ISSN 0100-7254

Femina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 47, Número 7, 2019

79 questões sobre sexologia que todo adolescente quer saber

PROLAPSO UTERINO NEONATAL

RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS EM HOSPITAL E UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

USO DAS REDES SOCIAIS

E AS MUDANÇAS NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CADERNO CIENTÍFICO Artigos e relatos de casos aprovados pelas comissões da Febrasgo

PROTOCOLOS FEBRASGO Documentos de alta qualidade científica para orientação dos profissionais em sua prática diária no consultório

UNINDO O MUNDO NO COMBATE
AO CÂNCER GINECOLÓGICO

ENCONTRO GLOBAL DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CÂNCER GINECOLÓGICO

19 A 21 DE SETEMBRO DE 2019

Taxa especial com desconto para o Brasil e países da América Latina de US$ 465!

IGCS 2019

Rio de Janeiro

BRASIL

IGCS
INTERNATIONAL GYNECOLOGIC CANCER SOCIETY

Em colaboração com:
febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Secretariado do Meeting:
Kenes International
7, rue François-Versonnex C.P. 6053
1211 Geneva 6, Switzerland
Tel: +41 (22) 908-0488,
Fax: +41 (22) 906-9140
E-mail: igcs@kenes.com
Web: www.igcs2019.com

Para associação:
International Gynecologic Cancer Society (IGCS), PO Box 170645
Austin, TX 78717, USA
Tel: 1 (707) 732-4427
E-mail: info@igcs.org
Web: www.igcs.org

igcs2019.com

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 Espirito 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

Femina®
Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Volume 47, Número 7, 2019

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:* Letícia Martins (MTB: 52.306);
Revisora: Glair Picolo Coimbra. *Correspondência:* Rua Joaquim Távora, 1.093,
Vila Mariana, 04015-002. E-mail: contato@modo.art.br

Femina®

Publicação oficial da Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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

Femina, como revista de atualização do ginecologista e obstetra que atua na ponta do sistema, tem buscado crescer em qualidade e diversidade. Nesse aspecto, tem recebido elogios vindos de vários cantos do país, fato que nos alegra, mas exige que avancemos em busca de melhor desempenho. A periodicidade mensal tem sido mantida pelo esforço da Febrasgo em investir no associado. Esse fato merece ser destacado. Neste volume, como matéria de capa, *Femina* publica cenário importante acerca da sexualidade e suas nuances durante a adolescência. É um texto imperdível, elegantemente elaborado na forma de questões pontuais.

Um texto buscando harmonia na interface entre comunicação e ética médica também compõe este volume e toca o interesse de todos nós. Celulares e outros dispositivos eletrônicos invadiram a intimidade do médico de tal forma que tornam imprevisível a relação obstetra-gestante ou médico-paciente nos próximos anos. Leia, argumente e comunique seu ponto de vista. Informações relevantes acerca da residência médica e defesa profissional são abordadas para sua leitura e análise.

No núcleo científico, *Femina* traz uma revisão interessante acerca do metabolismo dos carboidratos na síndrome dos ovários policísticos, texto elaborado em estilo de fácil compreensão por um endocrinologista focado nessa complexa síndrome. Duas revisões adicionais, uma explicando as dificuldades no diagnóstico e na conduta da gestação heterotópica e outra narrando a interessante ocorrência de prolapso uterino em recém-nascidos, dão corpo ao caderno científico. Por fim, o impacto dos contraceptivos orais combinados sobre as diferentes vias metabólicas foi revisto e está sendo publicado em detalhes.

Femina continua sendo "construída" pensando no associado da Febrasgo – seu principal motivo.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR-CHEFE

SUMÁRIO

390 Capa

O que os adolescentes querem saber sobre sexualidade?

408 NEWS

Medicina no mundo *on-line*

411 NEWS

Inscrições de Temas Livres têm número recorde

Femina®
Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Volume 47, Número 7, 2019

413 Residência médica

Profissionalismo na Residência Médica

419 Defesa profissional

Ginecologia e Obstetrícia: “especialidades das mais demandadas”

420 Caderno científico

Prolapso uterino neonatal: relato de dois casos clínicos em hospital universitário e uma breve revisão da literatura

O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas

Síndrome da apneia obstrutiva do sono e sua relação com o sobrepeso materno e riscos ao neonato

PROTOCOLOS

Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – eliminando a perda de oportunidades

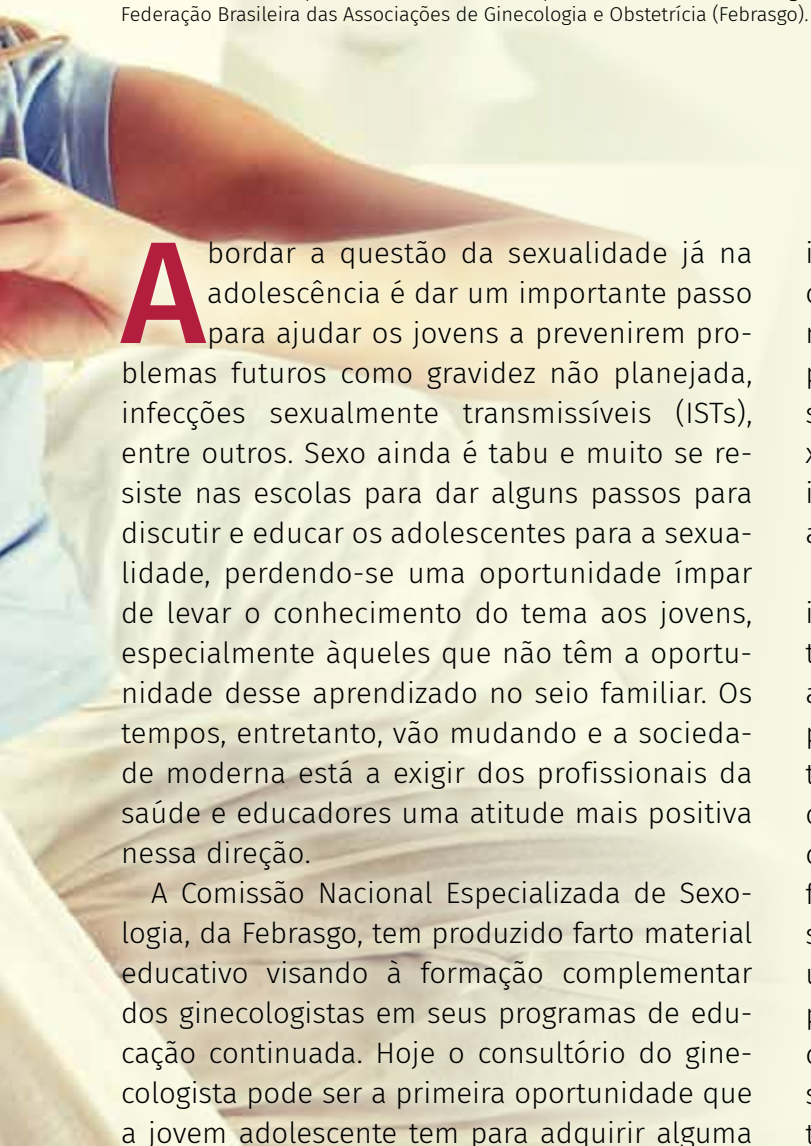
Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos

O que os adolescentes querem saber sobre sexualidade?

Lucia Alves da Silva Lara[1]
Emanoela Priscila Toledo Arruda[1]

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

* Trabalho realizado pela Comissão Nacional Especializada (CNE) de Sexologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).



Abordar a questão da sexualidade já na adolescência é dar um importante passo para ajudar os jovens a prevenirem problemas futuros como gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre outros. Sexo ainda é tabu e muito se resiste nas escolas para dar alguns passos para discutir e educar os adolescentes para a sexualidade, perdendo-se uma oportunidade ímpar de levar o conhecimento do tema aos jovens, especialmente àqueles que não têm a oportunidade desse aprendizado no seio familiar. Os tempos, entretanto, vão mudando e a sociedade moderna está a exigir dos profissionais da saúde e educadores uma atitude mais positiva nessa direção.

A Comissão Nacional Especializada de Sexologia, da Febrasgo, tem produzido farto material educativo visando à formação complementar dos ginecologistas em seus programas de educação continuada. Hoje o consultório do ginecologista pode ser a primeira oportunidade que a jovem adolescente tem para adquirir alguma informação sobre seu próprio corpo e conhecimentos sobre a sua sexualidade. No entanto, nem sempre nossos colegas estão preparados para "encarar de frente" uma adolescente com suas dúvidas e questionamentos sobre a sexualidade, muitas vezes usando um palavreado ininteligível para o médico pouco afeito a esses atendimentos.

Neste artigo, as autoras "buscaram na fonte", isto é, no seio de uma comunidade de estudantes adolescentes, as dúvidas que perpassam as mentes desses jovens, meninos e meninas, para entender melhor o seu comportamento e também buscar uma forma mais amistosa para o seu esclarecimento. Essas perguntas foram cuidadosamente respondidas pelas autoras de forma bastante objetiva e em linguajar acessível aos jovens. Este artigo pode ser também um bom modelo para os profissionais da saúde, principalmente os médicos, se familiarizarem com o tema e se desinibirem para lidar com essas questões cada vez mais comuns nos consultórios. Tenham uma boa leitura!

1 Quando a pessoa toma remédio (anticoncepcional) há muito tempo, demora para engravidar?

Não. O retorno da gravidez pode ser imediato mesmo quando se toma a pílula há muitos anos. É importante saber que existe risco de engravidar ao deixar de tomar a pílula por um ou dois dias, mesmo que se esteja tomando há anos.[1]

2 No intervalo (do remédio), há risco de engravidar antes da menstruação?

Não. No intervalo ocorre a descamação da camada que recobre a cavidade do útero, chamada endométrio. Esse endométrio não está preparado para a gravidez. O intervalo entre uma cartela e outra é dado pelo laboratório e precisa ser seguido à risca para não haver risco de gravidez. Se a menina aumentar esse intervalo, é muito arriscado engravidar. É importante prestar atenção que cada pílula tem o intervalo de dias entre as cartelas já previsto pelo laboratório. Algumas pílulas têm intervalo de sete dias, outras de quatro dias e outras não têm intervalo. É necessário ter muita atenção com as instruções da bula sobre a maneira de usar.

3 Como se contraem doenças?

A adolescência é um período em que a pulsão sexual é muito forte. Meninas e meninos estão buscando ter relação sexual muito cedo, antes dos 16 anos,[2] o que não é bom para a saúde. A menina não deveria ter relações sexuais antes dos 16 anos, pois isso pode causar depressão e arrependimento, aumentar o risco de infecções na vagina, no colo do útero e nas trompas, o que pode reduzir a capacidade dela de engravidar naturalmente no futuro. INFELIZMENTE, a maioria das meninas não NEGOCIA o uso do preservativo com o parceiro. As ISTs são transmitidas pelo contato do pênis com a vulva, a vagina e o ânus sem proteção do preservativo.[3] Mesmo no sexo oral, recomenda-se o uso da camisinha desde o primeiro contato. Como o HPV (papilomavírus humano) pode causar verrugas ao redor dos genitais, pode haver transmissão pelo contato com a pele e também no sexo oral, provocando o câncer da boca e garganta. É possível pegar ISTs pelo beijo, sendo as mais comuns o herpes e a mononucleose. A camisinha protege contra quase todas as ISTs, e é totalmente eficaz contra o HIV (vírus da imunodeficiência humana), que é o vírus da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida). Vale lembrar também que o uso da camisinha deve ser feito desde o início da relação sexual, e não apenas no momento da ejaculação. As ISTs mais conhecidas, que podem ser transmitidas pelo sexo vaginal, oral e anal são:

- HIV/AIDS;
- HPV;
- Clamídia;
- Gonorreia ou blenorragia;
- Hepatite B;
- Sífilis;
- Herpes genital;
- Tricomoníase.

4 Como é uma relação sexual?

A relação sexual é qualquer contato com parcerias envolvendo carícias sexuais na genitália (pênis e vagina) e nas mamas, nas meninas. Existe a relação sexual que envolve o contato dos órgãos sexuais com a penetração do pênis dentro da vagina.

5 Como se perde a virgindade?

A expressão “perder a virgindade” é usada para indicar que já houve a introdução do pênis dentro da vagina. O hímen é uma membrana fina localizada na entrada da vagina com uma abertura para passar a menstruação. Nem sempre o hímen rompe na passagem do pênis, mas, quando isso ocorre, pode haver algum sangramento e dor, que é suportável. Algumas vezes, o hímen não rompe nem sangra e, por ser uma membrana muito fina e com um orifício maior central, pode apenas expandir durante a passagem do pênis.

6 Qual é o ponto G na mulher?

O "ponto G" NÃO EXISTE. Acreditava-se que existia uma região dentro da vagina capaz de produzir muito prazer sexual, mas nenhuma pesquisa comprovou a existência do ponto G.[4,5]

7 Como chegar ao orgasmo múltiplo?

O orgasmo é uma das mais intensas e gratificantes sensações de prazer do ser humano. Caracteriza-se por contração forte seguida por outras mais fracas, que se iniciam no clitóris e propagam para a vagina, dando uma sensação de muito prazer.[6] Quando o estímulo sexual continua, algumas mulheres voltam a ter a contração forte imediatamente ao primeiro orgasmo, e isso pode se repetir, o que as pessoas chamam de orgasmo múltiplo. NÃO HÁ NADA ESPECIAL QUE SE POSSA FAZER PARA QUE ELE ACONTEÇA. Normalmente, acontece inesperadamente, isto é, sem ser planejado. Portanto, não adianta procurar o orgasmo múltiplo, pois ele só vai acontecer espontaneamente.

8 Quais são os riscos de pegar HIV?

O HIV é transmitido principalmente pelo sexo vaginal e anal sem o uso da camisinha. As secreções do pênis e da vagina contêm o HIV e contaminam o parceiro. Pode-se pegar o HIV pelo contato com o sangue da pessoa contaminada, quando usuários de drogas compartilham seringas contaminadas, ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. O HIV aumentou em 40% entre os adolescentes, principalmente no Brasil.[7] É muito importante fazer o teste rápido do HIV e se proteger do contato com as secreções dos parceiros. O MAIOR RISCO DE PEGAR HIV É TRANSAR SEM CAMISINHA.

9 Como uma mulher tem orgasmo?

O orgasmo na mulher pode acontecer com a masturbação, que é a manipulação do clitóris, ou durante a penetração, com o movimento do pênis dentro da vagina.[8] Em torno de 30% a 36% das mulheres têm orgasmo com o movimento do pênis dentro da vagina. A maioria das mulheres (60% a 70%) só consegue ter orgasmo com a manipulação do clitóris por elas mesmas ou pelo parceiro durante a relação sexual ou na masturbação.

10 A masturbação é boa para a saúde?

Sim. A masturbação é utilizada para obter prazer sexual, que é muito importante para a saúde. Além disso, é muito relaxante e ajuda a diminuir a tensão sexual quando o homem ou a mulher estão excitados. A masturbação começa na infância e ocorre ao longo da vida. É uma forma de a pessoa se dar prazer.

11 O sexo homossexual é mais prazeroso?

Não, o sexo é prazeroso sempre que é feito com a pessoa de quem se gosta e por quem se sente atração. Não importa se é sexo heterossexual ou homossexual. O sexo só não é prazeroso quando feito com pressa, por pressão ou para ficar igual a meninas ou meninos que já fizeram sexo. Resumindo, o sexo é prazeroso quando é feito com a pessoa escolhida, no momento que achar certo e sem pressão para isso.

12 O sexo pode ser mais prazeroso quando duas pessoas estão namorando ou são casadas do que entre pessoas que ficam?

O sexo é prazeroso quando existe respeito, parceria, troca de carinho e cuidado entre as pessoas envolvidas. O FICANTE é um parceiro CASUAL sem compromisso, então pode ser que os encontros aconteçam apenas com a finalidade de ter sexo sem compromisso. Até pode haver respeito e troca de carinho, mas, como o comprometimento é só com aquele momento, pode haver um vazio quando a relação sexual acaba. Por isso, o sexo poderá ser mais prazeroso quando as duas pessoas estão envolvidas pelo namoro ou casamento.

13 É normal ser homossexual? O que diz a psicologia?

A homossexualidade é uma característica de quem sente atração física, emocional e espiritual por pessoas do mesmo sexo.[9] A pessoa não é homossexual ou heterossexual porque quer, e sim porque isso já está predeterminado. Dar uma boneca para um menino ou um carrinho para a menina não fará deles homo ou heteros-

sexuais. A atração pelo mesmo sexo ou pelo sexo oposto é algo espontâneo, que vem de dentro da pessoa e não há como mudar isso. É como o amor, não se pode induzir ou obrigar uma pessoa a amar outra, porque é um sentimento espontâneo como é a orientação sexual. Em 1970, os psiquiatras afirmavam que a homossexualidade era uma doença mental, o que contribuiu para a ideia de que a homossexualidade é uma condição que pode ser "curada". Em 1993, a homossexualidade foi mundialmente retirada da lista de doenças mentais e declarada como forma natural do desenvolvimento sexual. O Conselho Federal de Psicologia estabeleceu normas para os profissionais sempre esclarecerem que homossexualidade não é doença psicológica, e sim a expressão de desejo por alguém do mesmo sexo.

14 O que fazer quando se é homossexual e os pais são da igreja e muito religiosos? Deve-se procurar um psicólogo para fazer um acompanhamento?

Em casos de conflitos familiares e religiosos, a melhor opção é o diálogo entre todos os envolvidos. Em muitas famílias, é mais difícil aceitar a orientação sexual dos filhos. Os pais também têm medo de que os filhos sofram com os preconceitos da sociedade. A psicologia pode ajudar sim; não promove a cura *gay*, mas oferece auxílio para maior compreensão e aceitação de todos os envolvidos, sem nenhum tipo de preconceito ou exclusão.

15 Como ajudar as mulheres a alcançar mais rápido o orgasmo?

Com muito carinho realizado em todo o corpo, antes da penetração do pênis. É necessário acariciar a genitália, principalmente na região do clitóris, até que a mulher se sinta muito excitada.

16 O anticoncepcional dá trombose?

Ao engravidar, a menina aumenta para 64 vezes o risco de ter trombose, enquanto os anticoncepcionais aumentam no máximo quatro vezes o risco de trombose na mulher. Então, é muito mais fácil ter trombose na gravidez do que tomando pílula. Dessa forma, se a pílula for tomada corretamente, a menina estará se protegendo muito mais, porque a pílula reduz em mais de 99% o risco de engravidar.[10]

17 Homens fazem sexo e mulheres fazem amor?

Não, os homens são sensíveis e fazem amor. Eles também gostam de carinho, respeito e comprometimento. Cada pessoa tem sua maneira de amar, e os homens são diferentes das mulheres, mas também são amorosos. Fazer apenas sexo é quando não há compromisso com o outro.

18 Por que a mulher sente dor no seio durante a menstruação?

O ciclo menstrual da mulher vai do primeiro dia da menstruação ao primeiro dia da próxima menstruação. Na primeira metade do ciclo menstrual, age o hormônio chamado estrogênio, que provoca o desenvolvimento das estruturas dentro da mama e dilatação dos vasos sanguíneos. Na segunda metade do ciclo, age outro hormônio, chamado progesterona. Ele aumenta a proliferação do tecido glandular da mama e faz com que os minúsculos vasos fiquem mais permeáveis, deixando passar líquido para fora dos vasos e dando a sensação de que a mama está inchada. Isso pode causar desconforto e sensação de peso ou distensão das mamas.[11] Quando a menstruação chega, as modificações da mama desaparecem e passa esse desconforto.

19 Por que as mulheres sentem cólicas?

As cólicas menstruais são comuns e podem acometer até 70% das meninas com idade entre 12 e 19 anos. Na maioria das vezes, são dores suportáveis ou passam com o uso de um analgésico. Em 10% das meninas, as cólicas podem ser graves e acompanhadas de muita dor, vômitos, palidez cutânea e incapacidade para exercer as funções e ir à escola.[12] A cólica ocorre porque o endométrio, a camada da cavidade do útero que descama durante a menstruação, libera grandes quantidades de prostaglandinas eicosanoides ao descamar. Essas substâncias promovem contrações uterinas e vasoconstrição, o que leva à redução da oxigenação do músculo do útero e resulta em contrações fortes e dolorosas.[13] Mas é preciso estar atenta, porque cólicas que ocorrem durante todos os dias do sangramento e que vão ficando cada vez mais intensas podem ocorrer na endometriose. Por isso, é importante consultar um médico nesses casos.

20 O anticoncepcional engorda?

A pílula anticoncepcional surgiu na vida das mulheres brasileiras na década de 1960. Essas pílulas iniciais tinham alta dosagem hormonal, o que provocava vários efeitos adversos, entre os quais o ganho de peso. Nas pílulas atuais, houve grande redução da dose hormonal, sem comprometer a segurança e, em geral, elas não promovem o aumento de peso. Entretanto, muitas meninas ainda deixam de usar o anticoncepcional por medo de engordar.[14]

21 Engolir sêmen faz mal?

O sêmen não faz mal à saúde, mas oferece o perigo de infecções sexualmente transmissíveis pela via oral, principalmente quando há alguma lesão na boca. O sexo oral oferece riscos caso seja realizado sem preservativo, porque permite o contato direto entre a mucosa da boca e fluidos vaginais e do pênis. O HPV e o herpes podem ser transmitidos pelo simples contato com a pele. HIV/AIDS, clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite podem ser transmitidos pelo contato com o sêmen, líquido pré-ejaculatório (fluido que sai antes da ejaculação) e secreção vaginal.[15] Portanto, para ter uma relação sexual, é sempre muito importante os parceiros negociarem o USO DO PRESERVATIVO e haver respeito entre os envolvidos.

22 Por que maconha dá tesão?

A maconha aumenta o nível de dopamina no cérebro, substância química natural responsável pela sensação de prazer e bem-estar liberada principalmente pela alimentação e pela relação sexual. Os adolescentes usam a maconha para obter melhor desempenho social e sexual.[16] As pesquisas evidenciam que pequenas doses de maconha estimulam o apetite sexual, mas, com o tempo, a maconha reduz o desejo sexual e inibe a ereção do pênis.[17] Outro problema é que a ingestão de substâncias psicoativas como bebidas alcoólicas e drogas em geral pode levar a comportamento sexual de risco,[18] ou seja, favorecer o aumento do número de parceiros e reduzir o uso do preservativo, com consequente aumento do risco para ISTs e gravidez não planejada.

23 Pode-se contrair alguma doença pelo sexo oral?

Sim, algumas infecções sexualmente transmissíveis também podem ser transmitidas via sexo oral, principalmente quando há alguma lesão na boca.[19] HPV e herpes podem ser transmitidos pelo simples contato com a pele. HIV/AIDS, clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite podem ser transmitidos pelo contato com o sêmen, líquido pré-ejaculatório e lubrificação vaginal.[20]

24 Há algum risco de engravidar com o líquido expelido antes da ejaculação?

Sim, há risco de engravidar, pois esse líquido pode conter espermatozoides.[21] Por isso, é essencial usar a camisinha desde o início da relação para evitar gravidez não planejada/indesejada e ISTs.

25 Tomar pílula do dia seguinte com frequência pode trazer algum risco de morte?

O anticoncepcional é muito seguro para a saúde das adolescentes e promove muito mais benefícios do que riscos.[22] A pílula de emergência, conhecida como a pílu-

la do dia seguinte, é para ser tomada somente quando a menina não usa pílula ou outro método anticoncepcional. Se ela teve uma relação desprotegida e tomou a pílula de emergência, deve procurar a unidade de saúde ou seu ginecologista na sequência para solicitar um método anticoncepcional seguro. A pílula do dia seguinte tem eficácia bem menor em comparação com os anticoncepcionais de uso contínuo.

26 Há possibilidade de engravidar só com brincadeiras, sem penetrar o pênis na vagina?

Sim. Mesmo que não haja penetração, se o homem ejacular (soltar o esperma) na entrada da vagina da mulher e esse líquido escoar para dentro da vagina, pode ocorrer a gravidez.

27 Tomo anticoncepcional há uns dois anos e nunca me fez mal. Posso dar um intervalo de um ano, por exemplo? Faz mal tomar muito tempo sem pausa? Posso engravidar durante esse intervalo?

Não é necessário dar intervalo de um ano, porque o uso contínuo de anticoncepcional durante vários anos não é prejudicial. Fazer pausas no uso do anticoncepcional e voltar a tomar aumenta o risco de gravidez e trombose. Quanto mais tempo o anticoncepcional é usado, mais segurança ele traz. Por falta de entendimento, as pessoas dizem o contrário. É recomendado esclarecer as dúvidas com o médico. A pílula não diminui a segurança quando usada durante muitos anos. Pelo contrário, ela se torna mais segura para evitar a gravidez e não aumenta o risco para a saúde. Então, a mensagem é: NÃO SE DEVE FAZER PAUSA NO USO DA PÍLULA POR CAUSA DO RISCO DE ENGRAVIDAR. O USO CONTÍNUO DURANTE ANOS É SEGURO. A PÍLULA NÃO PERDE O EFEITO POR SER USADA DURANTE MUITO TEMPO.

28 O uso incorreto do anticoncepcional, relativamente a dia e horário, pode interferir no ciclo menstrual?

Ao tomar anticoncepcional, o ciclo natural deixa de existir. O ciclo é produzido artificialmente pelo anticoncepcional. A ingestão incorreta pode causar sangramento irregular e aumentar o risco de engravidar.

29 Quais os riscos da pílula do dia seguinte? Esse é o melhor método quando a camisinha estourar?

Sim, a pílula do dia seguinte é usada para evitar a gravidez quando a menina não está usando nenhum método e a camisinha estoura. É importante lembrar que a pílula do dia seguinte previne 50% das gravidezes que poderiam ocorrer.[23] Mas a eficácia da pílula do dia seguinte ainda é baixa e ela não pode ser utilizada como o único método para evitar a gravidez, pois não previne tanto quanto a pílula tomada corretamente todos os dias. Após tomar a pílula do dia seguinte, vá ao médico para que ele lhe prescreva um método anticoncepcional seguro.

30 É necessário ter vida sexual para tomar anticoncepcional?

Não, algumas meninas precisam tomar a pílula para regular a menstruação ou melhorar a pele e as cólicas menstruais.

31 O que é hermafrodita?

Na maioria das pessoas, o sexo ao nascimento coincide com suas características físicas, ou seja, ao olhar uma pessoa, é possível dizer se é homem ou mulher. Por exemplo, o homem tem cariótipo XY, testículos, pênis e escroto, produz predominantemente o hormônio testosterona e desenvolve traços masculinos em geral. A mulher tem cariótipo XX, possui ovários e vagina, seus hormônios são principalmente os estrogênios e apresenta traços femininos em geral. A dúvida sobre o sexo da pessoa é quando a genitália se parece tanto com a genitália masculina quanto feminina e não há coincidência entre as características do corpo e a genitália. Se uma criança tem o cariótipo XY, mas tem mamas e genitais externos que não podem ser classificados como de homem ou de mulher, não há clareza para lhe atribuir um gênero específico, porque não se sabe se ela é homem ou mulher olhando para a genitália dela. Exemplo de hermafrodita: pessoa que tem cromossomas de mulher e de homem (XX/46, XY), tecido do ovário e do testículo nas gônadas e apresenta testículo, útero e trompas.[23] O hermafroditismo verdadeiro é muito raro. O indivíduo pode ter genitália ambígua, isto é, os genitais parecem ser masculinos e femininos ao mesmo tempo, mas nem sempre isso acontece.[24] As gônadas masculinas são os testículos e as gônadas femininas são os ovários. A tendência é abandonar o termo "hermafrodita" e substituí-lo pelo termo "intersexo".[25]

32 Quando a mulher está no período fértil?

A duração do ciclo feminino varia, sendo mais comum que fique entre 23 e 35 dias. A ovulação acontece no meio do ciclo, aproximadamente entre o 12º e 16º dia do ciclo menstrual. O primeiro dia do ciclo menstrual é o primeiro dia da menstruação (dia 1). Muitas mulheres acreditam que ovulam no 14º dia, mas essa é uma média, e o dia da ovulação pode variar de acordo com o ciclo. A gravidez acontece no período da ovulação e pode ocorrer entre o 11º ao 17º dia do ciclo menstrual, porém a ovulação pode ocorrer também fora desse período. Portanto, se acontecer uma relação sexual entre homem e mulher sem proteção (anticoncepcionais e preservativos masculinos ou femininos), e caso a mulher esteja no período fértil, há grande chance de ocorrer a gravidez.

33 O sexo previne quais doenças?

O sexo diretamente não previne doenças. Porém, um sexo saudável e prazeroso contribui para o bem-estar e para melhor qualidade de vida,[26] funcionando como um fator de prevenção e promoção da saúde física, psíquica e emocional.

34 É possível engravidar na primeira vez?

Sim, se não for usado um método anticoncepcional, é possível engravidar na primeira relação sexual. Em toda relação sexual pode ocorrer a gravidez se não for usado nenhum método contraceptivo. A camisinha protege contra ISTs e deve ser usada mesmo que a menina esteja usando outro método como a pílula anticoncepcional ou injetável.

35 Minha maior dúvida é em relação aos métodos contraceptivos da mulher. Sei que existem vários, mas não tenho informação suficiente sobre cada um (prós e contras), e isso deveria ser mais explicado. Por exemplo, qual pílula é melhor para os hormônios adolescentes?

Todos os métodos contraceptivos têm sua importância para evitar a gravidez, mas uns são mais seguros do que outros. O melhor método anticoncepcional para cada um é escolhido após discutir com o médico sobre todas as opções existentes e as mais adequadas para cada indivíduo. Os métodos anticoncepcionais mais seguros são: a) métodos hormonais nas apresentações oral (pílulas combinadas e de progestagênio), injetável, subcutâneo (implante), transdérmico (adesivos na pele) e anel vaginal. Esses anticoncepcionais evitam a gravidez, melhoram a pele, regulam o ciclo e melhoram a dismenorreia (cólica menstrual) e a tensão pré-menstrual (TPM).[27,28] O risco de trombose com anticoncepcionais existe, mas é muito baixo para mulheres saudáveis. O risco aumenta de duas a quatro vezes para as mulheres que usam anticoncepcional,[28,29] mas, se ela ficar grávida, esse risco é muito maior. Se mesmo após a explicação médica ainda houver medo de usar, existem pílulas e injetáveis de progestagênios que não dão trombose[30] e são seguros para prevenir a gravidez. Entretanto, os anticoncepcionais contendo somente progestagênios não são efetivos para melhorar a acne.[31] A adolescente pode usar qualquer pílula que existe no mercado, mas há algumas particularidades. Se a adolescente tem acne, a pílula que contém os dois hormônios é melhor para a pele, principalmente as pílulas cujo progestagênio favorece a redução dos androgênios, sendo esses os que atuam mais rápido nesse sentido.[32] Se a menina optar pela pílula via oral, é aconselhável que seja prescrita a contínua ou de pequeno intervalo, para evitar que ela se esqueça de tomar. O esquecimento acontece quando o intervalo da pílula é maior. O anticoncepcional hormonal combinado, injeção anticoncepcional mensal e trimestral, o adesivo e o anel vaginal são muito seguros: o índice de falha é muito baixo, de 0,3 a 0,7 gestação/100 mulheres-ano.[33]

O implante, um pequeno bastão branco contendo o progestagênio etonogestrel, é inserido debaixo da pele, na face interna do antebraço. É um método muito seguro para prevenir contra a gravidez e ainda mais seguro do que a pílula. Às vezes, a menina pode apresentar alguma irregularidade menstrual que pode ser tratada. A tabelinha ou o coito interrompido (ejacular fora da vagina) são dois métodos com altos índices de falha se usados sozinhos.[34,35] A camisinha é um método contraceptivo tipo barreira, MUITO IMPORTANTE PARA PREVENIR infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), mas, usada sozinha, não é tão segura para EVITAR A GRAVIDEZ. É preciso usar a camisinha para evitar as ISTs. A camisinha impede a subida dos espermatozoides até o útero. Se o menino usar corretamente a camisinha desde o início da relação sexual, esse método tem índice de falha de 3% a 12%. Os dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre e o sistema intrauterino (SIU) de hormônio progestagênio são métodos muito seguros.[34] O DIU e o SIU são inseridos dentro do útero pelo médico. A vantagem desses dispositivos é a alta eficácia, além de poder proteger a mulher durante cinco a dez anos. O SIU libera hormônio dentro do útero, e a quantidade que passa para o sangue é muito pequena. O índice de falha do DIU é de 0,5 a 0,7 gestação/100 mulheres-ano, enquanto o SIU tem índice de falha de 0,2 gestação/100 mulheres-ano. Importante: USE O ANTICONCEPCIONAL ANTES DE COMEÇAR A TER RELAÇÕES E A CAMISINHA MOMENTOS ANTES DE TER RELAÇÕES SEXUAIS.

