 2005, marcando história por ter sido o primeiro presidente reeleito na Febrasgo.

Formado pela Escola Paulista de Medicina (EPM), Baracat sempre teve uma vida acadêmica e associativa bastante movimentada. Na EPM atuou em duas áreas: na acadêmica, concluindo mestrado, doutorado e livre-docência; e, na profissional, trabalhando de 1982 até a aposentadoria, chegando a pró-reitor da Graduação. Ajudou a regularizar o imóvel em que a Febrasgo se encontrava e a compra de um conjunto no bairro da Tijuca. Disposto a ampliar a área de atuação da entidade, também trabalhou em conjunto com os professores

Geraldez Tomaz e Rosival Nassar (vice-presidentes das regiões Norte e Nordeste) e viajou para vários estados do país com intuito de fundar federações onde elas ainda não existiam: Acre, Amapá, Roraima e Tocantins.

Enquanto o nome da Febrasgo chegava aos quatro cantos do Brasil, atuou em parceria com a diretoria da Associação Médica Brasileira e o Ministério da Saúde.

Femina

Em 1973, é criada a revista *Femina*, publicação que trazia artigos acadêmicos e opinativos, e tinha como objetivo unir especialistas e promover conhecimento e informações sobre a especialidade.

RBGO

Em 1979, a Febrasgo lança a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), com artigos e pesquisas científicas de associados. Em pouco tempo, a publicação se tornaria uma referência para os profissionais de Ginecologia e Obstetrícia do país.

Representação mundial

Em 1982, o Brasil é escolhido para sediar o Congresso Mundial de Ginecologia na cidade do Rio de Janeiro, que aconteceria em 1988.

Fundo Febrasgo

Foi criado em 1984 com a finalidade de garantir o futuro da entidade e ajudar na sua sustentação. Com o dinheiro oriundo dos congressos, o fundo ajuda as federadas espalhadas pelo país e também na edição de livros.

Baracat passou o bastão para o paulista Nilson Roberto de Melo, que também teve larga participação associativa, tendo liderado entidades de respeito como a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), a Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (Flascym) e a Flascog.

Na presidência da Febrasgo de 2005 a 2011, Melo fez da internet sua grande aliada na divulgação do conhecimento. Incentivou as sociedades regionais a desenvolverem sites próprios e reformulou o portal da Febrasgo, deixando-o mais ágil e dinâmico. Com a diretoria, fez alterações na avaliação das provas que conferiam o título de especialista (TEGO) e no estatuto que rege a Febrasgo, que, em 2011, atingiu a marca de 18 mil sócios e 24 comissões de estudo.

Entre 2012 e 2015, quem esteve à frente da Febrasgo foi o mineiro Etelvino de Souza Trindade, que deu sequência ao trabalho de Melo, profissionalizou a administração e deu ênfase aos programas científicos, entregando ao atual presidente, César Eduardo Fernandes, uma instituição madura, organizada e fortalecida para os novos desafios.

PRESIDÊNCIA ATUAL

A Febrasgo chega a 2016 com forte atuação nacional e cada vez mais próxima das federadas e dos associados. A diretoria atual, presidida por Fernandes, atuou na reformulação das partes administrativa, tecnológica e de comunicação, com a revitalização do portal Febrasgo; a criação do Portal Ela; a retomada do *Tratado de Ginecologia e de Obstetrícia*, projeto que envolveu mais de 800 autores; o lançamento de 120 protocolos e da Escola Febrasgo; e a criação de um aplicativo com vasto conteúdo com o intuito de auxiliar o profissional no seu dia a dia.

Outra entrega muito esperada é a realização do **58º Congresso Brasilei-**

ro de Ginecologia e Obstetrícia, que acontecerá entre os dias 13 e 16 de novembro de 2019, em Porto Alegre (RS). Foi mais de um ano de trabalho para organizar quatro dias de evento, que deve atrair mais de 4.500 participantes, além de 250 palestrantes.

A capital gaúcha representa uma escolha simbólica, já que lá, em 1963, a Febrasgo realizou o primeiro congresso brasileiro da sua gestão. O sucesso daquela edição repercutiu nas demais e a cada biênio a instituição, por meio de sua Comissão Organizadora, prepara a programação com muito capricho e profissionalismo. “Todos os palestrantes convidados são escolhidos com base no conceito de meritocracia”, destaca o atual presidente da Febrasgo, César Eduardo Fernandes.

A gestão da diretoria da Febrasgo, explica o presidente, está baseada no comprometimento e na transparência a favor de uma Ginecologia e Obstetrícia brasileira mais digna e respeitada. Por isso, a entidade valoriza e reconhece o trabalho que vem sendo desenvolvido com maestria pelas 30 Comissões Nacionais Especializadas (CNEs). Compostas por profissionais de alto nível de diversas áreas da GO, que representam os 24 estados brasileiros mais o Distrito Federal, as CNEs dão suporte ao aperfeiçoamento técnico e científico dos associados. Prova disso são os 120 protocolos de atendimento produzidos pelas CNEs, que abrangem praticamente todos os temas mais importantes da especialidade. São recomendações baseadas nas melhores práticas clínicas e consagradas na literatura científica, que visam padronizar em alto nível o atendimento na rede complementar e no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse conteúdo favorece

os profissionais de Ginecologia e Obstetrícia e, conseqüentemente, a mulher, que poderá ser atendida por um especialista pautado nas mais atuais recomendações médicas disponíveis. Afinal, esse tem sido o cerne da existência da Febrasgo, que há seis décadas capacita GO para serem cada vez mais profissionais e humanos. 

A Febrasgo chega a 2016 com forte atuação nacional e cada vez mais próxima das federadas e dos associados.

Tratado de GO

Editado por Hans Wolfgang Halbe, é lançado o *Tratado de Ginecologia da Febrasgo*, cuja última atualização foi feita em 2018.

Reconhecimento

Em 1991, a Febrasgo foi eleita para o Executive Board da Figo e criou as cinco vice-presidências regionais.

Sede própria

Em 2000, a Febrasgo inaugura sua atual sede própria para a secretaria executiva, na Barra da Tijuca, no Rio de Janeiro. Era o Dia do Ginecologista e ocasião em que a entidade celebrava seus 41 anos.

Teste do Progresso Individual

Em 2018, os residentes passam a contar com avaliações anuais e progressivas com a instituição do Teste do Progresso Individual (TPI). Aqueles que vão bem no teste são dispensados da prova teórica do título de especialista em GO (TEGO) do ano seguinte e passam a fazer apenas a avaliação prática.



Realizações Nova Febrasgo

Gestão 2016 a 2019

Um legado associativo bem edificado e fortalecido não é escrito assim, da noite para o dia, tampouco com a letra de um só autor. No caso da Febrasgo, são mais de 60 anos escrevendo uma história de sucesso. Cada associado que participou e ainda participa dessa trajetória dedica tempo e experiência sem exigir nada em troca.

Nos dois últimos anos, os membros da entidade trabalharam com afinco para entregar novos projetos e aperfeiçoar alguns outros. Confira abaixo algumas iniciativas que demandaram esforço e compromisso.



*Uma história,
muitas realizações.*

TEGO: reestruturação e modernização das provas

Conferido pela Febrasgo e pela Associação Médica Brasileira (AMB), o título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) representa a confirmação de excelência no exercício da tocoginecologia, avaliando os profissionais quanto ao seu saber científico, habilidades e atitudes.

A avaliação é formada em duas etapas. A primeira é teórica, com 100 testes de múltipla escolha baseados em casos clínicos: metade referente à área de Ginecologia e a outra parcela sobre Obstetrícia. As perguntas também são acompanhadas de imagens, aumentando o grau de dificuldade.

A segunda fase, por sua vez, sofreu uma mudança há dois anos. Houve a implantação da parte prática, na qual os candidatos precisam aplicar os conhecimentos e realizar tarefas em estações com pacientes simulados ou manequins.

Protocolos Assistenciais em Ginecologia e Obstetrícia

Por meio das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), a Febrasgo desenvolveu 120 protocolos de atendimento abrangendo praticamente todos os temas mais importantes da especialidade.

São recomendações baseadas nas melhores práticas clínicas e consagradas na literatura científica, que visam padronizar em alto nível o atendimento na rede complementar e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de essenciais para qualificar a assistência às pacientes, também servem para resguardar o médico em caso de uma eventual ação judicial. Em geral, os juízes baseiam suas decisões verificando se as condutas tomadas pelo profissional médico se basearam em boas práticas preconizadas pelas sociedades de especialidades.

Renovação da identidade visual à estratégia digital

Para criar uma nova forma de comunicar, mais dinâmica e próxima do público feminino e profissionais de GO, a marca da Febrasgo foi totalmente reformulada, assim como os canais de comunicação da entidade, entre eles o *site* e as redes sociais, que estão sempre atualizados e munidos de conteúdo de qualidade.

Desde a posse de César Eduardo Fernandes, em janeiro de 2016, o ginecologista Sérgio Podgaec e a equipe interna trabalham com especialistas com o

objetivo de deixar as mídias mais consistentes, elevando a efetividade do fluxo de informações, em especial do portal, totalmente reconfigurado tanto no conteúdo como visualmente.

A nova estratégia em redes sociais já surtiu resultados significativos. No Facebook, a página registrou aumento de 700% no número de seguidores, já alcançando a marca de 50 mil fãs.

RGBO e Femina

Periodicidade, atualização e internacionalização formam o trio de novidades das duas revistas da Febrasgo. A RGBO ganhou versão 100% em inglês, com artigos de vários países. Seu objetivo principal, no entanto, não mudou: continua sendo contribuir para o desenvolvimento da pesquisa brasileira em GO, assim como auxiliar os alunos de pós-graduação e jovens pesquisadores no aprimoramento de sua capacitação científica, para que possam colaborar com a melhoria da assistência e da qualidade de vida da mulher.

Já a *Femina* passou a ter periodicidade mensal, atuando com mais força ainda no propósito de levar entretenimento e informações da Febrasgo para os associados. Está disponível na versão digital, para leitura no *site* da entidade, além de chegar aos consultórios de todos os associados. Em breve, será acompanhada pela revista ELA, que tem como foco o público leigo feminino.