36 Perder a virgindade muito novo pode ser prejudicial?

A idade da primeira relação sexual (sexarca) tem implicações importantes para a saúde dos adolescentes. As meninas que iniciam relações sexuais com 12, 13 ou 14 anos têm mais risco de apresentar sintomas depressivos,[36] autoestima rebaixada por distorção da autoimagem[37] e arrependimento por ter tido relação com aquele parceiro. Muitas vezes, elas têm relação por pressão do parceiro ou por impulso. E por não ter sido escolha própria, há arrependimento,[38] que pode trazer desilusão, tristeza e levar à depressão. Nessa idade, as meninas ainda não usam um método anticoncepcional seguro, têm relações sexuais sem contracepção ou, quando usam, o fazem de forma irregular.[39,40] O resultado é uma gravidez precoce e sem planejamento,[40] o que provoca perda de oportunidades na formação e na vida profissional por ter que se dedicar ao filho. Com o amadurecimento, a mulher percebe o quanto a vida dela poderia ter sido diferente se não tivesse queimado etapas. Então, podem aparecer os sintomas depressivos. Outro problema é que grande parte dessas adolescentes não utiliza camisinha na relação sexual.[41] Além do risco de engravidar, elas têm mais risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis e apresentar lesões precursoras do câncer do colo uterino.[42]

Então FICA A DICA: meninas não deveriam ter relação sexual antes dos 16 anos. Com essa idade, já estão mais maduras e podem escolher ter relação ou não e escolher a pessoa com quem querem ter relação sexual.[43] Os meninos que começam a vida sexual muito cedo também podem ter problemas.[44] Se o menino ficar ansioso na hora da relação, pode ter ejaculação precoce ou perder a ereção, e isso pode deixá-lo inseguro com o seu desempenho na vida sexual por um período ou para sempre.

37 Como ocorre a ereção?

O pênis tem os corpos cavernosos e corpo esponjoso, que são formados por uma quantidade enorme de vasos sanguíneos. Quando o homem fica excitado sexualmente, esses vasos se enchem de sangue, o que faz o pênis ficar ereto.[45,46]

38 Quais doenças são transmitidas entre lésbicas?

Relações heterossexuais ou entre pessoas do mesmo sexo podem resultar em infecções sexualmente transmissíveis como sífilis, herpes genital, HPV, tricomaníase, gonorreia e clamídia. Mulheres lésbicas que tiverem relações heterossexuais podem ter e transmitir doenças,[47] por isso também precisam se cuidar se forem compartilhar os *toys* na relação. No sexo oral, precisam usar a proteção da camisinha feminina ou masculina.

39 Por que sexo é prazer?

Porque o corpo humano todo tem terminações nervosas prazerosas ao toque, que, quando estimuladas, são interpretadas como prazer no sistema nervoso central. O sexo é prazer porque libera endorfinas, que dão sensação de bem-estar no corpo e ativam a circulação sanguínea. A genitália feminina e a masculina têm terminações nervosas que, quando tocadas, dão muito prazer sexual. A teoria é que o prazer sexual é uma recompensa tão agradável que motiva o ser humano a se engajar no sexo[48,49] e a procriar. Se não existisse essa recompensa, talvez o ser humano não se interessasse por sexo e nossa espécie poderia ser extinta.

40 Existe alguma chance de engravidar novamente após fazer laqueadura?

A laqueadura é uma cirurgia para interromper o trânsito das trompas uterinas. Um pequeno segmento das trompas é cortado e amarrado, interrompendo, assim, a passagem do óvulo e dos espermatozoides. É um método anticoncepcional muito seguro, mas ainda tem um índice de falha. Aproximadamente, 5 mulheres em 1.000 ficarão grávidas após o procedimento.[10,50]

41 Quando uma pessoa contaminada pelo vírus do HIV se machuca e cai sangue no chão, e alguém sem querer pisa no sangue, a pessoa que pisou no sangue se contamina pelo vírus?

Pode acontecer o contágio, mas, se a pessoa que tem HIV estiver se tratando corretamente, o risco de contaminação diminui muito.[48]

42 O que acontece se a mulher tiver um filho e não fizer o Papanicolau? É perigoso?

O exame de Papanicolau existe para detectar alterações nas células que podem levar ao câncer do colo do útero. Esse exame é a principal estratégia para detectar essas lesões precocemente e fazer o diagnóstico da doença bem no início, antes que a mulher tenha sintomas.[51] Pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública, onde há profissionais capacitados. Se a mulher tem 21 anos e já tem relação sexual, é preciso iniciar a coleta desse exame. O exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto, que diminui se a mulher conseguir relaxar no exame. O fato de ter dado à luz sem ter feito o exame não tem consequências, mas é importante saber que toda gravidez precisa ser planejada, e é necessário fazer exames antes de engravidar para detectar problemas de saúde que precisem ser tratados. Mulheres grávidas também devem se submeter ao exame, sem prejuízo para a saúde delas ou do bebê.[52]

43 Quando a mulher está gestante ela pode ter relações sexuais? Se ela tiver, o bebê corre algum risco?

Se a gravidez for normal, a mulher pode ter relações sexuais com segurança. Nos casos em que houver sangramento ou trabalho de parto prematuro, as relações sexuais precisam ser interrompidas até que o problema seja resolvido. Quando a gravidez retorna ao normal, as relações podem ser retomadas.

44 Quando a mulher está gestante e ingere bebida alcoólica, a criança corre algum risco?

A mãe que ingere bebida alcoólica durante a gravidez pode trazer sérios prejuízos para a criança. Um estudo recente evidenciou que crianças expostas ao álcool antes de nascer têm mais dificuldade de aprendizagem e maior possibilidade de desenvolver o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.[53]

45 Por que homens têm peitos/mamilos?

A natureza fez o homem com mamilos, mas a glândula mamária não é desenvolvida. Meninos na fase puberal (10 anos em diante) podem apresentar aumento dos mamilos e da mama, que involui (reduz) por volta dos 17 anos. Esse aumento das mamas é chamado ginecomastia puberal, pode ocorrer em 30% a 60% dos adolescentes nessa fase e ser uni ou bilateral. Em geral, a ginecomastia puberal é fisiológica e de resolução es-

pontânea. Deve-se ao aumento dos hormônios nessa fase e da ação de uma enzima que aumenta os níveis de estrogênios (hormônio feminino) no sangue do menino.[54]

46 A fimose atrapalha em algo?

A fimose pode prejudicar a mulher na relação sexual, pois pode provocar dor durante a relação sexual. A maioria das mulheres prefere que o homem faça a cirurgia de fimose (circuncisão), porque melhora a aparência do pênis, dá aspecto de higiene e o torna mais adequado para o sexo.[55]

47 A fimose aumenta o risco de contaminação?

Aumenta o risco de pegar ISTs. A circuncisão protege contra infecções do trato urinário, HIV, HPV, sífilis e dermatoses inflamatórias. A circuncisão do homem protege a mulher contra câncer de colo do útero e contra a infecção por clamídia.[55,56]

48 É possível "transar nervoso" (relação sexual mais intensa) quando a mulher está grávida?

Muitas mulheres têm dificuldades sexuais durante a gravidez, porque apresentam muitos sintomas como náuseas, dores na barriga ou nas costas, medo de perder o bebê, indisposição e dificuldade com as posições, que podem prejudicar o ato sexual.[57] Apesar disso, muitas conseguem levar uma vida sexual normal. A gravidez não é momento para ter relações sexuais "nervosas", pois essas podem resultar em desconforto para a mulher.

49 Novinha que "paga" um oral pode pegar AIDS?

O HIV pode ser transmitido por sexo oral, principalmente em meninas e meninos com algum problema dentário como cárie, periodontite e lesões na mucosa da boca, que facilitam a infecção pelo HIV.[58]

50 Uma pessoa que toma remédio anticoncepcional e fica quatro dias ou mais sem tomar tem chance de engravidar?

Com certeza há risco grande de engravidar se a pílula não for tomada corretamente, conforme orientações do médico ou instruções da bula. Se ela se esquecer um dia, deve tomar na hora em que se lembrar e tomar a outra pílula no horário regularmente prescrito.[36] Existem aplicativos no celular para lembrar o horário de tomar a pílula, ou pode-se programar o despertador caso a menina não tenha internet no telefone.

51 Por que algumas mulheres têm dificuldade para chegar ao orgasmo? O que se pode fazer para conseguir?

É conhecido que, aproximadamente, um terço das mulheres tem orgasmo frequente com o movimento do pênis dentro da vagina, e aproximadamente 65% das mulheres necessitam de manipulação do clitóris para alcançar o orgasmo.[59] Isso é absolutamente normal, mas às vezes a mulher tem dificuldade de se tocar ou permitir ou estimular que o parceiro a toque para que ela obtenha prazer. O órgão precisa ser estimulado para que a mulher aprenda a ter orgasmo. A mulher deve procurar conhecer seu próprio corpo e aprender a se tocar para poder "ensinar" ao parceiro a forma como gosta de ser tocada.

52 Por que a maioria das mulheres não sente prazer na relação sexual?

Não é assim! Na verdade, a maioria das mulheres sente prazer na relação sexual. A resposta sexual é basicamente composta pelo desejo sexual, excitação, orgasmo e satisfação sexual. A mulher precisa de tempo suficiente de preliminares para ficar bastante excitada, se entregar totalmente à relação sexual e atingir o orgasmo, que pode ser espontâneo, com o movimento do pênis dentro da vagina ou com a manipulação do clitóris. A mulher não tem ejaculação no orgasmo nem tem "ponto G". Na maioria das vezes, é necessário estimular o clitóris para alcançar o orgasmo.[60] Toda mulher pode ter prazer sexual, basta estar disposta a buscar prazer com ela mesma se tocando, ou com sua parceria. É importante buscar uma posição na relação sexual que permita também a estimulação do clitóris.[60]

53 Quando se pode ter a primeira relação sexual?

A primeira relação sexual pode ocorrer quando a pessoa sentir segurança de que é o momento certo, que foi uma escolha pessoal e quando já usar um método anticoncepcional. Não deve fazer porque a amiga já transou ou por estar sofrendo pressão do namorado para fazer sexo. Sexo é muito bom, mas pode trazer alguns problemas. Ter relações sexuais antes de 16 anos oferece risco para a saúde. Pode levar à depressão e traz mais risco de doença do colo do útero, que pode se transformar em câncer. Além disso, se não estiver usando um método anticoncepcional, há grande chance de engravidar.

É melhor iniciar a vida sexual próximo dos 16 anos ou, se possível, depois. A primeira relação sexual traz muitas novidades e dúvidas. Não fique em dúvida: busque ajuda e faça perguntas ao médico!

54 Por favor, explique sobre doenças, o jeito certo de fazer sexo e a forma correta de tomar remédios para prevenir a gravidez?

Para fazer sexo, o modo coerente com a saúde do(a) adolescente é o cuidado de um com o outro, o respeito de um pelo outro, querer o bem do outro, sentir amor e atração, ter cumplicidade e sempre usar um método anticoncepcional e a camisinha. É preciso ter cuidado para não se envolver em relações de risco para a saúde.[61] Portanto, SEXO DEVE SER FEITO COM PLANEJAMENTO, E NÃO NA BALADA com quem se acabou de conhecer.

55 Como é a ejaculação feminina?

A MULHER NÃO EJACULA. Quando ela está muito excitada, existe a lubrificação vaginal que deriva do ingurgitamento dos vasos da parede vaginal, que se enchem de sangue durante a excitação. Com isso, aumenta a pressão dentro desses vasos, que liberam um líquido (transudato) viscoso que vai lubrificar a vagina.[62] Reforçando, A MULHER NÃO EJACULA. A ejaculação é apenas masculina e trata-se da liberação do sêmen no momento em que o homem tem o orgasmo.

56 O que fazer depois da primeira relação?

A primeira relação sexual é um marco na vida de todos e todas. É um dos pilares para a construção da sexualidade de cada um. A primeira vez do ato sexual é sempre rodeada de muitas dúvidas, angústias, curiosidades, desejos, mitos e insegurança. É sempre muito importante para o(a) adolescente confiar/ter alguém de referência que esclareça suas dúvidas e lhe passe segurança para que esse momento aconteça, seja pessoas da escola, os pais, ginecologista ou psicólogo, para instruir sobre métodos contraceptivos e sobre o que, de fato, motiva para a primeira relação sexual. Se a primeira relação foi planejada e com a pessoa com quem se queria estar, é possível que se esteja feliz. E ao continuar tendo relações sexuais, é importante que ambos estejam atentos para o método anticoncepcional e a camisinha, para se protegerem de uma gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis. Se a primeira vez causou decepção, é importante consultar o psicólogo, esclarecer suas dúvidas e compartilhar a angústia. Caso seja uma mulher que tenha um ginecologista, é possível falar com ele também.

57 De quanto em quanto tempo é possível tomar a pílula do dia seguinte?

A pílula do dia seguinte é um método contraceptivo apenas para emergências. Não pode ser usado rotineiramente. Ao usar a primeira vez, deve ser agendada uma

consulta com o ginecologista para tomar a pílula diária ou escolher outro método anticoncepcional após o médico esclarecer sobre todas as opções disponíveis.[63]

58 Existe algum problema genético se dois primos transarem?

Só transar não traz problemas. Entretanto, se acontecer uma gravidez, a criança pode ter um problema genético. Algumas doenças genéticas são chamadas recessivas e precisam do gene do pai e da mãe para se manifestar. Como a criança tem o cromossoma do pai e da mãe, ela pode ter uma alteração genética transmitida pelos pais. Assim, o casamento de primos é chamado casamento consanguíneo e está associado a significativo aumento do risco de aparecimento de alguma doença autossômica recessiva no feto. Uma gravidez entre primos pode realmente aumentar o risco de originar crianças com problemas genéticos.[64] Outra observação importante é que, mesmo na ausência de histórico familiar de casos que possam sugerir ameaça de doença recessiva específica, há risco difuso para milhares de doenças gênicas potenciais, como retardo mental, cegueira, surdez, nanismo e malformações.

59 Ações sexuais com familiares quando se é pequeno podem ocasionar algum problema?

"Ações" ocorridas entre irmãos, primos ou amiguinhos quando todos ainda eram crianças pequenas são chamadas de "brincadeiras sexuais da infância". São apenas o reconhecimento do corpo e das diferenças entre os sexos, sem nenhuma conotação sexual. Essas brincadeiras sexuais são comuns e podem ocorrer entre meninas, entre meninos, e entre meninas e meninos.[65] A masturbação também é uma prática comum nas crianças. Porém, se um adulto da família ou amigo de convívio familiar tocar os genitais da criança ou fizer a criança tocar a sua genitália para obter prazer sexual, isso configura ABUSO SEXUAL, que é um crime e pode trazer problemas emocionais, depressão e outros problemas mentais quando a criança se torna adulta. Esse é um problema sério, e as pessoas que foram VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL e se sentem desconfortáveis com isso precisam procurar um profissional de saúde, ginecologista, psiquiatra ou psicólogo e relatar o que aconteceu para que tenha o tratamento adequado.

60 Como tomar a pílula do dia seguinte?

A pílula do dia seguinte também é chamada de contracepção de emergência. É utilizada na ocorrência de relação sexual não programada e desprotegida. Pode ser usada até cinco dias após a relação sexual[66] e quanto mais rápido for ministrada, maior será sua eficácia. Assim que tomar essa pílula, é necessário ir ao médico e solicitar um método anticoncepcional seguro, além de lembrar de usar a camisinha sempre.[67]

61 A masturbação pode causar algum tipo de doença no órgão sexual reprodutivo?

Não. A masturbação é uma forma comum de se dar prazer e não causa nenhuma doença nos órgãos sexuais. É preciso cuidado ao usar *toys* ou qualquer outro tipo de objeto na masturbação para não causar lesões na genitália.

62 É necessário fazer sexo para ficar igual às amigas?

NÃO! A pessoa só deve fazer sexo quando se sentir preparada. Fazer sexo por pressão de amigas ou do namorado pode gerar arrependimento, por exemplo, achar que não foi um bom momento para o início da vida sexual. É muito importante se sentir madura e segura para decidir o melhor momento para iniciar a vida sexual para não se arrepender depois.[68,69]

63 Se o orgasmo "cair no útero" e a mulher tomar remédio em até cinco dias, estará praticando aborto?

Na verdade, não é o orgasmo que "cai no útero". Quando o homem tem o orgasmo, o espermatozoide é depositado na vagina da mulher. Os espermatozoides sobem rapidamente para o útero e chegam às trompas, onde irão fertilizar o óvulo. A contracepção de emergência é chamada pelo leigo de "pílula do dia seguinte". É utilizada para abolir ou postergar (atrasar) a ovulação e, quando isso acontece, ela não provoca o aborto, apenas evita que a mulher ovule logo após a relação sexual.[70]

64 Tenho dúvidas sobre o hímen.

O hímen é uma fina membrana que envolve a abertura da vagina e contém perfurações por onde escoa o sangue menstrual. A mais comum é a perfuração central, mas pode haver duas ou pequenas aberturas, quando ele é chamado hímen cribiforme.[71] Em geral, o hímen é pouco vascularizado e pouco inervado,[72] portanto nem sempre há sangramento e/ou dor na primeira relação sexual. Se a menina contrair voluntariamente a musculatura do introito vaginal (fechar a vagina), sentirá dor na primeira relação. Por outro lado, se o introito vaginal estiver relaxado no momento da penetração, o hímen não oferecerá resistência para a penetração do pênis. Existe muita fantasia sobre a primeira relação sexual, com histórias de que é muito dolorosa. Como descrito acima, a dor é provocada muito mais pela contração do introito vaginal do que pela ruptura do hímen.

65 Tem idade certa para o homem perder a virgindade?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o corpo dos adolescentes está biologicamente preparado para ter a primeira relação sexual após os 15 anos. Entretanto, eles estão tendo relações com 15 anos ou menos,[73] o que gera implicações importantes para a sua saúde. Ter relações sexuais muito cedo e sem nenhuma informação pode acarretar frustrações, abuso de álcool e depressão.[74] Ainda pior, os meninos estão tendo relações sexuais sem camisinha e se tornam pais sem estar preparados para isso.[75]

66 Quais as vantagens e desvantagens de perder a virgindade cedo?

NÃO HÁ NENHUMA VANTAGEM EM PERDER A VIRGINDADE CEDO, SÓ DESVANTAGENS. A idade da primeira relação sexual tem implicações importantes para a saúde dos adolescentes. A perda da virgindade cedo causa danos à saúde. A maioria das meninas que inicia relações sexuais com 14 anos ou menos não usa um método anticoncepcional na primeira relação, demora mais tempo para começar a contracepção e está mais propensa ao uso irregular da pílula. Além disso, há maior risco de ter depressão, autoimagem distorcida e arrependimento. Muitas vezes, as adolescentes iniciam a vida sexual por impulso ou pressionadas pelos parceiros, e não por vontade própria.[2] A informação é muito importante, bem como estimular a conversa sobre sexo com os pais e/ou responsáveis e começar a educação sexual nas escolas.

67 Quanto tempo deve durar uma relação sexual para a mulher?

Não existe um tempo certo para a duração de uma relação sexual. Para a mulher, o mais importante da relação sexual é ter tempo suficiente de preliminares, para que ela se sinta excitada ao ponto de querer a penetração. Preliminares são as carícias que acontecem antes da penetração. O tempo necessário de preliminares varia de mulher para mulher e não há como definir em minutos quanto tempo deve durar uma relação sexual.

68 Como é o orgasmo na mulher?

O orgasmo é uma sensação de muito prazer associada a rápidas contrações no clitóris, que ocorrem quando a mulher está suficientemente excitada. É mais comum que o orgasmo aconteça com a estimulação do clitóris por manipulação, sexo oral ou vibrador, mas também acontece com o movimento do pênis dentro da vagina.[75] Toda mulher pode ter orgasmo, que é importante para ela se sentir completamente realizada sexualmente,[76] mas nem todas as relações terminam em orgasmo para a mulher.

69 Existe algum remédio que cure o HIV? Isso será possível?

A cura do HIV ainda não existe, mas o tratamento com as medicações atuais é muito eficaz e reduz a carga viral até que ela fique indetectável. Isso permite que a pessoa que tem o HIV leve uma vida normal sem a doença AIDS.[77]

70 Amamentar faz o peito cair?

Existem vários fatores que influenciam a flacidez nos seios, além da própria amamentação. Por exemplo, de-

pende do tipo de pele, do tamanho das mamas, se a menina tem mudança brusca de peso, se tem pele muito seca e se usa sutiã adequadamente, nem frouxo e nem apertado, apenas firme o suficiente para manter os seios na posição horizontal. A amamentação por tempo prolongado e após várias gestações favorece a queda do peito. A amamentação é extremamente importante, pois previne contra o câncer de mama,[78] é o melhor alimento para a criança, oferece proteção contra doenças e é um momento de grande compartilhamento de carinho e amor entre a mãe e o bebê. Por isso, amamentar é mais importante do que a estética e significa mais saúde para o bebê e para a mãe.

71 Quem toma vacina do HPV precisa usar camisinha?

A vacina disponível contra o HPV até o momento protege contra no máximo quatro tipos de HPV. Ela é chamada vacina quadrivalente e protege contra os tipos 16 e 18, além dos tipos 6 e 11, que são responsáveis pelos condilomas, conhecidos como verrugas na genitália do homem e da mulher. Existem cerca de 200 outros tipos de HPV que não são cobertos pela vacina, então a camisinha precisa ser usada sempre para evitar que a pessoa contraia outras doenças que favorecem a infecção pelo HIV. Além disso, a camisinha é necessária para a prevenção contra outras infecções sexualmente transmissíveis como a AIDS, hepatite, sífilis, clamídia, gonorreia, micoplasma, entre outras.

72 O que acontece com a menina que sofreu abuso sexual?

As consequências do abuso sexual para crianças ou adolescentes são várias. Podem incluir problemas psicológicos como transtornos do humor e de ansiedade, depressão, transtornos alimentares, transtornos dissociativos, hiperatividade e déficit de atenção, além de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), que é a psicopatologia mais comum nas crianças vítimas dessa violência.[79] Além de transtornos psicológicos, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem apresentar alterações comportamentais como comportamento hipersexualizado, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono, comportamentos autodestrutivos, e tentativas de suicídio. As alterações cognitivas associadas ao abuso sexual incluem baixa concentração e atenção, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas, sentimento de culpa pelo abuso, desconfiança, autoestima rebaixada e sentimento de inferioridade. As alterações emocionais relacionadas ao abuso sexual referem-se aos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade.[80] Além disso, mulheres e homens vítimas de abuso sexual podem desenvolver disfunções sexuais.

73 Ser lésbica ou *gay* é normal?

Ser lésbica ou *gay* não é doença. A orientação sexual reporta ao ser que é objeto de desejo da pessoa e caracteriza-se pela atração física, emocional e espiritual por pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou por ambos. No inconsciente coletivo, a heterossexualidade é considerada o padrão da expressão da orientação sexual. Entretanto, a homossexualidade ocorre em paralelo com outras modalidades de atração sexual, como a bissexualidade e outras configurações de orientação sexual, que oscilam da atração absoluta pelo sexo oposto até inexistência de atração sexual, sem ser patológico.[81,82] IMPORTANTE: A pessoa desde pequena já manifesta essa condição, sem que seja uma escolha dela ou sem que seja induzida pelos adultos. Portanto, não tem como escolher ser homossexual ou heterossexual.

74 O que acontece ao engravidar com 15 anos?

É mais ou menos isto que acontece quando a garota engravida "sem querer": terá que viver algo que não desejava viver naquele momento, o que não é muito legal. Há situações em que a garota pensa nisso, quer engravidar e tenta, até que consegue! Mas, e daí? Qual é o problema? A gravidez na adolescência deve ser vista de maneira mais cuidadosa. Esse já é um momento de vida não muito fácil, e engravidar nessa fase pode trazer uma dificuldade emocional ainda maior. Quem fica grávida na adolescência tem mais dificuldade de terminar os estudos, o que dificulta ter uma vida financeira melhor no futuro. Essa gestante tem mais chance de sofrer violência doméstica, além de outros problemas sociais e emocionais.[83] Há alguns problemas médicos também. Em geral, a gravidez na adolescência aumenta a chance de pressão alta na gravidez (que é uma doença grave), de anemia e de parto prematuro, com maior risco para o bebê. Em resumo, se a idade ginecológica (idade em que a pessoa ficou grávida menos a idade da menarca) for inferior a três anos, significa maturidade fisiológica inadequada, além de ser indicador de possíveis comorbidades obstétricas.[84,85] Assim, o ideal é que a mulher engravide quando quiser, porém quando estiver bem organizada emocional e fisicamente.

75 Quando a menina toma pílula há muito tempo, demora para engravidar?

NÃO. Independentemente do tempo que a mulher tomar pílula, pouco ou muito tempo, ao parar de usar, poderá engravidar no primeiro mês. Dentro de um ano após parar a pílula, 85% das mulheres ficam grávidas, o que é uma taxa normal também para quem nunca tomou remédio.

76 Por que algumas vezes não há sangramento na primeira relação sexual?

O hímen tem pouca vascularização e nem sempre sangra na primeira relação. Quando tem perfuração central, a ruptura pode ser muito pequena. É preciso ter em mente que o hímen não é uma membrana que fecha a vagina. Se a menina menstrua, o hímen tem uma abertura, na maioria das vezes central e que pode dar passagem ao pênis sem que haja sangramento. O sangramento na ruptura do hímen tem significado histórico e foram criados muitos mitos a partir disso. O sangramento garantia que o homem que "deflorou" a mulher fosse realmente o pai de seu herdeiro, por isso esse sangramento era tão valorizado. O sangue da "defloração" nem sempre existia, como descreveu o médico do século XVIII, John Marten: "muita conversa, mas raramente visto".[85]

77 É normal não ter orgasmo na primeira relação sexual?

A primeira relação sexual pode ser desconfortável, principalmente por falta de relaxamento, ansiedade, ambiente inadequado, medo de gravidez e censura dos pais. São tantos os fatores que envolvem as primeiras relações sexuais que a menina pode não relaxar o suficiente a ponto de ter orgasmo. O ideal é que a primeira relação sexual só aconteça quando a menina estiver certa de que está preparada para essa experiência e com alguém com quem tenha intimidade, confiança, respeito.

78 Se a menstruação for desregulada, é possível engravidar?

É sim possível engravidar com a menstruação desregulada. Após a primeira ocorrência, nos primeiros anos, a menstruação pode ficar irregular, chegando a adolescente às vezes a ficar até meses sem menstruar. Mas é possível haver ovulação e a gravidez pode acontecer. Mesmo com a menstruação irregular, nunca se deve ter relações sexuais sem proteção com método anticoncepcional e camisinha.

79 A pílula tira a libido da mulher?

Mulheres que tomam pílula mantêm a capacidade de se excitar e ter orgasmo nas relações sexuais e são satisfeitas com a vida sexual,[86] principalmente por estar protegidas contra uma gravidez indesejada e não planejada. Às vezes, a pílula pode diminuir o "pensamento sexual",[86] mas, quando o desejo está diminuído, é preciso, antes de colocar a culpa na pílula, verificar se há problemas no relacionamento, ou se a menina está com preocupações que podem interferir no desejo sexual.