4

Nova matriz de competências

Com o objetivo de assegurar consistência e coerência às grades curriculares dos programas em GO, a nova Matriz de Competência utiliza metodologia baseada em modelos internacionais, com as devidas adaptações e adequações para implantação em nosso país.

5

Congresso Mundial da FIGO: a maior edição da história

Aconteceu, no Rio de Janeiro, de 14 a 19 de outubro de 2018, o XXII Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Foi a maior edição de todos os tempos, com a participação de cerca de 11 mil especialistas.

6

Pesquisa nacional

No Mês Internacional da Mulher de 2019, a Febrasgo, em parceria com o Instituto Datafolha, divulgou uma pesquisa inédita que investigou a opinião de mais de 2 mil mulheres brasileiras sobre o ginecologista obstetra. O levantamento confirmou o que muitos já sabiam: que a especialidade é reconhecida pelo público feminino como importan-

Lançamento de livros

A Febrasgo promove a edição e o lançamento de várias obras literárias nos Congressos e Encontros dos quais participa, sempre com o intuito de difundir, aprimorar e projetar nossos profissionais e a própria ciência obstétrica e ginecológica para a saúde e o bem-estar da mulher. Vários são os livros oriundos de nossos esforços em conjunto com os associados, como o *Tratado de Ginecologia* e o *Tratado de Obstetrícia* e a Coleção Febrasgo (Uroginecologia, Medicina Fetal, Climatério e Menopausa), além de diversos outros projetos gráficos e fascículos em diversas áreas de atuação da GO.

7

Projeto ELA

Canal de comunicação e fonte de informação para as mulheres, o projeto ELA está tomando uma dimensão ampla. Além da revista impressa, que deve ser entregue aos associados junto com a *Femina*, com informações especialmente preparadas para as pacientes, o portal www.feitoparaela.com.br trará conteúdo de qualidade e credibilidade para a saúde feminina.

8

Posicionamento Febrasgo

Visando qualificar dia a dia a assistência ao parto, assegurar ininterruptamente que o respeito à autonomia da mulher seja a tônica da relação médico-paciente, além de possibilitar o máximo de segurança aos especialistas na prática diária, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia lançou oficialmente no Congresso FIGO a série *Posicionamento Febrasgo*, que traz recomendações oficiais sobre temas controversos.

9

te no papel de dar acolhimento e atenção, realizar exames clínicos, aconselhar, passar confiança e fornecer informações claras e suficientes. A pesquisa revelou que oito em cada dez mulheres estão satisfeitas com o atendimento do atual ou último ginecologista.

10

Curso de capacitação de preceptores da Febrasgo

Pesquisa de satisfação

Gustavo Salata Romão¹,
Marcos Felipe Silva de Sá²

Foto: Shutterstock

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

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

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão
Av. Costábile Romano, 2.201,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

* Este artigo foi realizado pelos membros da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, na representatividade do Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá (Diretor Científico) e Prof. Dr. Gustavo Salata Romão (Presidente da Comissão Nacional Especializada em Residência Médica).

A implementação da formação baseada em Competências na Residência Médica no Brasil⁽¹⁾ e em diversos países no mundo⁽²⁾ representa uma mudança nos referenciais para a capacitação de preceptores e supervisores. Os papéis atribuídos aos “formadores” dos médicos especialistas se tornaram mais diversificados e se estendem muito além do domínio técnico da especialidade médica. De acordo com os novos referenciais, os supervisores devem exercer as funções de provedores de informação técnica atualizada e confiável, facilitadores do aprendizado, avaliadores, organizadores do currículo e dos cenários de aprendizagem, provedores de recursos de treinamento, além de atuarem como modelos de prática profissional.⁽³⁾ Diante dessas novas necessidades, é preciso repensar o modelo, o formato e os objetivos dos cursos de capacitação de preceptores.

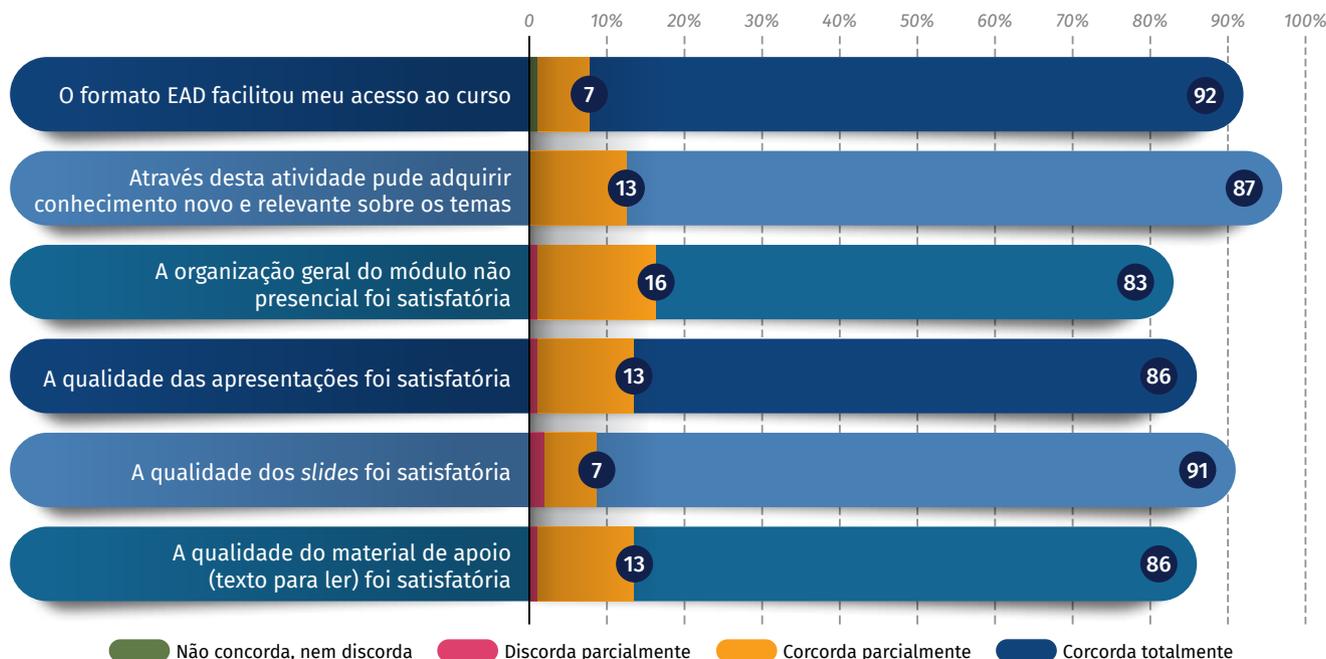
O curso de Capacitação de Preceptores de Residência Médica em

Ginecologia e Obstetrícia é uma iniciativa da Febrasgo que visa à qualificação da formação dos futuros profissionais de acordo com os novos referenciais de formação orientada por competências.

O curso é voltado a todos os colegas que desenvolvem atividades de supervisão de residentes em Programas de Residência Médica, sendo desenvolvido no modelo *blended learning*, contendo um módulo não presencial (em ambiente de Ensino a Distância – EAD) e um módulo presencial.

O módulo presencial é composto por quatro blocos relacionados aos seguintes temas:

- Residência orientada por competências;
- Teste de Progresso Individual do Residente;
- Avaliação em ambiente simulado (OSCE);
- Avaliação em Ambiente Real (Mini-CEX e DOPS) e técnicas de *feedback*.



Cada bloco de atividades contempla vídeo-aula, material de suporte, referências bibliográficas, testes de memorização (*quiz*) e testes de verificação de conhecimento. Para a progressão entre os blocos, é necessário que o participante apresente desempenho satisfatório nos testes de avaliação.

No módulo presencial, são desenvolvidas oficinas voltadas ao aprendizado sobre técnicas de *feedback* e métodos de avaliação das competências em ambiente real (DOPS e Mini-CEx) e em ambiente simulado (OSCE).

Em 2018, foi realizada a primeira versão do curso, que contou com a participação de 381 preceptores no módulo não presencial, dos quais 152 foram aprovados. No módulo presencial, foram capacitados 77 preceptores em quatro versões do curso: sendo três encontros na cidade de São Paulo (SP), nos meses de agosto e novembro de 2018 e fevereiro de 2019, e o quarto em março de 2019, na cidade de Fortaleza (CE).

Ao final do módulo EAD, foi realizada uma pesquisa de satisfação, aplicada em formulário eletrônico a 186 participantes desse módulo, que mostrou os seguintes resultados:

De acordo com as percepções da maioria dos entrevistados, a atividade EAD contribuiu para a aquisição

de conhecimento novo e relevante. A organização e a qualidade das aulas e do material de apoio também foram consideradas pontos fortes desse módulo. Esses resultados corroboram os resultados de outros estudos internacionais que demonstraram haver equivalência de efetividade entre a aprendizagem tradicional e aquela realizada em ambiente não presencial para a aquisição de conhecimentos, habilidades e comportamentos.^(4,5) Como vantagens adicionais da EAD, incluem-se maior flexibilidade, maior controle sobre o aprendizado, maior facilidade na obtenção de dados para avaliação e melhoria do curso e maior possibilidade de instrução adaptativa.^(4,5)

No curso de capacitação de preceptores da Febrasgo, o módulo EAD foi organizado na modalidade assíncrona, em que cada participante gerencia seus horários de acesso e seu ritmo de aprendizagem na plataforma virtual. Uma avaliação sobre EAD na residência médica dos Estados Unidos verificou um uso crescente dessa estratégia de ensino pelos programas de residência, com predomínio da modalidade assíncrona (71,5%) em relação à modalidade síncrona (28,5%), em que as atividades são realizadas simultaneamente em tempo real.⁽⁶⁾

Em julho de 2019, serão abertas inscrições para a nova versão do curso, que conta também com o tema “Como elaborar itens de qualidade nas avaliações” no módulo EAD, que será realizado no mês de agosto. A partir do mês de setembro serão realizadas atividades presenciais em outras capitais brasileiras. Aos participantes que completarem os módulos do curso, será fornecido certificado pela Febrasgo.