REFERÊNCIAS

1. Barnett C, Hagemann C, Dinger J, Do Minh T, Heinemann K. Fertility and combined oral contraceptives – unintended pregnancies and planned pregnancies following oral contraceptive use – results from the INAS-SCORE study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017;22(1):17-23.
2. Lara LA, Abdo CH. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(5):417-23.
3. Lal L, Audsley J, Murphy DA, Fairley CK, Stoove M, Roth N, et al. Medication adherence, condom use and sexually transmitted infections in Australian preexposure prophylaxis users. Aids. 2017;31(12):1709-14.
4. Puppo V. The G-spot does not exist. BJOG. 2014;121(11):1341.
5. Miller CE. G-spot: the facts to the fantasy. BJOG. 2014;121(11):1340.
6. Lara L, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(4):184-94.
7. UNAIDS. Get on the fast-track. The life-cycle approach to HIV. Geneva: UNAIDS; 2016.
8. Kontula O, Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. Socioaffect Neurosci Psychol. 2016;6:31624. doi: 10.3402/snp.v6.31624. eCollection 2016.
9. Lara LA. Sexualidade na adolescência. In: Lidando com a adolescente no consultório. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2017. Cap. 1, p. 9-36. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo; v. 2, n. 3/Comissão Nacional Especializada de Sexologia)
10. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
11. Iddon J, Dixon JM. Mastalgia. BMJ. 2013;347:f3288. doi: 10.1136/bmj.f3288.
12. Rosa e Silva JC, Lara LA, Rosa e Silva AC, Poli Neto OB, dos Reis FJ, Nogueria AA. Dismenorreia. RBM Rev Bras Med. 2007;64(12):86-90.
13. Subasinghe AK, Happo L, Jayasinghe YL, Garland SM, Gorelik A, Wark JD. Prevalence and severity of dysmenorrhoea, and management options reported by young Australian women. Aust Fam Physician. 2016;45(11):829-34.
14. Clare C, Squire MB, Alvarez K, Meisler J, Fraser C. Barriers to adolescent contraception use and adherence. Int J Adolesc Med Health. 2016 Oct 15. pii: doi:10.1515/ijamh-2016-0098.
15. Moreno-Ribera N, Fuertes-de Vega I, Blanco-Arevalo JL, Bosch-Mestres J, Gonzalez-Cordon A, Estrach-Panella T, et al. Sexually transmitted infections: experience in a multidisciplinary clinic in a tertiary hospital (2010-2013). Actas Dermosifiliogr. 2016 ;107(3):235-41.
16. Morales E, Ariza C, Nebot M, Perez A, Sanchez F. [Cannabis consumption among secondary school pupils of Barcelona (Spain): initial use, reported effects and expectancies]. Gac Sanit. 2008;22(4):321-9. Spanish.
17. Shamloul R, Bella AJ. Impact of cannabis use on male sexual health. J Sexual Med. 2011;8(4):971-5.
18. Brown RE, Turner C, Hern J, Santos GM. Partner-level substance use associated with increased sexual risk behaviors among men who have sex with men in San Francisco, CA. Drug Alcohol Depend. 2017;176:176-80.
19. Ballini A, Cantore S, Fatone L, Montenegro V, De Vito D, Pettini F, et al. Transmission of nonviral sexually transmitted infections and oral sex. J Sexual Med. 2012;9(2):372-84.
20. Caccamo A, Kachur R, Williams SP. Narrative review: sexually transmitted diseases and homeless youth-what do we know about sexually transmitted disease prevalence and risk? Sexual Transm Dis. 2017;44(8):466-76.
21. Killick SR, Leary C, Trussell J, Guthrie KA. Sperm content of pre-ejaculatory fluid. Hum Fertil (Camb). 2011;14(1):48-52.
22. Upadhya KK, Santelli JS, Raine-Bennett TR, Kottke MJ, Grossman D. Over-the-counter access to oral contraceptives for adolescents. J Adolesc Health. 2017;60(6):634-40.
23. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner MJ. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception. Contraception. 2004;69(1):79-81.
24. Kyoku I, Senzaki A, Yamagiwa K, Tanaka T, Shinka T. [True hermaphrodite with ipsilateral vas deferens and intrascrotal ovary]. Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi. 1991;82(12):1959-63. Japanese.
25. Krob G, Braun A, Kuhnle U. True hermaphroditism: geographical distribution, clinical findings, chromosomes and gonadal histology. Eur J Pediatr. 1994;153(1):2-10.
26. Dreger AD, Chase C, Sousa A, Gruppuso PA, Frader J. Changing the nomenclature/taxonomy for intersex: a scientific and clinical rationale. JPEM: J Pediatric Endocrinol Metab. 2005;18(8):729-33.
27. Yuan SM, Liao C, Li DZ, Huang JZ, Hu SY, Ke M, et al. [Chorionic villus cell culture and karyotype analysis in 1 983 cases of spontaneous miscarriage]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2017;52(7):461-6. Chinese
28. Matjila MJ, Hoffman A, van der Spuy ZM. Medical conditions associated with recurrent miscarriage-Is BMI the tip of the iceberg? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;214:91-6.
29. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. J Sex Med. 2012;9(9):2213-23.
30. Schindler AE. Non-contraceptive benefits of oral hormonal contraceptives. Int J Endocrinol Metab. 2013;11(1):41-7.
31. Dulicek P, Ivanova E, Kostal M, Sadilek P, Beranek M, Zak P, et al. Analysis of risk factors of stroke and venous thromboembolism in females with oral contraceptives use. Clin Appl Thromb Hemost. 2018;24(5):797-802.
32. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. New Engl J Med. 2012;366(24):2257-66.
33. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. Contraception. 2016;94(6):678-700.
34. Cravioto MD, Jimenez-Santana L, Mayorga J, Seuc AH. Side effects unrelated to disease activity and acceptability of highly effective contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus: a randomized, clinical trial. Contraception. 2014;90(2):147-53.
35. Kim N, Yoo HN, Hyun HS, Lee DY, Yoon BK, Choi DS. Efficacy and safety of a 24-day regimen of drospirenone-containing combined oral contraceptive in Korean women. Obstet Gynecol Sci. 2015;58(5):397-400.
36. World Health Organization (WHO). Family planning/Contraception [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [updated July 2017; cited 2017 Sept 13]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/
37. Power J, French R, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD001326.
38. Sabia JJ, Rees DI. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. J Health Econ. 2008;27(5):1368-81.
39. Osorio A, Lopez-del Burgo C, Carlos S, Ruiz-Canela M, Delgado M, de Irala J. First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. J Adolesc Health. 2012;50(3):271-8.
40. Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. Pediatrics. 2013;131(5):886-91.
41. Magnusson BM, Masho SW, Lapane KL. Early age at first intercourse and subsequent gaps in contraceptive use. J Women's Health (Larchmt). 2012;21(1):73-9.
42. Silva Ade A, Coutinho IC, Katz L, Souza AS. [A case-control study of factors associated with repeat teen pregnancy based on a sample from a university maternity hospital]. Cad Saude Publica. 2013;29(3):496-506. Portuguese .
43. Rada C, Albu A, Petrariu FD. Age at initiation of sexual life, protection at first intercourse and sources of information regarding sexual and reproductive health. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2013;117(4):994-1001.

44. Pedrosa ML, Mattos IE, Koifman RJ. [Cervical intraepithelial lesions in adolescents: cytological findings from 1999 to 2005 in Rio de Janeiro, Brazil]. Cad Saude Publica. 2008;24(12):2881-90. Portuguese.
45. Lanier Y, Stewart JM, Schensul JJ, Guthrie BJ. Moving beyond age: an exploratory qualitative study on the context of young African American men and women's sexual debut. J Racial Ethn Health Disparities. 2017 Apr 25. doi 10.1007/s40615-017-0366-9
46. Banya Y. [Mechanism of human penile erection based on microvascular organization of corpus cavernosum penis in humans]. Nihon Rinsho. 2002;60 Suppl 6:71-5. Japanese.
47. Newman HF, Northup JD. Mechanism of human penile erection: an overview. Urology. 1981;17(5):399-408.
48. Esch T, Stefano GB. The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. Neuro Endocrinol Lett. 2004;25(4):235-51. Review.
49. Stefano GB, Bianchi E, Guarna M, Fricchione GL, Zhu W, Cadet P, et al. Nicotine, alcohol and cocaine coupling to reward processes via endogenous morphine signaling: the dopamine-morphine hypothesis. Med Sci Monit. 2007;13(6):RA91-102.
50. Arora N, Sadovsky Y, Dermody TS, Coyne CB. Microbial vertical transmission during human pregnancy. Cell Host Microbe. 2017;21(5):561-7.
51. World Health Organization (WHO). Guidelines Review Committee. Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. Geneva: WHO; 2015.
52. Koonmee S, Bychkov A, Shuangshoti S, Bhummichitra K, Himakhun W, Karalak A, et al. False-Negative Rate of Papanicolaou Testing: A National Survey from the Thai Society of Cytology. Acta Cytol. 2017;61(6):434-40.
53. Eichler A, Hudler L, Grunitz J, Grimm J, Raabe E, Goecke TW, et al. Effects of prenatal alcohol consumption on cognitive development and ADHD-related behaviour in primary-school age: a multilevel study based on meconium ethyl glucuronide. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(2):110-8. doi: 10.1111/jcpp.12794
54. Ma NS, Geffner ME. Gynecomastia in prepubertal and pubertal men. Curr Opin Pediatr. 2008;20(4):465-70.
55. Morris BJ. Why circumcision is a biomedical imperative for the 21(st) century. BioEssays. 2007;29(11):1147-58.
56. Morris BJ, Waskett JH, Banerjee J, Wamai RG, Tobian AA, Gray RH, et al. A 'snip' in time: what is the best age to circumcise? BMC Pediatr. 2012;12:20.
57. Tosun Guleroglu F, Gordeles Beser N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. J Sex Med. 2014;11(1):146-53.
58. Nouaman MN, Meless DG, Coffie PA, Arrive E, Tchounga BK, Ekouevi DK, et al. Oral health and HIV infection among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. BMC Oral Health. 2015;15:154.
59. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav. 2003;32(3):193-208.
60. Pfaus JG, Quintana GR, Mac Cionnaith C, Parada M. The whole versus the sum of some of the parts: toward resolving the apparent controversy of clitoral versus vaginal orgasms. Socioaffet Neurosc Psychol. 2016;6:32578.
61. Kabiri G, Ziaei T, Aval MR, Vakili MA. The effect of group counseling based on self-awareness skill on sexual risk-taking among girl students in Gorgan, Iran: a randomized trial. Int J Adolesc Med Health. 2017. [Epub ahead of print]
62. Munarriz R, Kim SW, Kim NN, Traish A, Goldstein I. A review of the physiology and pharmacology of peripheral (vaginal and clitoral) female genital arousal in the animal model. J Urol. 2003;170(2 Pt 2):S40-4; discussion S4-5.
63. Bullock H, Salcedo J. Emergency Contraception: Do your patients have a plan b? Obstet Gynecol Cin North Am. 2015;42(4):699-712.
64. Bittles A. Consanguinity and its relevance to clinical genetics. Clin Genet. 2001;60(2):89-98.
65. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. Pediatrics. 1998;101(4):E9.
66. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. Contraception. 2011;84(1):35-9.
67. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(4):741-50.
68. Breuner CC, Mattson G, Committee on Adolescence; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Sexuality education for children and adolescents. Pediatrics. 2016;138(2). pii: e20161348.
69. Noe G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Munoz C, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. Contraception. 2011;84(5):486-92.
70. Habek D, Arbanas G, Jukic V. An unusual case of infertility: urethral coitus due to cribriform hymen. Arch Sex Behav. 2018;47(3):811-3.
71. Mahran M, Saleh AM. The Microscopic anatomy of the hymen. Anat Rec. 1964;149:313-8.
72. Pastor Z, Weiss P, Sigmundova D. Trends in sexual behaviour in Czech schoolchildren between 2002-2014. Centr Eur J Public Health. 2017;25 Suppl 1:S64-8.
73. Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpela M. Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. J Adolesc. 2003;26(5):531-45.
74. Lowry R, Robin L, Kann L. Effect of forced sexual intercourse on associations between early sexual debut and other health risk behaviors among US high school students. J School Health. 2017;87(6):435-47.
75. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. Annu Rev Sex Res. 2004;15:173-257.
76. Gallup GG Jr, Ampel BC, Wedberg N, Pogosjan A. Do orgasms give women feedback about mate choice? Evol Psychol. 2014;12(5):958-78.
77. Kanters S, Vitoria M, Doherty M, Socias ME, Ford N, Forrest JI, et al. Comparative efficacy and safety of first-line antiretroviral therapy for the treatment of HIV infection: a systematic review and network meta-analysis. Lancet HIV. 2016;3(11):e510-20.
78. Balamane M, Winters MA, Dalai SC, Freeman AH, Traves MW, Israelski DM, et al. Detection of HIV-1 in saliva: implications for case-identification, clinical monitoring and surveillance for drug resistance. Open Virol J. 2010;4:88-93.
79. Thomas G, Guilliams LE. Chronic stress and the HPA Axis: clinical assessment and therapeutic considerations. Standard. 2010;9(2):1-12.
80. Leonard LM, Follette VM. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. Annu Rev Sex Res. 2002;13:346-88.
81. Bogaert AF. Asexuality: what it is and why it matters. J Sex Res. 2015;52(4):362-79.
82. Istar Lev A. How queer! – the development of gender identity and sexual orientation in LGBTQ-headed families. Fam Process. 2010;49(3):268-90.
83. Nery IS, Mendonça Rde C, Gomes IS, Fernandes AC, de Oliveira DC. [Relapse into pregnancy in adolescents from Teresina, PI, Brazil]. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):31-7. Portuguese.
84. Kaplanoglu M, Bulbul M, Konca C, Kaplanoglu D, Tabak MS, Ata B. Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. Women Birth. 2015;28(4):e119-23.
85. Read S. 'Gushing out blood': defloration and menstruation in memoirs of a woman of pleasure. J Medical Humanit. 2018;39(2):165-77. doi: 10.1007/s10912-016-9426-0.
86. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined oral contraceptives and sexual function in women-a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(11):4046-53.

Medicina no mundo *on-line*

Confira as atualizações importantes do novo Código de Ética Médica sobre a utilização das redes sociais e aprenda como usá-las de forma assertiva na profissão

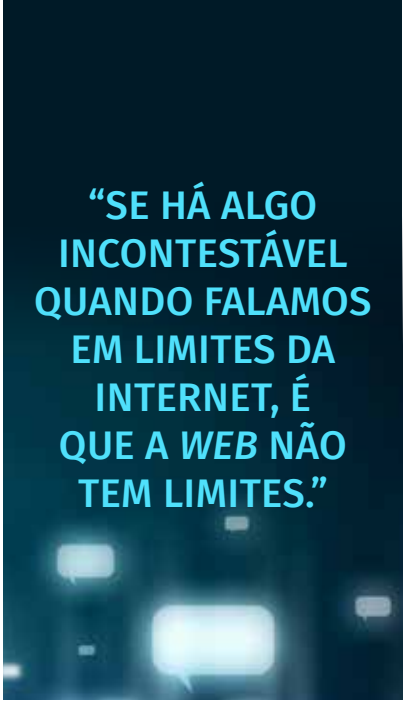
Releitura e trechos da matéria Comunicação e Ética Médica, publicada na revista da Associação Paulista de Medicina, Ano 53, nº 710, maio de 2019 - http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticias/revista-apm

Que atire a primeira pedra quem nunca postou uma foto ou comentário nas redes sociais. A internet descortinou um universo de possibilidades na área da comunicação, tornou muito mais ágil a transmissão e o compartilhamento de notícias e aproximou pessoas que estão fisicamente a quilômetros de distância. Seja para se relacionar com amigos e familiares ou para trocar ideias sobre trabalho, a *web* é o caminho da vez. E um caminho sem volta, ao que tudo indica.

Sendo assim, nada mais necessário do que rever e atualizar as regras de utilização dos ambientes virtuais no que tange a questões que envolvem a prática da medicina. Após quase três anos de discussões, uma nova edição do Código de Ética Médica (CEM) desde o último 30 de abril. A redação foi publicada no Diário Oficial da União em novembro de 2018 e substituiu o CEM que vigorava desde 2009.

A revista *APM*, publicada da Associação Paulista de Medicina, edição nº 710, de maio, trouxe uma matéria bastante útil sobre a atualização do CEM. De acordo com o texto, em relação à versão anterior, o novo Código incorpora artigos que tratam de assuntos relacionados a inovações tecnológicas, em comunicação e nas relações em sociedade. "Tivemos quase três anos de análises e debates sobre os principais temas que precisavam ser modificados", explicou Jorge Carlos Machado Curi, representante do estado de São Paulo no Conselho Federal de Medicina (CFM) e vice-presidente da Associação Paulista de Medicina, para a reportagem.

O texto atualizado mantém o número de capítulos, que abordam princípios, direitos e deveres dos médicos, e complementam alguns deles. A ideia não foi proibir o uso da internet, em especial das redes sociais, mas definir pontos relevantes sobre a utilização desses canais *on-line*. Entre os destaques está um artigo que deixa mais claros, por exemplo, os limites para uso das redes sociais pelos profissionais.



"Tem a questão da tecnologia, de não poder expor o paciente na rede social, tirando fotos. Também não pode fazer publicidade exagerada nesses meios. E, principalmente, a questão de exposição em grupos de WhatsApp, por exemplo.

Os médicos têm que usar tecnologia em benefício do paciente, da Saúde e da Medicina, divulgando conceitos científicos, mas sem expor pessoas e infringir o CEM, mantendo sigilo e privacidade", complementa Curi.

Na era digital, em que a rapidez com que fotos, textos, vídeos e áudios podem ser publicados e compartilhados, torna-se fundamental definir regras e limites para que o paciente não seja exposto, mesmo que a história seja positiva. De acordo com o novo Código, publicar a foto do antes e depois do paciente, por exemplo, nem pensar. Até a publicação sistemática ou reiterada, por parte de pacientes, desse tipo de comparação poderá ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina. Outras restrições: "[...] a publicação nas mídias sociais de autorretrato (*selfie*), imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal".

A matéria da revista *APM* cita outra adição importante relacionada ao uso de redes sociais e à publicidade que ocorreu no antigo Artigo 118, que nesta edição tornou-se Artigo 117, no capítulo XIII.

Foram adicionados os seguintes detalhes (em negrito): "[É vedado ao médico] Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, seu nome, seu número no Conselho Regional de Medicina, **com o estado da Federação no qual foi inscrito e Registro de Qualificação de Especialista (RQE) quando anunciar a especialidade".**

PUBLICIDADE E TRANSPARÊNCIA

Se há algo incontestável quando falamos em limites da internet, é que a *web* não tem limites. Sim, a rede mundial de computadores aceita tudo o que uma pessoa conectada deseja postar. Por isso, definir até onde os profissionais de medicina podem ir na utilização das redes sociais para divulgar o próprio trabalho ou imagem é extremamente necessário e importante.

Dessa forma, o CFM estabeleceu os critérios norteadores da propaganda em Medicina na Resolução nº 1.974/2011. O texto conceitua anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

Segundo o documento, é fundamental que em peças publicitárias exibidas pela internet (ou outras mídias) os dados do médico ou do diretor técnico sejam exibidos permanentemente e de forma visível, inseridos em um retângulo de fundo branco, com moldura e texto escrito em preto.

Também está no documento: "A participação do médico na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deve se pautar pelo caráter exclusivo de esclarecimento e educação da sociedade, [...] sempre assegurando a divulgação de conteúdo cientificamente comprovado, válido, pertinente e de interesse público. Ao conceder entrevistas, repassar informações à sociedade ou participar de eventos públicos, o médico deve anunciar de imediato possíveis conflitos de interesse que, porventura, possam comprometer o entendimento de suas colocações, vindo a causar distorções com graves consequências para a saúde individual ou coletiva". Essas regras também se aplicam no ambiente digital, considerando grupos de WhatsApp e outros mensageiros ou entrevistas a mídias *on-line*, por exemplo.

CONECTADOS

As redes sociais, como Facebook, Instagram, Linkedin e YouTube, são salas virtuais cujas janelas escancaram para o mundo qualquer texto ou imagem no exato momento em que clicamos no botão "enviar". Nessa janela digital a cortina será o filtro que cada internauta usará na própria publicação. Ou seja, pensar bem antes de publicar equivale a dizer: "é melhor prevenir do que remediar".

Everaldo Porto Cunha, diretor de Comunicações da *APM*, convida o leitor a refletir sobre a imagem que quer transmitir nas redes sociais, afinal, lá estaremos vendo e sendo vistos por milhões de internautas, sendo muitos deles anônimos. "Tudo que curtimos aparece aos nossos amigos virtuais. O médico, como formador de opinião em nossa sociedade, deve estar atento a isso".

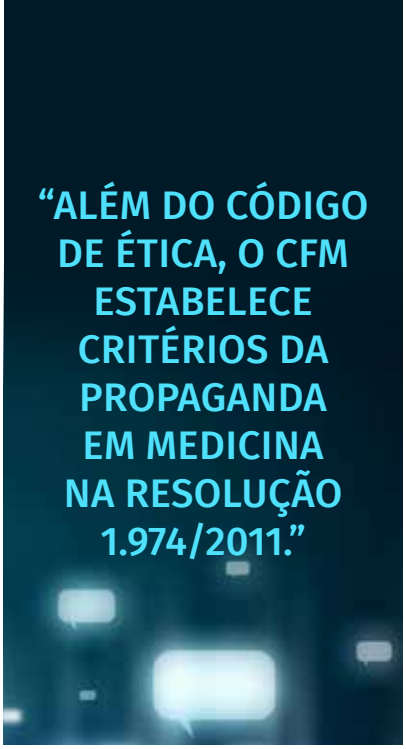
É verdade que existem muitas armadilhas no ambiente virtual, tanto de pessoas mal-intencionadas quanto de falta de compreensão ou entendimento da mensagem original. Por outro lado, quando bem utilizadas, as redes sociais podem ajudar a expandir a rede de relacionamento profissional, levar uma mensagem positiva para um público muito maior do que a vizinhança da sua casa ou trabalho, comunicar amigos, familiares e parceiros sobre eventos e outras novidades de forma muito mais ágil, além de se manter atualizado sobre os protocolos, recomendações e normas técnicas da área da saúde, por exemplo.

Para ajudar a escolher o que postar nas principais redes sociais de forma assertiva, a revista *APM* traz um guia básico para o uso mais comum tanto em termos pessoais quanto profissionais. Confira a seguir.

LINKEDIN

A ÚNICA REDE voltada especificamente ao mundo corporativo tem cerca de 300 milhões de usuários. Pessoalmente, é recomendável que o médico mantenha suas informações educacionais e profissionais atualizadas, além de compartilhar apenas conteúdos que tenham relação com seu trabalho.

Também é forte a publicação de artigos nessa rede, que podem tornar o usuário um influenciador naquele assunto ou área de atuação. Além do perfil pessoal, o médico ainda pode criar uma página de seu consultório ou clínica e relacionar-se com os hospitais onde atende, por exemplo.



FACEBOOK

É a maior rede social do planeta, com aproximadamente 2,2 bilhões de usuários. Permite publicação de textos, imagens e vídeos, tanto em perfis pessoais como em páginas de empresas, consultórios e clínicas no caso de médicos, além da troca de mensagens entre contatos e a criação e participação em grupos (de estudo, de trabalho, de especialidades etc.).

Os usuários podem interagir com as publicações, por meio de "curtidas", comentários e compartilhamentos. No caso de grupos de médicos, as trocas de informação devem respeitar as regras do CEM em relação aos direitos dos pacientes ao sigilo e à confidencialidade.

Os médicos e clínicas apostam em *fanpages* [páginas dedicadas a negócios, com funcionalidades distintas do perfil pessoal]. Na impossibilidade de fazer propaganda das técnicas utilizadas ou de compartilhar a sua atuação, o médico pode focar em postagens com conteúdos que rondem sua especialidade, chamando a atenção do público leigo para a sua página, por exemplo, fixando seu nome ou o de sua clínica.

WHATSAPP

Ele é o mensageiro e já se consagrou como a terceira rede social mais utilizada em todo o mundo, com 1,5 bilhão de usuários. Seu uso em caráter pessoal já faz parte da vida de praticamente todos os brasileiros. Para os médicos, além da conversa com amigos e familiares, pode ser útil para se juntar com colegas e discutir casos de sua especialidade – mais uma vez, sempre respeitando o sigilo e a confidencialidade a que tem direito o paciente. Já seu uso profissional está no cerne do debate sobre Telemedicina.

Como observado por pesquisa realizada recentemente pela APM, 78,7% dos médicos veem com bons olhos a utilização do WhatsApp, dos quais 50% são favoráveis ao uso para tirar dúvidas entre consultas e 31% para troca de exames e fotos. A regulamentação do uso profissional do mensageiro (e similares), entretanto, ainda está em curso no CFM.

TWITTER

Talvez a mais dinâmica das redes sociais, tem pouco mais de 300 mil usuários e muitas polêmicas. Aqui, as postagens precisam ser curtas, até 280 caracteres, sendo possível incluir fotos e vídeos junto. Profissionalmente, podem se destacar os médicos que estejam atentos aos temas mais quentes da sociedade e saibam traduzir isso para o seu campo de atuação. Por isso, é bom estar sempre de olho nos *trending topics* (assuntos mais comentados do dia, por região), que são marcados com as # (*hashtags*). O compartilhamento de pesquisas e artigos científicos é grande nessa rede, sempre acompanhados de um *link* para o conteúdo completo. Permite dicas curtas sobre saúde e citar a publicação de outros, colocando comentários complementares.

INSTAGRAM

Com 1 bilhão de usuários, as #(*hashtags*), ou palavras-chave, têm uma grande importância para atingir o público desejado. É uma das redes que mais exige cuidado para que não haja violação do CEM, por conta de as imagens serem o grande destaque.

Também é uma das que mais acumula publicidade em parceria entre usuários e empresas, o que é vedado ao médico. Além das postagens comuns de fotos e vídeos, há a ferramenta Stories, em que o usuário publica vídeos ou imagens que duram apenas 24 horas.

Nos Stories, as possibilidades de interação com o público são diversas, como enquetes, perguntas e vídeos ao vivo, entre outras.

YOUTUBE

Passou recentemente o WhatsApp como a segunda maior rede social em termos de usuários ativos (1,9 bilhão). Profissionalmente, o uso mais comum é de especialistas que fazem vídeos tirando dúvidas, trazendo curiosidades e abordando os principais problemas de seu campo de atuação.

Cada tipo de vídeo tem suas particularidades, mas normalmente são produções curtas. O ideal é que haja um nível de profissionalização básico, que permita elementos de som e luz adequados – fatores muito importantes para reter a audiência. Mais uma vez, conteúdos como dicas básicas e respostas para pacientes despontam como destaques.

Inscrições de Temas Livres para o 58º CBGO de Porto Alegre têm número recorde

No dia 7 de julho foi encerrado o prazo para as inscrições de temas livres (TLs) para o 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), que será realizado em Porto Alegre, de 13 a 16 de novembro deste ano. Tivemos um número recorde de TLs, conforme pode ser observado na tabela 1.

Desde o último CBGO, realizado em Belém, os TLs foram divididos em categorias, visando tornar mais racional o trabalho da Comissão de Temas Livres no julgamento dos melhores para as premiações. De fato, é muito difícil comparar a qualidade de um TL sobre um trabalho original com um trabalho de revisão ou descrição de casos.

Os TLs abrangem todas as áreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia (GO). Na tabela 2 temos a quantidade de TLs para as cinco subáreas que tiveram maior número de TLs.

Visando promover maior participação dos residentes de GO de todo o Brasil no CBGO e com o intuito de induzi-los a se interessar por pesquisa clínica, a diretoria da Febrasgo instituiu prêmios específicos para os TLs de descrição de casos ou séries de casos, nos quais é obrigatória a participação de pelo menos um residente como autor. Os prêmios foram mais valorizados conforme a tabela 3.

A Comissão de Temas Livres, capitaneada pelos Drs. Bruno Ramalho e Alessandra Marcolino, terá um imenso trabalho nas próximas semanas para fazer a avaliação e seleção dos TLs. Além dos trabalhos premiados, os melhores TLs de estudos originais serão apresentados em sessões de Top Temas relacionados aos assuntos pesquisados.

Tabela 1. Número de temas livres inscritos no 58º CBGO

	Ginecologia	Obstetrícia	Total	%
Estudo original	313	330	643	47
Relato de caso ou série de casos	275	345	620	46
Revisão sistematizada	46	47	93	7
TOTAL	**634**	**722**	**1.356**	**100**

Tabela 2. As cinco subáreas com maior número de temas livres inscritos no 58º CBGO

	Área	Qtde.	%
GINECOLOGIA	Oncologia ginecológica	110	17,4
	Cirurgia ginecológica	75	11,8
	Epidemiologia	51	8,0
	Endocrinologia ginecológica	39	6,2
	Ginecologia da infância e adolescência	39	6,2
OBSTETRÍCIA	Gravidez de alto risco	325	45
	Medicina fetal	103	14,3
	Epidemiologia	100	13,9
	Atenção primária	55	7,6
	Multidisciplinar	33	4,6

Tabela 3. Prêmios por categoria

		GINECOLOGIA	OBSTETRÍCIA
Estudo original	**1º LUGAR**	R$ 10.000,00	
	2º LUGAR	R$ 5.000,00	
	3º LUGAR	R$ 2.000,00	
	4º LUGAR	Menção Honrosa	
	5º LUGAR	Menção Honrosa	
Revisão sistematizada	**1º LUGAR**	R$ 5.000,00	
Relato de caso ou Série de casos	**1º LUGAR**	R$ 2.000,00	

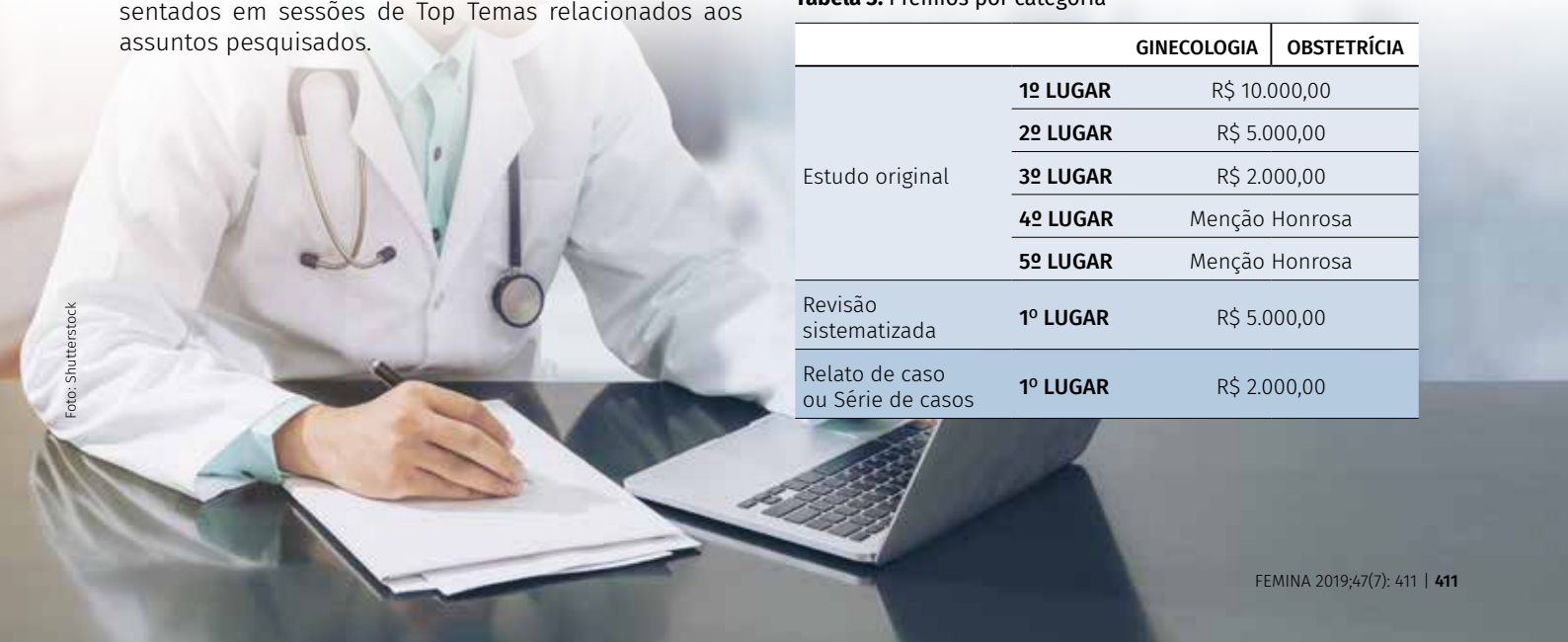


Foto: Shutterstock

Já experimentou acreditar em você?

Ela acredita!

ELA será um veículo de comunicação, voltado ao público leigo feminino, que terá como principal foco a qualidade e a credibilidade da informação sobre a saúde da mulher, abrangendo as diferentes fases e momentos da vida, desde a adolescência à menopausa, das questões sobre fertilidade à gravidez, da prevenção de doenças aos diagnósticos e tratamentos.

Ela discute, Ela informa, Ela decide, Ela responde.

Acesse: www.feitoparaela.com.br

Fotos: Shutterstock

Profissionalismo na Residência Médica

Gustavo Salata Romão[1], Raquel Autran Coelho[2], Milena Bastos Brito[3], Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos[4], Marcos Felipe Silva de Sá[5]

1. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
3. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
4. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.
5. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente
Gustavo Salata Romão
Av. Costábile Romano, 2.201, Ribeirânia, 14096-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

DEFINIÇÃO DE PROFISSIONALISMO

Por princípio, o objetivo primordial do médico é cuidar e proteger os interesses e o bem-estar dos pacientes. Entretanto, caracterizar as qualidades que definem o profissionalismo no século 21 é uma tarefa mais difícil. Uma das primeiras descrições do perfil profissional do médico pode ser identificada no Juramento de Hipócrates em 400 a.C., que é proferido até hoje por quase todos os concluintes dos cursos de graduação em Medicina.[1] Ao longo do tempo, diversos outros atributos foram associados à profissão médica, incluindo competência clínica, responsabilidade, comunicação, ética, humanismo, altruísmo e excelência.[1]

O termo "profissionalismo" apareceu pela primeira vez no dicionário Webster's, em 1856, referindo-se a "conduta, objetivo ou qualidade esperada para uma profissão ou profissional". A sua utilização na literatura médica, entretanto, só ocorreu a partir da década de 1970, e desde então foram realizadas diversas tentativas para se estabelecer precisamente o seu significado.[1] A "Carta do Profissionalismo Médico"[2] estabeleceu princípios (Quadro 1) e responsabilidades (Quadro 2) profissionais do médico. Deve-se considerar, porém, que alguns desses itens passam pelo crivo da interpretação pessoal, tais como "manter relações em nível apropriado com os pacientes", "distribuição justa de recursos aos pacientes" e "conflitos de interesse".[1] Outra questão importante é que a cooperação e a conduta interprofissional, embora não estejam previstas nas descrições clássicas de profissionalismo, se estabelecem à medida que o exercício da medicina se torna mais complexo, científico e tecnológico. Portanto, um novo desafio ao profissional médico é trabalhar de forma eficaz e eficiente com toda a multiplicidade de profissionais e equipes envolvidas

Quadro 1. Princípios profissionais do médico[2]

Primazia do bem-estar do paciente	Baseia-se no altruísmo e na dedicação primordial do médico aos interesses e bem-estar do paciente. Esse princípio assegura confiança na relação médico-paciente e não deve ser comprometido pelo mercado de forças, pressões sociais ou exigências administrativas.
Autonomia do paciente	Pressupõe a honestidade do médico para com os pacientes. Os pacientes devem ser capacitados pelos médicos a tomar decisões informadas sobre o seu tratamento e essas decisões devem ser respeitadas, desde que estejam de acordo com os princípios éticos e não decorram em danos por cuidado inadequado.
Justiça social	A profissão médica deve promover a justiça no sistema de saúde por meio da distribuição justa de recursos. Os médicos devem atuar no sentido de eliminar a discriminação nos cuidados de saúde com base em raça, gênero, *status* socioeconômico, etnia, religião ou qualquer outra categoria social.

Fonte: ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-6. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012[2]

no cuidado de pacientes.[1] Nesse novo contexto, o profissionalismo é considerado sob diferentes perspectivas pelos pacientes, médicos, equipe de enfermagem, setores da saúde pública, empresariais, jurídicos e religiosos. Em um estudo que avaliou as percepções da população sobre "profissionalismo médico", os 953 respondentes não relacionaram esse termo à aparência do médico, sua posição social ou produção de riqueza. Os principais aspectos relacionados ao profissionalismo no olhar da sociedade em geral foram o seu bom comportamento, os seus valores e as atitudes positivas como clínicos, trabalhadores e cidadãos.[3]

Deve-se considerar ainda que existem diferenças culturais relacionadas à definição de profissionalismo. Enquanto em algumas sociedades a profissão médica é autorregulada, em outras a profissão é utilizada como meio de organização do trabalho. Há também a influência religiosa na determinação dos padrões morais de conduta.[4] Uma revisão sistemática realizada em 2017 forneceu as bases científicas e culturais para a definição de profissionalismo na América Latina.[5] De acordo com os achados, as perspectivas teóricas que norteiam a definição de profissionalismo são a deontologia (normas estabelecidas para a profissão), o personalismo (dignidade e virtudes) e o contratualismo (contrato ou papel social da profissão). Os elementos que definem profissionalismo na perspectiva da América Latina em muito se assemelham àqueles previamente estabelecidos para as culturas ocidentais,[6] com ênfase na prudência, que deve orientar a prática nas situações de incerteza.[5] Para DeAngelis,[1] independentemente do que seja incluído na definição do profissionalismo médico, a profissão médica deve ser concebida como vocação e dedicada a cuidar e proteger os pacientes. O diploma de médico certifica a competência para o exercício da profissão, mas também estabelece o compromisso de que essas competências serão usadas em favor dos pacientes.[1]

O ENSINO E A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO MÉDICO

Há alguns anos, a literatura defende a inserção de profissionalismo nos currículos de todos os cursos de Medicina para assegurar que os alunos compreendam a sua base cognitiva, internalizem os valores da profissão e demonstrem os comportamentos profissionais esperados ao final da formação.[6,7] No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 estabeleceram que o médico deveria ser formado em seis domínios de competências: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Entretanto, como a interpretação desses critérios é subjetiva e abstrata, existem dificuldades para estabelecer padrões formativos e avaliativos de profissionalismo.[8]

Embora muitas escolas médicas apresentem o termo "profissionalismo" como um componente curricular, o ensino desse conjunto de competências na graduação é muito variável, insuficiente ou inadequado.[1] Na maioria dos casos, o conteúdo formal de profissionalismo é ministrado na fase inicial da formação, em cerimônias de jaleco branco, cursos de ética médica, história da Medicina ou discussão de casos clínicos. Existem também experiências com simulações e dramatizações de situações reais ou fictícias.[9] Embora os residentes e estudantes reconheçam a importância do profissionalismo na formação do médico e do especialista, a maioria considera que essas estratégias são insuficientes e ineficazes para a aquisição dessa competência.[10]

As evidências atuais reconhecem a aprendizagem a partir da prática com a observação de modelos de comportamento como a estratégia mais apropriada para o ensino e a aprendizagem de profissionalismo.[9] Os preceptores representam "modelos" nos estágios que supervisionam e sua postura ao atender os pacientes exerce influências sobre os aprendizes, fornecendo referências para suas reflexões e autocríticas. A partir da atuação desses modelos, é possível verificar a ocorrência de resultados desejáveis e internalizar esses comportamentos em seus próprios padrões de conduta. De acordo com a Associação de Educação Médica na Europa (AMEE), essa estratégia, conhecida como "aprendizagem situada", é a forma a mais

Tabela 2. Compromissos profissionais do médico[2]

Competência profissional	O médico deve estar comprometido com a aprendizagem ao longo da vida, sendo responsável pela manutenção e atualização do conhecimento médico, habilidades clínicas e trabalho em equipe necessários para a provisão de atendimento de qualidade. Mais amplamente, a profissão deve verificar permanentemente a competência dos seus membros e assegurar a disponibilidade dos mecanismos necessários para que os médicos possam atingir esse objetivo.
Honestidade	O médico deve garantir que o paciente seja completa e honestamente informado antes do seu consentimento ao tratamento e após a sua realização, devendo também ter poderes para decidir sobre o curso de sua terapia. O médico também deve reconhecer que ocasionalmente podem ocorrer erros médicos que prejudicam os pacientes. Se ocorrerem danos ao paciente em consequência de erro médico, o paciente deve ser prontamente informado para que a confiança do paciente no profissional não seja comprometida.
Confidencialidade	Conquistar a confiança do paciente significa salvaguardar a confidencialidade de suas informações, e isso se estende às discussões com outras pessoas envolvidas no cuidado. Nessas circunstâncias, sugere-se a obtenção do consentimento do paciente, a menos que não seja factível. Atualmente, assegurar a confidencialidade é mais importante do que nunca, considerando a ampla gama de sistemas eletrônicos que compartilham informações clínicas.
Manter relações em nível apropriado	Devido à inerente fragilidade, vulnerabilidade e dependência dos pacientes, certas relações entre médicos e pacientes devem ser evitadas, particularmente aquelas que possam sugerir a obtenção de vantagens pessoais, sexuais, financeiras ou de outro propósito privado pelo médico.
Melhoria permanente da qualidade	Os médicos devem se dedicar à melhoria contínua na qualidade dos cuidados de saúde, o que não se aplica somente à sua competência clínica, como também no trabalho colaborativo com outros profissionais para redução de erros, aumento da segurança do paciente, minimizar o uso desnecessário dos recursos da saúde e otimizar os resultados do cuidado. Os médicos devem participar ativamente do desenvolvimento e implementação de medidas para melhorar a qualidade do atendimento e da prestação de cuidados.
Melhorar o acesso ao cuidado	O profissionalismo médico deve objetivar que em todos os sistemas de saúde haja disponibilidade uniforme de acesso e padrão adequado de atendimento. O médico deve se esforçar individual e coletivamente para reduzir as barreiras nos cuidados de saúde. Dentro de cada sistema, o médico deve trabalhar para eliminar barreiras ao acesso com base na educação, legislação, geografia e condição socioeconômica. Compromisso com a equidade implica a promoção a saúde e medicina preventiva, colocando as necessidades dos pacientes à frente de seus interesses próprios ou da profissão.
Distribuição justa de recursos	Os médicos devem atuar mediante a gestão sábia e eficaz dos recursos, comprometendo-se com o trabalho individual e coletivo que seja custo-efetivo. Essa responsabilização requer a prevenção escrupulosa de exames e procedimentos supérfluos. A provisão desnecessária desses recursos expõe os pacientes a danos evitáveis e despesas, além do que diminui os recursos disponíveis para outros pacientes.
Conhecimento científico	A expectativa da sociedade em relação ao médico pressupõe a integridade e o uso apropriado do conhecimento científico e tecnologia na prestação do cuidado. O dever do médico é defender a prática baseada em evidência e em experiência consolidada.
Gestão confiável dos conflitos de interesse	Em muitas oportunidades as responsabilidades profissionais do médico podem ser comprometidas para a obtenção de vantagens, ganhos pessoais ou privados. Situações particularmente ameaçadoras ocorrem nas interações pessoais ou organizacionais do médico com empresas e indústrias com fins lucrativos, incluindo fabricantes de equipamentos médicos, companhias de seguros e empresas farmacêuticas. Nessas condições, o médico tem por obrigação reconhecer, divulgar e lidar com os conflitos de interesse que surjam no decurso das suas atividades profissionais. Relações entre empresas e líderes formadores de opinião devem ser divulgados, especialmente quando determinar critérios, protocolos e diretrizes para o exercício profissional.
Responsabilidades profissionais	Como profissionais, os médicos devem colaborar na qualificação do atendimento prestado, sendo respeitosos com colegas e outros profissionais, participando dos processos de controle de qualidade. Esses processos incluem a reparação e a disciplina dos membros que não cumpriram os compromissos profissionais e a aceitação de sua avaliação externa por pacientes, colegas e gestores.

Fonte: ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-6. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012[2]

eficaz para fortalecer o ensino de profissionalismo médico.[11]

Segundo Irby *et al.*,[12] o ensino de profissionalismo deve combinar estratégias diversificadas como a instrução direta, a discussão de casos, a prática reflexiva e a aprendizagem situada a partir de modelos. Ainda segundo esse autor, o desenvolvimento de profissionalismo médico se faz por meio de três componentes básicos: virtude, comportamento e formação de identidade profissional.

O conceito de identidade profissional foi introduzido na educação médica por Merton em 1957, segundo o qual: "Para moldar o novato em um efetivo praticante de medicina, é necessário fornecer-lhe uma identidade profissional para que ele pense, aja e sinta como um médico". A formação de uma identidade profissional pressupõe a integração entre valores pessoais e profissionais e inclui fatores intrínsecos e extrínsecos, como gênero, cultura, família, amigos e ambiente de formação acadêmica. Autores que defendem a teoria construtivista do desenvolvimento apontam que não se espera que uma identidade profissional esteja totalmente desenvolvida até meados dos 30 anos de idade.[13]

Em 2010, a Fundação Carnegie publicou um relatório sobre o futuro da educação superior, sugerindo que a formação de identidade profissional se tornasse um objetivo fundacional de diversos cursos de graduação nos Estados Unidos, incluindo a Medicina.[14] Desde então, os desafios para a formação médica não se limitam apenas ao ensino de profissionalismo, mas se estendem para o apoio ao desenvolvimento da identidade profissional dos aprendizes.

A AVALIAÇÃO DO PROFISSIONALISMO

Em 1990, George Miller estabeleceu uma estrutura piramidal de quatro níveis para orientar a avaliação das Competências Clínicas dos Médicos e estudantes de Medicina, na qual cada nível representa uma etapa na aquisição das competências e requer métodos específicos de avaliação.[15] Em 2015, a Pirâmide de Miller foi revisada por Cruess *et al.*,[16] que sugeriram um quinto nível a ser adicionado no ápice da pirâmide (Figura 1). Esse nível se refere à identidade profissional do médico, sendo designado "SER" para diferenciá-lo do nível anterior "FAZ". Foram também propostos alguns métodos específicos para avaliação desse componente.[16]

A partir de uma revisão sistemática sobre métodos de avaliação de profissionalismo, Wilkinson *et al.*[8] elaboraram uma matriz (*blueprint*) de avaliação, associando as competências a serem analisadas e os instrumentos/métodos existentes. A matriz proposta foi denominada *Multisource feedback* – MSF (*feedback* de múltiplas fontes ou avaliação 360 graus) e baseia-se na coleta sistemática de dados e *feedback* sobre o desempenho de um aprendiz ou profissional a partir de diversos observadores e colaboradores, permitindo uma visão da atuação daquele indivíduo sob diferentes perspectivas. Essas perspectivas incluem as percepções de pacientes, pessoas que estejam em seu mesmo nível (pares), além de profissionais que estejam em níveis hierarquicamente superiores e inferiores em sua estrutura organizacional de trabalho.[8]

Há recomendações essenciais para que a avaliação 360 graus (ou MSF) alcance níveis de validade e confiabilidade aceitáveis: os questionários devem ser projetados para avaliar tarefas e comportamentos específicos e são necessárias ao

Fonte: Adaptada de Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. Acad Med. 2016;91(2):180-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000000913[16]

Figura 1. A Pirâmide de Miller modificada

Quadro 3. P-MEX (*Professionalism Mini-Evaluation Exercise*)

Habilidades no relacionamento médico-paciente.
Ouve atentamente a paciente.
Demonstra interesse na paciente como ser humano.
Demonstra respeito pela paciente.
Reconhece e atende às necessidades das pacientes.
Aceita as inconveniências para atender às necessidades das pacientes.
Advoga a favor das necessidades da paciente e de seus familiares.
Mantém limites apropriados na relação com pacientes e colegas.
Habilidades reflexivas.
Demonstra consciência sobre suas limitações.
Admite suas falhas e omissões.
Solicita *feedback*.
Aceita *feedback*.
Mantém a compostura em situações difíceis.
Gerenciamento do tempo.
É pontual.
Conclui as tarefas de maneira confiável no tempo previsto.
Tem disponibilidade para pacientes e colegas.
Habilidades no relacionamento interprofissional.
Mantém limites apropriados na relação com pacientes e colegas.
Mantém aparência adequada.
Identifica e reconhece as próprias lacunas em conhecimento e habilidades.
Demonstra respeito pelos colegas.
Evita linguagem depreciativa.
Auxilia colegas quando necessário (ou quando solicitado).
Mantém sigilo e confidencialidade.
Utiliza os recursos (necessários/disponíveis) de forma adequada.
Respeita regras e regulamentos do sistema de saúde.

Fonte: Adaptada de Cruess R, McIlroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The professionalism mini-evaluation exercise: a preliminary investigation. Acad Med. 2006;81(10 Suppl):S74-8.[18]

menos 40 avaliações de pacientes e 11 avaliações dos pares.[8]

Uma revisão sistemática mais recente avaliou a utilidade e as propriedades psicométricas dos métodos de avaliação de profissionalismo e concluiu que o P-MEX (*Professionalism Mini-Evaluation Exercise*) foi o que apresentou o melhor desempenho nesses quesitos.[17] O P-MEX é um instrumento de avaliação desenvolvido no Canadá para avaliar o profissionalismo de médicos-residentes e estudantes de medicina[18] (Quadro 3). Um grupo de 92 professores da Universidade de McGill identificou 24 itens relevantes para avaliação de profissionalismo que foram agrupados em quatro domínios: habilidades de relacionamento médico-paciente, habilidades reflexivas, habilidades de gerenciamento de tempo e habilidades de relacionamento interprofissional.[18] O P-MEX foi originalmente elaborado e validado na língua inglesa e ainda não há uma versão adaptada e validada para a língua portuguesa.

AVALIAÇÃO DE PROFISSIONALISMO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

O Conselho de Acreditação para Educação Médica nos Estados Uni-

dos (ACGME) estabeleceu em 2013 que os programas de residência médica naquele país devem implementar avaliações regulares para verificar a aquisição das competências essenciais e de seus subcomponentes pelos médicos em treinamento, e isso inclui habilidades interpessoais e profissionalismo.[19] Na medida em que o comportamento não profissional na residência pode gerar danos aos pacientes e à sociedade, a identificação e a correção desses desvios são atribuições dos programas.[20] Existem diversos métodos validados para avaliação das competências médicas, como o Mini-Ex (miniexercício clínico avaliativo), o DOPS (observação direta de habilidades procedurais) e o OSCE (exame clínico objetivo e estruturado para avaliação de habilidades clínicas). Embora nenhum desses instrumentos tenha sido especificamente desenhado para a avaliação de profissionalismo, a combinação desses três métodos com a avaliação 360 graus apresenta boa fidelidade e acrescenta credibilidade satisfatória na avaliação das competências profissionais. A avaliação combinada permite a identificação e a predição antecipada de desvios, possibilitando, assim, intervenções precoces no treinamento e prevenção de consequências maiores.[21]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O profissionalismo médico é um constructo cultural, não havendo uma definição universal para esse termo. Na cultura ocidental e latina, guarda relação com a prática normativa, altruísta e de responsabilidade social, sendo a prudência um atributo importante para nortear a prática.
- O ensino de profissionalismo deve combinar estratégias diversificadas, sendo a aprendizagem situada inspirada em bons modelos profissionais uma estratégia válida e eficiente.
- Na graduação e na residência, os currículos devem ser orientados para a aquisição de valores, comportamentos e identidade profissional, formando egressos que pensem, sintam e atuem como médicos.
- A avaliação de profissionalismo na residência é importante na identificação de desvios e deve ser realizada regularmente por meio da combinação de métodos válidos e confiáveis e sob diferentes olhares e perspectivas.

REFERÊNCIAS

1. DeAngelis CD. Medical professionalism. JAMA. 2015;313(18):1837-8. doi: 10.1001/jama.2015.3597
2. ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-6. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012
3. Chandratilake M, McAleer S, Gibson J, Roff S. Medical professionalism: what does the public think? Clin Med (Lond). 2010;10(4):364-9. doi: 10.7861/clinmedicine.10-4-364
4. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism as a social construct: the evolution of a concept. J Grad Med Educ. 2016;8(2):265-7. doi: 10.4300/JGME-D-16-00102.1
5. Puschel K, Repetto P, Bernales M, Barros J, Perez I, Snell L. "In our own words": defining medical professionalism from a Latin American perspective. Educ Health (Abingdon). 2017;30(1):11-8. doi: 10.4103/efh.EfH_4_16
6. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: a systematic review. Med Teach. 2014;36(1):47-61. doi: 10.3109/0142159X.2014.850154
7. Langendyk V, Mason G, Wang S. How do medical educators design a curriculum that facilitates student learning about professionalism? Int J Med Educ. 2016;7:32-43. doi: 10.5116/ijme.5683.c2e0
8. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. Acad Med. 2009;84(5):551-8. doi: 10.1097/ACM.0b013e31819fbaa2
9. Hsieh JG, Kuo LC, Wang YW. Learning medical professionalism – the application of appreciative inquiry and social media. Med Educ Online. 2019;24(1):1586507. doi: 10.1080/10872981.2019.1586507
10. Roberts L, Green Hammond KA, Geppert CM, Warner TD. The positive role of professionalism and ethics training in medical education: a comparison of medical student and resident perspectives. Acad Psychiatry. 2004;28(3):170-82.
11. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. Med Teach. 2012;34(2):e64-77. doi: 10.3109/0142159X.2012.655610
12. Irby DM, Hamstra SJ. Parting the clouds: three professionalism frameworks in medical education. Acad Med. 2016;91(12):1606-11. doi: 10.1097/ACM.0000000000001190
13. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. Acad Med. 2014;89(11):1446-51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000427
14. Cooke M, Irby D, O'Brien B. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2010.
15. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990;65(9 Suppl):S63-7.
16. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. Acad Med. 2016;91(2):180-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000000913
17. Kwan YH, Png K, Phang JK, Leung YY, Goh H, Seah Y, et al. A systematic review of the quality and utility of observer-based instruments for assessing medical professionalism. J Grad Med Educ. 2018;10(6):629-38. doi: 10.4300/JGME-D-18-00086.1
18. Cruess R, McIlroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The professionalism mini-evaluation exercise: a preliminary investigation. Acad Med. 2006;81(10 Suppl):S74-8.
19. Kelly AM, Gruppen LD, Mullan PB. Teaching and assessing professionalism in radiology resident education. Acad Radiol. 2017;24(5):563-73. doi: 10.1016/j.acra.2017.02.004
20. Green M, Zick A, Thomas JX. Commentary: accurate medical student performance evaluations and professionalism assessment: "Yes, we can!". Acad Med. 2010;85(7):1105-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181e208c5
21. Yang YY, Lee FY, Hsu HC, Lee WS, Chuang CL, Chang CC, et al. Validation of the behavior and concept based assessment of professionalism competence in postgraduate first-year residents. J Chin Med Assoc. 2013;76(4):186-94. doi: 10.1016/j.jcma.2012.12.002

Ginecologia e Obstetrícia: “especialidades das mais demandadas”

Juvenal Barreto Borriello Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Em atividades em que são discutidos assuntos relacionados às demandas contra os médicos ginecologistas e obstetras, seja nos Conselhos ou na Justiça Cível e Criminal, somos informados de que nossa especialidade é das mais demandadas. É também mencionado que, apesar de muita demanda, após a apresentação de suas defesas, nossos colegas de especialidade, na maior parte, são absolvidos, isto é, os processos são julgados improcedentes. Então, por que as demandas acontecem? Entendemos que nos casos obstétricos a expectativa de bom resultado ao final da gravidez faz com que a mulher gestante, seu companheiro e demais familiares não imaginem que possa haver qualquer tipo de mau resultado durante a gestação, trabalho de parto e parto. E, se tal ocorrer, eles tendem a responsabilizar o profissional médico, com reclamações nos Conselhos e na Justiça. Nos atendimentos ginecológicos, sejam eles consultas ou procedimentos diagnósticos e terapêuticos clínicos e cirúrgicos, as discordâncias estão relacionadas com situações que envolvem doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção definitiva, infertilidade do casal e doenças neoplásicas. Em recente pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha sobre o atendimento prestado às mulheres pelos médicos ginecologistas e obstetras, os índices de satisfação pelo atendimento recebido pelas mulheres foram maiores que 90%. Repetimos a pergunta: então por que as demandas acontecem? Muitas vezes, as reclamações acontecem por desgaste na relação médico-paciente. E nesse quesito sobressai a falta de informação ou a informação incompleta, que, na vigência de mau resultado, é motivo para a paciente ou seus familiares buscarem explicações nas instâncias éticas e judiciais. Por esses motivos, reiteramos a importância da boa relação médico-paciente, do preenchimento correto do prontuário médico, com caligrafia legível, de nos casos de acompanhamento de trabalho de parto não deixar de fazer anotações do partograma e de descrições de cirurgias ginecológicas e parto cesáreo bem detalhadas. Os que atuam na Obstetrícia não devem deixar de fazer anotações na carteira de pré-natal. Com essas medidas, certamente deixaremos de ser a “especialidade das mais demandadas”.

Foto: Shutterstock

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, 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

SUMÁRIO

ARTIGOS DE REVISÃO

421 Prolapso uterino neonatal: relato de dois casos clínicos em hospital universitário e uma breve revisão da literatura
Saramago ALP, Paranhos MB, Ribeiro CT

426 O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas
Ferreira LF, D'Avila AM, Safatle GC

433 Síndrome da apneia obstrutiva do sono e sua relação com o sobrepeso materno e riscos ao neonato
Cavalcante ER, Sampaio BK, Alcântara BF, Gonçalves JA, Feitoza CC

PROTOCOLOS

436 Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – eliminando a perda de oportunidades
Faúndes A, Moraes Filho OB

443 Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos
Nahas EAP, Nahas-Neto J

Femina
ARTIGO DE REVISÃO

Prolapso uterino neonatal: relato de dois casos clínicos em hospital universitário e uma breve revisão da literatura

Neonatal uterine prolapse: two cases reports in an university hospital and a brief review of the literature

Ana Luíza Pereira Saramago[1]; Mariana Barbosa Paranhos[1]; Camila Toffoli Ribeiro[1]

Descritores

Prolapso uterino; Recém-nascido; Terapêutica

Keywords

Uterine prolapse; Newborn; Therapeutics

RESUMO

O prolapso genital neonatal é uma condição clínica rara e na maioria das vezes associada a anomalias neurológicas. Nos últimos 50 anos, foram relatados menos de 10 casos na literatura de prolapso genital em recém-nascido sem espinha bífida ou meningomielocele (nenhum deles no Brasil), tornando tal entidade ainda mais rara em neonatos neurologicamente normais. Neste artigo relatamos dois casos clínicos de prolapso genital em neonatos prematuros neurologicamente normais. Em ambos os casos foi optado por manejo conservador com redução digital do prolapso. Foi realizada também uma breve revisão da literatura para melhor discussão sobre o tema (etiologia, diagnóstico e manejo).

ABSTRACT

Neonatal genital prolapse is a rare clinical condition and most often associated with neurological abnormalities. In the last 50 years, less than 10 cases of genital prolapse have been reported in literature in neonates without spina bifida or meningomyelocele (none of them in Brazil), making this entity even rarer in neurologically normal neonates. In this article we report two clinical cases of genital prolapse in neurologically normal preterm neonates. In both cases, conservative management with digital reduction was chosen. A brief review of the literature was also carried out to better discuss the topic (etiology, diagnosis and management).

Submetido
16/04/2019

Aceito
27/05/2019

1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:
nada a declarar.

Autor correspondente:
Ana Luíza Pereira Saramago
Rua Bernardo Cupertino, 705, ap. 902, 38400-444, Uberlândia, MG, Brasil.
ana_saramago@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O prolapso neonatal foi relatado pela primeira vez em 1723,[1] sendo considerado uma condição clínica rara e na maioria das vezes associada a anomalias neurológicas. Nos últimos 50 anos, foram relatados menos de 10 casos na literatura de prolapso genital em recém-nascido sem espinha bífida ou meningomielocele (nenhum deles no Brasil), tornando tal entidade ainda mais rara em neonatos neurologicamente normais.[2] Existem diversas formas de manejo da condição, desde conduta expectante até conduta cirúrgica. Este artigo descreve dois casos de prolapso uterino neonatal em neonatos neurologicamente normais atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (com consentimento informado dos responsáveis legais) e traz uma breve revisão da literatura sobre o assunto.

CASO 1

Neonato nascido de gestante de 27 anos, G5 P0 A4, com idade gestacional de 27 semanas e 4 dias, por cesariana devida a quadro materno de pré-eclâmpsia grave e sinais de sofrimento fetal. Recém-nascido (RN) em apresentação pélvica, hipotônico e em apneia, Apgar 6 e 8 (em 1° e 5° minutos de vida, respectivamente); com necessidade de manobras de reanimação. Ao exame físico, apresentou-se com peso de 705 g, edema leve, fácies atípica, flexão de membros; tecido subcutâneo reduzido. Avaliações cardiovascular, respiratória, abdominal, geniturinária e neurológica dentro da normalidade, ausência de espinha bífida ou outra anormalidade espinhal. Diagnósticos finais de prematuridade, restrição de crescimento intraútero (RCIU) e extremo baixo peso. Evoluiu durante a internação com herniação inguinal bilateral, sendo submetido à hernioplastia com 14 semanas de vida. Na 18ª semana de vida, foi observada a presença de massa rósea, edemaciada e interlabial, e foi solicitada avaliação da equipe de ginecologia, com diagnóstico de prolapso uterino, com extrusão de 2 cm do útero pelo introito vaginal (Figura 1). Optou-se por redução manual sob sedação. Foi aplicado gel de lidocaína localmente e realizada redução digital de útero prolapsado. Inserida sonda Foley nº 14 na cavidade vaginal e insuflada com 4 ml de água destilada. Foi mantida a sonda vaginal por sete dias, associado à aplicação tópica de estrogênio (estriol) diariamente por 15 dias. Foi retirada a sonda ambulatorialmente e mantida a observação clínica, sem recidiva do prolapso após dois meses (Figura 2).

CASO 2

Neonato nascido de gestante de 29 anos, G2 P0 A1, gestação gemelar dicoriônica, sendo o segundo gemelar, com idade gestacional de 28 semanas e 1 dia, por cesariana devida a quadro materno de pré-eclâmpsia grave e sinais de sofrimento fetal, com RCIU em ambos os fetos. RN em apresentação cefálica, Apgar 5 e 8 (em 1° e 5° minutos de vida, respectivamente), com necessidade de manobras de reanimação. Ao exame físico, apresentou-se com peso de 770 g, fácies atípica, flexão de membros; tecido subcutâneo reduzido; presença de sopro sistólico suave à ausculta. Avaliações respiratória, abdominal, geniturinária e neurológica dentro da normalidade, ausência de espinha bífida ou outra anormalidade espinhal. Diagnósticos finais de gemelaridade, prematuridade e RCIU. Evoluiu no 5º dia de vida com enterocolite necrotizante e perfuração intestinal. Na 11ª semana de vida, foi observada a presença de massa rósea, edemaciada e interlabial e foi solicitada avaliação da equipe de ginecologia, com diagnóstico de prolapso uterino, com extrusão do colo uterino pelo introito vaginal (Figura 3). Optou-se por redução manual sob sedação. Foi aplicado gel de lidocaína localmente e realizada redução digital de útero prolapsado. Foi inserida sonda Foley nº 8 na cavidade vaginal, insuflada com 4 ml de água destilada. Foi mantida a sonda vaginal por 15 dias, associada à aplicação tópica de estrogênio (estriol). Foi retirada a sonda ambulatorialmente e mantida a observação clínica, sem recidiva do prolapso após um ano (Figura 4).

Figura 1. Prolapso uterino neonatal

Figura 2. Evolução após dois meses

DISCUSSÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A etiologia do prolapso uterino neonatal parece ser multifatorial. Em 82% a 86% dos casos, está associado a anomalias da medula espinhal, responsáveis pela interrupção da inervação dos músculos do assoalho pélvico.[1,3] Outros fatores foram descritos, como aumento da pressão intra-abdominal durante o trabalho de parto prolongado, trauma obstétrico, malformações do esqueleto pélvico e prematuridade.[4,5] É notável, a partir da literatura disponível, que esses fetos costumam apresentar-se em posição pélvica, tendo sido documentado, inclusive, que os pélvicos diferem neurologicamente de seus homólogos cefálicos.[6] Esse fato também foi observado no caso 1. Apesar de o prolapso genital ser usualmente observado imediatamente após o parto, com a possibilidade de que o evento etiológico ocorra durante período pré-natal,[7] observamos o surgimento do prolapso genital com 18 e 11 semanas de vida (caso 1 e caso 2, respectivamente) e, apesar de um dos RNs ter apresentação pélvica, as gestantes em questão não entraram em trabalho de parto, afastando a possibilidade etiológica de trabalho de parto prolongado.