REFERÊNCIAS

- Romão GS, Reis FJC, Cavalli JC, Sá MFS. Matriz de competência em ginecologia e obstetrícia: um novo referencial para programas de residência médica no Brasil. *Femina*. 2017;45(3):172-7.
- Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-7.
- Fernandez N, Audétat MC. Faculty development program evaluation: a need to embrace complexity. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:191-9. doi: 10.2147/AMEPS188164
- Cook DA, Triola MM. What is the role of e-learning? Looking past the hype. *Med Educ*. 2014;48(9):930-7. doi: 10.1111/medu.12484
- Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300(10):1181-96. doi: 10.1001/jama.300.10.1181
- Wittich CM, Agrawal A, Cook DA, Halvorsen AJ, Mandrekar JN, Chaudhry S, et al. E-learning in graduate medical education: survey of residency program directors. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):114. doi: 10.1186/s12909-017-0953-9

TPI

Teste do Progresso Individual

Número de inscritos para o TPI dos residentes de GO cresceu 13% em relação ao ano de 2018.

No dia 31 de maio de 2019, encerraram-se as inscrições para os residentes de Ginecologia e Obstetrícia (GO) de todo o Brasil que se submeterão ao Teste do Progresso Individual (TPI), que será aplicado pela Comissão de Residência Médica (Coreme) da Febrasgo. Pela segunda vez, a aplicação do TPI será feita em várias capitais do Brasil. Neste ano, a prova será aplicada também em Belém do Pará, completando 11 cidades, abrangendo todas as regiões do Brasil.

Os números mais uma vez superaram as expectativas da Febrasgo. Conforme pode ser observado na tabela ao lado, houve 1.476 inscrições, com aumento de 13% em relação ao ano de 2018.

A título de incentivo, a diretoria da Febrasgo acrescentou outras bonificações para os residentes: o candidato que participar das avaliações consecutivas do TPI-GO, nos três anos (R1, R2 e R3) do Programa de Residência Médica, e que tiver desempenho acima do percentil 30 (> P30) em cada uma das edições da prova poderá obter bonificação de 10% na prova teórica (primeira fase) do TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia) do ano seguinte ao R3, desde que apresente uma curva ascendente de desempenho do R1 para o R2 e do R2 para o R3 com diferença igual ou superior a cinco pontos em relação ao seu desempenho no ano anterior. Mais detalhes estão apresentados no edital do TPI.

Como tem sido reiterado aos coordenadores e preceptores dos programas e aos próprios residentes, o TPI é uma grande oportunidade de avaliação para os médicos residentes na especialidade, pois permite a autoavaliação, o reforço do aprendizado consolidado e a detecção de competências a serem desenvolvidas, melhoradas ou aprimoradas. Permite também a autoavaliação dos programas de residência e aponta caminhos para o desenvolvimento e a qualificação deles. O TPI é internacionalmente reconhecido como estratégia valiosa para a qualificação da formação e dos programas de residência médica. *FEMINA* deseja sucesso a todos os inscritos no TPI!



Cidade	R1	R2	R3	Total
São Paulo	233	186	135	554
Belo Horizonte	66	55	35	156
Curitiba	59	56	36	151
Ribeirão Preto	53	54	39	146
Porto Alegre	55	37	26	118
Brasília	37	35	10	82
Recife	34	26	4	64
Fortaleza	20	23	18	61
Rio de Janeiro	34	15	8	57
Salvador	24	14	16	54
Belém	12	13	8	33
Total geral	627	514	335	1.476



Foto: Shutterstock

Remuneração do trabalho médico

Juvenal Barreto Borriello Andrade

Diretor de Defesa e Valorização Profissional

A Febrasgo, por meio da Diretoria de Defesa e Valorização Profissional, vem acompanhando e participando das discussões sobre remuneração do trabalho médico. Como é do conhecimento de todos, a assistência à saúde no Brasil é composta por dois grandes modelos: o público e o privado. No serviço público, com a municipalização da responsabilidade de gastos com saúde pública, o governo federal e os governos estaduais deixaram de realizar concursos públicos para médicos, deixando essa incumbência para os municípios. No entanto, com inúmeras prefeituras sem condições de arcar com tais gastos, o atendimento e a remuneração do médico são deficientes. No segmento de atendimento prestado pela saúde suplementar, as dificuldades não são menores, e a remuneração médica também gera insatisfação entre os médicos. Atualmente, o médico trabalha como funcionário público nas instituições assistenciais e como professor em universidades públicas, recebendo salário mensal fixo.

Nas universidades privadas, dificilmente há vínculo empregatício, e o regime mais comum é de presta-

ção de serviço como pessoa jurídica. Na saúde suplementar, em ambulatórios e hospitais próprios das operadoras, há colegas trabalhando com registro em CLT, prestação de serviço como pessoa física ou jurídica e em Organizações Sociais (OS). Em seu consultório particular, o trabalho médico é remunerado por prestação de serviço como pessoa física ou jurídica e particular. No entanto, chama atenção nos dias atuais a decisão da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sobre modelos de remuneração do atendimento vinculado às operadoras de saúde, vigorando no momento o modelo “*fee for service*” e sendo sugerida sua substituição pelo modelo de desempenho e resultado.

No modelo *fee for service*, ocorre pagamento direto de honorários por serviços prestados, tendo como base uma tabela na qual valores são preestabelecidos, baseados na equação atendimento/volume, e o parâmetro qualidade não é considerado. A tabela sugerida pela AMB (Associação Médica Brasileira) é a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), que, se fosse utilizada de maneira adequada pelas operado-

ras, o que não acontece, melhoraria a remuneração pelos serviços prestados. As alternativas de novos modelos de remuneração sugeridos pela ANS seriam os pagamentos por caso clínico, ou diagnóstico, ou pagamento por capitação, por um montante fixo por pessoa ou grupo populacional designado por período determinado. Seriam avaliadas a importância do cuidar e a introdução de critérios de qualidade com individualização de resultados e gestão da qualidade.

As preocupações da Febrasgo sobre tais mudanças são:

- Quem fará a avaliação de resultados?
- As avaliações seguirão quais critérios?
- Há uma relação de confiança entre os envolvidos (prestadores médicos, operadoras e ANS)?
- Novos modelos são melhores que o modelo atual?

É muito importante que o associado da Febrasgo acompanhe e participe dessas discussões, que ocorrem na AMB, com a participação de representantes de todas as Sociedades de Especialidade. 

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

EDITOR-CHEFE: Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

CONSELHO EDITORIAL: Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Almir Antonio Urbanetz, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Borges da Fonseca, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibaldi Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebirim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osorio 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 Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato Augusto Moreira de Sá, 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

ARTIGO DE REVISÃO

370 Cirurgias intrauterinas: alternativa de intervenção para as cardiopatias congênitas

Barcelos AL, Souza AF, Nunez LH, Abdalla JM, Peralta CF, Souza JH

RELATO DE CASO

375 Correção histeroscópica de útero septado completo

Tantini C, Borges SA, Viana GA

Cirurgias intrauterinas: alternativa de intervenção para as cardiopatias congênitas

Intrauterine surgeries: intervention alternative for congenital cardiopathies

Ana Luiza Lima Barcelos¹; Alice Ferreira Tomaz de Souza¹; Luana Helena Teixeira Nunez¹; Juliana Moyses Leite Abdalla²; Cleisson Fábio Andrioli Peralta³; José Helvécio Kalil de Souza¹

Descritores

Coração fetal; Cardiopatia congênita; Monitorização fetal; Terapia fetal; Cirurgia

Keywords

Fetal heart; Heart defects; Fetal monitoring; Fetal therapies; Surgery

Submetido:

04/07/2018

Aceito:

31/08/2018

1. Faculdade Faminas, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
3. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Ana Luiza Lima Barcelos
Av. Cristiano Machado, 12001, Vila Cloris, 31744-007, Belo Horizonte, MG, Brasil.
analuizalbarcelos@gmail.com

RESUMO

As cardiopatias congênitas são anormalidades estruturais ou funcionais do sistema cardiovascular, advindas desde o nascimento, mesmo que diagnosticadas posteriormente. Entre as malformações congênitas, as cardiopatias são as principais causas de mortalidade infantil nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos. Com o intuito de reduzir os efeitos progressivos dessas patologias, a intervenção intrauterina tem se destacado como opção terapêutica diante de resultados iniciais satisfatórios. O presente artigo teve por objetivo demonstrar a evolução da cirurgia intrauterina para correção cardíaca, a partir da avaliação dos benefícios ao feto e visando a riscos mínimos e aceitáveis para a mãe. Foi realizada uma pesquisa na base de dados Publisher Medline (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), incluindo artigos publicados entre 2008 e 2018; além da pesquisa efetuada no Manual de Medicina Fetal da SOGIMIG – 2018. Os critérios de elegibilidade são amplos. São necessários equipe multidisciplinar, equipamentos sofisticados e aperfeiçoamento da técnica, dessa forma dificulta-se a realização das cirurgias. Entretanto, diante dos resultados já demonstrados, a cirurgia intrauterina apresenta-se como alternativa terapêutica promissora.

ABSTRACT

The congenital cardiopathies are structural or functional abnormalities of the cardiovascular system, originated from birth, even when previously diagnosed. Among the congenic malformations, the cardiopathies are the main causes of infant mortality in the United States and in other developed countries. In order to reduce the progressive effects of these pathologies, intrauterine intervention has been highlighted as a therapeutic option in contempt of satisfactory initial results. This article has as goal to demonstrate the evolution of the intrauterine surgery for cardiac correction, based on the evaluation of the benefits to the fetus and aiming at minimum and acceptable risks to the mother. A research was made based on the Publisher Medline (PubMed) data base, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), including published articles between 2008 and 2018. Beyond the research made on The fetal medicine manual from SOGIMIG – 2018. The eligibility criteria are broad. It is necessary a multidisciplinary team, sophisticated equipments and technique improvement, therefore interfering in the performance of surgeries. However, in contempt of the already demonstrated results the intrauterine surgery presents itself as a therapeutic promising alternative.