Figura 3. Prolapso uterino neonatal

Figura 4. Evolução após quatro meses

O conhecimento básico da anatomia funcional do assoalho pélvico é inerente à compreensão do prolapso. A pelve é composta por dois ossos inominados anterior e lateralmente, e pelo sacro e cóccix posteriormente. A base é constituída pelos músculos levantadores do ânus e coccígeos e pela fáscia pélvica. O suporte muscular consiste nos músculos isquiococcígeo, iliococcígeo e pubococcígeo, que se originam da coluna vertebral e dos ossos da pelve. Eles são inseridos no cóccix e na rafe anococcígea, e inervados pelo ramo perineal do quarto nervo sacral e por ramos dos nervos retal inferior e perineal.[8] Normalmente, quaisquer elevações na pressão intra-abdominal como espirros, risos ou tosse são contrapostas por contrações dos músculos do assoalho pélvico. Se esses nervos ou seus componentes da medula espinhal são defeituosos por causa de mielodisplasia, anomalias ou traumas na segmentação lombossacra, a paralisia flácida do assoalho pélvico permite protusões descendentes de vísceras pélvicas. Nos RNs, isso é manifestado por uma fenda interglútea mal desenvolvida e um abaulamento do períneo que é acentuado pelo choro ou esforço. Em casos graves, até mesmo o prolapso retal pode estar presente.[8]

Uma camada de fáscia também fica disposta entre o assoalho muscular e o peritônio pélvico, formando um tecido areolar solto circundando as vísceras pélvicas. Condensações desses ligamentos formam os ligamentos de suporte das vísceras (por exemplo, os ligamentos redondos, cardinais e uterossacros). A falha no desenvolvimento desses ligamentos de suporte por meio da denervação ou trauma obstétrico também levará a prolapsos genitais.[8] Assim, o prolapso uterino congênito, que geralmente resulta da fraqueza do suporte muscular pélvico e dos ligamentos, pode ser secundário à fraqueza congênita da musculatura pélvica e/ou aos defeitos na inervação.[9]

Ainda em relação a etiologia e fatores de risco, a desnutrição como causa de fraqueza muscular, combinada com o aumento da pressão intra-abdominal, vem sendo apontada desde 1917 como fator de risco para o prolapso genital,[10] e a associação entre prematuridade e desnutrição crônica intraútero, como observado na RCIU, foi ressaltada por outros autores.[11]

Um caso semelhante aos nossos foi relatado por McGlone e Patole,[5] em que um RN pré-termo, com RCIU por pré-eclâmpsia grave materna, apresentou diagnóstico de prolapso genital após 14 semanas de nascimento, sem anomalia do sistema nervoso central (SNC) associada. Desse modo, podemos descrever como fatores de risco significantes, nos três casos – os nossos e o de McGlone e Patole[5] –, a prematuridade e a provável desnutrição decorrente da RCIU, que levaram ao extremo baixo peso ao nascimento.

O diagnóstico do prolapso neonatal é clínico, com visualização de uma massa vermelha ou protuberância através da abertura vaginal.[12] O orifício externo cervical geralmente é visto no final da massa do prolapso e o orifício uretral costuma ser normal; o prolapso retal pode estar associado.[12,13] O diagnóstico diferencial de massa interlabial durante o período neonatal inclui pólipos vaginais, prolapso uretral, cistos parauretrais e rabdomiossarcoma. Os pólipos cervicais e vaginais são autolimitados, com regressão espontânea; são caracterizados pela ausência de orifício cervical e ultrassonografia pélvica ou tomografia computadorizada (TC) normais. O prolapso uretral e os cistos parauretrais apresentam principalmente sintomas urinários, introito vaginal normal e ressonância magnética, TC e uretroscopia normais. O rabdomiossarcoma, conhecido como sarcoma botrioide, é o diagnóstico diferencial mais temido. É caracterizado por massa lobulada carnuda com áreas de hemorragia e necrose, falha na redução da massa e ausência de malformações neurológicas associadas; o diagnóstico é confirmado por biópsia de tecido.[12]

São descritos dois tipos distintos de prolapso neonatal, com o objetivo de orientar o tratamento e o aconselhamento. O tipo 1 corresponde a 77% dos casos, com a maioria dos neonatos nascidos em apresentação cefálica; é associado a defeitos do tubo neural (principalmente espinha bífida com meningocele ou mielomeningocele), com necessidade de procedimentos de redução mais complexos, além da importância do reparo cirúrgico do defeito neurológico para a prevenção de recidivas.

Já o tipo 2 corresponde a 23% dos casos e ocorre em RNs neurologicamente normais, a maioria em apresentação pélvica. A redução digital simples geralmente é suficiente para a resolução.[2]

O tratamento do prolapso varia desde uma conduta expectante até uma conduta cirúrgica.[14] McGlone e Patole[5] optaram pelo tratamento conservador e aguardaram ganho de peso em RN pré-termo e com RCIU, evoluindo com resolução espontânea completa do prolapso com 28 semanas de idade. Já Cheng *et al.*[7] adotaram conduta conservadora medicamentosa, com aplicação tópica de estrogênio, e observaram regressão espontânea do quadro. No entanto, é bem descrito na literatura que o tratamento precoce é importante para prevenir lesões e metaplasia do revestimento endometrial por exposição prolongada, o que poderia afetar futuramente a fertilidade.[9] Ainda, a massa prolapsada pode apresentar risco de inflamação e infecção, portanto a redução imediata é geralmente aceita.

Diferentes técnicas de tratamento conservador têm sido descritas, como inserção de tampão vaginal feito de gaze revestido com antisséptico, uso de pessário com dreno de penrose[15] e pessário com uso de borracha de mamadeira ou cateter de Foley.[3,16]

Entre as modalidades de tratamento cirúrgico, podemos ressaltar a fusão labial temporária, apresentada por Ajabor e Okojie, em 1976,[17] na qual solução salina hipertônica foi usada para reduzir o edema, com posterior fusão parcial dos lábios com sutura mantida por duas semanas, com resolução total.[17] Outros autores realizaram fusão labial temporária com bandagem de crepe do abdômen inferior ao terço inferior das pernas,[9] ou com sutura única dos grandes lábios, mantida por dois meses.[18] Existe ainda o método de Baskaran *et al.*,[19] que consiste em sutura em bolsa vaginal, para estreitar o canal vaginal após a redução digital do prolapso.[14,19] Outra opção é a associação da redução digital sob sedação com cateterização vesical e bandagem de crepe, aplicada em modo sereia nos membros inferiores (estendendo-se desde as nádegas até a parte inferior das pernas, poupando o ânus para a evacuação), com remoção após 72 horas.[9]

Assim como outros autores,[2,20,21] nós também obtivemos sucesso com a redução digital manual. Porém, em vez de aguardarmos a falha de redução[21] ou inserção de tampão vaginal pós-redução,[2] optamos pela imediata inserção de sonda de Foley via vaginal, conforme descrito por Abdelsalam *et al.*,[3] e a manutenção dela por 15 dias no caso 2 e por sete dias no caso 1 – uma semana a menos do que o relatado por Abdelsalam *et al.*[3] –, associado à aplicação tópica de estriol diariamente por 15 dias, já que antibióticos ou cremes de estrogênio podem ser utilizados para conseguir maior proteção vaginal.[22,23]

Em geral, o manejo conservador tem taxa de sucesso de mais de 90%, embora ainda não seja possível determinar o resultado em longo prazo.[9] Já os tratamentos cirúrgicos mais invasivos são excepcionais, podendo consistir em cervicopexia sacral ou ventrossuspensão.[24] Outras técnicas como histerectomia ou amputação cervical foram descritas anteriormente, mas não devem mais ser realizadas. A evolução é geralmente favorável quando o prolapso genital está isolado.[24] Nos neonatos com espinha bífida, existe alta taxa de recorrência até que o defeito da coluna vertebral seja reparado cirurgicamente e o tônus dos músculos elevadores do ânus melhore.

CONCLUSÃO

O prolapso genital é uma entidade excepcional em RNs. É mais frequentemente associado a anomalias do SNC. O tratamento é conservador na maioria dos casos e o prognóstico geralmente é favorável. Em neonatos neurologicamente anormais (presença de espinha bífida e meningomielocele), existe uma chance aumentada de recidiva após a conduta conservadora e às vezes são necessários tratamentos mais invasivos. Além disso, não podemos nos esquecer da importância da subnutrição *in utero* (como em casos de RCIU) e da prematuridade, cada vez mais frequentes em nosso meio, como fatores de risco para o surgimento do prolapso genital neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Noyes I. Uterine prolapse associated with spina bifida in the newborn, with report of a case. Am J Obstet Gynecol. 1927;13(2):209-13. doi: 10.1016/S0002-9378(27)90514-6
2. Henn EW, Juul L, van Rensburg K. Pelvic organ prolapse in the neonate: report of two cases and review of the literature. Int Urogynecol J. 2015;26(4):613-5. doi: 10.1007/s00192-014-2539-y
3. Abdelsalam SE, Desouki NM, Abd alaal NA. Use of Foley catheter for management of neonatal genital prolapse: case report and review of the literature. J Pediatr Surg. 2006;41(2):449-52. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.11.031
4. Lockwood G, Durkee C, Groth T. Genital prolapse causing urinary obstruction and hydronephrosis in a neonate: a case and review of the literature. J Neonatal Surg. 2012;1(3):39.
5. McGlone L, Patole S. Neonatal genital prolapse. J Paediatr Child Health. 2004;40(3):156-7. doi: 10.1111/j.1440-1754.2004.00321.x
6. Kean LH, Suwanrath C, Gargari SS, Sahota DS, James DK. A comparison of fetal behaviour in breech and cephalic presentations at term. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106(11):1209-13. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08150.x
7. Cheng PJ, Shaw SW, Cheuh HY, Soong YK. Prenatal diagnosis of fetal genital prolapse. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005;26(2):204-6. doi: 10.1002/uog.1960
8. Loret de Mola JR, Carpenter SE. Management of genital prolapse in neonates and young women. Obstet Gynecol Surv. 1996;51(4):253-60.
9. Hyginus EO, John CO. Congenital uterovaginal prolapse present at birth. J Surg Tech Case Rep. 2013;5(2):89-91. doi: 10.4103/2006-8808.128741
10. Findley P. Prolapse of the uterus in nulliparous women. Am J Obstet Dis Women Child. 1917;75(1):12-21.
11. Bader D, Davidovitch M, Berger A. Genital prolapse in a preterm female infant. J Perinatol. 1993;13(2):159-61.
12. Porges RF. Neonatal genital prolapse. Pediatrics. 1993;91(4):853-4.
13. Fraser RD. A case of genital prolapse in a newborn baby. Br Med J. 1961;1(5231):1011-2. doi: 10.1136/bmj.1.5231.1011
14. Saksono S, Maulidyan A. Neonatal genital prolapse: a case report. J Pediatr Surg Case Rep. 2015;3(4):176-8. doi: 10.1016/j.epsc.2015.02.013

15. Dixon RE, Acosta AA, Young RL. Penrose pessary management of neonatal genital prolapse. Am J Obstet Gynecol. 1974;119(6):855-7. doi: 10.1016/0002-9378(74)90104-5
16. Carpenter SE, Rock JA. Procidentia in the newborn. Int J Gynaecol Obstet. 1987;25(2):151-3. doi: 10.1016/0020-7292(87)90010-5
17. Ajabor LN, Okojie SE. Genital prolapse in the newborn. Int Surg. 1976;61(9):496-7.
18. Fathi K, Pinter A. Semiconservative management of neonatal vaginal prolapsed. J Pediatr Surg Spec. 2014;8(3).
19. Baskaran D, Mohan P, Nazeeb. Purse string suturing in a neonatal prolapsed uterus. Indian J Surg. 2012;74(2):143-5. doi: 10.1007/s12262-011-0361-z
20. Saha DK, Hasan KM, Rahman SM, Majumder SK, Zahid MK, Chakraborty AK, et al. Neonatal uterine prolapse – a case report. Mymensingh Med J. 2014;23(2):401-5.
21. Zhiri H, Fatih B, Harou K, Aboulfalah A, Asmouki H, Soummani A. [Neonatal genital prolapse: an exceptional entity (about a case)]. Pan Afr Med J. 2016;25:153. doi: 10.11604/pamj.2016.25.153.9853. French.
22. Johnson A, Unger SW, Rodgers BM. Uterine prolapse in the neonate. J Pediatr Surg. 1984;19(2):210-1. doi: 10.1016/S0022-3468(84)80456-X
23. Shuwarger D, Young RL. Management of neonatal genital prolapse: case reports and historic review. Obstet Gynecol. 1985;66(3 Suppl):61S-63S.
24. Banieghbal B, Fonseca J. Surgical management of uterine prolapse in an infant. Eur J Pediatr Surg. 1998;8(2):119-20. doi: 10.1055/s-2008-1071137

Femina®
ARTIGO DE REVISÃO

O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas

The use of contraceptive pill and alterations of main metabolic pathways

Laura Fernandes Ferreira[1]; Adelaide Maria Ferreira Campos D'Avila[1]; Giselle Cunha Barbosa Safatle[1]

Descritores

Anticoncepção; Anticoncepcionais femininos; Dispositivos anticoncepcionais; Eficácia de contraceptivos; Metabolismo; Reguladores do metabolismo de lipídeos

Keywords

Contraception; Contraceptive agents; Female; Contraceptive devices; Metabolism, Lipid regulating agents

RESUMO

As pílulas anticoncepcionais são esteroides que visam impedir a gravidez indesejada e regular distúrbios menstruais. Acessíveis em grande variedade no mercado e no SUS, são o método contraceptivo mais aceito pelas mulheres, entretanto trazem diversos efeitos colaterais. O objetivo deste trabalho foi analisar como a pílula anticoncepcional pode alterar as principais vias metabólicas femininas. Trata-se de uma revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO, BVS e PubMed, com foco nas correlações entre o uso da pílula anticoncepcional e as alterações metabólicas. Os anticoncepcionais orais atuam na inibição da biossíntese de androgênios e estimulação da SHBG, o que reduz o efeito anabólico proteico. Também promovem o acréscimo dos níveis de LDL-colesterol, colesterol total, PCR-us e dímero D, e alterações na sensibilidade da insulina, no metabolismo do zinco e na hemostasia. Apesar de existirem recomendações que preconizam o uso de outros métodos contraceptivos e estudos que demonstram a satisfação feminina ao trocar os anticoncepcionais orais pelos LARCs, a pílula ainda é a mais utilizada pelas mulheres.

ABSTRACT

Contraceptive pills are steroids that prevent unwanted pregnancy and regular menstrual disorders. Accessible in a great variety in market and SUS, they are the contraceptive method most accepted by women, however, they bring several side effects. The objective of this study was analyze how the contraceptive pill can alter the main female metabolic pathways. This is a literature review in the SciELO, BVS and PubMed databases, focusing on the correlations between the use of contraceptive pill and metabolic alterations. Oral contraceptives act to inhibit androgen biosynthesis and stimulate SHBG, which reduces the protein anabolic effect. They also bring about high levels of LDL cholesterol, total cholesterol, CRP, D-dimer, changes in insulin, absence of zinc metabolism and hemostasis. Although there are recommendations that recommend the use of other contraceptive methods and studies that demonstrate the satisfaction of women in exchanging oral contraceptives with LARCs, the pill is still the most used by women.

INTRODUÇÃO

A pílula anticoncepcional foi criada no século XX, em decorrência dos avanços da fisiologia e endocrinologia reprodutiva e dos estudos de Gregory Pincus. No início, era usada no tratamento de problemas no ciclo menstrual e, após várias críticas quanto aos seus efeitos colaterais, começou a ser utilizada para fins contraceptivos em 1960.[1]

Submetido
02/04/2019

Aceito
27/05/2019

1. Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Laura Fernandes Ferreira
R. Maj. Gote, 808, 38700-207, Caiçaras, Patos de Minas, MG, Brasil.
laurafernandes130@yahoo.com.br

Atualmente, essas pílulas apresentam em sua composição estrógeno e progesterona de forma combinada. Como esses hormônios possuem vários derivados e compostos semelhantes, os anticoncepcionais orais estão disponíveis em grande variedade no mercado e no SUS (Sistema Único de Saúde) e, segundo o Relatório da Organização das Nações Unidas – ONU (2015),[2] são o método contraceptivo mais aceito pelas mulheres brasileiras.

Entretanto, já foi confirmado que o uso anticoncepcionais orais pode desencadear doenças cardiovasculares; tromboembolismo venoso; acne e mudanças no humor e na libido.[3] Além disso, é possível perceber que o uso gera, em algumas mulheres, aumento do peso corpóreo, ao alterar vias metabólicas relacionadas a proteínas e a lipídeos.[4,5]

As usuárias de anticoncepcionais orais também apresentaram maiores níveis de PCR-us (proteína C reativa) do que as não usuárias, cuja média resultou em dose maiores de níveis de dímero D.[6] Ademais, ocorrem alterações relacionadas à insulina, à hemostasia, ao zinco e à pressão arterial.[7-10]

Portanto, como não existem pesquisas que abordem o tema nessa perspectiva e como são poucas as literaturas que fazem correlações detalhadas entre o uso da pílula anticoncepcional e as alterações nas vias metabólicas, o objetivo deste trabalho é analisar como a pílula anticoncepcional pode alterar as principais vias metabólicas das mulheres.

MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, foi feita uma revisão bibliográfica por meio da busca de artigos em inglês e português que aprofundam o tema do uso de anticoncepcionais orais e das alterações de vias metabólicas, feita em dezembro de 2018 e janeiro e fevereiro de 2019. Foram utilizadas as bases de dados SciELO, BVS e PubMed, por meio de uma pesquisa combinada com as palavras-chave: "anticoncepcionais orais", "vias metabólicas", "efeitos colaterais", "recomendações" e "tromboembolismo". Foram selecionados 45 artigos nas bases de dados citadas, os quais foram lidos de forma a reconhecer a relação entre o uso contínuo da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas das mulheres. Entre esses, sete foram descartados por não se adequarem ao tema e 38 permitiram identificar as referências. Além disso, também foram usados como referências Protocolos de Atenção Básica, Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa e Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde; os livros *Endocrinologia Feminina*, *Ginecologia de Williams*, *Lípides: do metabolismo à aterosclerose* e *Princípios da Bioquímica de Lehninger*; Manuais e Aconselhamentos da Febrasgo e da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília; relatórios da OMS (Organização Mundial da Saúde); Manual de hematologia propedêutica e clínica e dados da *American Physiological Society*.

DISCUSSÃO

A pílula anticoncepcional – fórmulas

Os contraceptivos hormonais orais (CHO) ou pílulas anticoncepcionais são esteroides utilizados isoladamente, somente progestagênio – minipílula –, ou em associação que envolve o estrogênio relacionado a um progestagênio – anticoncepcionais combinados.[11] Os esteroides são uma classificação dos hormônios produzidos a partir do colesterol que se deslocam até suas células-alvo por meio da corrente sanguínea, ligados a proteínas carregadoras, processo esse que limita a sua difusão através dos tecidos, mas os protege da degradação enzimática.[12,13] Os contraceptivos orais combinados podem ser monofásicos, bifásicos e trifásicos: os monofásicos são de 21, 24 ou 28 compridos, todos com a mesma composição e dosagem hormonal; os bifásicos possuem a mesma composição, porém são divididos em duas fases de dosagem e, por fim, os trifásicos são divididos em três fases de diferentes dosagens hormonais. Atualmente, as pílulas mais utilizadas são as monofásicas.[5] Alguns CHOs estão disponíveis no SUS, como os combinados monofásicos (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg), as minipílulas (noretisterona 0,35 mg) e a pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg).[14] Por estarem disponíveis em grande quantidade e variedade no mercado e no SUS, as pílulas anticoncepcionais são o método contraceptivo mais aceito pelas mulheres brasileiras, segundo o Relatório da ONU (2015).[2]

Dosagens das pílulas anticoncepcionais

A dosagem de estrogênio e de progesterona contida nos anticoncepcionais orais é um fator importante para entender as alterações geradas no organismo por esses medicamentos. Os CHOs são divididos em primeira, segunda, terceira e quarta geração, decorrente das alterações de composição das pílulas anticoncepcionais. A cada geração, a dosagem de hormônios é diminuída, porque a OMS recomenda que os medicamentos sejam compostos de fórmulas com dosagem cada vez menor.[15] Essa preconização existe em decorrência de que, antigamente, as pílulas continham altas doses de hormônios e causavam diversos efeitos colaterais como retenção líquida, náuseas, cefaleia e alteração no peso corporal, além de aumentar o risco de doenças trombolíticas e isquêmicas.[16] As progestinas de primeira geração, comercializadas por volta de 1960, tinham altas concentrações de estrogênio. As progestinas de segunda geração, disponíveis em maior quantidade no SUS e comercializadas desde 1970, são combinados monofásicos que utilizam dois derivados da progesterona: norgestrel e levonorgestrel. A terceira geração surge na década de 1990 e contém três derivados de progesterona sintética: desogestrel, gestodeno e norgestimato. As pílulas de quarta geração, introduzidas nos anos 2000, contêm uma nova progesterona,

chamada drospirenona. Apesar das diferentes concentrações dos hormônios, todos os anticoncepcionais orais alteram as vias metabólicas.[17]

Benefícios da pílula anticoncepcional

Os anticoncepcionais orais possuem algumas ações positivas como: redução no risco de cistos ovarianos, câncer ovariano e endometrial e doença mamária benigna; menor incidência de doença inflamatória pélvica (DIP) e gravidez ectópica (tubária); melhora dos sintomas pré-menstruais, da dismenorreia e da endometriose e também diminuição do fluxo no ciclo menstrual.[18] Esses fármacos promovem o planejamento familiar, um recurso de planejamento reprodutivo para a constituição de prole desejada e programada de forma consciente.[19] Ao tentar analisar esses aspectos, percebe-se que os benefícios do uso deles para a contracepção são grandes, uma vez que evitariam a temida gravidez indesejada, que poderia provocar censura, frustração, rejeição familiar e social, incertezas, medos, alcoolismo e tabagismo".[20] A condição física, emocional e financeira da família fica abalada diante de uma gravidez indesejada.[21] Todos esses fatores, em conjunto, contribuem para um aumento da morbimortalidade materna e neonatal.[22]

A troca dos CHOs pelos LARCs

Está em alta um aconselhamento para mulheres no período reprodutivo que recomenda a utilização dos LARCs (métodos contraceptivos de longa duração) para aquelas que pretendem usar métodos contraceptivos por mais de um ano ou que nunca desejam ter filhos.[23] O estudo CHOICE americano acompanhou quase 10 mil mulheres e observou que, após orientação contraceptiva, a maioria delas preferiu utilizar LARCS, sendo o Implanon® (implante liberador de etonogestrel) o método preferido pelas adolescentes e os dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e sistema intrauterino – SIU) os favoritos das maiores de 18 anos. Também mostrou que, com aconselhamento e orientação adequados, as taxas de continuidade e satisfação dos LARCS foram de 87% em 12 meses e de 77% em 24 meses, enquanto os métodos de curta duração (pílulas, anel, adesivos e injetáveis) tiveram taxas de continuidade variando de 38% a 43% em 24 meses.[24] Outro estudo mostra que, quando as mulheres trocam os anticoncepcionais combinados pelos LARCs, a escolha mais popular é o DIU de cobre, seguido pelo SIU. As usuárias ainda explicam que decidem fazer a troca por causa dos efeitos colaterais provocados pela pílula ou para evitar a possibilidade de esquecer de tomar o medicamento.[25]

CHOs e Alterações das Vias Metabólicas

Vias de proteínas

Entre os fatores adversos associados ao uso da pílula anticoncepcional, tem-se o aumento de peso, em algumas mulheres, relacionado a alterações metabólicas. Os anticoncepcionais combinados promovem a supressão do hormônio luteinizante (LH), resultando em inibição da biossíntese de androgênios e estimulação da SHBG (proteína ligadora de hormônios sexuais), que se liga aos androgênios livres e leva à queda dos androgênios biologicamente ativos.[26] Essa fração livre é a parte ativa que tem a característica anabólica proteica generalizada sobre o organismo.[4] Estudos afirmam que progestagênios com efeitos antiandrogênicos podem competir pelo receptor de androgênio ou ligar-se à enzima 5-alfarredutase. Esse fator diminui a conversão da testosterona em diidrotestosterona, seu metabólito ativo, o que também gera o decréscimo dos androgênios livres.[27] A queda dos androgênios pode levar a degeneração óssea, redução da força muscular, rarefação dos pelos e alterações da memória e da função cognitiva.[28] Isso porque os androgênios livres aumentam a retenção de nitrogênio, a massa corporal magra e a massa óssea.[29] Ademais, ocorre a diminuição da função sexual, bem-estar e energia vital.[30]

Vias de lipídeos

Com o anabolismo proteico reduzido, mais proteínas serão quebradas. Essas, quando em excesso, podem ser convertidas em ácidos graxos e armazenadas como triacilgliceróis, o que gera alterações nas vias metabólicas lipídicas.[31] O aumento do estoque de lipídeos causa um ganho lento de peso, devido ao acréscimo dos níveis de LDL-c (colesterol contido nas lipoproteínas de baixa densidade), principalmente quando a pílula anticoncepcional progestogênica é a administrada.[5] Estudos levam a crer que, mesmo em baixas dosagens, os contraceptivos orais contribuem para modificar o metabolismo das lipoproteínas, relacionado ao aumento dos níveis de colesterol total e triglicérides, observado em mulheres com estilo de vida sedentário e usuárias de anticoncepcionais orais combinados de baixas dosagens de estrogênio/progesterona.[32] Ensaios observacionais e randomizados notaram aumento da apolipoproteína B e apolipoproteína A-I relacionado ao uso da pílula anticoncepcional.[33] Apolipoproteínas são proteínas que atuam no transporte de lipídeos no meio aquoso plasmático e ligam-se aos receptores específicos na superfície celular para direcionar corretamente os lipídeos para os órgãos-alvo e tecidos do organismo. A apolipoproteína A-I é o maior componente da partícula de HDL (lipoproteínas de alta densidade) e a apolipoproteína B está presente nos quilomícrons, nas VLDLs (lipoproteínas de muito baixa densidade), IDLs (lipoproteínas de densidade intermediária) e LDLs. A apolipoproteína B é a principal proteína funcional para o transporte de colesterol para as células periféricas.[34] A relação apolipoproteína B/apolipoproteína A-I reflete o balanço do transporte do colesterol. Algumas investigações a apontam como determinante de risco de aterosclerose.[35] A aterosclerose

representa o evento inicial das doenças cardiovasculares marcadas pelo acúmulo progressivo de lipídeos, células inflamatórias, células musculares lisas e tecido conjuntivo na íntima das artérias de médios e grandes calibres.[36] Em concordância, outros estudos mostram que usuárias de anticoncepcionais orais apresentaram maiores níveis de triglicerídeos, colesterol total, HDL-c, índice HDL-c/LDL-c e PCR-us que as não usuárias. As usuárias de anticoncepcionais de média dose apresentaram maiores níveis de dímero D do que as não usuárias e maiores níveis de triglicerídeos do que as usuárias de anticoncepcionais de baixa dose. Triglicerídeos, PCR-us e dímero D apresentaram correlação positiva uns com os outros, o que, além de provocar alterações no peso, pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e tromboembólicas devido a alterações no perfil lipídico e hemostático.[6] A PCR-us é uma proteína que tem seu nível aumentado quando os vasos sanguíneos ficam inflamados, sendo possível medir o risco cardiovascular por meio dela. Um estudo mediu os níveis da PCR-us usando amostras armazenadas de mulheres saudáveis que estavam na pré-menopausa e concluiu que os níveis da PCR-us no plasma foram duas vezes maiores entre as usuárias de anticoncepcionais do que entre as não usuárias, independentemente da dieta, da natureza da dieta e da fase do ciclo menstrual. Em um modelo multivariado, o uso de anticoncepcional predisse 32% da variação nos níveis da PCR-us.[37] A associação entre o uso de anticoncepcionais orais e a elevação da PCR-us se mantém significativa mesmo após ajuste para fatores de confusão como a obesidade. Vários são os fatores que induzem a esse aumento, sendo as disfunções hormonais estrogênicas e androgênicas e a diminuição da sensibilidade à insulina os principais.[38]

Vias da insulina

Estudos feitos em ratos demonstram que o estrógeno influencia nos receptores de insulina e causa deterioração do metabolismo dos carboidratos e queda na sensibilidade da insulina.[7] O decréscimo da sensibilidade se dá conforme a ação das progestinas, hormônios sintéticos encontrados nos anticoncepcionais orais que tentam mimetizar a ação da progesterona e reduzem a sensibilidade à insulina, o que desencadeia alterações metabólicas que vão desde o aumento dos triglicerídeos de jejum até o aumento da inflamação vascular.[27-39] Essas mudanças provocam acréscimo da produção da insulina para manter a glicemia em níveis adequados e o suprimento da glicose na célula muscular. O aumento nos níveis da insulina circulantes provoca diminuição da atividade da lipase proteica e consequente diminuição na captação e utilização dos triglicerídeos pelo tecido muscular. Isso eleva a quantidade dos triglicerídeos plasmáticos, portanto da VLDL e LDL circulantes.[40] Triglicerídeos de jejum mais elevados induzem a aumento da lipemia pós-prandial, que é avaliada pela magnitude-tempo para o retorno aos valores basais dos triglicerídeos e pela amplitude-momento em que ocorre o valor máximo encontrado após sobrecarga lipídica. O aumento da retenção de LDL-c e VLDL-c à parede arterial aumenta a permeabilidade endotelial, facilitando a adesão de monócitos ao endotélio.[41] Esse mecanismo pode induzir a lesão endotelial, assim como o aumento da insulina, que pode provocar aumento da PCR-us.[38]

Vias da hemostasia

Diante de uma lesão vascular, o sistema hemostático promove a vasoconstrição, que diminui o fluxo sanguíneo e, em seguida, as substâncias intraplaquetárias estimulam o processo de agregação plaquetária, que faz com que as plaquetas se liguem às fibras de colágeno e formem um tampão hemostático. Todo esse processo ocorre na "cascata de coagulação", estimulando a formação de trombina, a qual transforma o fibrinogênio solúvel em fibrina insolúvel.[8] Além disso, há aumento dos fatores de coagulação (fibrinogênio, VII, VIII, IX, X, XII e XIII) e redução dos inibidores naturais da coagulação (proteína S e antitrombina), o que produz um efeito pró-coagulante leve.[42] A associação entre anticoncepcionais orais e o tromboembolismo venoso é principalmente determinada pelo componente estrogênico dessas substâncias, mas o tipo de progestagênio combinado também pode provocar hipercoagulabilidade, apesar de estes estarem mais associados a alterações cardiometabólicas.[43] As progesteronas que são associadas, em geral, aumentam o risco de tromboembolismo venoso, contudo o levonorgestrel apresenta menor risco que as demais. Para trombose arterial, o tipo de progestagênio não altera o risco de trombose.[44] Os estrógenos presentes nas pílulas anticoncepcionais influenciam na hemostasia, podendo elevar os fatores de coagulação e diminuir os anticoagulantes naturais: reduzem o fluxo sanguíneo por hiperviscosidade estimulando a agregação plaquetária, aumentando a concentração de fibrinogênio e reduzindo a ação da antitrombina.[45]

Os contraceptivos orais acarretam também um bloqueio de sistemas que fazem parte da hemostasia como anticoagulantes plasmáticos, ao promover a redução da proteína S e a resistência à proteína C ativada, portanto condicionam a uma tendência pró-trombótica. Sabe-se que, além dos estrogênios, os progesterônicos modulam de forma importante esses efeitos.[46] Estudos também revelam que o uso da pílula anticoncepcional possui relação direta com a quantidade de SHBG e o surgimento de trombose. Sendo assim, quanto mais elevado for a concentração de SHBG, maior o risco de trombose.[47] O risco de tromboembolismo venoso em mulheres que utilizam anticoncepcionais orais é baixo, porém é maior do que o encontrado na população geral. As pequenas diferenças entre os estudos não permitem distinguir maior risco de tromboembolismo entre as formulações contraceptivas combinadas, particularmente entre o progestagênio utilizado e a natureza do estrogênio.[48]

Vias do zinco

Um estudo transversal avaliou mulheres jovens que utilizavam CHOs que continham etinilestradiol e uma progesterona variável associada e detectou que o uso desses pode reduzir o zinco sérico, alterar a distribuição de zinco nas principais proteínas ligantes do soro com possíveis efeitos na captação tecidual, aumentar a retenção de zinco no organismo e reduzir o *turnover* ósseo. O uso prolongado pode induzir a um menor pico de massa óssea e/ou prejudicar a manutenção de massa óssea, o que aumenta o risco de osteoporose.[9] O zinco participa do sistema imunológico, da divisão celular, do desenvolvimento reprodutivo, do restabelecimento da pele e ferimentos, e exerce influência sobre o metabolismo da vitamina A, dos hormônios tireoidianos e do sistema nervoso.[49] A deficiência de zinco, portanto, está associada ao aumento da mortalidade, da morbidade e da gravidade de problemas infecciosos, déficit de crescimento, anorexia, hipogonadismo, hipogeusia, modificações do sistema imune, danos oxidativos e neuropsicológicos e comprometimento da capacidade cognitiva.[50]

Consoante os dados do estudo anterior, uma pesquisa experimental realizada com macacas adultas mostrou que o tratamento com anticoncepcionais hormonais orais trifásicos se relaciona com menor ganho de massa e densidade óssea, grandes reduções nos marcadores bioquímicos de síntese óssea (osteocalcina e fosfatase alcalina total) e moderadas reduções naqueles de mobilização óssea (fosfatase ácida e cálcio urinário).[51]

CHOs e alterações da pressão arterial

Há evidências de alterações pressóricas associadas às mudanças no organismo provocadas pelos diferentes tipos de CHOs. A presença do estrogênio exógeno na circulação sanguínea, independentemente da concentração, ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona e causa retenção de água e sódio. Já o progestágeno isolado não é capaz de provocar esses efeitos sobre a pressão arterial. Quando a formulação da pílula possui propriedades antimineralocorticoides, ela é capaz de neutralizar o efeito do estrogênio administrado de forma combinada.[10]

RECOMENDAÇÕES

Existe um aconselhamento para mulheres no período reprodutivo, baseado em dados de eficácia reais, que recomenda a utilização dos LARCs para aquelas que pretendem usar métodos contraceptivos por mais de um ano ou que nunca desejam ter filhos.[23] Comparado aos métodos de curta ação, os LARCs são superiores em termos de eficácia, com taxas de gravidez de menos de 1% ao ano em uso perfeito e em uso típico e manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária. Por isso, eles apresentam as mais altas taxas de satisfação e continuidade de uso entre todos os contraceptivos reversíveis. Além disso, os LARCs são recomendados para todas as mulheres que desejam contracepção eficaz, incluindo adolescentes, nuligestas, mulheres no pós-parto ou pós-aborto e em comorbidades que possam caracterizar contraindicações aos métodos contendo estrogênios.[48] Em relação àquelas que pretendem utilizar a pílula anticoncepcional, apesar de todos os malefícios, a medicação escolhida deve levar em consideração os riscos cardiovasculares. Sendo assim, precisa conter a menor dose possível de estradiol e progesterona, com a progesterona mais semelhante à natural (drospirenona) ou menos androgênica possível (desogestrel e gestodeno).[52] Sobre certas circunstâncias, os CHOs são extremamente contraindicados; são elas: tabagismo, hipertensão arterial, patologias mamárias ou endometriais, diabetes, obesidade, alcoolismo, hiperlipidemia, comprometimento da função hepática e história de acidentes tromboembólicos.[52] Estudos também evidenciam que existem brechas nas ações de saúde e educação voltadas para a conscientização sobre o início da vida sexual e reprodutiva dos jovens, chamando a atenção para a importância de investir em educação sexual como estratégia preventiva, seja da saúde sexual ou da reprodutiva.[53]

CONCLUSÃO

Apesar dos benefícios na contracepção da pílula anticoncepcional, ela tem diversos efeitos colaterais, entre eles as alterações nas vias metabólicas de lipídeos e proteínas, na cascata de coagulação, na sensibilidade à insulina, nas propriedades vasoativas, no metabolismo do zinco e até na pressão arterial. Além disso, existem recomendações que indicam que o uso dos LARCs deve ser preconizado em casos de contracepção prolongada. No entanto, como os anticoncepcionais orais são mais acessíveis e têm maior disponibilidade no SUS, eles ainda são os mais utilizados. Sendo assim, políticas públicas de saúde podem ser aprimoradas, para que outros métodos contraceptivos como o implante de etonogestrel e o sistema intrauterino de levonorgestrel possam ser disponibilizados às mulheres de forma gratuita, além da distribuição do DIU de cobre, que já é feitas pelo SUS. Ademais, a educação sexual pode ser promovida desde o início da puberdade, para que as mulheres já cresçam conscientes da importância da contracepção e já saibam decidir qual o melhor método contraceptivo a utilizar.

REFERÊNCIAS

1. Santana JR, Waisse S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais? Rev Bras Hist Ciênc. 2016;9(2):203-18.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World contraceptive patterns 2015. New York: UN; 2015.
3. Hoffman BT, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw DB, Cunningham FG, et al. Ginecologia de Williams. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. Contracepção e esterilização; p. 139-69.

4. Fernandes CE, Pompei LM. Endocrinologia feminina. Barueri: Manole; 2016.
5. Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção da Febrasgo. Femina. 2009;37(9):459-92.
6. Guedes JVM, Nunes NR, Ferreira LGR, Vilar TG, Pinheiro MB, Domingueti CR. Evaluation of lipid profile, high-sensitivity C-reactive protein and D-dimer in users of oral contraceptives of different types. J Bras Patol Med Lab. 2018;54(1):14-20. doi: 10.5935/1676-2444.20180002
7. González C, Alonso A, Grueso NA, Díaz F, Esteban MM, Fernández S, et al. Role of 17 β-estradiol administration on insulin sensitivity in the rat: implications for the insulin receptor. Steroids. 2002;67(13-14):993-1005. doi: 10.1016/S0039-128X(02)00073-9
8. Rodrigues ES, Castilho-Fernandes A, Covas DT, Fontes AM. Novos conceitos sobre a fisiologia da hemostasia. Rev Univ Vale Rio Verde. 2012;10(1):218-33. doi: 10.5892/ruvrv.2012.101.218233
9. Simões TMR, Zapata CLV, Donangelo CM. Influência de contraceptivos hormonais sobre indicadores de homeostase de zinco e de turnover ósseo em mulheres adultas jovens. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015;37(9):402-10. doi: 10.1590/SO100-720320150005418
10. Ribeiro CCM, Shimo AKK, Lopes MHBM, Lamas JLT. Efeitos dos diferentes anticoncepcionais hormonais nos valores de pressão arterial da mulher. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 3):1453-9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0317
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
12. Silva CAB. Mecanismos da ação hormonal [Internet]. In: Seminário de Bioquímica do Tecido Animal. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010 [citado 2018 Jan 10]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/lacvet/restrito/pdf/hormonios_brigoni.pdf
13. Ferreira TZ. Mecanismo de ação dos hormônios [Internet]. In: Seminário de Bioquímica do Tecido Animal, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013 [citado 2018 Jan 10]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/lacvet/site/wp-content/uploads/2013/10/a%C3%A7ao_hormoniosTamara.pdf
14. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016.
15. Prado DS, Santos DL. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;33(7):143-9. doi: 10.1590/S0100-72032011000700005
16. Stadel BV. Oral contraceptives and cardiovascular disease (first of two parts). N Engl J Med. 1981;305(11):612-8. doi: 10.1056/NEJM198109173051205
17. Brandt GP, Oliveira APR, Burci LM. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. RGS. 2018;18(1):54-62.
18. Ranieri CM, Silva RF. Atenção farmacêutica no uso de métodos contraceptivos [monografia]. Londrina: Centro Universitário Filadélfia; 2011.
19. Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: Febrasgo; 2015.
20. Riveros Jeneral RB. Vivendo um futuro incerto: a vivência da gravidez em uma comunidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
21. Hussain R, Finer LB. Unintended pregnancy and unsafe abortion in the Philippines: context and consequences. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst). 2013;(3):1-8.
22. Shapiro-Mendoza C, Selwyn BJ, Smith DP, Sanderson M. Parental pregnancy intention and early childhood stunting: findings from Bolivia. Int J Epidemiol. 2005;34(2):387-96. doi: 10.1093/ije/dyh354
23. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Aconselhamento para mulheres no período reprodutivo. São Paulo: Febrasgo; 2018.
24. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):115.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.017
25. Ferreira JM. Razões para a troca de diferentes contraceptivos para contraceptivos reversíveis de longa duração entre mulheres brasileiras [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
26. Primo WQSP, Corrêa FJS, Brasileiro JPB, organizadores. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2ª ed. Brasília, DF: Luan Comunicação; 2017.
27. Sitruk-Ware R. New progestogens: a review of their effects in perimenopausal and postmenopausal women. Drugs Aging. 2004;21(13):865-83. doi: 10.2165/00002512-200421130-00004
28. Krapf JM, Simon JA. The role of testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. Maturitas. 2009;63(3):213-9. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.04.008
29. Halbe HW, Cunha DC, Mori AH. Esteroides sexuais e músculo esquelético. Diagn Tratamento. 2013;18(1):15-20.
30. Leão LMCSM, Duarte MPC, Farias MLF. Insuficiência androgênica na mulher e potenciais riscos da reposição terapêutica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005;49(2):205-16. doi: 10.1590/S0004-27302005000200006
31. Nelson DL, Cox MM. Princípios de bioquímica de Lehninger. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
32. Santos MCS, Rebelo ACS, Zuttin RS, César MC, Catai AM, Silva E. Influência do uso de contraceptivos orais nos níveis lipídicos e nas respostas cardiorrespiratórias de mulheres saudáveis e sedentárias. Rev Bras Fisioter. 2008;12(3):188-94. doi: 10.1590/S1413-35552008000300006
33. Wang Q, Würtz P, Auro K, Morin-Papunen L, Kangas AJ, Soininen P, et al. Effects of hormonal contraception on systemic metabolism: cross-sectional and longitudinal evidence. Int J Epidemiol. 2016;45(5):1445-57. doi: 10.1093/ije/dyw147
34. Lima LM, Carvalho MG, Souza MO. Índice Apo B/Apo A-I e predição de risco cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2007;88(6):e187-90. doi: 10.1590/S0066-782X2007000600014
35. Barter PJ, Ballantyne CM, Carmena R, Cabezaz MC, Chapman MJ, Couture P, et al. Apo B versus cholesterol in estimating cardiovascular risk and in guiding therapy: report of the thirty-person/ten-country panel. J Intern Med. 2006;259(3):247-58. doi: 10.1111/j.1365-2796.2006.01616.x
36. Nascimento JFCG, Gil Junior LA, Pasqualucci CA, Jacob Filho W. Aterosclerose: diagnóstico macroscópico nas autópsias. Diagn Tratamento. 2013;18(2):65-8.
37. American Physiological Society [Internet]. Anticoncepcionais aumentam a proteína C-reativa. 2003 [citado 2019 Fev 17]. Disponível em: http://www.emedix.com.br/not/not2003/03abr09gin-eb-oci-contraceptivo.php
38. Santos ACN, Petto J, Oliveira FTO, Diogo DP, Ladeia AMT. Proteína C reativa em usuárias de contraceptivo oral: fatores relacionados e risco cardiovascular. Int J Cardiovasc Sci. 2016;29(4):320-5. doi: 10.5935/2359-4802.20160051
39. Martins WP, Soares GM, Vieira CS, dos Reis RM, de Sá MF, Ferriani RA. [Cardiovascular risk markers in polycystic ovary syndrome in women with and without insulin resistance]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(3):111-6. doi: 10.1590/S0100-72032009000300002. Portuguese.
40. Quintão ECR, Nakandakare ER, Passarelli M. Lípides: do metabolismo à aterosclerose. São Paulo: Sarvier; 2011.
41. Signori LU, Plentz RDM, Irigoyen MC, Schaan BD. O papel da lipemia pós-prandial na gênese da aterosclerose: particularidades do diabetes mellitus. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007;51(2):222-31. doi: 10.1590/S0004-27302007000200011
42. Rosendal FR, Van Hylckama Vlieg A, Tanis BC, Helmerhorst FM. Estrogens, progestogens and thrombosis. J Thromb Haemost. 2003;1(7):1371-80. doi: 10.1046/j.1538-7836.2003.00264.x
43. Vigo C, Lubianca JN, Corleta HVE. Progestógenos: farmacologia e uso clínico. Femina. 2011;39(3):127-37.

44. Brito MB, Nobre F, Vieira CS. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2011;96(4):e81-9. doi: 10.1590/S0066-782X2011005000022

45. Lorenzi TF. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

46. Machado AI, Lima J. Trombofilias e contracepção. Acta Obstet Ginecol Port. 2008;2(2):84-95.

47. Silva JE, Santana KS, Nunes JS, Santos JC, Terra Júnior AT. A relação entre o uso de anticoncepcionais orais e a ocorrência de trombose. Rev Cient Fac Educ Meio Ambiente. 2018;9(1):383-98. doi: 10.31072/rcf.v9i1.522

48. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Tromboembolismo venoso e contraceptivos hormonais combinados. São Paulo: Febrasgo; 2016.

49. Cruz JBF, Soares HF. Uma revisão sobre o zinco. Ensaios Ciênc Ciênc Biol Agrár Saúde. 2011;15(1):207-22.

50. Chasapis CT, Loutsidou AC, Spiliopoulou CA, Stefanidou ME. Zinc and human health: an update. Arch Toxicol. 2012;86(4):521-34. doi: 10.1007/s00204-011-0775-1

51. Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V, Ciaponi M, Fruzzetti F, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. Maturitas. 2006;54(2):176-80. doi: 10.1016/j.maturitas.2005.10.007

52. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

53. Almeida LM, Barreiros LL, Xavier RF, Rinaldi ML, Silva MLFL, França AAP, et al. Conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais por adolescentes de uma escola pública de Ubá. Rev Cient Fagoc Saúde. 2017;2(2):15-20.

Femina
ARTIGO DE REVISÃO

Síndrome da apneia obstrutiva do sono e sua relação com o sobrepeso materno e riscos ao neonato

Obstructive sleep apnea syndrome and its relationship to maternal overweight and risks to the neonate

Edirlânia Rose Borges Cavalcante[1]; Bruna Karolayne Oliveira Sampaio[1]; Bárbara Fernanda Santos Alcântara[1]; Jacqueline Alves Gonçalves[1]; Christiane Cavalcante Feitoza[1]

Descritores

Apneia; Doenças respiratórias; Gravidez; Sobrepeso; Recém-nascido

Keywords

Apnea; Respiratory diseases; Pregnancy; Overweight; Newborn

RESUMO

Durante a gravidez, a gestante sofre com mudanças fisiológicas e hormonais, podendo alterar seu sono e desenvolver a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Objetivou-se com o estudo analisar a relação entre SAOS, sobrepeso materno e riscos ao neonato, com buscas nas fontes de dados PubMed, SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*); Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico. Com o estudo, inferiu-se que a SAOS contribui para a mortalidade hospitalar materna, principalmente, por embolia pulmonar e cardiomiopatia. Em gestantes obesas, essa síndrome apresenta aumento na prevalência riscos de pré-eclâmpsia, aborto e natimortalidade. Quando estão associadas SAOS, gestação e obesidade, há maior risco de o neonato nascer por parto cesariano e ser admitido na unidade de terapia intensiva neonatal. Dessa forma, a apneia obstrutiva do sono influencia tanto a vida de gestantes com peso normal quanto com sobrepeso.

ABSTRACT

During pregnancy, the pregnant woman undergoes physiological and hormonal changes, which can alter her sleep and develop obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). The objective of this study was to analyze the relationship between OSAS, maternal overweight and risks to the neonate, with searches in PubMed, SciELO (Scientific Electronic Library Online) data sources; Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and Google Scholar. With the study, it was inferred that OSAS contributes to maternal hospital mortality, mainly due to pulmonary embolism and cardiomyopathy. In obese pregnant women, this syndrome presents an increase in the prevalence risks of pre-eclampsia, abortion and stillbirth. When OSAS, gestation and obesity are associated, there is a greater risk of the neonate born for cesarean delivery and being admitted to the neonatal intensive care unit. Thus, obstructive sleep apnea influences both the life of normal and overweight pregnant women.

INTRODUÇÃO

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) caracteriza-se pela obstrução total ou parcial da via aérea superior durante o sono, sendo revertida por microdespertares repetidos. Essa doença tem como consequências a sonolência diurna excessiva, distúrbios metabólicos, alterações cognitivas, fadiga e, quan-

Submetido
02/01/2019

Aceito
24/07/2019

1. Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, Alagoas, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Edirlânia Rose Borges Cavalcante
Campus Arapiraca Rodovia, 115, 57309-005, Bom Sucesso, AL, Brasil.
edirlania2@gmail.com

do não tratada, pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como arritmias e insuficiência cardíaca.[1-3]

Estudos demonstram que a SAOS chega a afetar até 7% das mulheres em idade fértil. Entretanto, esse número tende a aumentar em gestantes, chegando a uma prevalência de 20% nesse grupo, principalmente quando estão com sobrepeso. A gravidez por si só já acarreta mudanças fisiológicas e hormonais à mãe, mas, quando está associada a SAOS, essas mudanças podem ser maiores, justamente pelo fato de o sono fragmentado levar a mãe a aumentar a ingestão calórica.[2,4]

Sabe-se que estar acima do peso é considerado um fator de risco para resultados adversos à mãe e ao neonato, como no caso da pré-eclâmpsia e do aborto. Ademais, a gravidez de uma mulher com SAOS também pode trazer consequências, como cardiomiopatia e embolia pulmonar para a gestante, além de restringir o crescimento do feto. Contudo, as consequências podem ser piores quando essas duas doenças estão associadas.[1,2,5,6]

Considerando a pertinência da temática e limitação de estudos existentes, este trabalho teve como objetivo analisar a relação entre SAOS x sobrepeso materno x riscos ao neonato por meio de uma revisão narrativa da literatura. Foram analisados artigos científicos, a fim de encontrar resultados satisfatórios e argumentos consistentes sobre o tema.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre a SAOS e as consequências que esta pode trazer ao neonato, além de como ela interfere na gravidez de uma mulher com sobrepeso.

Foram analisados artigos científicos pesquisados nas bases de dados eletrônicas PubMed, SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico. Não foi estabelecido um período de publicação desses artigos, objetivando maior abrangência de dados e informações, como o uso dos seguintes descritores: "apneia"; "doenças respiratórias"; "gravidez"; "sobrepeso"; "recém-nascido".

Os critérios de inclusão utilizados nesta revisão foram: artigos que relacionassem a SAOS com o sobrepeso de mulheres gravidez; SAOS e riscos à mãe e ao feto; artigos com abordagem pertinente e de forma clara e artigos disponibilizados com texto completo. Foram excluídos artigos que não tratassem o tema de forma satisfatória e sem disponibilidade de texto integral. Foram selecionados 37 artigos apenas pela leitura do título; 11 foram excluídos por não conter o texto completo disponível para leitura; após a análise do resumo, 25 foram selecionados e, posteriormente, após a leitura do texto integral, 19 foram incluídos no estudo por discutir a temática de forma satisfatória e conter informação relevantes ao tema.

RESULTADOS

A SAOS faz parte do grupo de doenças conhecido como distúrbios respiratórios do sono, grupo que se refere a anormalidades nos padrões respiratórios ou troca de gases. Essa síndrome é definida pela redução ou ausência da respiração durante o sono, causada por alterações anatômicas e fisiológicas nas vias aéreas superiores do indivíduo. Muitas podem ser as consequências da apneia obstrutiva, contribuindo para menor qualidade de vida, alterações na função neurocognitiva e aumento do risco de desenvolvimento de problemas cardiovasculares.[1,4,5]

A fisiopatologia da SAOS envolve desde fatores da anatomia do indivíduo até sua fisiologia, como o estreitamento das vias aéreas superiores que causa obstrução, principalmente pelo relaxamento dos músculos dessa região. Dessa forma, indivíduos que não sofrem com a SAOS têm um equilíbrio entre as forças da musculatura local, o que não acontece em indivíduos com esse distúrbio do sono, que resulta da pressão negativa intraluminal exercida pelo diafragma. Além disso, a pressão exercida pelos tecidos ao redor das vias aéreas superiores tem influência nessa obstrução. Na gestação, essa pressão negativa se dá pelo aumento do esforço do diafragma.[4,7,8]

A ocorrência da SAOS depende de vários fatores, podendo sofrer influência genética ou não. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome estão: hipertensão arterial sistêmica, obesidade, tabagismo, circunferência do pescoço elevada, diabetes, idade acima de 50 anos e gravidez.[9,10]

Diversos estudos relacionam o desenvolvimento da SAOS em mulheres férteis e em grávidas, sendo, respectivamente, até 7% e 20% as chances de seu aparecimento nesses dois grupos. Além disso, gestantes com apneia tendem a ser mais velhas, com melhores condições socioeconômicas e possuem taxas maiores de tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão, hipotireoidismo, anemia e distúrbios no metabolismo de lipídeos.[4,11,12]

Durante a gravidez, a gestante sofre com mudanças tanto fisiológicas quanto hormonais, levando a maior chance de alterar seu sono e desenvolver a SAOS, como é o caso da progesterona, que, quando aumenta sua concentração, é capaz de deixar o mecanismo do centro respiratório instável. Outra mudança que pode ocorrer nesse período é o aumento da frequência do ronco, considerado um dos principais sintomas de quem tem apneia.[5,6,13]

Apesar da limitação de estudos sobre as consequências da SAOS em gestantes, relata-se que há relação entre esta e os efeitos na saúde da mãe e do bebê. A gravidade dessa doença tem sido demonstrada por meio de pesquisas que afirmam a contribuição dela para a mortalidade hospitalar materna, principalmente por embolia pulmonar, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca congestiva e risco de acidente vascular cerebral, de complicações pós-parto e de histerectomia.[3,5,12,14]

Ademais, outras complicações podem ocorrer, como pré-eclâmpsia, prematuridade, diabetes gestacional, déficit no crescimento do feto, índice de Apgar baixo e morte perinatal, tanto natimortos quanto morte neonatal, sendo esta última complicação causada por insuficiência uteroplacentária crônica e comprometimento fetal agudo por dessaturação materna de oxigênio. Episódios de microdespertares durante o sono estão mais associados ao terceiro

trimestre de gravidez, devido ao aumento de movimentos do feto, dores nas costas e desconforto, até mesmo na SAOS leve, afetando até um terço das mulheres nesse período da gestação. Além disso, neonatos prematuros têm maior probabilidade de nascer com apneia da prematuridade, em consequência da maior irregularidade na sua respiração, ou de desenvolver patologias cardiovasculares no futuro, mesmo em nascidos a termo.[4-6,11,15-17]

Adiciona-se ainda que a apneia obstrutiva do sono é um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade, e isso se dá pelo fato de os microdespertares e o sono não reparador influenciarem no aumento da ingestão de calorias durante o dia. Entretanto, o inverso também pode ocorrer, em que um IMC elevado contribui para distúrbios do sono como a apneia, aumentando em nove vezes o risco de SAOS em mulheres obesas comparadas com mulheres com peso normal, sendo esse um dos principais contribuintes para o seu desenvolvimento. Outro fator a ser considerado é que o IMC pré-gestacional está descrito como importante fator de risco para a SAOS na gestação. A natimortalidade por obesidade associa-se a outras comorbidades como hipertensão e diabetes, ou simplesmente pelo não diagnóstico da restrição do crescimento fetal.[6,16,18]

A relação entre SAOS e obesidade é demonstrada em diversos estudos, incluindo em mulheres grávidas. Quando se comparam gestantes obesas e não obesas, há prevalência de alto risco de SAOS no primeiro grupo, aumentando também os riscos de resultados adversos na gravidez, como pré-eclâmpsia, sendo também maior a chance de o neonato nascer por parto cesariano e ser admitido na unidade de terapia intensiva neonatal. Ao se compararem os trimestres na gravidez, houve maior prevalência de SAOS em gestantes no terceiro trimestre, sobretudo naquelas que apresentaram sobrepeso e obesidade pré-gestacional, entretanto constatou-se que gestantes com SAOS no primeiro trimestre tinham IMC elevado antes mesmo de engravidar.[1-3,5,19]

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível analisar o fato de que a SAOS influencia na vida de gestantes tanto com peso normal quanto com sobrepeso. Distúrbios do sono afetam a qualidade de vida da grávida, de modo que influenciam não só a sua vida, mas também a vida dos seus filhos, sendo capaz de causar distúrbios metabólicos futuramente. A avaliação do ganho de peso a cada consulta de pré-natal e o diagnóstico prévio dessa doença são fundamentais, considerando-se que tratamentos iniciados precocemente diminuem a chance de consequências para o binômio mãe-bebê. Portanto, levanta-se a necessidade de estudos consistentes acerca do tema, a fim de colaborar com o entendimento da qualidade do sono da mãe, refletindo no feto e, posteriormente, no neonato.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Universidade Federal de Alagoas (UFAL), à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas (Fapeal) e ao Laboratório de Reatividade Cardiovascular (LRCV – UFAL), pelo incentivo ao desenvolvimento científico.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino MT, Forte BMB, Mancini PE, et al. Qualidade do sono em gestantes com sobrepeso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015;37(8):359-65. doi: 10.1590/SO100-720320150005415
2. Telerant A, Dunietz GL, Many A, Tauman R. Mild maternal obstructive sleep apnea in non-obese pregnant women and accelerated fetal growth. Sci Rep. 2018;8(1):10768. doi: 10.1038/s41598-018-29052-y
3. Xu T, Feng Y, Peng H, Guo D, Li T. Obstructive sleep apnea and the risk of perinatal outcomes: a meta-analysis of cohort studies. Sci Rep. 2014;4:6982. doi: 10.1038/srep06982
4. Patel S, Louis JM. Obstructive sleep apnoea in pregnancy – more questions than answers. Eur Endocrinol. 2013;9(2):121-4. doi: 10.17925/EE.2013.09.02.121
5. Tantrakul V, Sirijanchune P, Panburana P, Pengjam J, Suwansathit W, Boonsarngsuk V, et al. Screening of obstructive sleep apnea during pregnancy: differences in predictive values of questionnaires across trimesters. J Clin Sleep Med. 2015;11(2):157-63. doi: 10.5664/jcsm.4464
6. Rice JR, Larrabure-Torrealva GT, Luque Fernandez MA, Grande M, Motta V, Barrios YV, et al. High risk for obstructive sleep apnea and other sleep disorders among overweight and obese pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:198. doi: 10.1186/s12884-015-0633-x
7. Duarte RLM, Monteiro da Silva RZ, Silveira FJM. Fisiopatologia da apneia obstrutiva do sono. Pulmão RJ. 2010;19(3-4):68-72.
8. Pacheco FYR, Anjos ES, Maia ABF. Síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono: artigo de revisão bibliográfica. Rev Unilus Ens Pesqui. 2015;12(29):45-52.
9. Catão CDS, Freitas VJG, Alves LSB, Cruz JB, Ribeiro AIAM, Macena MCB. Fatores de risco para síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono em docentes de odontologia. RFO UPF. 2015;20(2):145-9.
10. Silva VK, Rosa MLG, Jorge AJL, Leite AR, Correia DMS, Silva DS, et al. Prevalência de risco para síndrome de apneia obstrutiva do sono e associação com fatores de risco na atenção primária. Arq Bras Cardiol. 2016;106(6):474-80. doi: 10.5935/abc.20160061
11. Bin YS, Cistulli PA, Ford JB. Population-based study of sleep apnea in pregnancy and maternal and infant outcomes. J Clin Sleep Med. 2016;12(6):871-7. doi: 10.5664/jcsm.5890
12. Bourjeily G, Danilack VA, Bublitz MH, Lipkind H, Muri J, Caldwell D, et al. Obstructive sleep apnea in pregnancy is associated with adverse maternal outcomes: a national cohort. Sleep Med. 2017;38:50-7. doi: 10.1016/j.sleep.2017.06.035
13. Antony KM, Agrawal A, Arndt ME, Murphy AM, Alapat PM, Guntupalli KK, et al. Obstructive sleep apnea in pregnancy: reliability of prevalence and prediction estimates. J Perinatol. 2014;34(8):587-93. doi: 10.1038/jp.2014.48
14. Street LM, Aschenbrenner CA, Houle TT, Pinyan CW, Eisenach JC. Gestational obstructive sleep apnea: biomarker screening models and lack of postpartum resolution. J Clin Sleep Med. 2018;14(4):549-55. doi: 10.5664/jcsm.7042
15. O'Brien LM, Bullough AS, Chames MC, Shelgikar AV, Armitage R, Guilleminault C, et al. Hypertension, snoring, and obstructive sleep apnoea during pregnancy: a cohort study. BJOG. 2014;121(13):1685-93. doi: 10.1111/1471-0528.12885
16. Fung AM, Wilson DL, Lappas M, Howard M, Barnes M, O'Donoghue F, et al. Effects of maternal obstructive sleep apnoea on fetal growth: a prospective cohort study. PLoS One. 2013;8(7):e68057. doi: 10.1371/journal.pone.0068057
17. Eichenwald EC; Committee on Fetus and Newborn. Apnea of prematurity. Pediatrics. 2016;137(1):e20153757. doi: 10.1542/peds.2015-3757
18. Dominguez JE, Grotegut CA, Cooter M, Krystal AD, Habib AS. Screening extremely obese pregnant women for obstructive sleep apnea. Am J Obstet Gynecol. 2018;219(6):613.e1-613.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2018.09.001
19. Tropiano LMCC, Azevedo A, Fernandes M, Salerno GRF, Vianna DL, Santos JCM. Relação entre incidência de apneia em recém-nascidos e consumo materno de cafeína na gestação. Cad Pós-Grad Distúrb Desenvolv. 2016;16(1):8-16.