INTRODUÇÃO

As primeiras tentativas bem-sucedidas para a correção de cardiopatia fetal foram publicadas, em 1991, por Maxwell *et al.*,⁽¹⁾ que obteve êxito técnico pela dilatação da válvula aórtica estenótica em dois fetos, no segundo trimestre, utilizando a valvoplastia por balão por meio de uma agulha inserida no ventrículo esquerdo (VE), com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de hipoplasia do coração esquerdo.

Inicialmente, a cirurgia intrauterina era usada para correção das derivações ventrículo-amnióticas, das hérnias diafragmáticas (por meio da broncoscopia fetal e colocação de balão intratraqueal), das ressecções da malformação adenomatoide cística dos pulmões e do teratoma sacrococcígeo. Entretanto, as intervenções que hoje se destacam, seja por conta das evidências científicas, pela frequência da doença ou pelos resultados iniciais animadores, são a coagulação de vasos placentários com *laser*, os procedimentos para a correção da obstrução urinária baixa ou da oclusão traqueal fetal com balão inflável, a correção da mielomeningocele e ainda as intervenções cardíacas.^(2,3)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em 1% a incidência de cardiopatias congênitas.⁽⁴⁾ Essa incidência está sendo aceita no Brasil, contabilizando cerca de 28.846 novos casos de cardiopatias congênitas ao ano. Entretanto, as notificações relacionadas às malformações congênitas do aparelho circulatório feitas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar registram incidência de aproximadamente 1.680 casos por ano (0,06%). Esses dados, juntamente com o acréscimo anual de casos de cardiopatia em adultos (cerca de 5.800 casos), indicam subnotificação, refletindo possivelmente a ausência de diagnóstico adequado.^(4,5) O Brasil publicou dois documentos para enfrentar a falta de diagnóstico da cardiopatia congênita no país, subsidiando políticas de saúde. A Portaria do Ministério da Saúde nº 569/2000 teve por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Entretanto, essa portaria não previa nenhum programa de triagem que permitisse a detecção precoce de cardiopatias congênitas. Já a publicação da Portaria nº 20/2014 oficializou a incorporação da oximetria de pulso – teste do coraçãozinho – como ferramenta de triagem neonatal, de forma universal pelo SUS, no âmbito da implementação da Rede Cegonha.⁽⁵⁾

Os dados levantados por meio de entrevista semi-dirigida no Inventário de Estratégia de *Coping* com 50 gestantes que receberam o diagnóstico de cardiopatia fetal no ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica de Hospital Universitário da cidade de São Paulo revelam que, por ser considerado o órgão responsável pela vida e pelo controle das emoções por muitas gestantes, a malformação do coração torna o impacto do diagnóstico muito mais forte e temeroso, despertando receio e questionamentos sobre as possibilidades de sobrevivência do recém-nascido.⁽⁶⁾

As intervenções cardíacas fetais podem ser oferecidas em casos extremamente específicos e bem-selecionados, além de exigirem centros especializados e multidisciplinares de cirurgia fetal para diagnóstico e conduta corretos, seguindo protocolos rígidos, com permissão do Comitê de Ética e do consentimento informado do casal. Com a evolução tecnológica, as técnicas de avaliação pré-natal possibilitaram o diagnóstico fiel e prematuro de patologias fetais, tornando as opções terapêuticas plausíveis nos últimos 10 a 15 anos.^(2,6) O alicerce da terapia cirúrgica cardíaca fetal é que uma intervenção pré-natal poderá reverter a morfologia do coração, alterando favoravelmente a história natural da doença e proporcionando melhores prognósticos no pré e pós-nascimento.⁽⁷⁾

INDICAÇÕES PARA INTERVENÇÃO FETAL

Inicialmente, a única forma de avaliar a fisiologia cardiovascular fetal era o monitoramento rotineiro da frequência cardíaca, o que vem se modificando com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos.⁽⁸⁾ O ritmo cardíaco fetal deve ser avaliado em todas as gestantes pela via abdominal durante o exame de *screening* para cromossomopatias no primeiro trimestre de gestação, possibilitando a avaliação das quatro câmaras, além de proporcionar o diagnóstico das doenças cardíacas congênitas em 44,8% das vezes. A ultrassonografia por via vaginal também permite esse tipo de avaliação.^(9,10) Em 2006, a Sociedade Internacional de Ultrassonografia em Obstetrícia e Ginecologia (ISUOG) publicou uma diretriz sobre a utilização de exames de ultrassonografia cardíaca com a finalidade de detectar anormalidades no coração fetal. Todavia, essa técnica dificulta a obtenção de imagens das vias de saídas devido ao fato de que a aorta e a pulmonar não estão em um único eixo como as quatro câmaras. Caso seja detectada alguma alteração estrutural no coração do feto, especialmente se complexa, a investigação pode ser incrementada com informações morfofuncionais obtidas com um ecocardiograma tridimensional (3D) ou tetradimensional (4D) pela via abdominal.^(9,11)

No Brasil, é ilegal a interrupção da gestação quando feito o diagnóstico pré-natal das cardiopatias, tornando as intervenções intraútero opções plausíveis para as mulheres ainda durante a gravidez. A terapêutica cardiológica fetal deve ser pautada em questões éticas e legais para orientar as decisões, minimizando danos e aumentando a taxa de sucesso das ações propostas. A cirurgia intrauterina é recomendada principalmente em casos de estenose aórtica, estenose pulmonar com septo íntegro e forame oval restritivo.⁽⁷⁾

A forma mais comum de obstrução esquerda é a valvar. Em casos de estenose aórtica (91% das formas críticas), o critério diagnóstico fundamenta-se em uma valva displásica (espessamento dos folhetos) e estenótica (diminuição de movimentos), podendo apresentar

o anel valvar normal ou hipoplásico. Nos casos moderados a graves, o VE pode estar sem alterações ou razoavelmente hipertrofiado, com aumento da velocidade do Doppler aórtico (> 2 m/s). Em casos críticos, o VE encontra-se com baixa contratilidade e a valva aórtica é pequena, com velocidade de Doppler levemente aumentada (> 1 a 2 m/s). Nos casos de atresia aórtica, o Doppler colorido não detecta nenhum fluxo através da válvula. O comprometimento funcional ventricular esquerdo é variável, podendo ser normal ou apresentar graus diversos de fibroelastose endocárdica, regurgitação mitral, hipoplasia da aorta ascendente e hipotrofia ventricular esquerda.^(5,7,12)

Para realizar a valvoplastia da aorta intraútero, dois grupos de fetos atendem aos critérios exigidos: os fetos com estenose aórtica crítica progredindo para síndrome da hipoplasia de câmaras esquerdas e os fetos com estenose aórtica crítica associada a regurgitação mitral grave, átrio esquerdo gigante e hidropisia fetal. A intercessão cirúrgica da aorta fetal é realizada preferencialmente antes da 30ª semana de gravidez, baseada na certeza da progressão para hipoplasia ventricular. Caso contrário, os riscos são mais claros e ultrapassem os benefícios.⁽⁷⁾

A dilatação da valva aórtica fetal com um balão através do anel objetiva frear a progressão da doença à hipoplasia do VE, melhorando a ejeção do fluxo sanguíneo pela valva. Dessa forma, a possibilidade de manter a circulação biventricular configura como o desfecho mais importante para o sucesso do procedimento, sendo a intervenção intrauterina parte do tratamento do feto, que se completa pós-natal. Além disso, a existência de um fluxo através da aorta pode ajudar a diminuir anormalidades secundárias no desenvolvimento neurológico.^(7,12-21)

Quanto ao prognóstico, dois grupos evidenciam e relatam êxito no procedimento. Pedra *et al.*,⁽²²⁾ entre julho de 2007 e dezembro de 2012, realizaram 22 valvoplastias em 20 fetos com estenose aórtica crítica.⁽²²⁾ Nessas intervenções, em 90% dos casos a dilatação foi realizada com sucesso, em dois fetos não foi possível o acesso através da valva, provavelmente devido à idade gestacional precoce (22 e 23 semanas), e um desses fetos evoluiu com óbito um dia após tratamento cirúrgico. Já no Boston Children's Hospital, 100 valvoplastias aórticas fetais foram realizadas, sendo 80% a 90% de casos com sucesso técnico (por meio da dilatação valvar aórtica) e variação de 5% a 20% na taxa de morte fetal.⁽²⁾

A estenose pulmonar com septo íntegro define-se como um estreitamento da via de saída do ventrículo direito (VD). Já a atresia pulmonar com septo interventricular íntegro é a oclusão completa da via de saída do VD. O diagnóstico dessas condições consiste na identificação de assimetria das dimensões ventriculares, com hipertrofia das paredes do VD, aumento das dimensões do átrio direito, espessamento da valva pulmonar e insuficiência tricúspide. Além disso, o Doppler pode contribuir para a identificação da anor-

malidade em questão, devido a alterações de fluxo sanguíneo no local.⁽²⁾

A intervenção neonatal é eleita como aplicável em situações de estenose grave ou de atresia membranosa na artéria pulmonar acompanhada de septo interventricular íntegro, fluxo reverso no ducto arterioso, diminuição no ritmo de crescimento ventricular direito (período de quatro a seis semanas), hipoplasia da câmara direita, hidropisia fetal e fluxo tricúspide anormal. A alternativa terapêutica supracitada objetiva melhorar a sobrevivência dos fetos hidróticos por descompensação ventricular direita grave e reduzir a morbidade neonatal ao permitir melhor crescimento ventricular. Recomenda-se que a valvoplastia pulmonar seja realizada preferencialmente entre a 28ª e a 29ª semana de gestação, sendo contraindicada em casos de atresia não membranosa da via de saída do VD, defeito do septo ventricular e circulação coronária dependente do VD.⁽²⁾

Na circulação fetal, o forame oval é importante fonte de abastecimento de sangue oxigenado da veia umbilical para o coração esquerdo, aorta e cérebro. O forame oval restritivo define-se como a redução do orifício de passagem do fluxo interatrial, podendo estar associado ao aumento da pressão atrial esquerda ou ao mau desenvolvimento primário do septo atrial.⁽²⁾ Dilatação das câmaras cardíacas direitas, insuficiência tricúspide e septo *primum* abaulado para o átrio esquerdo com diminuição de sua mobilidade podem ser observados durante a ultrassonografia pré-natal e a alteração de fluxo sanguíneo pode ser observada pelo Doppler. A intervenção cirúrgica de fetos com doenças obstrutivas de câmaras esquerdas com restrição grave do forame oval é recomendada em síndromes da hipoplasia do coração esquerdo (50% de mortalidade nos casos não tratados intraútero) e em estenose aórtica com regurgitação mitral acentuada, objetivando melhor sobrevivência dos fetos. Além disso, recomenda-se que a septoplastia atrial seja realizada entre a 26ª e a 32ª semana de gestação. As intervenções no septo atrial fetal parecem promissoras. Entretanto, uma avaliação de um número maior de casos é necessária para que se possa concluir de forma mais assertiva os resultados do procedimento em curto e longo prazo.⁽²⁾

TÉCNICA, FERRAMENTAS E CUIDADOS CIRÚRGICOS

As ferramentas utilizadas para as cirurgias cardíacas intraútero são relativamente simples e amplamente disponíveis. A experiência da equipe multidisciplinar é extremamente importante para o sucesso da intervenção, mesmo com o desenvolvimento contínuo de novos instrumentos.⁽²⁾ Os aspectos técnicos devem ser respeitados para a obtenção de êxito no procedimento. Centros com equipe de obstetrícia experiente em acompanhamento de gestação de alto risco, salas de cirurgias compostas por uma equipe multidisciplinar: um

especialista em medicina fetal (posiciona e anestesia o feto, controlando simultaneamente a agulha de punção e o transdutor de ultrassom), um cardiologista fetal/pediátrico (seleciona o paciente e avalia o ecocardiograma durante todo o procedimento – pré, intra e pós) e um especialista em intervenções de cardiopatias congênitas (manipula cateteres e os fios) exemplificam alguns desses aspectos.⁽²⁾ Os resultados perinatais são mais satisfatórios quando o nascimento é realizado dentro de um centro de referência em cardiologia pediátrica ou em locais de estreita proximidade, com os recursos necessários para fornecer médicos e intervenções cirúrgicas especializadas.⁽⁵⁾

Alguns cuidados pré-operatórios maternos e fetais são necessários durante o procedimento intraútero para avaliar os riscos e as possíveis complicações.⁽⁷⁾ A mãe deve iniciar um jejum cerca de 8 horas antes da intervenção anestésica, que é realizada sob bloqueio espinhal. Devido à possibilidade de dificultar o posicionamento fetal, não é recomendada a administração de anestesia geral, assim como também não é usual a anestesia local por conta da intolerância materna.⁽¹³⁾ Entretanto, vale ressaltar que a Resolução nº 1.363/1993, do Conselho Federal de Medicina (CFM), em seu artigo 1º, inciso I, determina que “antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intrasferível”.⁽⁷⁾

O nifedipino oral (20 mg de 8 em 8 horas), iniciado cerca de 12 horas antes do procedimento, com duas doses adicionais após a intervenção, pode ser usado para relaxamento uterino. Além disso, também são opções para tal objetivo a terbutalina (intravenosa ou subcutânea) e a atosibana (intravenosa) durante e após o procedimento. Após a anestesia materna, o feto manipulado é anestesiado com injeção intramuscular de pancurônio (20 µg/kg), fentanila (10 µg/kg) e atropina (20 µg/kg) com uma agulha de Chiba de 20 gauge.^(2,17)

Durante o procedimento, o posicionamento dos cateteres é monitorizado por ultrassonografia contínua. A agulha de Chiba de 17 a 18 gauge atravessa o abdômen da mãe, a parede uterina e a parede torácica fetal até alcançar as câmaras cardíacas. Com sistemas pré-marcados de balão coronariano, a entrada no coração ocorre direcionada ao alvo. O diâmetro do balão deve ser 20% a 40% maior que o diâmetro do anel valvar, e o eixo desse balão é marcado com uma fita que encontra a ponta da agulha quando o sistema é avançado. O fio-guia deve estar com nítida visualização no local antes da insuflação do balão, que ocorre duas a quatro vezes com um indicador de pressão. Após a dilatação valvar ou do septo interatrial, o sistema formado por agulha, balão e fio é retirado do feto e da mãe, como uma unidade para evitar a separação do balão do eixo do cateter. *Stents* e cateteres especiais podem ser usa-

dos em substituição ao balão coronário para septostomia atrial.⁽²⁾

Concluídas as principais ações intervencionistas ao feto, o monitoramento é realizado por ultrassonografia. Além disso, o sucesso imediato do tratamento é confirmado pela visualização de fluxo ao Doppler das artérias umbilical e cerebral média (avaliação da estabilidade hemodinâmica fetal). A ressonância magnética também pode ser utilizada para a detecção de danos cerebrais fetais agudos, podendo ser realizada até 7 a 10 dias após a cirurgia.⁽²⁾

Em 2010, com o objetivo de permitir rápido acúmulo de dados provenientes das intervenções cardíacas fetais realizadas em diversos centros no mundo, foi proposto o Registro Internacional de Intervenção Cardíaca Fetal (IFCIR).⁽¹⁴⁾ Esse registro, utilizado tanto de forma retrospectiva quanto para o possível registro de candidatos à intervenção fetal (independentemente do procedimento ter sido realizado), tem contribuição de 35 centros, incluindo o Hospital do Coração (HCor).⁽¹⁴⁾

A intervenção cardíaca fetal aberta atualmente permanece estagnada no estágio de experimentos com animais, sendo restrita a fetos ovinos comprometidos por débito cardíaco diminuído e aumento da pressão diastólica final do VD.⁽³⁾

COMPLICAÇÕES

A cirurgia fetal bem-sucedida foi associada à maior estabilidade neonatal, evidenciada pela diminuição no número de intervenções pós-natais imediatas, bem como na necessidade de ressuscitação neonatal. Contudo, complicações relacionadas aos procedimentos existem. Com robusta coleta de dados e avaliação cautelosa de instituições participantes, um estudo executado em 2010 levou em consideração idade materna, etnia, país de origem, comorbidades e idade gestacional no momento do encaminhamento, proporcionando informações relevantes sobre gravidez e resultados neonatais referentes a intervenções cardíacas fetais.⁽¹¹⁾ Nesse estudo, a morte fetal ocorreu em todos os tipos de procedimentos e não foi incomum o óbito durante a realização deles. Ademais, os dados coletados em relação à morte fetal pós-procedimento (menor que 48 horas) demonstram taxas superiores aos de estudos semelhantes realizados anteriormente de formas unicêntricas com amostras menores. Diferentes curvas de aprendizado aliadas às complicações passíveis de acontecer durante qualquer intervenção invasiva em um feto podem justificar os achados do estudo.

A morbidade materna é raramente descrita na literatura. Contudo, sangramentos, infecções, rotura prematura pré-termo de membranas ou estímulo ao parto prematuro podem ocorrer com simples procedimentos uterinos, como punção com agulha fina. Dessa forma, a prevenção adequada das contrações uterinas evita o parto prematuro.⁽²⁾ Do lado fetal, as principais complica-

ções relacionadas ao procedimento de valvoplastia pulmonar são o derrame pericárdico e os episódios de bradicardia persistente, que ocorrem em aproximadamente 35% a 40% dos fetos. Pela alta incidência de bradicardia mediada por colina e demais complicações, a atropina profilática durante a anestesia fetal, a injeção intracardíaca de epinefrina e atropina e a drenagem pericárdica imediata devem ser administradas durante o processo.⁽²⁾

A correção do forame oval restritivo apresenta bradicardia e derrame pericárdico como complicações fetais frequentes (38%). A sobrevida das crianças submetidas ao tratamento intraútero foi similar à dos fetos submetidos a tratamento pós-natal. A perda fetal, comumente associada à instabilidade hemodinâmica e ao hemo-pericárdio, também pode ocorrer.⁽²⁾

Um estudo de coorte retrospectivo de prontuários eletrônicos feito no *Consortium on Safe Labour*⁽¹⁴⁾ analisou grávidas com anormalidades cardíacas fetais e parto > 34 semanas. Percebeu-se então que, com exceção da síndrome do coração esquerdo hipoplásico, as cardiopatias fetais apresentam taxa de detecção maior durante o período pós-natal, quando comparado ao período pré-natal. Além disso, altas taxas de morbidade neonatal foram encontradas (morte neonatal em 8,4% dos 107 recém-nascidos com cardiopatia e morbidade respiratória grave em 54,2% dos 83 neonatos com falha na via de saída do VE).⁽¹⁴⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ocorre acréscimo anual de cerca de 5.800 casos de adultos com cardiopatias congênicas com necessidade de seguimento médico ambulatorial no país. A dificuldade de os pacientes chegarem aos centros especializados (pelo número insuficiente de centros ou ainda pela distribuição geográfica), o diagnóstico não firmado pelo médico assistente ou a falta de conduta adequada podem fomentar o aumento do número de adultos cardiopatas congênicos. Esses dados alimentam ainda mais a necessidade de investimento em diagnósticos e tratamentos pré-natais executados conforme os critérios preestabelecidos.⁽⁹⁾ Com a assimilação de que o feto também é um paciente com necessidade de cuidados, a medicina fetal ganha força para fomentar melhores indicadores fetais e pós-natais, valorizando a qualidade de vida e satisfazendo o direito dos pais de esperar uma criança em cenários mais prósperos.^(12,17) Acompanhar a evolução da cirurgia intrauterina configura desafio a ser enfrentado, e a sua realização no Brasil é ainda prematura. Contudo, com o refinamento das técnicas de punção cardíaca e a qualificação dos profissionais, seus resultados mostram-se promissores.^(7,20,21)

REFERÊNCIAS

- Maxwell D, Allan L, Tynan MJ. Balloon dilatation of the aortic valve in the fetus: a report of two cases. *Br Heart*. 1991;65(5):256-8. doi: 10.1136/hrt.65.5.256
- Peralta CFA, Barini R. Cirurgia fetal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(4):154-6. doi: 10.1590/S0100-72032011000400001
- Pedreira DAL. Avanços em cirurgia fetal. *Einstein (São Paulo)*, 2016;14(1):110-2. doi: 10.1590/S1679-45082016MD3449
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas em saúde: diagnóstico precoce de cardiopatias congênicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- Rocha LAD, Araujo Junior E, Nardozza LMM, Moron AF. Screening of fetal congenital heart disease: the challenge continues. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013;28(3):5-7. doi: 10.5935/1678-9741.201300048
- Benute GRG, Nonnenmacher D, Evangelista LFM, Lopes LM, Lucia MCS, Zugaib M. Cardiopatia fetal e estratégias de enfrentamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(9):227-33. doi: 10.1590/S0100-72032011000900002
- Silva CHM, Peixoto AB. Manual SOGIMIG de medicina fetal. Rio de Janeiro: MedBook; 2018.
- Cavalcanti JS, Duarte SM. Estudo morfométrico do coração fetal: sua utilização como parâmetro para análise ecocardiográfica. *Radiol Bras*. 2008;41(2):99-101. doi: 10.1590/S0100-39842008000200008
- Barbosa MM, Nunes MCP, Campos Filho O, Camarozano A, Rabischoffsky A, Maciel BC, et al. Diretrizes das indicações da ecocardiografia. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):e265-e302.
- Pares DBS, Lima AIF, Araujo Júnior E, Nardozza LMM, Martins WP, Moron AF. Fetal heart assessment in the first trimester of pregnancy: influence of crown-rump length and maternal body mass index. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2013;28(4):477-81. doi: 10.5935/1678-9741.201300078
- Bravo-Valenzuela NJ, Peixoto AB, Araujo Júnior E. Prenatal diagnosis of congenital heart disease: a review of current knowledge. *Indian Heart J*. 2018;70(1):150-64. doi: 10.1016/j.ihj.2017.12.005
- Sbragia L. Tratamento das malformações fetais intraútero. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(1):47-54. doi: 10.1590/S0100-72032010000100008
- Moon-Grady AJ, Morris SA, Belfort M, Chmait R, Dangel J, Devlieger R, et al. International Fetal Cardiac Intervention Registry: a worldwide collaborative description and preliminary outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(4):388-99. doi: 10.1016/j.jacc.2015.05.037
- Yuan SM. Fetal cardiac interventions: an update of therapeutic options. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2014;29(3):388-95. doi: 10.5935/1678-9741.20140099
- Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. São Paulo, SP: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo [Internet]; 2015 [citado 2017 Dez 12];25(3). Disponível em: <http://socesp.org.br/revista/edicoes-antiores/volume-25-n3-julho-setembro-2015/cardiopatias-congenitas-um-novo-olhar-diagnostico-e-tratamento/162/81/>
- Silva MAL, Carvalho R. Atuação no intraoperatório da correção cirúrgica de mielomeningocele a "cúcu aberto" intraútero. *Rev SOBECC*. 2015;20(2):113-8.
- Caneo LF, Jatene MB, Riso AA, Tanamati C, Penha J, Moreira LF, et al. Avaliação do tratamento cirúrgico da cardiopatia congênita em pacientes com idade superior a 16 anos. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(5):390-7. doi: 10.1590/S0066-782X2012005000030
- Huaman Guerrero M. Medicina fetal: actualidad. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2016;62(2):183-7.
- Butera G, Cheatham J, Pedra CAC, Schranz D, Tulzer G. Fetal and hybrid procedures in congenital heart diseases. Basel: Springer; 2016.
- Parikh LI, Grantz KL, Iqbal SN, Huang CC, Landy HJ, Fries MH, et al. Neonatal outcomes in fetuses with cardiac anomalies and the impact of delivery route. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):469. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.049
- Flores Munoz MA. Las intervenciones en el feto, el dolor y sus dilemas bioéticos. *Perinatol Reprod Hum*. 2014;28(2):114-8.
- Pedra SR, Peralta CF, Crema L, Jatene IB, da Costa RN, Pedra CA. Fetal interventions for congenital heart disease in Brazil. *Pediatr Cardiol*. 2014;35(3):399-405. doi: 10.1007/s00246-013-0792-3

Correção histeroscópica de útero septado completo

Hysteroscopic correction of complete septate uterus

Carlo Tantini¹; Silvana Argollo Borges²; Gersia Araújo Viana³

Descritores

Malformações uterinas;
Metroplastia; Histeroscopia

Keywords

Uterus malformations;
Metroplasty; Hysteroscopy

Submetido:

26/02/2018

Aceito:

23/08/2018

1. Clínica Cenafert e Ceparh, Salvador, BA, Brasil.
2. Hospital São Rafael, Salvador, BA, Brasil.
3. Clínica Cenafert e Insemina, Salvador, BA, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Gérsia Viana

Av. Adhemar de Barros, 67, Ondina,
40170-110, Salvador, BA, Brasil.
gersia@hotmail.com

RESUMO

As anomalias congênitas do trato genital feminino são condições relativamente comuns que podem levar com frequência a problemas reprodutivos. Atualmente, a abordagem cirúrgica da maioria das malformações uterinas tem sido realizada por via endoscópica, tendo a histeroscopia, com sua segurança e baixa invasividade, substituído a correção cirúrgica por via abdominal, praticamente em desuso. Com o advento da cirurgia histeroscópica, a realização de metroplastia se tornou um procedimento simples, com ótimos resultados reprodutivos. O caso clínico apresentado relata o resultado de uma correção cirúrgica endoscópica de uma malformação uterina pouco comum: útero septado completo. A dificuldade cirúrgica na abordagem da doença está na presença de dupla vagina e, sobretudo, na presença de dois colos uterinos que implicam a utilização de estratégias endoscópicas especiais para superar os obstáculos. Os autores detalham sua experiência com esse tipo de metroplastia. Uma boa prática endoscópica aliada a modernas técnicas de imagem permitem, também nesses casos, uma completa restituição da integridade da cavidade uterina, melhorando o potencial reprodutivo dessas pacientes.

ABSTRACT

Congenital malformations of the female genital tract are relatively common conditions that can often lead to reproductive problems. Currently, the surgical approach to most uterine malformations has been performed endoscopically, and hysteroscopy, with its safety and low invasiveness, has been replacing abdominal surgical correction, practically in disuse. With the advent of hysteroscopic surgery, the realization of metroplasty became a simple procedure, with excellent reproductive results. The clinical case presented, reports the result of an endoscopic surgical correction of an uncommon uterine malformation: complete septate uterus. The surgical difficulty in approaching the disease is in the presence of double vagina, and, especially, in the presence of two uterine cervix that imply the use of special endoscopic strategies to overcome obstacles. The authors detail their experience with this type of metroplasty. A good endoscopic experience combined with modern imaging techniques also allows in these cases a complete restoration of the integrity of the uterine cavity, improving the reproductive potential of these patients.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do aparelho genital feminino tem origem a partir dos ductos de Müller, que sofrem uma série de transformações, levando à formação das trompas, útero e 1/3 superior da vagina.

Esse processo, determinado pela ausência do SRY (*sex-determining region of Y*), gene presente apenas no cromossoma Y, se completa ao final do primeiro trimestre de gravidez.

Ao contrário, os 2/3 inferiores da vagina e os grandes e pequenos lábios derivam do seio urogenital. Alterações nas etapas de transformação, alongamento, fusão e canalização dos ductos levarão ao desenvolvimento de anomalias em graus variados no útero e na vagina, como resultado de uma interrupção precoce da organogênese. Dessa forma, é possível observar uma série de malformações uterinas, que podem variar desde atresias até útero didelfo, bicornuado, septado ou arqueado.

Em relação à vagina, a anomalia vai depender do período gestacional em que ocorreu o defeito, podendo apresentar as seguintes alterações: agenesia vaginal, presença de septos longitudinais ou transversais, vagina dupla, entre outros.

Existe uma frequente associação entre anomalias nos aparelhos genital e urinário, o que se explica pela mesma origem embriológica de ambos.⁽¹⁻³⁾

A classificação das malformações do trato genital feminino, criada em 1988 pela ASRM (*American Society of Reproductive Medicine*), ainda é muito utilizada, pela praticidade e simplicidade, embora não seja completa.

A última classificação descrita em 2013, pela ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) e pela ESGE (*European Society of Gynaecological and Endoscopy*), é mais detalhada, associando as anomalias do útero com aquelas cervicais e vaginais, porém, por ser mais complexa, torna mais difícil sua aplicação clínica.⁽⁴⁻⁶⁾

ANOMALIAS CONGÊNITAS DO ÚTERO

As malformações decorrentes da falta de fusão medial dos ductos de Müller podem ocorrer nas seguintes formas: útero didelfo, útero bicorno bicolor e útero bicorno unicolor. Por outro lado, uma fusão normal dos ductos com absorção anormal do septo mediano leva à formação de útero septado.

O **útero didelfo**, que representa 11% das anomalias mullerianas, constitui uma forma rara de malformação uterina, exibindo dois hemiúteros independentes e idênticos, com dois colos e com ausência de comunicação entre as duas cavidades, sendo, na maior parte dos casos, completamente separados. Em aproximadamente 75% dos casos está presente um septo vaginal longitudinal e também existe com alta probabilidade de associação com malformação do aparelho urinário.

O útero didelfo não apresenta incompatibilidade absoluta com uma gravidez fisiológica, embora os dados da literatura mostrem incidência de aborto de 32,9% e de parto prematuro de 28,9%. O parto cesáreo está indicado na maioria das gestações, devido à duplicidade do colo, mas existem relatos na literatura de partos vaginais. Outra variante é representada pelo **útero bicorno bicolor** (também chamado pseudodidelfo), em que os ductos de Müller se unem com dupla vagina na linha mediana sem fundir-se. Tal variante não é incluída na classificação da ASRM.

O **útero bicorno unicolor** ocorre quando os ductos de Müller se fundem somente na porção inferior, podendo apresentar-se nas formas **parcial** ou **completa**. O fundo uterino, nesse tipo de malformação, pode apresentar desde uma leve incisura até a separação completa. É compreensível que uma classificação precisa dessas malformações não seja possível, devido às várias formas intermediárias.

Útero septado caracteriza-se por contorno uterino normal, com presença de septo a partir da linha mediana do fundo, podendo dividir a cavidade de modo parcial ou completo. Em alguns casos, o septo pode estender-se até a cérvix ou vagina.⁽⁷⁻¹⁰⁾

DIAGNÓSTICO

O principal instrumento diagnóstico, diante de suspeita de anomalias genitais, é a ultrassonografia (USG). É aconselhado iniciar a investigação com a via transabdominal (USTA), que permite avaliar também o estado do aparelho urinário. A seguir, deve ser realizada ultrassonografia transvaginal (USTV), preferivelmente em fase secretora, quando o endométrio é bem visível e eventuais anomalias se mostram mais evidentes. A via transretal (USTR) deve ser reservada a adolescentes sexualmente inativas.

Atualmente, a utilização de USG com técnica tridimensional (3D) tem se mostrado de grande auxílio na elucidação de malformações uterinas, pela possibilidade de obter imagens do útero em múltiplos planos, permitindo um diagnóstico diferencial preciso das diversas anomalias do órgão.

A ressonância magnética pélvica (RMP) constitui um auxílio diagnóstico importante e está indicada quando, após a realização de USG, persiste dúvida relacionada à morfologia do trato geniturinário.

A histerossalpingografia (HSG) e a histeroscopia (HSC) são úteis na avaliação de malformações congênitas uterovaginais, mas, não sendo capazes de visualizar o contorno uterino externo, não podem ser utilizadas no diagnóstico diferencial.

Diante da eficácia de métodos de imagem não invasivos, a laparoscopia, como instrumento diagnóstico de malformações uterinas, foi abandonada, sendo reservada somente aos casos mais complexos que necessitam de controle intraoperatório.

A evidência de dois colos ao exame físico direciona o diagnóstico de anomalia uterina, mas somente a RMP ou a USG 3D poderá avaliar o fundo das hemicavidades, assim como a topografia dos hemicornos, que podem ser separados ou unidos, divididos por parede mediana de diferentes espessuras do canal cervical ao fundo.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO DE ÚTERO SEPTADO COMPLETO

O emprego de instrumentos diagnósticos adequados permite uma avaliação precisa da situação anatômica no pré-operatório: distância entre os dois canais cer-

vicais e as duas hemicavidades, conformação do fundo uterino, volume dos dois úteros.

A dilatação do canal cervical até o n. 7 das Velas de Hegar é necessária para a introdução do ressectoscópio de 21 Fr e alça de Collins; um histerômetro plástico curvo deve ser introduzido na cavidade menor.

À inspeção da cavidade maior, pode-se observar a parede mediana entre os dois úteros mover-se pela pressão do histerômetro que pressiona a parede da cavidade menor. Desse modo, a parede mediana pode ser seccionada até a visualização da ponta do histerômetro posicionado na outra hemicavidade.

Após ter sido estabelecida a comunicação entre as duas cavidades, a incisão deve continuar do alto para baixo, até o nível do orifício uterino interno (OUI), de modo a constituir um único istmo, mas preservando os dois canais cervicais.

O limite de incisão no sentido do fundo uterino segue a mesma regra da metroplastia ressectoscópica, seguindo até o nível dos orifícios uterotubários.^(7,13,15)

A VLPS e a USTA podem ser úteis no intraoperatório, especialmente em casos de fundo arqueado, sendo possível delimitar o limite da incisão ao nível do fundo. Durante a laparoscopia, é possível também afastar as alças intestinais, enquanto a USG permite a visualização da ponta do ressectoscópio e do histerômetro, o que pode ser de grande utilidade.⁽¹⁶⁾

A inserção de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre pós-metroplastia é defendida por alguns autores, visto que, mantendo as paredes uterinas afastadas, poderia dificultar a formação de aderências e acelerar a reepitelização do endométrio.^(17,18)

RELATO DE CASO

Paciente, 25 anos, compareceu a uma consulta ginecológica referindo a presença de anomalia vaginal percebida após início da atividade sexual. A paciente, entretanto, negava dispareunia e informava que a referida malformação não interferia negativamente na sua vida sexual.

Apresentava ciclos menstruais regulares, não tinha história de gravidez e utilizava contraceptivo oral.

A descoberta casual da malformação foi confirmada pelo exame ginecológico, que evidenciou a presença de uma membrana que dividia completamente a vagina em duas hemicavidades.

As duas hemivaginas apresentavam dimensões diferentes: a direita era mais ampla, enquanto a esquerda era nitidamente hipoplásica, e ambas terminavam com um colo uterino diverso. Aquele da direita apresentava um volume reduzido, enquanto o colo da esquerda era claramente hipoplásico.

A paciente foi, então, submetida a uma investigação diagnóstica por métodos de imagem que incluíram USTA, inclusive para afastar eventuais anomalias do sistema urinário, USTV e RMP, indispensável nos casos mais complexos.

Os instrumentos de imagem empregados permitiram um diagnóstico de certeza: ausência de anomalias do aparelho urinário, presença de dois hemiúteros adjacentes, divididos por uma espessa parede fibrosa que aumentava de espessura dos canais cervicais até o fundo, onde os dois cornos divergiam gradualmente. A USTV evidenciou dois cornos uterinos divididos por um septo mediano (Figura 1), enquanto a RMP mostrou o fundo levemente arqueado com aumento dos diâmetros transversais (Figura 2).

Para completar a investigação, a paciente foi submetida a HSC diagnóstica sob anestesia, devido à dificuldade de introdução do histeroscópio no canal cervical esquerdo, nitidamente hipoplásico. O exame endoscópico mostrou uma redução da cavidade uterina direita com presença de um único orifício tubário no corno uterino direito e uma parede linear convexa à esquerda.

O ingresso através do colo esquerdo foi muito difícil, fazendo-se necessária a dilatação do canal cervical até o n. 5 das velas de Hegar. Após a introdução do instrumento, foi evidenciada uma cavidade de aspecto tubular, pouco distensível, apresentando orifício tubário único no corno esquerdo.

Devido à diferença de volume das duas cavidades e o contato íntimo de uma com a outra por boa parte do comprimento de ambas, estamos propensos a classificar a malformação como um útero septado completo

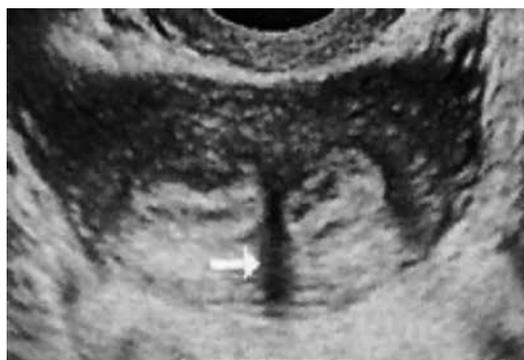


Figura 1. USG transvaginal.

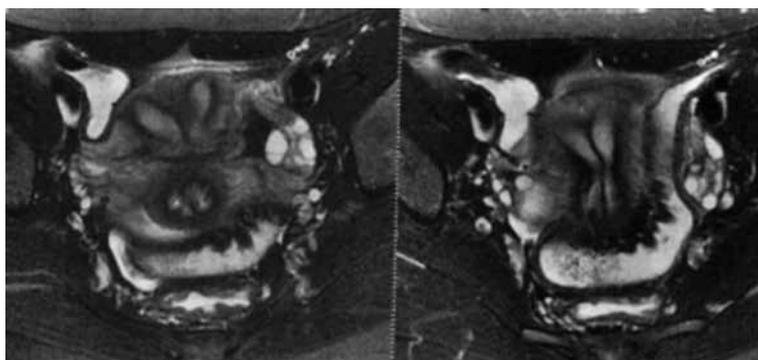


Figura 2. RM pélvica.

com duplo colo e septo vaginal, classe U2b C2 V1, segundo a classificação da ESHRE/ESGE-2013.⁽⁴⁾

Considerando a condição anatômica anômala, a paciente foi informada em relação ao aumento das taxas de aborto demonstradas na literatura médica científica, assim como da maior probabilidade de partos prematuros. Por outro lado, foi explicada a possibilidade de desenvolvimento de uma gestação normal e da conduta expectante que geralmente é praticada nesses casos.

De fato, a correção cirúrgica está indicada após uma ou duas perdas gestacionais, embora o caso em questão mostrasse duas cavidades muito hipoplásicas com prognóstico obstétrico teoricamente desfavorável.

Após ter sido informada sobre sua doença e os possíveis resultados obstétricos adversos, a paciente decidiu realizar a correção cirúrgica, pois não aceitava o risco aumentado de abortos e parto prematuro. Foi assinado termo de consentimento informado e a paciente expressou desejo de correção somente da malformação uterina, com preservação do septo vaginal, visto que essa anomalia não provocava disfunção sexual. Dessa forma, foi estabelecida uma programação cirúrgica.

TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA

A paciente foi submetida à HSC cirúrgica com dilatação do colo de direita até o n. 7,5 das velas de Hegar para introdução do ressectoscópio de 21 Fr, enquanto um histerômetro foi introduzido no colo/cavidade esquerda (Figuras 3A e 3B).

Considerando o fundo uterino quase normal e a incisão exclusivamente na parede mediana, instrumentos de auxílio intraoperatório como laparoscopia e USG foram dispensados.

A visualização do movimento lateral do histerômetro permitiu seccionar a parede mediana, estabelecendo uma comunicação entre as duas cavidades, porém a presença de sangramento tornou dificultosa a visualização, não sendo possível completar a incisão do fundo até o istmo.

Dessa forma, por questão de segurança, a cirurgia foi interrompida e nova intervenção cirúrgica foi programada para 60 dias depois.

Antes da realização do segundo tempo cirúrgico, a paciente foi submetida a nova USTV e RMP, que mostraram uma comunicação incompleta entre as duas hemicavidades, confirmando o resultado positivo do primeiro tempo cirúrgico histeroscópico (Figuras 4 e 5).

A realização do segundo tempo cirúrgico foi possível depois de 65 dias. Após a introdução do histeroscópio, a inspeção da hemicavidade direita mostrou parede mediana íntegra até o terço médio superior, apresentando uma ampla comunicação no terço inferior entre as duas cavidades que estavam perfeitamente epiteliizadas com visualização de ambos os orifícios uterotubários (Figura 6). Utilizando ressectoscópio monopolar de 21 Fr e alça de Collins, foi realizada incisão total do



Figura 3. A) hemicavidade direita; B) hemicavidade esquerda.

septo mediano, proporcionando a reconstrução de uma única cavidade com fundo praticamente linear (Figura 7). A inserção de um DIU de cobre teve como objetivo evitar a formação de sinequias intracavitárias, e a sua retirada foi programada para três meses após a metroplastia. Uma HSC de controle também deverá ser realizada após esse período para avaliar a integridade da cavidade uterina e liberar a paciente do ponto de vista reprodutivo.

SEGUIMENTO

O DIU foi removido após três menstruações perfeitamente regulares e os ciclos sucessivos ocorreram dentro dos padrões normais. USTV realizada após três meses do segundo tempo cirúrgico, com o objetivo de avaliar o resultado do procedimento, mostrou útero de conformação normal, medindo 6,5 x 3,1 x 3,9 cm, com volume de 40,8 cc, endométrio de 3,8 mm, compatível com a fase folicular inicial do ciclo (Figura 8). Novo exame com tecnologia 3D, realizado 10 meses após o procedimen-



Figura 4. USTV – comunicação intracavitária.

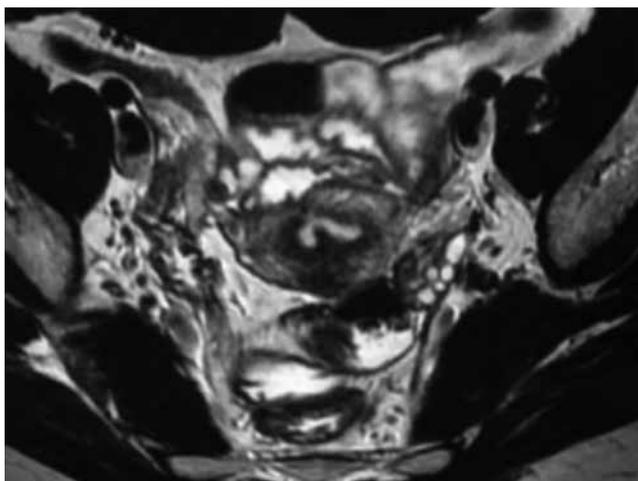


Figura 5. RMP – comunicação intracavitária.



Figura 6. Comunicação intracavitária.

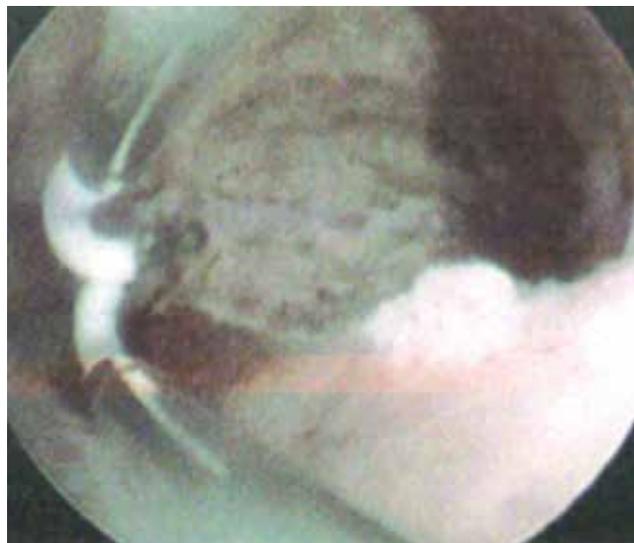


Figura 7. Cavidade pós-metroplastia.



Figura 8. USTV pós-metroplastia.



Figura 9. USG 3D pós-metroplastia.

to cirúrgico, mostrou discreta irregularidade do fundo uterino compatível com pós-operatório de metroplastia e imagem sugestiva de duplicidade do colo uterino (Figura 9). A paciente retomou o uso de contraceptivo oral, por não apresentar desejo reprodutivo no momen-

to, e optou por realizar HSC de controle somente quando interromper o uso da pílula para tentar gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As anomalias do trato genital feminino são achados comuns, com prevalência de aproximadamente 4% a 7%, segundo Grimbizis *et al.*⁽⁴⁾ Algumas malformações vaginais podem ser percebidas pela própria paciente, como no caso apresentado e, em outras situações, o médico pode evidenciar alterações na anatomia da vagina e cérvix durante o exame ginecológico. A infertilidade é um dos motivos que leva à investigação diagnóstica, assim como aborto recorrente; nesses casos, está indicado tratamento cirúrgico, ainda de acordo com estudos de Grimbizis *et al.*⁽⁷⁾ e Hua *et al.*⁽¹⁰⁾ Diante da complexidade da malformação uterina apresentada, optou-se por utilizar a classificação da ESHRE/ESGE, que melhor caracterizava a anomalia da paciente.⁽⁴⁾ O avanço na acurácia dos exames de imagem possibilitou um melhor diagnóstico das diferentes formas de anomalias uterinas, permitindo uma programação cirúrgica segura, quando indicada. De fato, nem todas as anomalias requerem tratamento e, não raramente, o diagnóstico se faz de modo casual. O caso apresentado é um claro exemplo de malformação uterina suspeitada durante o exame ginecológico e confirmada pelos exames de imagem, principalmente a ressonância magnética, que possibilitou a programação cirúrgica. Embora não houvesse histórico de infertilidade no caso em questão, a indicação cirúrgica teve o objetivo de preservar o futuro reprodutivo da paciente, visto que vários estudos mostram prognóstico reprodutivo desfavorável diante de útero septato completo, de acordo com Reichman e Laufer,⁽⁸⁾ Christiansen e Detti⁽¹³⁾ e Lewis e Levine.⁽¹⁴⁾ A inserção de DIU de cobre pós-cirurgia, embora ultimamente esteja em desuso, ainda encontra na literatura médica resultados que confirmam sua utilidade no sentido de evitar a formação de aderências, conforme dados de Esmaeilzadeh *et al.*⁽¹⁷⁾ Considerando o ótimo resultado cirúrgico obtido, acredita-se em um bom prognóstico reprodutivo, com redução considerável no risco de abortos e partos prematuros por causa mecânica, para a paciente apresentada.

REFERÊNCIAS

- Buttram VC Jr, Gibbons WE. Müllerian anomalies: a proposed classification (an analysis of 144 cases). *Fertil Steril.* 1979;32(1):40-6. doi: 10.1016/S0015-0282(16)44114-2
- Acien P. Embryologic observations of the female genital tract. *Hum Reprod.* 1992;7(4):437-45. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a137666
- American Fertility Society. Classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies, and uterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49(6):944-55. doi: 10.1016/S0015-0282(16)59942-7
- Grimbizis GF, Gordts S, Sardo AD, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 2013;28(8):2032-44. doi: 10.1093/humrep/det098
- Ludwin A, Ludwin I. Comparison of the ESHRE-ESGE and ASRM classifications of Müllerian duct anomalies in everyday practice. *Hum Reprod.* 2015;30(3):569-80. doi: 10.1093/humrep/deu344
- Di Spiezio Sardo A, Campo R, Gordts S, Spinelli M, Cosimato C, Tanos V, et al. The comprehensiveness of ESHRE/ESGE classification of female tract congenital anomalies: a systematic review of cases not classified by the AFS system. *Hum Reprod.* 2015;30(5):1046-58. doi: 10.1093/humrep/dev061
- Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update.* 2001;7(1):161-74.
- Reichman DE, Laufer MR. Congenital uterine anomalies affecting reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):193-208. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.09.006
- Heinonen PK. Distribution of female genital tract anomalies in two classifications. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol.* 2016;206:141-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.09.009
- Hua M, Odibo AO, Longman RE, Macones GA, Roehlf KA, Cahill AG. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynaecol.* 2011;205(6):558.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2011.07.022
- Marcal L, Nothaft MA, Coelho F, Volpato R, Iyer R. Mullerian duct anomalies: MR imaging. *Abdom Imaging.* 2011;6(6):756-64. doi: 10.1007/s00261-010-9681-x
- Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol.* 2005;105(6):1456-67. doi: 10.1097/01.AOG.0000161321.94364.56
- Christiansen ME, Detti L. Clinically relevant female genital tract anomalies. *Clin Obstet Gynaecol Reprod Biol.* 2017;60(1):18-26. doi: 10.1097/GRF.0000000000000258
- Lewis AD, Levine D. Pregnancy complications in women with uterine duplication abnormalities. *Ultrasound Q.* 2010;26(4):193-200. doi: 10.1097/RUQ.0b013e3181efa745
- Grynberg M, Gervaise A, Faivre E, Deffieux X, Frydman R, Fernandez H. Treatment of twenty-two patients with complete uterine and vaginal septum. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(1):34-9. doi: 10.1016/j.jmig.2011.08.726
- Coccia ME, Becattini C, Bracco GL, Bargelli G, Scarselli G. Intraoperative ultrasound guidance for operative hysteroscopy. A prospective study. *J Reprod Med.* 2000;45(5):413-8.
- Esmaeilzadeh S, Delavar MA, Andarieh MG. Reproductive outcome following hysteroscopic treatment of uterine septum. *Mater Sociomed.* 2014;26(6):366-71. doi: 10.5455/msm.2014.26.366-371
- Israel R, March CM. Hysteroscopic incision of the septate uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;149(1):66-73. doi: 10.1016/0002-9378(84)90293-X



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

**Prezado associado,
entre em contato com a
Federada para atualizar
seus dados!**

BENEFÍCIOS:

- Recebimento de revistas e artigos científicos;
- Correspondências;
- Comunicados.

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria



Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia



13 a 16 de novembro de **2019**
Porto Alegre-RS

FAÇA PARTE DESTA ENCONTRO!

- ✓ 7 CONVIDADOS INTERNACIONAIS
- ✓ MAIS DE 250 PALESTRANTES
- ✓ ATIVIDADES FOCADAS NA MELHORIA DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NACIONAL
- ✓ DEBATES SOBRE A SAÚDE FEMININA INTEGRAL
- DA PREVENÇÃO AOS AVANÇOS DAS TERAPIAS

INSCREVA-SE E CONFIRA A PROGRAMAÇÃO COMPLETA
www.cbgo2019.com.br

PROMOÇÃO



GERENCIAMENTO