Femina
PROTOCOLO

Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – Eliminando a perda de oportunidades

Aníbal Faúndes[1], Olímpio Barbosa de Moraes Filho[2]

Descritores
Pré-natal; Puerpério; Contracepção; Gravidez não planejada; Obstetrícia

INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada atinge grande número de mulheres no Brasil e no resto do mundo. Mais de 100 milhões de mulheres ou aproximadamente 18% daquelas que vivem com seus parceiros, em países em desenvolvimento desejam evitar a gravidez, mas não fazem uso de métodos contraceptivos.[1] Essa situação é ainda pior no grupo dos 69 países mais pobres do mundo, objeto de programa global específico, mas onde mais de 21,6% das mulheres em união desejavam prevenir a gestação, todavia não usavam métodos modernos em 2017.[2] Esses dados revelam a falta de informação e orientação sobre o uso de anticoncepcionais disponíveis e do conhecimento no tocante à necessidade individual de cada mulher. No Brasil, em 2006, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança indicaram que apenas 54% das mulheres haviam planejado sua gravidez e, em 18% dos casos, essa era indesejada.[3] Essas gestações não planejadas são consideradas de risco, pois frequentemente estão associadas a alguns hábitos e/ou intercorrências obstétricas; dentre tantas, destacam-se: retardo do início do pré-natal ou realização de forma inadequada, tabagismo, recém-nascido de baixo peso e não aleitamento.[4] Outra preocupação é a ocorrência de nova gravidez em curto espaço de tempo, que interfere não só nas complicações materno-fetais, mas também apresenta repercussão social e econômica.[5] Uma revisão sistemática, de Conde-Agudelo *et al*.,[6] que incluiu 77 estudos realizados em países dos seis continentes, analisou a associação de intervalo entre gestações (IEGs) e resultados neonatais, tais como prematuridade, baixo peso ao nascimento, pequeno para a idade gestacional (PIG), morte fetal e neonatal precoce. IEGs de menos de seis meses estiveram significativamente associados a aumento de prematuridade (*odds ratio* = 1,40), PIG (*odds ratio* = 1,26) e baixo peso ao nascimento (*odds ratio* = 1,61). Intervalos de 6 a 17 meses estiveram significativamente associados a esses três resultados perinatais adversos. Além disso, mulheres com cesárea segmentar anterior, submetidas à prova de trabalho de parto com IEG menor de 16 meses, tiveram risco aumentado de ruptura uterina.[6] Até o momento, não há um conceito-padrão sobre esse período, mas vários estudos têm mostrado que um bom intervalo entre um parto e outro varia de 18 a mais de 23 meses. Esses fatores aumentam o risco de morbimortalidade materna e/ou perinatal por meio de maior incidência de doenças hipertensivas e hemorrágicas.[5] A explicação é atribuída à depleção nutricional materna, à teoria de competição materno-fetal e aos fatores ambientais.[5] As gestantes necessitam ser informadas sobre esse risco durante o pré-natal ou puerpério. Dessa forma, os períodos da gravidez e do pós-parto são decisivos para o conhecimento, a orientação e o estímulo de uso de anticoncepção.

Como citar?
Faúndes A, Moraes Filho OB. Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – Eliminando a perda de oportunidades. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia nº 16/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

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

2. Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 16, acesse: https://www.febrasgo.org.br/

QUAL O MELHOR MOMENTO PARA A ORIENTAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO? DURANTE O PRÉ-NATAL OU APÓS O PARTO?

O principal objetivo do planejamento familiar é reduzir o número de gestações não planejadas, que, consequentemente, não são desejadas na maior parte dos casos. A incidência de uso de métodos contraceptivos no país vem aumentando, mas ainda há muitas mulheres que necessitam de auxílio na orientação e na escolha.[3]

A gravidez e o período pós-parto são momentos adequados para falar sobre métodos anticoncepcionais, pois há aumento de motivação para usá-los. Durante o pré-natal, a gestante tem contato próximo e constante com profissionais de saúde devido às várias consultas, nas quais muitos assuntos podem ser abordados e discutidos. Esse momento favorece o relacionamento médico-paciente e o questionamento sobre as necessidades individuais de anticoncepção. Há um tempo para refletir sobre a escolha do melhor método contraceptivo ou daquele que mais agrade a mulher. A orientação interfere diretamente na decisão sobre o uso e no tipo de contracepção que será utilizada. Há algumas evidências que mostram maior receptividade na orientação e informação sobre contracepção durante o pré-natal, principalmente na decisão para métodos definitivos como a laqueadura tubária.[7]

Nesse sentindo, em se tratando da possibilidade do início imediato após o parto vaginal ou cesáreo, particularmente do dispositivo intrauterino (DIU), isso só pode ser realizado se a mulher recebeu orientação no pré-natal e tomou a livre decisão de escolher esse método anticoncepcional para ser inserido no pós-parto imediato.

Durante a internação no pós-parto, o contato médico ou da enfermagem é diário, propiciando a conversa sobre métodos contraceptivos. Se essas orientações já foram feitas durante o pré-natal, elas necessitam ser reforçadas para a escolha do melhor ou mais adequado anticoncepcional. A puérpera precisa de cuidados especiais, pois vivencia alterações físicas, emocionais e sociais, que incluem depressão, aleitamento e alteração da libido e da vida sexual.[8]

Uma metanálise, em 2010, avaliou a eficácia da informação e da orientação de métodos contraceptivos durante o pós-parto,[9] concluindo que o uso de anticoncepcionais aumentou, e isso teve como consequência menor número de gestações não planejadas.[9] Os melhores resultados obtidos foram entre as pacientes que participaram de grupos educativos sobre métodos contraceptivos por duas ou mais vezes.[9]

No México, onde o planejamento familiar atua com orientação de anticoncepção durante o pré-natal, os estudos mostram aumento de duas vezes na utilização de contraceptivos, em comparação com às informações oferecidas apenas no puerpério. Observou-se aumento significante na utilização do preservativo, do DIU e da anticoncepção cirúrgica.[10]

Resultados semelhantes foram avaliados por Hernandez *et al.* em estudo publicado em 2012 e realizado na Flórida, onde, também, observaram que o uso de anticoncepção estava relacionado a estar morando com parceiro, a ter tido algum problema obstétrico, bem como ao nível de renda familiar e ao grau de escolaridade.[11] Porém, esses resultados não foram obtidos em trabalhos realizados em outros locais, como China, Escócia e África do Sul,[12] talvez porque nesses locais a prevalência de utilização de métodos contraceptivos seja alta, por exemplo, em Edimburgo, atinge cerca de 80% das mulheres.[12,13]

No puerpério e durante todo o processo de amamentação natural, o medo de uma nova gestação está quase sempre presente, sendo, portanto, importante que se ofereça contracepção segura e adequada sem interferir no desenvolvimento da criança e estimulando ao máximo o aleitamento materno.

Os benefícios do aleitamento materno são sobejamente conhecidos há muito tempo, tanto na consolidação do vínculo afetivo e psicológico mãe-filho quanto na redução da morbidade e mortalidade neonatal e infantil, principalmente por meio da transmissão de imunoglobulinas, pela modificação da flora bacteriana do trato gastrintestinal do bebê e pela exposição reduzida a patógenos presentes na água ou em outro leite.[14] Há, ainda, grandes evidências de que mães que amamentam apresentam menor sangramento no pós-parto, involução uterina mais rápida, atraso da ovulação, aumentando, assim, o intervalo interpartal.[14] Devem ser ainda lembradas as inúmeras vantagens sob os aspectos práticos e econômicos.

As considerações sobre a necessidade de preservar o aleitamento levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a colocar apenas o DIU com cobre na categoria 1 (sem restrições) de elegibilidade para início imediato ou nas primeiras 48 horas após o parto, colocando na categoria 2 (vantagens superam possíveis desvantagens) a pílula de progestagênio, os implantes subdérmicos e o DIU com levonorgestrel. A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona está na categoria 3 (desvantagens superam possíveis vantagens), porque se desconhecem os possíveis efeitos sobre o recém-nascido no tocante ao progestagênio presente no leite materno. O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA tem um critério um pouco mais liberal, colocando na categoria 1 todos os progestagênios após 30 dias do parto, enquanto a OMS faz o mesmo apenas após seis semanas pós-parto.[15]

RETORNO DA FERTILIDADE

O retorno da ovulação após o término da gravidez depende basicamente de como está sendo conduzido o processo de amamentação. Em mulheres que não amamentam, a função do eixo hipófise-hipotálamo geralmente se normaliza entre quatro e seis semanas após o

parto, com o início da ovulação ocorrendo em média ao redor de 40 a 45 dias do puerpério, mas algumas puérperas que não amamentam apresentam ovulação precocemente, por volta do 25º dia.[16] Na presença de aleitamento materno exclusivo, não ocorre a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo devido à hiperprolactinemia, com consequente alteração nos níveis de gonadotrofinas e na ovulação. O padrão de amamentação é importante na manutenção da amenorreia e da anovulação, sendo o número de sucções (mais de cinco vezes por dia) e a duração das mamadas (mais de 80 minutos por dia) fatores básicos. Estudos prospectivos têm referido que a primeira menstruação em mulheres que amamentam ocorre em média 28 semanas após o parto.[17] Os ciclos iniciais são frequentemente associados com fase lútea inadequada e com relativa infertilidade, tendo uma média de início de retorno de ovulação por volta de 33 semanas.[17] Deve-se frisar, no entanto, que, embora seja importante e sobejo o conhecimento do efeito anticoncepcional da lactação do ponto de vista de saúde pública, ela não pode ser considerada um método confiável em âmbito individual, principalmente após os primeiros 60 dias, na dependência do esquema de amamentação, da presença ou não de amenorreia e da suplementação alimentar do lactente.

MÉTODO DE AMENORREIA DA LACTAÇÃO (LAM)

O aleitamento materno apresenta efeito contraceptivo e tem valor no espaçamento do intervalo interpartal, principalmente em países, como o Brasil, em desenvolvimento. Durante a lactação, ocorrem elevados níveis de prolactina, que são responsáveis pela inibição da secreção de hormônios hipotalâmicos, que interferem no eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Há alteração na liberação de estrogênio, que interfere na ovulação. O aleitamento como método contraceptivo se baseia na ausência de ovulação e amenorreia causada pelas modificações hormonais já descritas. [17] A efetividade desse método depende da intensidade e da frequência das mamadas. Puérperas que amamentam de forma exclusiva (quando o aleitamento é a única fonte de alimento para o recém-nascido), com menos de seis meses pós-parto e em amenorreia devem ser avisadas de que a eficácia desse método é de aproximadamente 98%.[18] Estudo prospectivo, que avaliou a incidência de gravidez em mulheres que amamentavam exclusivamente e encontravam-se em amenorreia, observou uma taxa de falha de 0,9% a 1,2% nos primeiros seis meses.[19] A parada da amamentação altera os valores de prolactina, reduzindo-os, e ocorre o retorno da ovulação em 14 a 30 dias.[19] Atualmente, poucas mulheres conseguem manter o aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses, mas podem ser orientadas a usar o LAM enquanto isso ocorrer. Revisão sistemática, publicada em 2008, revelou que a mulher que amamenta exclusivamente e encontra-se em amenorreia possui baixo risco de gravidez nos seis primeiros meses após o parto, o que foi denominado de subfertilidade da lactação.[20] Alguns fatores podem facilitar o retorno da fertilidade, tais como redução da frequência das mamadas, parada ou diminuição das mamadas noturnas, introdução de suplementos (chá, suco de frutas, alimentos sólidos), separação do bebê (retorno ao trabalho), ansiedade, estresse ou alguma doença materna ou do recém-nascido.[20] Mulheres que se utilizam do LAM devem ser orientadas de que a eficácia desse método diminui quando decresce o número de mamadas, a menstruação retorna ou com mais de seis meses após o parto. Considera-se retorno da menstruação a ocorrência de sangramento por mais de dois dias e há necessidade de uso de absorvente.[20-23] Em puérperas que apresentam alguma doença clínica ou cirúrgica, com risco de piora na gravidez, métodos mais eficazes devem ser escolhidos.

QUANDO DEVE SER INICIADA A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

Nas puérperas que não amamentam ou quando o aleitamento é misto, o início do uso de método contraceptivo deve ocorrer até a terceira ou quarta semana após o parto.[19] Em presença de aleitamento materno exclusivo, pode-se iniciar a anticoncepção mais tardiamente, a partir da sexta semana após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem método algum.[19] Em mulheres em amenorreia, é recomendável que, antes da introdução de qualquer método contraceptivo, se afaste a hipótese de gravidez.

ORIENTAÇÃO E ESCOLHA DE ANTICONCEPÇÃO

No período após o parto, puerpério, ao fazer a escolha contraceptiva, além das características inerentes a qualquer método, tais como eficácia, segurança, eventos adversos e reversibilidade, deve-se atentar para a possibilidade de efeitos sobre a lactação e o recém-nascido. Algumas opções podem ser limitadas devido às alterações que podem causar na qualidade ou na quantidade do leite. Os métodos devem ser avaliados de acordo com os critérios de elegibilidade para uso de contraceptivos estipulados pela OMS.[21]

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Critérios de elegibilidade para uso dos métodos anticoncepcionais

A OMS vem-se preocupando em nortear a indicação de critérios clínicos de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos por meio da classificação em quatro categorias, assim estabelecendo a conveniência ou a restrição ao uso de um determinado anticoncepcional:[21]

- Categoria 1: o método pode ser usado sem restrição;

- Categoria 2: o método pode ser usado com restrições; são situações nas quais as vantagens em usar o método superam os riscos. Nesta categoria, o método não é a primeira escolha e, quando usado, deve ser acompanhado com cautela;
- Categoria 3: os riscos decorrentes do seu uso superam os benefícios, sendo necessário acompanhamento rigoroso da usuária;
- Categoria 4: o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Os métodos podem ser classificados em transitórios e definitivos. Os transitórios mais utilizados são os de barreira, DIU e os hormonais.

Métodos de barreira

São métodos que evitam a gravidez e impedem a ascensão dos espermatozoides ao trato genital superior. Atuam por meio de obstáculos mecânicos ou físicos. São divididos em masculino, o preservativo, e feminino, que compreendem o preservativo feminino, o diafragma e os espermicidas. Todas essas opções podem ser utilizadas durante a amamentação.[24]

Algumas orientações sobre o uso desses métodos devem ser feitas de forma específica para as mulheres no puerpério e durante o aleitamento. O epitélio vaginal da puérpera está atrófico, com lubrificação diminuída; assim, é recomendável o emprego dos métodos de barreira associados a lubrificantes. A eficácia desses métodos depende do seu uso correto, sendo importante que a mulher esteja consciente da necessidade de colocá-los em todas as relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso.

Preservativo masculino – Dar preferência aos lubrificados ou associar o emprego de espermicidas, assim contornando a falta de lubrificação vaginal e aumentando a sua eficácia.

Preservativo feminino – As características de uso são semelhantes às encontradas fora do puerpério. Necessita ser colocado antes de qualquer contato genital e durante a penetração deve-se certificar-se de que o pênis se encontra dentro do dispositivo. A opção de uso desse método oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, tendo uma vantagem em relação ao preservativo masculino, que é a cobertura dos genitais externos.

Diafragma – Iniciar o uso após seis semanas do parto, quando já ocorreu toda a involução uterina, pois sua eficácia depende da medida correta do tamanho, com adequada localização anatômica no canal vaginal.[19] Em casos em que a puérpera já era usuária de diafragma, impõe-se nova medida. A associação com espermicida oferece as mesmas vantagens referidas para o preservativo.

Espermicidas – Formam uma barreira química ao acesso dos espermatozoides ao trato reprodutivo feminino. Não há relatos de alterações no aleitamento ou de efeitos colaterais para o lactente. Recomendações recentes da OMS sugerem que apenas mulheres de baixo risco para doenças sexualmente transmissíveis usem espermicidas contendo nonoxinol-9. O uso repetido ou em altas doses de nonoxinol-9 está associado ao aumento de risco de lesões genitais, que podem propiciar a aquisição de infecção por HIV.[19]

Dispositivo intrauterino

É um método bastante seguro e conveniente no puerpério e não interfere no processo de lactação e no desenvolvimento da criança. Oferece como vantagens alta eficácia e longa duração, sem apresentar maior incidência de complicações do que fora desse período.[21]

A inserção do DIU pode ser feita por via vaginal, imediatamente após a dequitação (até 10 minutos) ou até 48 horas do parto, ou por via abdominal, durante a cesárea, antecedendo à histerorrafia (categoria 1).[21]

Em revisão sistemática, publicada em 2010, os autores concluíram que a inserção logo após o parto parece ser segura e eficaz, apesar do pequeno número de estudos comparativos com colocações em outros momentos.[22]

Esse procedimento não apresenta aumento de complicações, como perfurações ou infecções, mas pode evoluir com discreta elevação no número de expulsões.[22] Estudo realizado no Brasil confirmou que a inserção do DIU com cobre, nos primeiros 10 minutos após o parto, não aumenta em nada o sangramento pós-parto nem a incidência de endometrite ou de outras infecções.[23]

Outros estudos referem menor taxa de expulsão quando a inserção do DIU é feita nos primeiros 10 minutos após a dequitação e após cesárea quando comparada à via vaginal.[24] Essa intercorrência pode ser reduzida ou evitada com treinamento específico e colocação adequada nos primeiros minutos após a dequitação. A inserção logo após o parto apresenta como vantagem a alta motivação das mulheres, facilidade e conveniência, principalmente para aquelas que têm dificuldade de acesso a serviços médicos. As taxas de continuidade de uso do método são similares às das inserções em outros momentos.

Em alguns países, como a China, o México e o Egito, essa conduta é adotada e tornou-se popular.[22]

A colocação do DIU deve ser evitada após 48 horas até quatro semanas pós-parto, pois existe maior risco de perfuração (categoria 3).[21] Na presença de infecção puerperal, o DIU não deve ser colocado (categoria 4).[21]

Quanto ao uso de sistema intrauterino com levonorgestrel, semelhante ao dispositivo que contém cobre, pode ser inserido logo após o parto, mas como outros anticoncepcionais com progestagênios, estando na categoria 2 da OMS.[21] Estudos não têm mostrado alterações no aleitamento nem no acompanhamento do desenvolvimento das crianças no período de utilização; é um método que pode ser inserido até 48 horas

de pós-parto (categoria 2) ou após quatro semanas do parto, como o DIU com cobre (categoria 1).[21]

O uso desse método tem apresentado alta eficácia e aceitabilidade entre as usuárias.[25] Shaamash *et al*., em trabalho randomizado e controlado, não observaram diferença na duração do aleitamento materno e no crescimento de bebês entre usuárias de DIU com cobre quando comparado ao que contém levonorgestrel.[25] Os níveis hormonais séricos obtidos são menores que os das usuárias de contraceptivos hormonais orais ou dos implantes só com progestagênios.[25]

Métodos hormonais

Os anticoncepcionais hormonais são utilizados e preferidos por muitas mulheres. No período logo após o parto e durante o aleitamento, alguns cuidados devem ser tomados. Há hipótese de que os hormônios transferidos para o recém-nascido durante o aleitamento podem ter valores maiores que o esperado na circulação sanguínea infantil. Isso ocorre devido à imaturidade tanto hepática, que não consegue metabolizar de forma adequada os hormônios, quanto renal, que não o excreta apropriadamente.[26] Porém, é importante ser referido que a transferência dos hormônios pelo leite é pequena, e alguns estudos colocam em dúvida se ela realmente existe.[27] Os método contraceptivos hormonais são classificados de acordo com sua composição, combinados quando contêm progestagênio associado ao estrogênio ou só com progestagênios.

a) Com progestagênio isolado (oral, injetável trimestral, implante subdérmico)

Podem ser empregados durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido, não alteram o volume do leite produzido nem a concentração de proteínas, lipídeos ou lactose.[28-30] A orientação é para início após seis semanas do parto e devem ser os preferidos quando a opção desejada pela puérpera for a contracepção hormonal.[21] A excreção desses hormônios pelo leite é pequena, correspondendo a menos de 1% da dose materna. Poucos trabalhos avaliaram a metabolização desses hormônios nos lactentes, mas um estudo acompanhou, por oito anos, crianças cujas mães utilizaram contraceptivos hormonais e não evidenciou alteração no crescimento ou no desenvolvimento.[28,29]

Em outras publicações, como em uma revisão sistemática em 2010, os autores concluíram que, mesmo com o início precoce do anticoncepcional, ou seja, logo após o parto, não houve interferência no sucesso da amamentação.[31] A eficácia desses métodos é alta, correspondendo a uma taxa de falha menor que 1%.

- A minipílula (0,35 mg de noretisterona ou 0,03 mg de levonorgestrel ou 0,5 mg de linestrenol) pode ser mantida até seis meses ou até a paciente menstruar, geralmente coincidindo com o início da complementação alimentar da criança (categoria 1).[21]
- Anticoncepcional hormonal oral contendo doses maiores de progestagênio (75 mcg de desogestrel) apresenta maior eficácia que as minipílulas, podendo ser mantido mesmo após o término da lactação. Estudos recentes não observaram alterações na composição ou na quantidade do leite materno (categoria 1).[21]
- A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona (150 mg), por via intramuscular, deve ser iniciada após seis semanas do parto (categoria 1) e seu uso antes desse período deve ser evitado (categoria 3).[15,21]
- É um método de alta eficácia, com facilidade de uso e poucos efeitos colaterais. Estudos não detectaram qualquer efeito clinicamente mensurável sobre a saúde ou o crescimento de bebês amamentados por mulheres que usaram esse método a partir das seis semanas após o parto (categoria 1). Outro dado positivo é a referência de que usuárias desse método apresentam maior duração do aleitamento exclusivo, em comparação com a utilização de outros.[32]
- O implante subdérmico (etonogestrel) apresenta alta eficácia associada à praticidade e à conveniência. Estudos que avaliaram a ação hormonal no aleitamento não observaram efeitos sobre o sucesso, a continuidade da lactação e o desenvolvimento da criança.[33,34] Tem como vantagem ser um método de longa duração (até cinco anos),[35] com rápido retorno à fertilidade após a sua remoção. Pode ser inserido após seis semanas do parto (categoria 1).[21]

Trabalhos recentes têm relatado que mulheres nas quais o implante foi colocado precocemente, entre um e três dias após o parto, não apresentaram diferenças no aleitamento, quando comparadas àquelas com inserção após quatro a oito semanas.[36]

Recente versão Cochrane mostrou que a taxa de inserção foi maior quando inserido no pós-parto imediato em comparação com a postergação da inserção para visita posterior, mas a taxa de continuação de uso e de gravidez aos 12 meses foi a mesma em ambos os grupos.[37]

As mulheres que optam por utilizar método só com progestagênio devem ser avisadas de que a incidência de amenorreia durante o aleitamento é alta, mas pode ocorrer sangramento irregular.

b) Hormonais combinados (via oral, injetável, transdérmica ou vaginal)

Durante a gravidez ocorrem alterações hematológicas, como aumento de fatores de coagulação e de fibrinogênio, com decréscimo de anticoagulantes naturais levando a um maior risco de fenômenos trom-

boembólicos. Algumas mulheres apresentam aumento adicional no risco por terem mais de 35 anos ou fumarem. Dessa forma, os contraceptivos hormonais combinados não devem ser utilizados nas primeiras semanas após o parto, pois aumentam a chance de complicações tromboembólicas (categoria 4).[21]

Jackson *et al.*, em 2011, publicaram revisão sistemática sobre o risco de trombose venosa durante o puerpério, após a avaliação de 13 estudos. O aumento observado foi de 22 a 84 vezes nos primeiros 42 dias após o parto, em comparação com a paciente não grávida saudável e em idade reprodutiva.[38] Esse risco está muito elevado logo após o parto, mas declina nos primeiros 21 dias, retornando a valores basais após 42 dias.[38]

Além disso, por ação do componente estrogênico, pode ocorrer diminuição da quantidade de leite, não alterando significativamente a concentração de proteínas, gorduras e lactose. Na presença de aleitamento, o contraceptivo hormonal combinado não deve ser usado antes de seis semanas do parto (categoria 4) e precisa ser evitado, se houver a chance de usar outro método, até seis meses após o parto (categoria 3).[21]

Esses cuidados necessitam ser realizados, pois em revisões sistemáticas os dados são insuficientes para afirmar que não há efeito na quantidade ou qualidade do leite.[39]

A passagem dos hormônios para o lactente ocorre em geral em proporções inferiores a 1% da dose materna, semelhantes aos valores hormonais observados em mulheres com ciclos ovulatórios. Muitos estudos não observaram efeitos adversos no leite em relação à qualidade nem à quantidade.[40]

Os métodos hormonais combinados não devem ser indicados quando ocorrer aleitamento materno exclusivo. Se forem utilizados em pacientes que já estão menstruando e com amamentação mista, a opção mais adequada será o uso de contraceptivo hormonal de baixa dose (estrógeno ≤ 30 mcg), ingerindo-se a pílula de preferência logo após a mamada, ou no início do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se, também, que haja aumento da duração do estímulo de sucção.

Anticoncepção de emergência

Mulheres que estão amamentando podem usar anticoncepção de emergência sem restrições.[21] O uso desse contraceptivo é recomendado para mulheres que tiverem relação desprotegida ou falha de método. No entanto, não há indicação se ocorrer antes de 21 dias pós-parto.[21] O seu uso deve ser feito preferencialmente após a mamada.

Métodos definitivos – Esterilização

Por serem definitivos, tanto a vasectomia como a ligadura tubária devem ser resultantes de decisão consciente e amadurecida do casal, tomada, de preferência, fora da gestação ou no início dela, e também não no momento do parto. As condições do recém-nascido devem ser levadas, sempre, em consideração. Devem ser respeitadas as orientações da Lei nº 9.263, de 1996, que trata de planejamento familiar e refere-se à esterilização voluntária, restringindo a esterilização cirúrgica no parto/puerpério aos casos de comprovada necessidade, ou seja, risco da vida materna ou por cesarianas sucessivas.[41] Fora esses dois casos, a mulher deve ser orientada a procurar um serviço de planejamento familiar, decorridos 30 dias do parto, para receber orientação necessária, bem como para eventual uso de um método contraceptivo, enquanto aguarda o processo de esterilização cirúrgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Informações e orientações sobre métodos contraceptivos devem ser oferecidas à mulher ou ao casal durante o último trimestre da gravidez ou logo após o parto. A escolha do método contraceptivo e o momento de início são de extrema importância para o bom aleitamento materno. Mulheres que estão amamentando devem ser orientadas de que a suplementação alimentar do recém-nascido, o retorno da menstruação e o período após seis meses do parto aumentam as chances da fertilidade. Todos os métodos contraceptivos devem ser oferecidos às mulheres que estejam amamentando. A escolha é sempre opção da mulher, contudo obedecendo às indicações e às características de cada método.

REFERÊNCIAS

1. Ross JA, Winfrey WL. Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Uni-on: An Updated Estimate. Int Fam Plan Perspect. 2002;28(3).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, et al. Modern contraceptive use, un-met need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. Lancet. 2018;391(10123):870-82.
4. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. Stud Fam Plann. 2008;39(1):18-38.
5. Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes: a review of the literature. N Engl J Med. 1999;340(8):589-94.
6. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outco-mes: a meta-analysis. JAMA. 2006;295(15):1809-23.
7. Walton SM, Gregory H, Cosbie-Ross G. Family planning counseling in an antenatal clinic. Br J Fam Plann. 1987;13(4):136-9.
8. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care – what's new? Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19(6):561-7.
9. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Da-tabase Syst Rev. 2010;(1):CD001863. Review.
10. Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexi-co. Int Fam Plan Perspect. 2007;33(1):6-12.

11. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. Matern Child Health J. 2012;16(2):423-9.
12. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antena-tally of value? Contraception. 2002;65(3):237-43.
13. Lopez LM, Hiller JE, Grimes D, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochra-ne Database Syst Rev. 2012;(8):CD001863.
14. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. Cochrane Data-base Syst Rev. 2003;(4):CD001329.
15. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. Matern Health Neonatol Perinatol. 2017;3:1.
16. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic re-view. Obstet Gynecol. 2011;117(3):657-62.
17. McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: adequacy of post-partum luteal phases. Clin Endocrinol (Oxf). 1982;17(6):609-15.
18. Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family plan-ning. Lancet. 1992;339(8799):968-70.
19. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pre-gnancy during breast-feeding. Fertil Steril. 1999;72(3):431-40.
20. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. Cochrane Data-base Syst Rev. 2003;(4):CD001329. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2015;10:CD001329.
21. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
22. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HA, Stanwood NL. Immediate post-partum insertion of intrau-terine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2010;12(5):CD003036.
23. Welkovic S, Costa LO, Faúndes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection af-ter post-placental IUD insertion. Contraception. 2001;63(3):155-8.
24. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. Con-traception. 2009;80(4):327-36.
25. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. Contraception. 2005;72(5):346-51.
26. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contra-ceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(6):1250-6.
27. Patel SB, Toddywalla VS, Betrabet SS, Kulkarni RD, Patel ZM, Mehta AC, et al. At what 'infant-age' can le-vonorgestrel contraceptives be recommended to nursing mothers? Adv Contracept. 1994;10(4):249-55.
28. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. Contraception. 1986;34(5):443-57.
29. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Deve-lopment, and Research Training in Human Reproduction. Contraception. 1994;50(1):55-68
30. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception. 2016;94(3):226-52.
31. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception. 2010;82(1):17-37.
32. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers recei-ving depot-medroxyprogesterone acetate. Contraception. 1984;30(6):523-33.
33. Díaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing wo-men. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine de-vices. Contraception. 1997;56(4):223-32.
34. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, Praisuwanna P, Tosukhowong P, Dieben T. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. Contraception. 2006;73(4):368-71.
35. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al.; WHO study group on subdermal con-traceptive implants for women. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal con-traceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. Hum Reprod. 2016;31(11):2491-8.
36. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2011;117(5):1114-21.
37. Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed pos-tpartum insertion of contraceptive implant for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4:CD011913.
38. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a sys-tematic review. Obstet Gynecol. 2011;117(3):691-703.
39. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003988.
40. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception. 2010;82(1):10-6.
41. Brasil. Leis e Decretos. Lei no 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o 7o artigo 226 da Constituição Fe-deral que trata de Planejamento Familiar, estabelece penalidades e esclarece outras providências. Diário Oficial da União. 1996; Seção 1.

Femina
PROTOCOLO

Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos

Eliana Aguiar Petri Nahas[1], Jorge Nahas-Neto[1]

Descritores

Menopausa; Terapia hormonal; Regimes terapêuticos

INTRODUÇÃO

A terapêutica hormonal (TH) da menopausa envolve uma gama de hormônios, diferentes vias de administração e doses e, ainda, esquemas diversos.[1] Os riscos e os benefícios da TH diferem entre as mulheres na transição da menopausa em comparação àquelas mais velhas.[1] O início da TH em mulheres com mais de 10 anos de pós-menopausa pode associar-se ao aumento do risco de doença cardiovascular (DCV). Entretanto, se iniciada na peri e pós-menopausa inicial, a TH pode diminuir o risco cardiovascular, conceito conhecido como "janela de oportunidade" (nível de evidência: D).[1-4] Em uma reanálise do estudo *Women's Health Initiative* (WHI), as mulheres que apresentaram maiores benefícios com o uso de TH foram aquelas com idade entre 50 e 59 anos ou com menos de 10 anos de pós-menopausa. Esses benefícios incluíram a redução da incidência de DCV e da mortalidade geral (nível de evidência: A).[4]

BENEFÍCIOS DA TERAPÊUTICA HORMONAL

As principais indicações da TH são para o tratamento dos sintomas vasomotores e da atrofia vulvovaginal e a prevenção da osteoporose e fraturas osteoporóticas (nível de evidência: D).[1-4] Os sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese noturna), frequentes na peri e pós-menopausa, acometem até 80% das mulheres. O tratamento dos sintomas vasomotores é considerado indicação primária para TH, especialmente para mulheres sintomáticas abaixo dos 60 anos e com menos de 10 anos de menopausa, sendo unânime em todos os recentes consensos sobre TH da menopausa (nível de evidência: D).[1-5] Um estudo de revisão da *Cochrane Library*, avaliando a eficácia da TH no tratamento dos sintomas vasomotores, incluiu 24 ensaios clínicos e demonstrou com estrogenoterapia redução de 75% na ocorrência e de 87% na intensidade dos sintomas em relação ao placebo, independentemente da associação ao progestagênio (nível de evidência: A).[6]

A atrofia vulvovaginal é condição decorrente da redução dos estrogênios nos tecidos da vulva e da vagina, sendo o diagnóstico baseado nos sintomas referidos pela paciente e detectados no exame ginecológico. O estudo VIVA (*Vaginal Health: Insights, Views and Attitudes*)[7] avaliou a saúde vaginal de 3.250 mulheres (europeias, norte-americanas e canadenses) com idades entre 55 e 65 anos. Os autores constataram que 80% das mulheres relataram sintomas de ressecamento vaginal e 50%, de dispareunia, com consequências negativas para a vida sexual em 80% e piora da qualidade de vida em 25%[7] (nível de evidência: A). No estudo REVIVE (*Real Women's VIews of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs*),[8] com a participação de 3.768 mulheres europeias com idades entre 45 e 75 anos, o sintoma mais comum da atrofia vulvovaginal foi o ressecamento vaginal em 70% dos casos, com impacto negativo na satisfação sexual em 72% (nível de evidência: A).[8] O principal objetivo do tratamento na atrofia vulvovaginal é o alívio dos sintomas, principalmente o ressecamento vaginal. Uma revisão da *Cochrane Library*, incluindo dados de 30

Como citar?

Nahas EA, Nahas-Neto J. Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia nº 54/Comissão Nacional Especializada em Climatério).

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Climatério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 54, acesse: https://www.febrasgo.org.br/

estudos clínicos randomizados com 6.235 mulheres, demonstrou que os estrogênios tópicos vaginais são mais eficazes no alívio das manifestações atróficas vaginais em comparação ao placebo ou aos géis não hormonais (nível de evidência: A).[9]

A TH é eficaz na prevenção da perda óssea associada à menopausa e na redução da incidência de todas as fraturas relacionadas à osteoporose, incluindo fraturas vertebrais e de quadris.[1-4] Avaliando o efeito da TH na prevenção e no tratamento da osteoporose, uma metanálise incluiu 57 ensaios clínicos randomizados e demonstrou que a TH foi eficaz em manter ou melhorar a densidade mineral óssea (DMO), com acréscimo médio de 6,8% na DMO da coluna lombar e de 4,1% no colo de fêmur em dois anos (nível de evidência: A).[10] Dados do estudo WHI demonstraram que, com o uso de TH combinada ou de estrogênios isolados, houve redução de 4,9 e 5,9 fraturas/1.000 mulheres em cinco anos, respectivamente (nível de evidência: A).[11] A TH pode ser indicada para prevenir e tratar a osteoporose em mulheres de elevado risco antes dos 60 anos de idade ou dentro dos primeiros anos de pós-menopausa (nível de evidência: D).[1-4]

Evidências atuais sugerem outros benefícios da TH sobre os sintomas geniturinários e distúrbios da função sexual e na redução da DCV, além de melhora da qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa. Esses benefícios, embora reconhecidos, não são considerados suficientes para indicar o uso da TH na ausência das indicações consagradas (nível de evidência: D).[4] A TH sistêmica ou a estrogenoterapia local pode melhorar a satisfação sexual por aumentar a lubrificação vaginal, o fluxo sanguíneo e a sensibilidade da mucosa vaginal e melhorar a dispareunia.[3,4] Contudo, são poucas as evidências que demonstram efeito significativo da TH sobre interesse sexual, excitação, orgasmo ou desejo sexual hipoativo, independentemente do seu efeito no tratamento de outros sintomas da menopausa. A TH não se correlacionou com aumento da atividade sexual em análise secundária do estudo WHI sobre a atividade sexual (nível de evidência: A).[12] Se a TH sistêmica está indicada para alívio dos sintomas vasomotores e a paciente relata diminuição da libido, as formulações transdérmicas são preferidas à via oral, pois esta aumenta a globulina carreadora dos hormônios sexuais (SHBG) e reduz a biodisponibilidade da testosterona endógena (nível de evidência: D).

A TH tem potencial para melhorar o risco cardiovascular a partir dos seus efeitos benéficos sobre a função vascular, os níveis lipídicos e o metabolismo da glicose.[1] Dados atuais sugerem que os benefícios da TH superam os seus riscos, com menos eventos da DCV em mulheres saudáveis na peri e pós-menopausa inicial (nível de evidência: D).[3] O estudo WHI com uso de TH combinada [estrogênio conjugado (EC) 0,625 mg por dia associado a acetato de medroxiprogesterona (AMP) 2,5 mg por dia] foi interrompido após 5,2 anos de seguimento por aumento no risco de doença cardíaca coronariana (DCC), acidente vascular cerebral (AVC) e tromboembolismo venoso (TEV) (nível de evidência: A).[13] A taxa total de DCC foi de 39 casos *versus* 33 por 10.000 pessoas-ano quando comparada TH combinada ao placebo, mas apresentou efeito protetor se utilizada por mulheres mais jovens, entre 50 e 59 anos, e com menos de 10 anos de menopausa (nível de evidência: A).[13] Para as mulheres sintomáticas saudáveis e com idade inferior a 60 anos ou que estão dentro de 10 anos da pós-menopausa, os efeitos favoráveis da TH, na DCV e na mortalidade geral, devem ser considerados contra o pequeno aumento no risco para TEV (nível de evidência: D).[3] O risco de diabetes tipo 2 parece diminuir com o uso da TH, pela redução da resistência à insulina não relacionada ao índice de massa corpórea (IMC).[4] No estudo WHI, foi observada a redução significativa na incidência do diabetes de 19% entre as usuárias de TH combinada e de 14% com uso de estrogênio isolado.[13] Para mulheres entre 50 e 59 anos, estima-se redução de 11 casos/1.000 por cinco anos de uso.[4] Com o uso da TH, a incidência de diabetes diminuiu cerca de 40%, com níveis mais baixos de glicose de jejum e hemoglobina glicada.[3] Porém, tais resultados não são suficientes para indicar TH para a prevenção primária de diabetes.[4] Assim, em mulheres saudáveis sem DCV estabelecida, há evidências de benefícios cardiovasculares quando a TH é iniciada na transição menopausal ou nos primeiros anos de pós-menopausa, na chamada janela de oportunidade (nível de evidência: A). Contrariamente, há aumento do risco cardiovascular quando iniciada em mulheres com muitos anos de menopausa (nível de evidência: A).[4]

A presença de sintomas climatéricos está fortemente associada à diminuição da qualidade de vida quando se utilizam instrumentos específicos de avaliação.[1] A TH pode melhorar a qualidade de vida em mulheres na peri e pós-menopausa sintomáticas em resposta à melhora obtida com tratamento sobre os sintomas vasomotores e as desordens da função sexual, do sono e do humor (nível de evidência: A).[14] Entretanto, não existem evidências de que a TH melhore a qualidade de vida em mulheres assintomáticas. Assim, a qualidade de vida, a função sexual e outras queixas relacionadas à menopausa e que podem interferir na qualidade de vida, como dores articulares e musculares, mudanças de humor e distúrbios do sono, podem melhorar com o uso da TH (nível de evidência: D).[2]

RISCOS DA TERAPÊUTICA HORMONAL

De acordo com a *North American Menopause Society* (NAMS)[3] (nível de evidência: D), o uso da TH estroprogestativa é limitado pelo aumento do risco de câncer de mama em três a cinco anos, enquanto a terapia estrogênica isolada teria maior período de uso com segurança. Por sua vez, a *International Menopause Society* (IMS) não vê motivos para impor limites com relação à duração da TH, referindo que estudos indicam o uso por pelo menos cinco anos em mulheres saudáveis que iniciaram a TH

na "janela de oportunidade" e que a continuidade, além desse período, pode ser realizada baseada no perfil de risco individual de cada mulher (nível de evidência: D).[1] A Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) considera que não há duração máxima obrigatória para o uso da TH e que esta deve ser suspensa quando os benefícios não forem mais necessários ou quando a relação risco-benefício for desfavorável (nível de evidência: D).[4]

O efeito da TH sobre o risco de câncer de mama pode depender do tipo de TH, dose, duração do uso, regime, via de administração, exposição prévia e características individuais (nível de evidência: D).[3,4] O aumento do risco de câncer de mama associado ao TH é pequeno e estimado em menos de 0,1% ao ano, ou seja, uma incidência absoluta de menos de um caso por 1.000 mulheres por ano de uso.[1,2] No estudo WHI, as mulheres que receberam EC isolado mostraram redução não significativa no risco de câncer de mama após 7,2 anos de uso em média, com sete casos menos de câncer de mama invasivo por cada 10.000 pessoas-ano, em comparação com as mulheres que receberam placebo (nível de evidência: A).[15] Ainda, um risco absoluto de câncer de mama, considerado baixo (menor que um caso adicional em 1.000 pessoas-ano de uso), foi observado com EC associado a AMP em uso contínuo no estudo WHI (nível de evidência: A).[15] O estudo observacional europeu E3N *cohort* sugeriu que a progesterona micronizada ou a didrogesterona utilizada em associação ao estradiol (E2) oral ou percutâneo pode associar-se ao melhor perfil de risco para o câncer de mama que outros progestagênios (nível de evidência: B).[16] No entanto, não há dados suficientes de pesquisas clínicas para avaliar completamente possíveis diferenças na incidência de câncer de mama empregando diferentes tipos, doses e rotas de estrogênio, bem como tipos de progestogênios (nível de evidência: D).[1]

A incidência estimada de trombose venosa profunda e embolia pulmonar (TEV) é de um a dois casos por 1.000 mulheres/ano.[4] Os dados do estudo WHI mostraram risco aumentado de TEV com uso da TH oral com EC isolado de sete casos adicionais por 10 mil mulheres/ano e de 18 casos adicionais por 10 mil mulheres/ano com EC/AMP, e com maior risco nos primeiros dois anos de tratamento (nível de evidência: A).[13] Para as mulheres que iniciaram TH com idade inferior a 60 anos, o risco absoluto de TEV foi raro, mas aumentava significativamente com a idade. Doses mais baixas de TH oral poderiam conferir menor risco de TEV do que as doses mais elevadas, mas existem poucos estudos clínicos para comparação.[3] Há evidência de que a via de administração da TH e o tipo de progestagênio associado ao estrogênio sejam importantes no risco de TEV.[1] A progesterona micronizada pode ser menos trombogênica do que outros progestagênios empregados na TH (nível de evidência: B).[17] O uso de estrogênio transdérmico associado à progesterona natural parece ser mais seguro com relação à TEV, especialmente em mulheres de alto risco para TEV (nível de evidência: B).[1,17] No entanto, ensaios clínicos randomizados que tenham comparado a via oral com a transdérmica são ainda escassos e de curta duração.[4] A terapia estrogênica transdérmica deve ser a primeira escolha em mulheres obesas com sintomas climatéricos (nível de evidência: D).[1]

A prescrição da TH exige a existência da clara indicação e a ausência de contraindicações. De acordo com o Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa da Sobrac (nível de evidência: D),[4] as contraindicações são as apresentadas no quadro 1. Já a TH não está contraindicada[3] em situações como hipertensão arterial controlada, diabetes controlado, hepatite C, antecedente pessoal de neoplasia hematológica e de outros cânceres como o de colo uterino de células escamosas, ovário, vagina, vulva, colorretal, pulmonar, tireoidiano, hepático, renal ou gástrico (nível de evidência: D).[3]

Quadro 1. Contraindicações da terapia hormonal da menopausa

Doença hepática descompensada
Câncer de mama
Lesão precursora para câncer de mama
Câncer de endométrio
Sangramento vaginal de causa desconhecida
Porfiria
Doença coronariana
Doença cerebrovascular
Doença trombótica ou tromboembólica venosa
Lúpus eritematoso sistêmico
Meningeoma – apenas para o progestagênio

REGIMES TERAPÊUTICOS

Entre os regimes da TH, esses podem ser estrogênico isolado indicado para mulheres histerectomizadas ou combinado para mulheres com útero, uma associação de estrogênio e progestagênio. A adição do progestagênio para pacientes com útero é necessária para a proteção endometrial, contrabalançando os efeitos proliferativos do estrogênio e diminuindo, dessa forma, os riscos de hiperplasia e câncer endometrial (nível de evidência: A).[18] A forma combinada de TH pode ser do tipo sequencial, em que o estrogênio é administrado continuamente e o progestagênio, durante 12 a 14 dias consecutivos ao mês; ou na forma combinada contínua, em que o estrogênio e o progestagênio são administrados diariamente (nível de evidência: D).[3] No esquema combinado sequencial, a taxa de sangramento é maior, aproximadamente 70% nas doses convencionais [2 mg de E2 ou 0,625 mg de estrogênios conjugados (ECs)], mas sendo previsível ao final do ciclo progestacional. Uma variante do regime sequencial é a administração intermitente do progestagênio cíclico, por 12 a 14 dias, a cada

três a seis meses. No esquema combinado contínuo, as chances de sangramento são menores, porém a imprevisibilidade caracteriza sua eventual ocorrência. Os regimes combinados sequenciais são indicados na transição menopausal até os primeiros anos de pós-menopausa, e os combinados contínuos, na pós-menopausa (nível de evidência: D).[3]

Na TH sistêmica, os estrogênios frequentemente empregados são os ECs e o E2, na forma de 17-β-estradiol micronizado ou o valerato de estradiol. O E2 pode ser empregado por via oral, transdérmica (adesivo) ou percutânea (gel), enquanto o EC apenas pela via oral. As formulações de estrogênios disponíveis para TH no Brasil estão apresentadas no quadro 2.

Na via oral, o estrogênio é absorvido pelo trato digestório, atingindo o fígado pelo sistema porta para, após, atingir os órgãos-alvo pela circulação sistêmica, o que é denominado primeira passagem hepática.[19] O efeito do metabolismo de primeira passagem hepática do estrogênio oral pode potencialmente resultar em alterações hemostáticas pró-trombóticas, todavia essas não são observadas em usuárias de estrogênio por via não oral. Essa é a explicação para o aumento do risco de TVP nas usuárias de estrogênios por via oral e o menor risco em mulheres com estrogênio não oral.[20] A TH por via oral pode elevar o risco de eventos tromboembólicos venosos, embora esse risco seja raro (1/1.000) em mulheres entre 50 e 59 anos de idade (nível de evidência: D).[4] Por sua vez, os estrogênios administrados por via não oral atingem diretamente a circulação sanguínea, com nível hepático inferior ao da via oral, não ocorrendo à primeira passagem hepática e suas consequências metabólicas.[19] Dados sugerem menor risco de TVP com a via transdérmica do que com a via oral do estrogênio. O estudo multicêntrico caso-controle ESTHER encontrou um risco relativo (RR) de TVP de 4,2 apenas para a via oral, mas não para a transdérmica (RR = 0,9) (nível de evidência: B).[17] No estudo de base populacional francês prospectivo *French E3N Study*, os autores verificaram uma associação de TVP com TH oral, mas não com TH transdérmica (nível de evidência: B).[21]

A terapia estrogênica vaginal é a opção eficaz e segura no tratamento da atrofia vulvovaginal de moderada a grave.[22,23] Recente estudo duplo-cego e placebo-controlado comparou a eficácia do E2 vaginal de baixa dose ou do hidratante vaginal ao gel placebo, no tratamento de sintomas vulvovaginais em 302 mulheres na pós-menopausa (61 anos em média), durante 12 semanas. Não foram observadas diferenças entre os grupos de tratamento na redução dos sintomas clínicos, como ressecamento vaginal e dispaurenia. Contudo, mulheres no grupo de E2 apresentaram redução no pH vaginal e aumento no índice de maturação vaginal.[24] As formulações estrogênicas vaginais demonstram melhora dos sintomas clínicos e dos resultados citológicos vaginais quando comparadas aos estrogênios por via oral, que podem falhar em 10% a 25% no alívio dos sintomas da atrofia vulvovaginal.[9] A estrogenoterapia vaginal consiste em uma dose diária de ataque, seguida por redução de duas a três vezes por semana até alcançar a mínima dose que mantenha a integridade vaginal. Pode ser usada durante um a três meses para alívio dos sintomas, embora eles possam reaparecer após a cessação do tratamento (nível de evidência: A).[22] Como os dados de segurança endometrial de longo prazo não são disponíveis, o uso de curta duração de estrogênio vaginal deve ser empregado conforme a necessidade da paciente. Assim como não existem dados suficientes para confirmar a segurança do uso vaginal de estrogênio em mulheres com câncer de mama (nível de evidência: D).[23] Com a terapia estrogênica vaginal, não é preciso associar progestagênios para proteger o endométrio nem recomendar monitoração endometrial, pois as baixas doses das preparações vaginais não apresentam absorção sistêmica significativa (nível de evidência: B).[22]

Quadro 2. Via de administração e dose dos estrogênios empregados na terapêutica hormonal

Tipos	Doses	Via de administração
17β-estradiol micronizado	1 e 2 mg/dia	Oral
Estradiol	25, 50 e 100 mg/dia	Transdémica (adesivo)
	0,5, 1,0, 1,5 e 3 mg/dia	Percutânea (gel)
Valerato de estradiol	1 e 2 mg/dia	Oral
Estrogênios conjugados	0,3, 0,45, 0,625 e 1,25 mg/dia	Oral
	0,625 mg/dia	Vaginal
Estriol	2 a 6 mg/dia	Oral
	0,5 mg/dia	Vaginal
Promestrieno	10 mg/dia	Vaginal

Os progestagênios empregados na TH são compostos sintéticos com atividade progestagênica obtidos a partir de modificações na molécula da própria progesterona, da testosterona ou da espirolactona.[25] As características desejáveis na escolha do progestagênio são: adequada potência progestacional, segurança endometrial e que possa preservar os benefícios estrogênicos com mínimos efeitos colaterais (nível de evidência: D).[26] Todos progestagênios empregados na TH têm um efeito em comum, o efeito secretor no endométrio, e são selecionados por apresentarem adequada atividade após administração e biodisponibilidade. Entretanto, diferenciam-se entre si quanto a outros efeitos que possam desempenhar.[27] Não existem diretrizes claras para a escolha do progestagênio. A tendência atual é preferir os progestagênios mais seletivos aos receptores de progesterona (nível de evidência: D).[3] Os progestagênios utilizados em associação aos estrogênios na TH e as doses mínimas necessárias diárias para efetiva proteção endometrial estão listados no quadro 3.

Quadro 3, Via de administração e dose dos progestagênios empregados na terapia hormonal da menopausa

Tipos	Dose	Via de administração
Acetato de ciproterona	1,0 mg/dia	Oral
Acetato de medroxiprogesterona (AMP)	1,5, 2,5, 5,0 e 10 mg/dia	Oral
Acetato de nomegestrol (NOMAC)	2,5 e 5,0 mg/dia	Oral
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35, 0,5 e 1,0 mg/dia	Oral
	125, 140 e 250 mg/dia	Transdérmica (adesivo)
Didrogesterona	5 e 10 mg/dia	Oral
Drospirenona	2,0 mg/dia	Oral
Gestodeno	0,025 mg/dia	Oral
Levonorgestrel	0,25 mg/dia	Oral
	Libera 20 mg/dia	Sistema intrauterino
Progesterona micronizada	100, 200 e 300 mg/dia	Oral ou vaginal
Trimegestona	0,125 e 0,250 mg/dia	Oral

Os progestagênios mediam seus efeitos intracelulares modulando a transcrição de genes-alvo em células específicas por meio da ligação não apenas ao receptor da progesterona, mas também pela afinidade variada a outros receptores esteroides, tais como os glicocorticoides, mineralocorticoides e androgênicos.[28] Podem apresentar efeito androgênico parcial (levonorgestrel, acetato de noretisterona) ou antiandrogênico parcial (ciproterona, drospirenona), com ação glicocorticoide parcial (AMP) ou antimineralocorticoide parcial (drospirenona), ou ser agonistas puros seletivos do receptor para progesterona (didrogesterona, trimegestona).[27] Os progestagênios mais seletivos são menos antagônicos ao efeito de melhora do perfil lipídico observado com os estrogênios. Por sua vez, os progestagênios estruturalmente relacionados à testosterona, como a noretisterona, diminuem os benefícios sobre o perfil lipídico (nível de evidência: B).[29] Outra diferença entre os diversos progestagênios pode ser observada com a drospirenona, pelo seu efeito antimineralocorticoide, pela ação antagonista ao receptor de aldosterona e que pode resultar em diminuição da pressão arterial em mulheres hipertensas.[26,30] O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) tem sido empregado como forma alternativa de proteção endometrial em regime de estrogenioterapia (nível de evidência: B).[31] A segurança da administração local da progesterona no endométrio está bem documentada ao longo de muitos anos de seguimento na contracepção e os benefícios do SIU-LNG, na TH, justificam sua utilização em mulheres na pós-menopausa (nível de evidência: D).[32]

A tibolona é considerada uma forma de TH, mas com características próprias. É um esteroide sintético derivado da 19-nortestosterona, com propriedades progestagênica (1/8 do acetato de noretisterona), estrogênica (1/10 do estinilestradiol) e androgênica (1/50 da metiltestosterona). Esses efeitos dão-se por meio de três principais metabólitos, 3-alfa e 3-beta-hidroxitibolona, com afinidade pelo receptor estrogênico, e delta 4-isômero, com afinidade pelo receptor progestagênico e androgênico.[33] Esse mecanismo de ação tecidual específica da tibolona a difere da terapia estroprogestativa. A tibolona é empregada para alívio dos sintomas climatéricos e da atrofia vulvovaginal e na prevenção da perda de massa óssea e de fraturas osteoporóticas (nível de evidência: A).[34,35] Em mulheres na pós-menopausa, a tibolona apresenta efeitos positivos sobre a sexualidade, o bem-estar e o humor.[35,36] A tibolona pode melhorar a função sexual devido à ação androgênica da molécula e, indiretamente, por redução do SHBG e o aumento da testosterona livre com maior repercussão sobre os sinais e sintomas da deficiência androgênica como perda da libido, fadiga, sarcopenia e redução do bem-estar. E, diferentemente da TH estroprogestativa, estudos relatam que a tibolona não estimula a proliferação mamária e não aumenta a densidade mamográfica, com baixa incidência de mastalgia.[35]

RECOMENDAÇÕES FINAIS

A TH é considerada o tratamento mais eficaz para os sintomas decorrentes da falência ovariana, e os benefícios superam os riscos para a maioria das mulheres sintomáticas com menos de 60 anos de idade ou dentro do período de 10 anos da pós-menopausa. O uso de TH é uma decisão individualizada, em que a qualidade de vida e os fatores de risco, como idade, tempo de pós-menopausa e risco individual de tromboembolismo, de DCV e de câncer de mama, devem ser avaliados. Recomenda-se a menor dose efetiva da TH e pelo menor período de tempo necessário. Na avaliação dos benefícios e os riscos da TH, o tempo de manutenção do tratamento deve ser considerado de acordo com os objetivos da prescrição e com os critérios de segurança na utilização.

REFERÊNCIAS

1. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016;19(2):109-50.
2. de Villiers TJ, Hall JE, Pinkerton JV, Pérez SC, Rees M, Yang C, et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. Maturitas. 2016;91:153-5.
3. The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2017;24(7):728-53.

4. Wender MC, Pompei LM, Fernandes CE; Associação Brasileira de Climatério (SO-BRAC). Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa. São Paulo: Leitura Médica; 2014.
5. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei VM, et al. Postme-nopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years sin-ce menopause. JAMA. 2007;297(13):1465-77.
6. Maclennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD002978. Review.
7. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. Climacteric. 2012;15(1):36-44.
8. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atro-phy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. Clima-cteric. 2016;19(2):188-97. Erratum in: Climacteric. 2016;19(2):i.
9. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postme-nopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8(8):CD001500.
10. Wells G, Tugwell P, Shea B, Guyatt G, Peterson J, Zytaruk N, et al.; Osteoporosis Methodology Group and The Osteoporosis Research Advisory Group. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. V. Meta-analysis of the ef-ficacy of hormone replacement therapy in treating and preventing osteoporosis in postmenopausal women. Endocr Rev. 2002;23(4):529-39.
11. Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR, Jackson RD, LaCroix AZ, et al.; Wo-men's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. JAMA. 2003;290(13):1729-38.
12. Gass ML, Cochrane BB, Larson JC, Manson JE, Barnabei VM, Brzyski RG, et al. Pat-terns and predictors of sexual activity among women in the Hormone Therapy tri-als of the Women's Health Initiative. Menopause. 2011;18(11):1160-71.
13. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al.; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and bene-fits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-33.
14. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al.; Wo-men's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. N Engl J Med. 2003;348(19):1839-54.
15. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2013;310(13):1353-68.
16. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associa-ted with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat. 2008;107(1):103-11.
17. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al.; Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estro-gen administration and progestogens: the ESTHER study. Circulation. 2007;115(7):840-5.
18. Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A. Hormone therapy in postmeno-pausal women and risk of endometrial hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;15(8):CD000402.
19. Goodman MP. Are all estrogens created equal? A review of oral vs. transdermal therapy. J Womens Health (Larchmt). 2012;21(2):161-9.
20. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic revi-ew and meta-analysis. BMJ. 2008;336(7655):1227-31.
21. Canonico M, Fournier A, Carcaillon L, Olié V, Plu-Bureau G, Oger E, et al. Postme-nopausal hormone therapy and risk of idiopathic venous thromboembolism: results from the E3N cohort study. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2010;30(2):340-5.
22. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmeno-pausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD001500. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD001500.
23. North American Menopause Society. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. Me-nopause. 2013;20(9):888-902.
24. Mitchell CM, Reed SD, Diem S, Larson JC, Newton KM, Ensrud KE, et al. Efficacy of Vaginal Estradiol or Vaginal Moisturizer vs Placebo for Treating Postmenopausal Vulvovaginal Symptoms: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;178(5):681-90.
25. Sitruk-Ware R. New progestogens: a review of their effects in perimenopausal and postmenopausal women. Drugs Aging. 2004;21(13):865-83.
26. Schindler AE. The "newer" progestogens and postmenopausal hormone therapy (HRT). J Steroid Biochem Mol Biol. 2014;142:48-51.
27. Sitruk-Ware R. Pharmacological profile of progestins. Maturitas. 2008;61(1-2):151-7.
28. Hapgood JP, Africander D, Louw R, Ray RM, Rohwer JM. Potency of progestogens used in hormonal therapy: toward understanding differential actions. J Steroid Bio-chem Mol Biol. 2014;142:39-47.
29. Godsland IF. Effects of postmenopausal hormone replacement therapy on lipid, li-poprotein, and apolipoprotein (a) concentrations: analysis of studies published from 1974-2000. Fertil Steril. 2001;75(5):898-915.
30. Preston RA, White WB, Pitt B, Bakris G, Norris PM, Hanes V. Effects of drospireno-ne/17-beta estradiol on blood pressure and potassium balance in hypertensive postmenopausal women. Am J Hypertens. 2005;18(6):797-804.
31. Somboonporn W, Panna S, Temtanakitpaisan T, Kaewrudee S, Soontrapa S. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system plus estrogen therapy in peri-menopausal and postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. Menopause. 201;18(10):1060-6.
32. Sitruk-Ware R. The levonorgestrel intrauterine system for use in peri- and postme-nopausal women. Contraception. 2007;75(6 Suppl):S155-60.
33. Kloosterboer HJ. Tibolone: a steroid with a tissue-specific mode of action. J Steroid Biochem Mol Biol. 2001;76(1-5):231-8.
34. Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD, Kenemans P, Stathopoulos V, Verweij P, et al.; LIFT Trial Investigators. The effects of tibolone in older postmenopausal wo-men. N Engl J Med. 2008;359(7):697-708.
35. Kenemans P, Speroff L; International Tibolone Consensus Group. Tibolone: clinical recommendations and practical guidelines. A report of the International Tibolone Consensus Group. Maturitas. 2005;51(1):21-8.
36. Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Boös J, Helmond FA, Van Lunsen RH, Palacios S, et al.; LISA study investigators. Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: re-sults of a randomized active-controlled trial. J Sex Med. 2008;5(3):646-56.

febrasgo.com.br

FEBRASGO 60 ANOS. UMA HISTÓRIA, MUITAS REALIZAÇÕES.

Para celebrar os 60 anos da Febrasgo, destacamos 10 realizações entre muitas que impactam direta e positivamente no atual dia a dia de ginecologistas e obstetras. Juntos fazemos a história desta Federação e trabalhamos para atingir nosso objetivo: proporcionar melhor saúde e mais bem estar para a mulher.

Conheça todas em
www.febrasgo.org.br/realizacoes

ACESSE AGORA

1 TEGO: REESTRUTURAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DAS PROVAS

2 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FEBRASGO: ESSENCIAIS PARA A SEGURANÇA DAS MULHERES E DOS MÉDICOS

3 RENOVAÇÃO DA MARCA FEBRASGO, DA COMUNICAÇÃO E DA ESTRATÉGIA DIGITAL E EM REDES SOCIAIS

4 NOVA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS PARA FORMAÇÃO DE RESIDENTES E CURSO DE PRECEPTORES 100% SUBSIDIADO PELA FEBRASGO

5 RBGO E FEMINA. AS REVISTAS DA FEBRASGO GANHAM FORÇA E ESPAÇO

6 FEBRASGO APOIA A REALIZAÇÃO DO MAIOR CONGRESSO MUNDIAL DA FIGO

7 ESCREVENDO O FUTURO NO PRESENTE: INCENTIVO, APOIO E LANÇAMENTO DE LIVROS

8 POSICIONAMENTOS FEBRASGO: DEFININDO POSTURAS E DANDO MAIS TRANSPARÊNCIA ÀS RELAÇÕES

9 PROJETO ELA: FONTE DE INFORMAÇÃO ATUALIZADA E SEGURA PARA AS MULHERES

10 PESQUISA SOBRE EXPECTATIVA DA MULHER BRASILEIRA QUANTO À SUA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA

RadaMP

febrasgo 60 ANOS

Uma história, muitas realizações.

PARTICIPE DOS CONCURSOS DA ÁREA DE ATUAÇÃO

UM DIFERENCIAL PARA O PROFISSIONAL E PACIENTE!

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

MEDICINA FETAL

REPRODUÇÃO ASSISTIDA

SEXOLOGIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

INICIO DAS INSCRIÇÕES
EM AGOSTO/2019

O concurso será realizado em 13 de novembro de 2019 na cidade de Porto Alegre/RS (durante o 58º CBGO)

Maiores informações no site da FEBRASGO: www.febrasgo.org.br

CONTATO: secretaria.executiva@febrasgo.org.br ou pelo telefone (21) 2487-6336

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia