

Feminina

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 47, Número 8, 2019

APRENDIZADO PRÁTICO

O ENSINO POR MEIO
DA SIMULAÇÃO NA
RESIDÊNCIA MÉDICA

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

E A QUALIDADE DE VIDA DA
PACIENTE

Agosto Dourado

Um mês inteiro dedicado
à amamentação

**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

Cerazette® 3

desogestrel 75 mcg

Uma opção para mulheres que estão
AMAMENTANDO
 e para as que têm contraindicação ao uso do estrogênio¹

Medicamento de
REFERÊNCIA
 disponível há mais de
 15 anos no mercado^{2,3}

99%
 de eficácia
 contraceptiva⁴



Referências: 1. Circular aos Médicos (bula) de CERAZETTE. São Paulo: Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda., 2016. 2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lista de medicamentos de referência. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/4412457/Lista+A+15-06-2018.pdf/dcb896ba-afc1-4d88-adfd-d991909bc5e5>. Acessado em 28 de junho de 2018. 3. BRASIL. Resolução-RE Nº 474, de 6 de junho de 2000. Cerazette – Registro do medicamento. Diário Oficial (da) União, Brasília, DF, 05 junho 2000. 4. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two

Cerazette® 3 (desogestrel 75mcg): CERAZETTE (desogestrel). **INDICAÇÃO:** anticoncepção. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à substância ativa ou a quaisquer dos excipientes; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal; doença maligna sensível a esteroides sexuais conhecida ou suspeita; sangramento vaginal não diagnosticado; gravidez ou suspeita de gravidez. **ADVERTÊNCIAS:** na presença de quaisquer dos fatores de risco/condições a seguir, avaliar o risco/benefício e discutí-lo antes de iniciar CERAZETTE. No caso de agravamento, exacerbação ou ocorrência pela primeira vez de quaisquer dessas condições, a mulher deve contatar o seu médico, que decidirá manter ou não o uso de CERAZETTE. O risco de câncer de mama aumenta, em geral, com o aumento da idade. Durante o uso de anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHCOs), o risco de ter câncer de mama diagnosticado aumenta levemente. Esse aumento de risco desaparece gradualmente em 10 anos após a descontinuação do uso de um anticoncepcional oral e não está relacionado ao tempo de uso, mas à idade da mulher quando utilizava o AHC0. O número esperado de casos diagnosticados por 10.000 mulheres que usam AHC0s até 10 anos após a descontinuação do tratamento em relação às que nunca usaram durante o mesmo período foi calculado para os respectivos grupos etários e é apresentado a seguir: Casos esperados em usuárias de AHC0s: 4,5 (16-19 anos); 17,5 (20-24 anos); 48,7 (25-29 anos); 110 (30-34 anos); 180 (35-39 anos); 260 (40-44 anos). Casos esperados em não usuárias: 4 (16-19 anos); 16 (20-24 anos); 44 (25-29 anos); 100 (30-34 anos); 160 (35-39 anos); 230 (40-44 anos). O risco em usuárias de anticoncepcionais só de progestágeno, tais como CERAZETTE, possivelmente é semelhante, porém, com evidência menos conclusiva. O aumento do risco observado nas usuárias de AHC0s pode ser devido ao diagnóstico precoce, a efeitos biológicos da pílula ou à combinação dos dois. O efeito biológico dos progestágenos no câncer hepático não pode ser excluído, por isso, recomenda-se avaliar individualmente a relação risco/benefício na mulher com câncer hepático. Na presença de distúrbios agudos ou crônicos da função hepática, solicitar avaliação e orientação especializada. Se durante o uso de CERAZETTE ocorrer hipertensão arterial mantida, ou se o aumento significativo da pressão arterial não responder adequadamente ao tratamento anti-hipertensivo, considerar a descontinuação de CERAZETTE. Investigações epidemiológicas associaram o uso de AHC0 à maior incidência de tromboembolia venosa (TEV, trombose venosa profunda e embolia pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel seja desconhecida, descontinuar CERAZETTE em caso de trombose. Considerar também a descontinuação de CERAZETTE em caso de imobilização prolongada (por cirurgia ou doença). Alertar as mulheres com história de distúrbios tromboembólicos sobre a possibilidade de recorrência. Os progestágenos podem apresentar efeito sobre a resistência periférica à insulina e tolerância à glicose, porém, mesmo que não haja evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando anticoncepcionais só de progestágeno, estas devem ser cuidadosamente observadas durante os primeiros meses de uso. O tratamento com CERAZETTE leva à redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial, e não se sabe se essa redução tem algum efeito relevante sobre a densidade óssea. A proteção contra gravidez ectópica com anticoncepcionais só de progestágeno tradicionais não é tão boa como a dos anticoncepcionais orais combinados. Apesar do fato de CERAZETTE inibir a ovulação de modo consistente, a gravidez ectópica deve ser considerada na presença de amenorreia ou dor abdominal. Ocasionalmente, especialmente em mulheres com história de obesidade gravídica, mulheres com esta tendência devem evitar exposição ao sol ou à radiação ultravioleta enquanto usarem CERAZETTE. As seguintes condições foram relatadas na gravidez e durante o uso de esteroide sexual, sem associação estabelecida com o uso de progestágenos: icterícia e/ou prurido relacionado à colestase; formação de cálculos biliares; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica-hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada à otosclerose; angioedema (hereditário). CERAZETTE contém lactose (menor de 65 mg) e, por essa razão, não deve ser administrado em pacientes com intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou má absorção de glicose-galactose. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Interações entre anticoncepcionais orais e outros fármacos podem ocasionar sangramentos inesperados e/ou falha na anticoncepção. Metabolismo hepático: podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais, tais como hidantoínas (p.ex., feniltoína), barbitúricos (p.ex., fenobarbital), primidona, carbamazepina, rifampicina, e, possivelmente, também interações com oxcarbazepina, rifabutin, lopirramol, felfamato, ritonavir, nefilina, glicoflávina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum* (erva-de-são-jão ou St. John's wort). Mulheres em tratamento com quaisquer dos fármacos acima mencionados devem, temporariamente, usar um método de barreira em adição a CERAZETTE, ou optar por outro método anticoncepcional. O método de barreira deve ser utilizado durante o tempo de administração concomitante do fármaco e por 28 dias após sua descontinuação. Para mulheres em tratamento prolongado com indutores enzimáticos hepáticos, considerar o uso de um método anticoncepcional não hormonal. Durante o tratamento com cuidado medicinal, a absorção do esteroide do comprimido e a eficácia anticoncepcional podem ser reduzidas. Nessas circunstâncias, seguir as mesmas orientações de esquemamento da ingestão de comprimidos. Anticoncepcionais hormonais podem interferir no metabolismo de outras substâncias (p.ex., ciclosporina) e as concentrações plasmáticas e tissulares podem aumentar ou diminuir. Consultar a bula de medicamentos administrados concomitantemente para identificar potenciais interações. **REAÇÕES ADVERSAS:** Comuns: alteração de humor, diminuição da libido, cefaleia, náusea, acne, dor nas mamas, menstruação irregular, amenorreia, aumento de peso. Incomuns: infecção vaginal, intolerância a lentes de contato, vômitos, alopecia, dismenorreia, cistos ovarianos, fadiga. Raras: exantema, urticária, eritema nodoso. Foram relatadas secreções mamárias e, raramente, gestações ectópicas durante a farmacovigilância pós-comercialização. **POSUOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** tomar um comprimido ao dia, com um pouco de líquido, preferencialmente no mesmo horário, na ordem indicada pelas setas na cartela, durante 28 dias consecutivos; iniciar a cartela subsequentemente após o término da anterior. **SUPERDOSE:** Não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. REGISTRO MS: 1.0171.0089.** Atualização em 08/12/2014 – revisão médica em 10/03/2014.

DENTRE AS INFORMAÇÕES CITADAS EM BULA, RESSALTAMOS QUE ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM CASOS DE GRAVIDEZ OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ E TUMORES DEPENDENTES DE PRÓGESTAGÊNIO. PODEM SE ESPERAR INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DURANTE O USO CONCOMITANTE DE CERAZETTE COM HIDANTOÍNAS, BARBITURATOS, PRIMIDONA, CARBAMAZEPINA, RIFAMPICINA. Material destinado a prescritores e dispensadores de medicamentos. Material aprovado em junho/2018.

DIRETORIA

PRESIDENTE

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO

Corintio Mariani Neto (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Marcos Felipe Silva de Sá (SP)

DIRETOR DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Juvenal Barreto Borriello de Andrade (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO CENTRO-OESTE

Alex Bortotto Garcia (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Flávio Lucio Pontes Ibiapina (CE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flávia Espírito Santo (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

Avenida das Américas, 8.445, sala 711
CEP: 2279-308 – Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2487-6336
Fax: (21) 2429-5133

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@febrasgo.org.br

www.febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITOR-CHEFE

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**

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

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

CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



EDITORIAL

Meses e cores. Agosto é dourado e dedicado à promoção do aleitamento materno. Coerente com essa ideia, *Femina* traz o tema como artigo de capa. Desde 2017 o leite materno foi reconhecido como alimento de ouro para o desenvolvimento saudável da criança, pelo menos até o sexto mês de vida. Olhando com o mesmo olhar para o lado materno, o texto de *Femina* é sintético, mas primoroso ao tratar dos benefícios do aleitamento para a mulher-mãe. Esse tema é explorado ainda, jornalisticamente, na forma de entrevista, com a colaboração de especialistas renomados, encerrando com várias questões pontuais. É uma leitura prazerosa!

O uso da simulação como instrumento de ensino e prática na residência médica agora ganha corpo, sendo tratado pela primeira vez em *Femina*, em texto vigoroso da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Residência Médica da Febrasgo. É certo que o ensino médico avança em qualidade e precisão. Revisita ao diagnóstico e ao prognóstico da osteoporose é feita em texto objetivo e prático, escrito por um grupo multiprofissional, reforçando a necessidade de individualização com fundamento no racional clínico.

Estudo nacional observacional examinando aspectos práticos da neoplasia trofoblástica gestacional é parte destacada do caderno científico deste volume. A qualidade de vida nas mulheres com incontinência urinária é examinada em outro estudo nacional. Esses dois estudos refletem o interesse de *Femina* em mostrar perfis da população brasileira aos seus leitores. A avaliação do metabolismo dos carboidratos na síndrome dos ovários policísticos, com base em caso clínico, é examinada na ótica de um endocrinologista. Protocolo validado pela CNE em Ginecologia Endócrina sobre o sangramento uterino anormal tem leitura agradável e fecha este volume de agosto.

Este editor orgulha-se de todos os colaboradores e de *Femina*, antigo amor. Deste volume em especial. Sua leitura foi gratificante.

Boa leitura a vocês também!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR-CHEFE

SUMÁRIO



454 Capa

A importância do agosto dourado e os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher

464 Entrevista

Amamentar: proteção que vale ouro

Orientação e conscientização sobre a importância do leite materno

473 Residência médica

O ensino por meio da simulação na residência médica

479 Defesa profissional

A relação da Febrasgo com outras entidades médicas e outras entidades da sociedade civil

480 Especial Fleury

Osteoporose e estratificação do risco de fraturas em mulheres na pós-menopausa



483 Caderno científico

ARTIGO ORIGINAL

Doença trofoblástica gestacional –
Correlação β hCG sérico quantitativo,
ultrassonografia e anatomopatologia
em serviço de obstetrícia do Ceará

ARTIGOS DE REVISÃO

Qualidade de vida em pacientes com
incontinência urinária diagnosticada
por estudo urodinâmico

Distúrbios do metabolismo dos
hidratos de carbono na síndrome
dos ovários policísticos

Gestação heterotópica associada
a torção de anexo contralateral
em gestação não planejada

PROTOCOLO

Sangramento uterino anormal



Importância do **agosto dourado**

Corintio Mariani Neto

Presidente da Comissão Nacional Especializada
de Aleitamento Materno da Febrasgo



Universalmente, desde 1992, é comemorada a Semana Mundial de Aleitamento Materno, entre os dias 1 e 7 de agosto. No Brasil, por meio da Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017, foi instituído que agosto passou a ser também o Mês do Aleitamento Materno. Daí surgiu o Agosto Dourado. O objetivo, conforme está no próprio texto da lei, é que, durante o mês de agosto de cada ano, ações de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno sejam intensificadas, como: realização de palestras e eventos; divulgação nas diversas mídias; reuniões com a comunidade; ações de divulgação em espaços públicos; iluminação ou decoração de espaços com a cor dourada.

São várias formas de lembrar, a cada ano, como o leite materno e a amamentação são fundamentais na promoção da saúde da criança e da mãe, do vínculo familiar e da educação, destacando-se a importância e a responsabilidade de todos (governo, sociedade, empresas, profissionais de saúde e mídia) no estímulo ao aleitamento materno, incluindo os direitos das mulheres estudantes e das trabalhadoras que amamentam.

O aleitamento materno está intimamente relacionado com a saúde e o bem-estar das crianças, em especial nos primeiros anos de vida. A recomendação atual, endossada pela Febrasgo, é de que os bebês devem ser alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade. A partir de então, o leite materno deve ser complementado com outros alimentos até os 2 anos ou mais, enquanto for prazeroso para a mãe e a criança. Quando uma criança recebe leite materno desde o nascimento tem menor risco de apresentar doenças como diarreia e infecções respiratórias, problemas graves e que podem levá-la à morte, além de ter melhor desenvolvimento físico e cognitivo.

Relatório de 2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) aponta que, no Brasil, apenas 38,6% das crianças com até 6 meses de idade são alimentadas exclusivamente com leite materno. O levantamento apontou ainda que, se todas as crianças fossem amamentadas desde o nascimento até os 2 anos de idade, pelo menos 800 mil mortes infantis poderiam ser evitadas anualmente em todo o mundo.

Os índices de amamentação no mundo, incluindo o Brasil, são muito baixos. Entre os 194 países citados no relatório “*Global Breastfeeding Scorecard*”, de 2016, em apenas 23, pelo menos 60% das crianças de até 6 meses de vida são alimentadas exclusivamente com leite materno. O relatório lembra que a amamentação traz diversos benefícios para as mães e os bebês, e convida

todos os países a investirem em políticas públicas que incentivem o aleitamento materno.

Para os bebês, a amamentação significa ter alimentação de qualidade, de fácil digestão, sempre na temperatura certa e com todos os nutrientes necessários, por isso mesmo é considerado o alimento “padrão-ouro”. O próprio ato de sugar o peito traz benefícios, auxiliando no desenvolvimento da arcada dentária, da fala e da respiração do bebê. Por possuir anticorpos, o leite materno também oferece proteção nos primeiros meses de vida, fortalecendo o sistema imunológico dos bebês.

A evidência epidemiológica agora é esmagadora, de que, mesmo em países desenvolvidos, a amamentação protege contra infecções gastrointestinais e respiratórias, e o efeito protetor é reforçado com a maior duração da amamentação exclusiva. Os benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses se refletem na aceleração do desenvolvimento neurocognitivo e na proteção contra condições crônicas de longo prazo, como obesidade, diabetes tipos 1 e 2, doença de Crohn e linfoma. Os benefícios para a saúde materna incluem proteção contra o câncer de mama entre mulheres na pré-menopausa, câncer de ovário, doenças cardiovasculares e diabetes, além de fortalecer os laços afetivos com o bebê.

O aleitamento materno traz benefícios para a mãe, para o bebê, para a família e para toda a sociedade. Todos nós devemos apoiar essa prática, incentivando e oferecendo suporte para as mães que desejam amamentar.

O obstetra desempenha papel decisivo na orientação, incentivo e suporte ao aleitamento materno. Destaque-se a importância da sua postura durante a assistência pré-natal; nos cuidados durante o trabalho de parto; no estímulo à amamentação na primeira hora de vida, desde que a mãe e a criança estejam bem, especialmente nas cesáreas; no estímulo ao sistema de alojamento conjunto, único que permite o aleitamento materno sob livre demanda; no apoio ao AME durante os primeiros seis meses e continuado com alimentação suplementar até os 2 anos ou mais; na orientação às nutrizes quanto ao destino do leite excedente, informando-as quanto à possibilidade de doação para um Banco de Leite Humano; na prevenção das intercorrências locais; no tratamento da mastite aguda puerperal, lembrando que faz parte do tratamento a manutenção do fluxo de leite, portanto não bloqueando a lactação e estimulando o prolongamento da lactação, dentro do possível; na prática da anticoncepção correta e eficiente; no apoio à lactante no retorno ao trabalho, no que se refere à legislação que protege a amamentação; no

“O aleitamento materno está intimamente relacionado com a saúde e o bem-estar das crianças”.

apoio e divulgação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

Vale lembrar que, durante a assistência pré-natal, merecem atenção especial as nulíparas, em particular as adolescentes, as gestantes com história de insucesso na amamentação, aquelas com antecedentes cirúrgicos mamários, as obesas, as que foram submetidas à cirurgia bariátrica e as grávidas de gêmeos. De todas essas situações, deve-se destacar que, de modo mais marcante que na mulher adulta, certos fatores podem influenciar de maneira negativa no sucesso da amamentação entre adolescentes.

Preocupação com a estética, como flacidez e ptose mamárias, retorno aos estudos e/ou ao mercado de trabalho, inexperiência acrescida da falta de apoio do parceiro, falsas crenças, como leite insuficiente, dificuldade em amamentar nos primeiros dias, entre outros fatores, podem levar ao desmame precoce. Além disso, amamentar na adolescência costuma se acompanhar de grande carga emocional, com alterações psicológicas importantes. Medo, imaturidade, ansiedade e inexperiência para lidar com a nova condição de mãe podem resultar, com frequência, em isolamento, o que pode comprometer o sucesso do aleitamento entre essas jovens, levando-as a amamentar seus filhos por tempo inferior ao preconizado pela OMS. Estudos mostram prevalência menor de aleitamento exclusivo entre adolescentes, quando comparadas com mães adultas.

Entre os principais obstáculos à prática da amamentação, especialmente o AME, incluem-se: o desconhecimento, por parte da população em geral, dos profissionais de saúde e de gestores, sobre o real significado da amamentação exclusiva e sua importância; práticas inadequadas nos serviços de saúde, cabendo destacar o papel das maternidades, que muitas vezes dificultam o estabelecimento do AME, não promovendo contato pele a pele entre mãe e bebê após o nascimento, separando-os por longos períodos, oferecendo suplementos lácteos e impondo horários rígidos para as mamadas, além do uso de bicos artificiais; práticas culturais e crenças, a exemplo do uso de chás, em nosso meio; a falta de confiança das mães em prover adequada nutrição aos lactentes, por meio do AME; o retorno ao trabalho por parte da mãe; a promoção comercial das fórmulas infantis e outras situações, como a da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Durante o processo de amamentação, mais ainda, durante o AME, o medo de uma nova gestação é muito comum. Após o parto, a mulher deve ser muito bem

orientada quanto à anticoncepção, o que envolve o momento mais adequado para iniciá-la e o método a ser escolhido.

Tendo em vista que, em nosso meio, cerca de 60% das gravidezes não são planejadas, programas do Ministério da Saúde, como o “Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia” (Apice On), têm estimulado a colocação do dispositivo intrauterino de cobre ainda na sala de parto, logo após a dequitação, o que é perfeitamente compatível com o início precoce e a manutenção da amamentação. Relatos oficiais mostram que a adesão a esse procedimento ainda é muito baixa, motivo pelo qual devem ser buscados outros métodos contraceptivos eficazes e adequados, habitualmente, a partir da sexta semana após o parto, que não interfiram na lactação nem no desenvolvimento da criança.

Assim, pode-se citar o método da lactação-amenorreia (LAM), que pode atingir 98% de eficácia em mães amenorreicas, nos primeiros seis meses, quando praticado o AME por livre demanda nas 24 horas do dia. Se deixar de existir qualquer das condições citadas, o método não será mais confiável.

Os métodos de barreira podem ser utilizados com segurança durante a amamentação, pois não interferem na produção do leite. Incluem o preservativo masculino de látex ou poliuretano, o preservativo feminino, o diafragma e o capuz cervical. Além do efeito anticoncepcional, os preservativos também protegem seus usuários contra as doenças sexual-

mente transmissíveis, incluindo HIV e papilomavírus humano (HPV).

Em relação à contracepção hormonal, independentemente da forma de apresentação (comprimido oral, injetável trimestral, implante subdérmico, sistema intrauterino), os contraceptivos com apenas progesterona podem ser empregados durante o aleitamento, pois não alteram o volume ou a composição do leite produzido nem interferem no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

A anticoncepção no período de lactação é apenas mais um detalhe de capital importância no processo de amamentação. A atuação do obstetra é fundamental para que os programas de incentivo à lactação tenham sucesso. São medidas simples de encorajamento e orientação para as mães que começam desde o período pré-natal. A adesão dos obstetras é decisiva nas Campanhas de Incentivo à Amamentação, promovidas pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Agosto Dourado, que tem o apoio incondicional da Febrasgo.

“O obstetra desempenha papel decisivo na orientação, incentivo e suporte ao aleitamento materno”.



Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher

Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health

Luiz Antonio Del Ciampo¹; Ieda Regina Lopes Del Ciampo²

RESUMO

A oferta do seio materno às crianças é um direito inquestionável das mães e de seus filhos, e todos os esforços devem ser feitos no sentido de promover, acompanhar e manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até que a criança complete 2 anos de idade. A literatura apresenta incontáveis publicações acerca das qualidades do leite materno, seus benefícios e repercussões para a saúde, estimulando a prática do aleitamento materno e embasando campanhas. Porém, mesmo sendo de conhecimento geral que a amamentação é uma importante etapa no processo reprodutivo da mulher e que sua prática oferece benefícios para mãe e filho, a grande maioria das informações destaca os benefícios que o leite materno oferece às crianças, esquecendo-se de mencionar todas as repercussões que o aleitamento materno traz para a saúde da mãe. Assim, o objetivo deste artigo é destacar os inúmeros benefícios que o aleitamento materno proporciona à saúde física e emocional da lactante. Para tanto, os autores consultaram artigos publicados nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde e Web of Science utilizando as palavras-chave aleitamento materno, leite materno, lactação e saúde materna.

ABSTRACT

The offer of the maternal breast to the baby is an unquestionable right of mothers and their children, and all efforts should be made to promote, follow and maintain exclusive breastfeeding for up to 6 months and supplement it until the child completes 2 years of age. Many publications are available in the literature about the qualities of breast milk, its benefits and health repercussions, stimulating the practice of breastfeeding and supporting campaigns for its implementation. However, although it is widely known that breastfeeding is an important step in the reproductive process of women and its practice offers benefits to both mother and child, most of the available information highlights the benefits of breast milk for children, while mention of the effects of breastfeeding on the health of the mother is usually neglected. Thus, the objective of the present study is to highlight the multiple benefits of breastfeeding for the physical and emotional health of the nursing mother. The authors consulted articles published in the databases PubMed, Virtual Health Library and Web of Science using the keywords breastfeeding, breast milk, lactation and maternal health.

INTRODUÇÃO

A oferta do seio materno ao bebê é um direito biológica e eticamente inquestionável da mãe e do filho, além de fundamental para a sobrevivência e a qua-

Descritores

Aleitamento materno; Leite materno; Período pós-parto

Keywords

Breastfeeding; Breast Milk; Postpartum period

Submetido

31/08/2017

Aceito

24/01/2018

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luiz Antonio Del Ciampo
Avenida Bandeirantes, 3900,
14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
delciamp@fmrp.usp.br

* O artigo "Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher" foi publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, volume 40, fascículo 6 de 2018, sob registro DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>.

lidade de vida infantil nos primeiros anos de vida. Hoje, sabe-se que os benefícios do aleitamento materno (AM) não se limitam à duração da prática, mas se estendem até a vida adulta e têm repercussões na qualidade de vida a longo prazo.⁽¹⁾ A literatura tem muitas publicações disponíveis sobre as qualidades do leite materno, seus benefícios, repercussões à saúde, estímulo à prática do AM e apoio a campanhas como a Semana Mundial de Aleitamento Materno. Apesar do amplo conhecimento sobre a importância da amamentação no processo reprodutivo das mulheres e dos benefícios da prática para a mãe e a criança, as informações fornecidas durante o pré-natal, práticas de puericultura ou campanhas de saúde pública são direcionadas aos benefícios da amamentação para os bebês, enquanto a menção de todos os efeitos da amamentação sobre a saúde da mãe é negligenciada.⁽²⁾

A lactação é uma característica diferencial dos mamíferos. A síntese e a secreção do leite são processos bioquímicos e neuroendócrinos complexos sob controle hormonal e envolvem os terminais sensíveis da aréola e do mamilo. A lactação é o resultado direto e natural da gravidez e do nascimento e parte integrante do processo reprodutivo que beneficia mãe e filho simultaneamente.⁽³⁾ A interação desses fatores culmina com a produção de leite, causa mudanças no organismo materno e favorece boas condições de saúde física e emocional para a mãe lactante, que se estenderão para a sua vida futura.^(4,5)

BENEFÍCIOS PARA A MÃE

O AM está relacionado à boa saúde física e emocional da mãe durante o puerpério, lactação e toda a sua vida futura. Estudos epidemiológicos demonstraram que, em comparação com mulheres que não amamentaram, as lactantes relataram menor procura de cuidados médicos, menor frequência de doenças respiratórias, cardiocirculatórias e gastrointestinais, e menos sintomas relacionados com problemas emocionais.^(6,7) Com base nisso, é possível enfatizar os benefícios da amamentação para a mãe, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Benefícios da amamentação para a saúde da mãe

Imediatos	Longo prazo
Involução uterina	Redução de: câncer (de mama, ovariano, de endométrio), endometriose, diabetes, osteoporose, pressão arterial e doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, artrite reumatoide, mal de Alzheimer e esclerose múltipla
Redução de sangramentos	
Redução de infecções	
Amenorreia lactacional	
Adiposidade e peso reduzidos	
Redução de depressão pós-parto	
Redução do estresse e ansiedade	
Melhor imagem corporal	

Involução uterina e redução de sangramentos

A sucção precoce da região da aréola e do mamilo é um dos estímulos mais importantes para a produção de ocitocina, que também é responsável pela contração uterina, acelera o retorno do órgão ao seu tamanho normal e reduz a possibilidade de ocorrência de hemorragia pós-parto e anemia. Altos níveis de ocitocina podem aumentar o limiar da dor, reduzindo o desconforto materno e, assim, contribuir para um aumento do sentimento de amor pelo bebê.⁽⁸⁾

Amenorreia lactacional

Durante o período de lactação, a progesterona e o estrogênio são suprimidos e ocorre um período de infertilidade. Enquanto a mãe amamenta exclusivamente, sua proteção contra a gravidez pode chegar a 96% durante os seis primeiros meses, o que garante o espaçamento entre as gestações.^(9,10) Nesse sentido, a mãe também não deve ter menstruado e deve-se manter amamentação exclusiva sob demanda ao menos oito vezes por dia. A amenorreia lactacional é explicada pela inibição da atividade ovariana resultante dos altos níveis de prolactina que inibem o hormônio gonadotrófico e interrompem a ovulação.⁽¹¹⁾ Após o retorno dos ciclos menstruais, estima-se que a probabilidade de concepção seja 7,4% menor para cada mês adicional de amamentação.⁽¹²⁾

Peso e imagem corporal

Durante a gravidez, o corpo de uma mulher acumula o peso de 3 kg de gordura, que será utilizado durante os primeiros seis meses de amamentação, pois esse processo consome 2.100 kcal por dia.⁽¹³⁾ Por isso, haverá perda de peso mais rápida e retorno às condições pré-gestacionais, com redução média mensal de 450 g no peso materno,⁽¹⁴⁾ já que a ocitocina liberada também exerce seus efeitos lipolíticos e anorexígenos. Menor índice de massa corporal foi detectado entre mães que amamentaram por um período de 6 a 12 meses, e as que amamentaram exclusivamente eram mais magras do que aquelas que amamentaram de forma parcial no final do primeiro semestre de vida do bebê.^(15,16) Um estudo com 314 mães mexicanas revelou que as que amamentaram exclusivamente por pelo menos três meses tiveram redução de peso de 4,1 kg, em comparação com as que não amamentaram.⁽¹⁷⁾ Esse achado confirmou que a prática da amamentação reduz o peso das lactantes, o que traz maior sensação de autoestima e satisfação com a imagem corporal e diminui a possível ocorrência de fatores emocionais negativos que possam interferir na produção de leite e amamentação.

Depressão pós-parto

O nascimento de uma criança é geralmente uma fonte de felicidade e prazer para a família. No entanto, em

torno de 13% das puérperas podem desenvolver sinais e sintomas de depressão em um período de 12 semanas após o parto.⁽¹⁸⁾ Entre essas mulheres, os níveis de ocitocina foram menores do que os das outras novas mães. Estudos recentes têm mostrado que a ocitocina é elemento fundamental para estimular o vínculo entre mãe e filho, e desencadeia efeitos positivos como a vocalização com o bebê, o olho no olho, além de incentivar toques e carícias. As mães relatam que se sentem mais calmas, menos agressivas e estressadas, de melhor humor e mais interessadas em socializar desde os primeiros dias do pós-parto.⁽¹⁹⁾ A amamentação também pode atuar sobre um mecanismo de regulação da secreção diurna de cortisol, mantendo uma concentração estável desse hormônio e possivelmente reduzindo o risco de depressão pós-parto.⁽²⁰⁾ Estudos recentes demonstraram que mulheres que não iniciam nem mantêm o AM têm maior risco de depressão durante o período pós-parto.⁽²¹⁻²³⁾ Há uma associação inversa entre esses fenômenos por causa das condições hormonais e psicológicas nas primeiras seis a oito semanas de puerpério, já que o hormônio lactogênico, a ocitocina e a prolactina podem ter efeitos ansiolíticos. Isso atenua o estresse por meio de respostas neuroendócrinas, pois o AM está associado com a redução dos níveis de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e cortisol. A sucção no seio materno precedida pelo contato pele a pele desencadeia esse processo e quanto maior a duração desse contato, menores os níveis de cortisol.⁽²⁴⁾

Estresse materno

Diversos fatores podem ser fontes de estresse para a puérpera. A tarefa física de cuidar do bebê e manejar as outras atividades domésticas, poucas horas de sono, mudanças na imagem corporal, redução da atividade sexual e a pressão emocional de tentar ser uma boa mãe e satisfazer todas as expectativas representam uma sobrecarga, que normalmente é incompatível com a personalidade e a capacidade de uma mulher desempenhar o papel de mãe. Nessa situação, o AM pode reduzir os níveis de estresse por seu efeito na redução dos níveis de cortisol e ACTH, consequentemente diminuindo os níveis de ansiedade.⁽²⁵⁾ Além disso, o fortalecimento do vínculo mãe-filho é um estímulo potente para manter o AM pelo tempo mais longo possível, fechando um círculo virtuoso e favorável a ambos.

Adiposidade

O tecido adiposo visceral ou intra-abdominal acumulado pela mulher durante a gravidez é metabolicamente mais ativo do que a gordura depositada em outras áreas e relacionada com doenças cardiocirculatórias. No entanto, esses depósitos podem ser mobilizados durante

o período de lactação e o processo continua ocorrendo em paralelo ao AM e reduz o peso materno e o risco de diabetes mellitus tipo 2.^(11,26)

Câncer de mama

A neoplasia mamária é o câncer ginecológico mais comum, bastante prevalente após a quarta década de vida, embora também possa ocorrer antes dos 40 anos de idade em frequências que variam de 17% a 36%.⁽²⁷⁾ Vários estudos têm apontado os benefícios do tempo de amamentação e seu consequente efeito protetor contra o risco de câncer de mama, pois a redução dos níveis de estrogênio durante a lactação reduz as taxas de proliferação e diferenciação celular. A esfoliação tecidual e a apoptose epitelial ao final do período de amamentação podem contribuir para reduzir a probabilidade de células com mutação surgirem nos tecidos mamários.⁽²⁸⁻³⁰⁾ Estima-se uma possível redução do risco de câncer de mama maior que 4% para cada ano de amamentação.^(27,31-33) Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), um aumento de 16% na proporção de mães que amamentam por seis meses pode reduzir a estimativa da prevalência de câncer de mama em 1,6% ao ano.⁽³⁴⁾

Câncer de ovário

O câncer do epitélio ovariano é uma das neoplasias que mais acomete mulheres e geralmente é diagnosticado tardiamente, com consequente redução do prognóstico de sobrevivência. Algumas teorias indicam que suas causas podem estar relacionadas à proliferação celular e traumas ininterruptos da ovulação. Por outro lado, a supressão das gonadotrofinas (hormônio luteinizante em particular), a baixa concentração de estrogênios e a consequente anovulação e amenorreia causadas pelo AM têm sido consideradas fatores de proteção.^(35,36) Estima-se uma redução de 2% no risco relativo de desenvolver câncer ovariano para cada mês de amamentação.⁽³⁷⁾ Em estudos de metanálise, foi observada uma relação inversa entre esses eventos, com maior proteção quando o tempo de amamentação foi superior a 10 meses.^(38,39) Uma análise de estudos prospectivos de coorte e caso-controle demonstrou uma probabilidade maior que 30% de desenvolver câncer de epitélio ovariano em mulheres que nunca amamentaram.^(35,40) Além de diminuir o risco desse tipo de câncer em mulheres lactantes, o AM também pode aumentar a expectativa de vida de mulheres que já desenvolveram a doença.⁽⁴¹⁾

Câncer do endométrio

Nos últimos anos, vários estudos epidemiológicos apontaram uma relação entre o câncer de endométrio e o AM, e demonstraram a associação entre longos pe-

ríodos de amamentação e um risco reduzido desse tipo de neoplasia.⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

Endometriose

A endometriose é uma doença ginecológica comum que afeta mais de 10% das mulheres em idade reprodutiva. Os sintomas comuns incluem dismenorreia, dispareunia e infertilidade. Mulheres com essa condição crônica podem experimentar diversos sintomas que vão de dor leve até um quadro extremamente debilitante.⁽⁴⁵⁾ Segundo Farland *et al.*,⁽⁴⁵⁾ a duração do AM total e exclusivo teve significativa associação com menor risco de endometriose. Para cada três meses adicionais de amamentação total por gravidez, as mulheres experimentaram um risco 8% menor de endometriose. Mulheres que amamentaram pelo total de 36 meses ao longo de sua vida reprodutiva tiveram um risco 40% menor de endometriose comparadas com mulheres que nunca amamentaram.⁽⁴⁶⁾

Diabetes

A prevalência de *diabetes mellitus* tipo 2 vem aumentando em todo o mundo, em paralelo com as mudanças dietéticas, o sedentarismo e a obesidade, que afetam grande parte da população. Nesse aspecto, a ocitocina tem o papel importante de reduzir a resistência à insulina. Estudos de metanálise detectaram uma associação inversa estatisticamente significativa entre a duração do AM e o risco de diabetes tipo 2.^(47,48) Um importante estudo de revisão realizado por Perrine *et al.*⁽⁴⁸⁾ detectou uma associação inversa e dose-dependente entre o AM e o diabetes tipo 2, com redução de 4% a 12% do risco de desenvolver diabetes tipo 2 a cada ano adicional de lactação. Em contraste, entre mulheres que nunca amamentaram, o risco foi 50% maior em comparação com aquelas que amamentaram, mesmo que por períodos curtos de tempo, entre um e três meses.^(49,50)

Osteoporose

A amamentação pode contribuir para a redução do risco de osteoporose na vida futura, pois foi demonstrado que a massa óssea de mulheres lactantes tem maior densidade mineral. Embora o organismo feminino perca cálcio durante a amamentação (com a produção de 800 mL por dia de leite, uma mulher pode transferir até 200 mg de cálcio por dia, recuperados após o desmame e com o retorno da menstruação), existem mecanismos compensatórios que aumentam a absorção intestinal e renal do cálcio e sua mobilização nos ossos, restabelecendo a densidade mineral óssea.⁽⁵¹⁻⁵³⁾ Durante a lactação, há perda óssea de 4% a 7%, especialmente na coluna lombar e na cabeça do fêmur, que é revertida cerca de um ano após o desmame.⁽⁵⁴⁾ O efeito protetor desse

mecanismo de desmineralização óssea é diretamente proporcional à duração do AM.⁽⁵⁵⁾

Pressão arterial

Estudos correlacionando o AM com a pressão arterial detectaram menores níveis de pressão sistólica e diastólica entre nutrizas durante o período de amamentação e foi observado um efeito dose-resposta duradouro, embora esse efeito não persista até a velhice.⁽⁵⁶⁻⁶¹⁾

Doenças cardiovasculares

Alterações vasculares como placa aterosclerótica, aumento da espessura da parede e redução do lúmen arterial aumentam o risco de doenças cardiovasculares, o que tem despertado interesse de alguns pesquisadores sobre uma possível associação entre a lactação e essas alterações vasculares.⁽⁵⁰⁾ Mulheres que amamentam por longos períodos de tempo, 7 a 12 meses após o primeiro parto, têm risco 28% menor de desenvolver doenças vasculares, comparadas a mulheres que nunca amamentaram.^(50,62) Esses achados também estão associados com a perda de peso e o trabalho metabólico aos quais o organismo materno é submetido para a produção diária de leite, que podem persistir após o desmame e têm efeito benéfico sobre o organismo materno. Mulheres com tempo total de amamentação maior que dois anos apresentaram uma probabilidade 23% menor de desenvolver doenças coronarianas do que mulheres que nunca amamentaram.⁽²⁸⁾ Também foi descrita uma associação inversa entre a duração do AM e a aterosclerose, após excluir outros fatores de confusão, como tabagismo e obesidade, conforme determinado pela espessura das paredes das artérias carótidas.⁽⁶²⁾

Síndrome metabólica

A síndrome metabólica (SM) é o resultado de várias alterações como obesidade central, hipertensão arterial, dislipidemia e resistência à insulina, que, quando associadas, envolvem complicações graves e altas taxas de mortalidade. Mulheres que amamentam por período prolongado têm menor risco de incidência de SM, depois de ajustados outros fatores como índice de massa corporal e paridade. Um dos mecanismos mais importantes envolvidos nessa ocorrência é a redução da resistência à insulina proporcionada pelo AM. Foi observada uma redução de 12% no risco de desenvolver SM para cada ano de lactação.^(28,63,64)

Artrite reumatoide

Uma recente metanálise de Chen *et al.*⁽⁶⁵⁾ demonstrou que o AM está associado a menor risco de aparecimen-



to de artrite reumatoide entre mulheres que amamentam, independentemente da duração ser maior ou igual a 12 meses.

Mal de Alzheimer

Fox *et al.*⁽⁶⁶⁾ estudaram uma coorte de mulheres inglesas idosas. Foi observado que o risco de desenvolver doença de Alzheimer foi menor entre aquelas que amamentaram, possivelmente devido aos efeitos hormonais dos estrogênios nos receptores cerebrais e da sensibilidade à insulina desencadeada pelo AM.

Esclerose múltipla

A esclerose múltipla é uma doença autoimune crônica cuja suscetibilidade e o curso são influenciados por fatores reprodutivos. Afeta predominantemente mulheres durante a idade fértil e os riscos de recaídas diminuem significativamente durante a gravidez e o AM exclusivo. Entre as mulheres que tiveram nascidos vivos, uma duração cumulativa de AM durante 15 meses foi associada a menor risco de esclerose múltipla em comparação com zero a quatro meses de amamentação.⁽⁶⁷⁾

CONCLUSÃO

Os benefícios do AM para crianças são conhecidos e relatados há muito tempo, embora a prevalência dessa prática e a disseminação de seus benefícios para a nutriz não tenham sido satisfatórias em várias partes do mundo. Mesmo com esse grande conhecimento, houve pouco progresso na melhoria dos resultados da amamentação, como o início precoce e o AM exclusivo por seis meses.⁽³⁾ Por sua importância individual e coletiva, a proteção e o apoio do AM também foram enquadrados como um direito humano, com elevado valor de questões de justiça social e equidade.⁽⁶⁸⁾ A lactação desempenha um papel importante na recuperação materna após a gravidez e pode determinar múltiplos aspectos da saúde materna na vida futura.⁽⁶⁹⁾ Portanto, informar as gestantes sobre os efeitos da lactação em sua saúde pode fortalecer as intenções de amamentar. Os desejos e direitos da mãe devem ser respeitados e ela tem autonomia para decidir como alimentar seu filho. A mãe, em consulta com outros membros da família, deve ser quem decide como a criança deve ser alimentada e, ao tomar essa decisão, ser apoiada e auxiliada pela família, por empregadores, profissionais de saúde e pela sociedade.⁽³⁾ Identificar o conhecimento, a experiência prévia e o contexto social e familiar das mulheres desde o pré-natal também é dever dos profissionais de saúde, para assim promover ações educativas direcionadas à introdução e manutenção do AM quando elas decidirem nessa direção.

REFERÊNCIAS

1. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
2. Spiro A. The public health benefits of breastfeeding. *Perspect Public Health*. 2017;137(6):307-8. doi: 10.1177/1757913917734139
3. Kent G. Child feeding and human rights. *Int Breastfeed J*. 2006;1:27. doi: 10.1186/1746-4358-1-27
4. Mezzacappa ES, Guethlein W, Katkin ES. Breast-feeding and maternal health in online mothers. *Ann Behav Med*. 2002;2(4):299-309. doi: 10.1207/S15324796ABM2404_06
5. Bosch OJ. Maternal nurturing is dependent on her innate anxiety: the behavioral roles of brain oxytocin and vasopressin. *Horm Behav*. 2011;59(2):202-12. doi: 10.1016/j.yhbeh.2010.11.012
6. Gertosio C, Meazza C, Pagani S, Bozzola M. Breastfeeding and its gamut of benefits. *Minerva Pediatr*. 2016;68(3):201-12.
7. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie; Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, et al. Allaitement maternel: les benefices pour la santé de l'enfant et de sa mere. *Arch Pediatr*. 2013;20 Suppl 2:S29-48. doi: 10.1016/S0929-693X(13)72251-6
8. Gremmo-Féger C. [An update on lactation physiology and breastfeeding]. *Arch Pediatr*. 2013;20(9):1016-21. doi: 10.1016/j.arcped.2013.06.011. French.
9. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
10. Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD001329. doi: 10.1002/14651858.CD001329.pub2
11. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):96-113. doi: 10.1111/apa.13102
12. Labbok MH. Postpartum sexuality and the lactational amenorrhoea method for contraception. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58(4):915-27. doi: 10.1097/GRF.0000000000000154
13. Lovelady C. Balancing exercise and food intake with lactation to promote post-partum weight loss. *Proc Nutr Soc*. 2011;70(2):181-4. doi: 10.1017/S002966511100005X
14. Toma TS, Rea MF. [Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence]. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 2:S235-46. doi: 10.1590/S0102-311X2008001400009. Portuguese.
15. Krause KM, Lovelady CA, Peterson BL, Chowdhury N, Ostbye T. Effect of breast-feeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. *Public Health Nutr*. 2010;13(12):2019-26. doi: 10.1017/S1368980010001503
16. Brandhagen M, Lissner L, Brantsaeter AL, Meltzer HM, Häggkvist AP, Haugen M, et al. Breast-feeding in relation to weight retention up to 36 months postpartum in the Norwegian Mother and Child Cohort Study: modification by socioeconomic status? *Public Health Nutr*. 2014;17(7):1514-23. doi: 10.1017/S1368980013001869
17. López-Olmedo N, Hernández-Cordero S, Neufeld LM, García-Guerra A, Mejía-Rodríguez F, Gómez-Humarán IM. The associations of maternal weight change with breastfeeding, diet and physical activity during the postpartum period. *Matern Child Health J*. 2016;20(2):270-80. doi: 10.1007/s10995-015-1826-7
18. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meintschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(9):1886-93. doi: 10.1038/npp.2011.74

19. Jonas W, Woodside B. Physiological mechanisms, behavioral and psychological factors influencing the transfer of milk from mothers to their young. *Horm Behav.* 2016;77:167-81. doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.07.018
20. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015;171:142-54. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.022
21. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(4):332-8. doi: 10.1016/j.jpmed.2012.12.002
22. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific J Public Health.* 2016;28(1):7-14. doi: 10.1177/1010539515624964
23. Sipsma HL, Ruiz E, Jones K, Magriples U, Kershaw T. Effect of breastfeeding on postpartum depressive symptoms among adolescent and young adult mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(11):1442-7. doi: 10.1080/14767058.2017.1319351
24. Handlin L, Jonas W, Petersson M, Ejdebäck M, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, et al. Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period. *Breastfeed Med.* 2009;4(4):207-20. doi: 10.1089/bfm.2009.0001
25. Neelon SEB, Stroo M, Mayhew M, Maselko J, Hoyo C. Correlation between maternal and infant cortisol varies by breastfeeding status. *Infant Behav Dev.* 2015;40:252-8. doi: 10.1016/j.infbeh.2015.06.005
26. McClure CK, Catov J, Ness R, Schwarz EB. Maternal visceral adiposity by consistency lactation. *Matern Child Health J.* 2012;16(2):316-21. doi: 10.1007/s10995-011-0758-0
27. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeed Med.* 2015;10(3):175-82. doi: 10.1089/bfm.2014.0141
28. Stuebe BF, Willett WC, Xue F, Michels KB. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2009;169(15):1364-71. doi: 10.1001/archinternmed.2009.231
29. González-Jiménez E, García PA, Aguilar MJ, Padilla CA, Álvarez J. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *J Clin Nurs.* 2013;23(17-18):2397-403. doi: 10.1111/jocn.12368
30. Salone LR, Vann WF Jr, Dee DL. Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Assoc.* 2013;144(2):143-51. doi: 10.14219/jada.archive.2013.0093
31. De Silva M, Senarath U, Gunatilake M, Lokuhetty D. Prolonged breastfeeding reduces risks of breast cancer in Sri Lankan women: a case-control study. *Cancer Epidemiol.* 2010;34(3):267-73. doi: 10.1016/j.canep.2010.02.012
32. França-Botelho AC, Ferreira MC, França JL, França EL, Honório-França AD. Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(11):5327-32.
33. Islami F, Liu Y, Jemal A, Zhou J, Weiderpass E, Colditz G, et al. Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status – a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2015;26(12):2398-407. doi: 10.1093/annonc/mdv379
34. Scocciati C, Key TJ, Anderson AS, Armaroli P, Berrino F, Cecchini M, et al. European Code against Cancer 4th Edition: breastfeeding and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015;39 Suppl 1:S101-6. doi: 10.1016/j.canep.2014.12.007
35. Luan NN, Wu QJ, Gong TT, Vogtmann E, Wang YL, Lin B. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiological studies. *Am J Clin Nutr.* 2013;98(4):1020-31. doi: 10.3945/ajcn.113.062794
36. Sung HK, Ma SH, Choi J, Hwang Y, Ahn C, Kim BG, et al. The effect of breastfeeding duration and parity on the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Prev Med Public Health.* 2016;49(6):3493-566. doi: 10.3961/jpmph.16.066
37. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control.* 2007;18(5):517-23. doi: 10.1007/s10552-007-0130-2
38. Li DP, Du C, Zhang ZM, Li GX, Yu ZF, Wang X, et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(12):4829-37. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.12.4829
39. Feng LP, Chen HL, Shen MY. Breastfeeding and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59(4):428-37. doi: 10.1111/jmwh.12085
40. Jordan SJ, Cushing-Haugen KL, Wicklund KG, Doherty JA, Rossing MA. Breast-feeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control.* 2012;23(6):919-27. doi: 10.1007/s10552-012-9963-4
41. Zhan B, Liu X, Li F, Zhang D. Breastfeeding and the incidence of endometrial cancer: a meta-analysis. *Oncotarget.* 2015;6(35):38398-409. doi: 10.18632/oncotarget.5049
42. Wang L, Li J, Shi Z. Association between breastfeeding and endometrial cancer risk: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2015;7(7):5697-711. doi: 10.3390/nu7075248
43. Ma X, Zhao LG, Sun JW, Yang Y, Zheng JL, Gao J, et al. Association between breastfeeding and risk of endometrial cancer: a meta-analysis of epidemiological studies. *Eur J Cancer Prev.* 2018;27(2):144-51. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000186
44. Ameratunga D, Flemming T, Angstetra D, Ng S, Sneddon A. Exploring the impact of endometriosis on partners. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(6):1048-53. doi: 10.1111/jog.13325
45. Farland LV, Eliassen AH, Tamimi RM, Spiegelman D, Michels KB, Missmer SA. History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ.* 2017;358:j3778. doi: 10.1136/bmj.j3778
46. Aune D, Norat I, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(2):107-15. doi: 10.1016/j.numecd.2013.10.028
47. Jäger S, Jacobs S, Kröger J, Fritsche A, Schienkiewitz A, Rubin D, et al. Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. *Diabetologia.* 2014;57(7):1355-65. doi: 10.1007/s00125-014-3247-3
48. Perrine CG, Nelson JM, Corbelli J, Scanlon KS. Lactation and maternal cardio-metabolic health. *Annu Rev Nutr.* 2016;36:627-45. doi: 10.1146/annurev-nutr-071715-051213
49. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, Stuebe A, McClure CK, Van Den Eeden SK, et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *Am J Med.* 2010;123(9):863.e1-6. doi: 10.1016/j.amjmed.2010.03.016
50. Melton LJ 3rd, Bryant SC, Wahner HW, O'Fallon WM, Malkasian GD, Judd HL, et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int.* 1993;3(2):76-83. doi: 10.1007/BF01623377
51. Kovacs CS. Maternal mineral and bone metabolism during pregnancy, lactation, and post-weaning recovery. *Physiol Rev.* 2016;96(2):449-547. doi: 10.1152/physrev.00027.2015
52. Lenora J, Lekamwasam S, Karlsson MK. Effects of multiparity and prolonged breast-feeding on maternal bone mineral density: a community-based cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 2009;9:19. doi: 10.1186/1472-6874-9-19
53. Salari P, Abdollahi M. The influence of pregnancy and lactation on maternal bone health: a systematic review. *J Family Reprod Health.* 2014;8(4):135-48.



54. Wiklund PK, Xu L, Wang Q, Mikkola T, Lyytikäinen A, Völgyi E, et al. Lactation is associated with greater maternal bone size and bone strength later in life. *Osteoporos Int.* 2012;23(7):1939-45. doi: 10.1007/s00198-011-1790-z
55. Jonas W, Nissen E, Ransjö-Arvidson AB, Wiklund I, Henriksson P, Uvnäs-Moberg K. Short- and long-term decrease of blood pressure in women during breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2008;3(2):103-9. doi: 10.1089/bfm.2007.0031
56. Ebina S, Kashiwakura I. Influence of breastfeeding on maternal blood pressure at one month postpartum. *Int J Womens Health.* 2012;4:333-9. doi: 10.2147/IJWH.S33379
57. Groer MW, Jevitt CM, Sahebzamani F, Beckstead JW, Keefe DL. Breastfeeding status and maternal cardiovascular variables across the postpartum. *J Womens Health (Larchmt).* 2013;22(5):453-59. doi: 10.1089/jwh.2012.3981
58. Lupton SJ, Chiu CL, Lujic S, Hennessy A, Lind JM. Association between parity and breastfeeding with maternal high blood pressure. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(6):454.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2013.02.014
59. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe BF, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2009;113(5):974-82. doi: 10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca
60. Zhang BZ, Zhang HY, Liu HH, Li HJ, Wang JS. Breastfeeding and maternal hypertension and diabetes: a population-based cross-sectional study. *Breastfeed Med.* 2015;10(3):163-7. doi: 10.1089/bfm.2014.0116
61. Kelly KM, Chopra I, Dolly B. Breastfeeding: an unknown factor to reduce heart disease risk among breastfeeding women. *Breastfeed Med.* 2015;10(9):442-7. doi: 10.1089/bfm.2015.0082
62. Gunderson EP, Quesenberry CP Jr, Ning X, Jacobs DR Jr, Gross M, Goff DC Jr, et al. Lactation duration and midlife atherosclerosis. *Obstet Gynecol.* 2015;126(2):381-90. doi: 10.1097/AOG.0000000000000919
63. Choi SR, Kim YM, Cho MS, Kim SH, Shim YS. Association between duration of breast feeding and metabolic syndrome: The Korean National Health and Nutrition Examination Surveys. *J Womens Health (Larchmt).* 2017;26(4):361-7. doi: 10.1089/jwh.2016.6036
64. Aguilar Cordero MJ, Madrid Baños N, Baena García L, Mur Villar N, Guisado Barrilao R, Sánchez López AM. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):1936-46. doi: 10.3305/nh.2015.31.5.8810
65. Chen H, Wang J, Zhou W, Yin H, Wang M. Breastfeeding and risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol.* 2015;42(9):1563-9. doi: 10.3899/jrheum.150195
66. Fox M, Berzuini C, Knapp LA. Maternal breastfeeding history and Alzheimer's disease risk. *J Alzheimers Dis.* 2013;37(4):809-21. doi: 10.3233/JAD-130152
67. Langer-Gould A, Smith JB, Hellwig K, Gonzales E, Haraszti S, Koebnick C, et al. Breastfeeding, ovulatory years, and risk of multiple sclerosis. *Neurology.* 2017;89(6):563-9. doi: 10.1212/WNL.0000000000004207
68. Ross-Cowdery M, Lewis CA, Papic M, Corbelli J, Schwarz EB. Counseling about the maternal health benefits of breastfeeding and mothers' intentions to breastfeed. *Matern Child Health J.* 2017;21(2):234-41. doi: 10.1007/s10995-016-2130-x
69. Pérez-Escamilla R, Sellen D. Equity in breastfeeding: where do we go from here? *J Hum Lact.* 2015;31(1):12-4. doi: 10.1177/0890334414561062

Amamentar: proteção que vale ouro

Por Letícia Martins

Agosto é o mês dedicado às campanhas de orientação e conscientização sobre a importância do leite materno para a saúde dos bebês



Oitavo mês do ano ganhou cor e destaque no calendário nacional em 2017, quando foi instituído o Agosto Dourado, por meio da Lei Nº 13.435, com o objetivo de conscientizar toda a população sobre os benefícios da amamentação para o bebê. E faz todo o sentido ter um mês inteirinho focado no tema, afinal, ao longo dos anos, pouco se falou sobre a real importância do ato, tanto é que alguns mitos surgiram e ganharam força e espaço no imaginário popular. Um desses mitos, por exemplo, preconiza que há mulheres que produzem leite fraco. Quem nunca ouviu essa expressão? Quantas futuras mães não ficaram preocupadas se seriam capazes de fornecer leite bom para o bebê?

“Não existe leite fraco”, afirma Monica Fairbanks de Barros, médica-assistente do Hospital das Clínicas de São Paulo e membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Aleitamento Materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). “O leite materno tem o aspecto mais ralo do que o leite de vaca. Mas isso não significa que ele seja fraco ou que não tenha valor nutritivo”, observa Monica. Pelo contrário, o leite materno é altamente nutritivo e consegue oferecer tudo o que o bebê precisa nos primeiros meses de vida para se desenvolver com saúde. Rico em anticorpos, também é considerado como a primeira vacina para o recém-nascido e, além disso, ajuda a formar a flora intestinal dele. E tem um detalhe: ele muda de composição de acordo com a fase de crescimento do bebê.

Ou seja, a natureza já se encarregou de preparar uma fonte natural de saúde para os recém-nascidos. Contudo, para que eles recebam o alimento tão logo cheguem a este mundo, é necessário que a mãe e seus familiares saibam a importância da amamentação. Segundo Monica, as mulheres que amamentam acabam sendo influenciadas principalmente por suas mães e avós, que, muitas vezes, nas décadas de

1960 e 1970, sofreram influência de propagandas de fórmulas enriquecidas com açúcar, farinha láctea e outros “engrossantes”, sendo reforçada a ideia do leite fraco.

Vale lembrar que, na época das nossas mães e avós, era comum ver propagandas na televisão e publicidades espalhadas por aí exaltando as vantagens desses produtos. Hoje, no entanto, se sabe que até o sexto mês de vida o bebê não precisa de nenhum outro alimento além do leite materno.

Se ainda há muitos mitos e pouca informação é porque nos próprios hospitais, maternidades e consultórios médicos o assunto não está sendo tão bem abordado como merece. “Ainda há muitos profissionais que sequer tocam no assunto da amamentação. Se perguntarmos

**"A cor dourada
está relacionada
ao padrão-ouro de
qualidade do leite
materno."**

**Decreto lei nº 13.435
de 12/4/2017.**

para as mulheres se elas têm desejo de amamentar, a grande maioria dirá que sim, pois sabe que o leite materno é o melhor alimento para o filho. No entanto, pondera Monica Fairbanks, “existe uma taxa grande de pacientes que acaba abandonando a lactação muito cedo por dificuldades que surgem nos primeiros dias da amamentação. Muitas sequer saem da maternidade com aleitamento materno exclusivo”, alerta a médica, que é supervisora do alojamento conjunto no Hospital das Clínicas e, por isso, analisa com propriedade o cenário atual.

Ela acredita que, da parte dos profissionais de saúde, houve certa acomodação no sentido de falar mais sobre aleitamento. As grávidas chegam ao primeiro dia de consulta do pré-natal com inúmeras dúvidas

e medos a respeito do parto, mas sem noção do desafio que vão enfrentar no dia a dia da maternidade em relação à amamentação. Afinal, há algumas situações não desejadas que podem acontecer e, nesses casos, estar preparada e bem informada é o ideal.

“O Agosto Dourado e a Semana Mundial do Aleitamento Materno vieram para chamar a atenção sobre a importância de orientar a gestante não só em relação aos benefícios da amamentação, mas de como proceder”, ressalta Monica. Já vamos falar sobre as técnicas da amamentação, mas, antes, vale conhecer um pouco mais sobre o significado do Agosto Dourado.

A COR DO AMOR

Um alimento de ouro para a saúde dos recém-nascidos. Com base nessa analogia ao leite materno, feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é que agosto ganhou o sobrenome de dourado. E, assim como em outubro diversos monumentos históricos são iluminados de rosa para lembrar sobre a prevenção do câncer de mama, e em novembro o azul tinge prédios históricos e pontos turísticos chamando a atenção para o câncer de próstata, espera-se que em agosto tudo seja iluminado de dourado para que todos se lembrem ou aprendam que amamentar é a melhor proteção que a mãe pode conceder ao filho nos primeiros meses de sua vida.

“A OMS recomenda o aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida, e complementado até 2 anos ou mais, sem limite de tempo”, aponta Sérgio Makabe, secretário da CNE em Aleitamento Materno da Febrasgo e professor titular de ginecologia do curso de Medicina São Camilo. Porém, o médico já avisa que é nessa fase que a amamentação vem acompanhada de alguns julgamentos da sociedade. Cabe, então, à mãe se basear nos inúmeros benefícios nutricionais, econômicos e sociais para não abrir mão desse ato tão importante para o filho.

“Em qualquer momento da vida do bebê, o aleitamento pode ser continuado. Isso vai depender da mãe e da própria criança, visto que muitas vezes ela cresce sendo habituada a alimentos sólidos ou outros tipos de alimento. Assim, a própria criança não vai mais querer ser amamentada”, analisa Makabe, que atua como gerente de ensino e pesquisa do conjunto hospitalar do Mandaqui, na capital paulista, e é coordenador de internato do curso de Medicina, no campus São Paulo, da Universidade São Caetano do Sul.

A ginecologista obstetra Sílvia Regina Piza deixa bem claro qual é o momento ideal para iniciar a amamentação. “A amamentação deve ser iniciada assim que o bebê nasce. Na sala do parto mesmo, antes de completar a primeira hora de vida. Aliás, quanto antes melhor”, afirma. Em outras palavras, tão logo o bebê seja recepcionado no mundo, ele já deve manter contato pele a pele com a mãe.

Ao ser colocado junto ao corpo dela, naturalmente o bebê buscará o complexo areolopapilar da mama e começará a sugar. “O contato pele a pele entre mãe e filho e o aleitamento assim que o bebê nasce são de extrema importância para a manutenção e o estabelecimento do aleitamento materno”, destacou Sílvia.

A pediatra e neonatologista Maria José Guardia Mattar ratifica que as vantagens do aleitamento para o

bebê começam logo nas primeiras horas de vida e podem ter consequências para a vida inteira. “Essa primeira mamada será responsável pelo desenvolvimento do microbioma e protegerá o bebê a curto, médio e longo prazo contra as doenças infecciosas, alérgicas e crônicas”, disse.

Maria José, que também é membro do Departamento Científico de Pediatria de São Paulo, da Comissão Estadual de Banco de Leite Humano e da CNE de Aleitamento da Febrago, acrescenta que a amamentação precoce favorece o controle da saciedade, evitando obesidade, além de ser uma proteção contra a morte súbita. “Várias doenças são preveníveis para o bebê com a amamentação”, declarou.

A doutora Sílvia explica que até alguns anos atrás existiam certos empecilhos no caminho que dificultavam ou até evitavam que esse contato fosse feito imediatamente após o parto. Por exemplo, no caso de pacientes que eram submetidas à analgesia ou a partos cesarianos, existia a preocupação se a mãe, que muitas vezes estava sedada, conseguiria segurar firme o bebê no colo enquanto amamentava. “Existia um certo receio em relação à queda do bebê e à própria capacidade da puérpera de amamentar imediatamente. Mas hoje em dia, diversas medidas têm sido adotadas para reduzir a sedação em parturiente. E mesmo quando algum procedimento anestésico acontece, evitam-se

sedativos em excesso”, disse Sílvia. Esses cuidados fazem parte da chamada humanização no atendimento.

Segundo ela, a cesariana e a monitorização materna por conta do procedimento anestésico podem ser feitas mesmo com a gestante amamentando, bastam apenas cultura e alguns cuidados da equipe médica e de enfermagem que auxilia no momento do nascimento. Uma solução bastante simples e útil, sugere Sílvia, é o uso de um *top*, semelhante a uma faixa fechada, colado ao corpo da mãe para acomodar o bebê durante a amamentação. O *top* evita a queda, ao mesmo tempo que deixa mãe e filho bem próximos. Assim, a mulher pode amamentar enquanto ainda estiver na sala de parto, independentemente de ele ter sido do tipo cesariano ou normal.

Há também alguns cuidados preliminares com o recém-nascido que habitualmente o pediatra faz, como aspiração, banho e pesagem. Todos eles podem ser postergados na própria sala de parto após esse contato inicial pele a pele e depois da primeira mamada.

TÉCNICAS PARA AMAMENTAR

Todo bom ginecologista obstetra um dia já falou para uma gestante que amamentar é um ato de amor, pois, mais do que alimentar, ele transmite carinho e afeto. Está corretíssima essa frase, mas é importante também explicar às futuras mães



“A amamentação deve ser iniciada assim que o bebê nasce. Na sala do parto mesmo, antes de completar a primeira hora de vida”, afirmou Sílvia Regina Piza.

que existem técnicas de amamentação importantes inclusive para a manutenção do aleitamento. “Uma boa técnica vai prevenir as complicações precoces, como as fissuras, ingurgitamento mamário e dor mamilar. Logo, é importante nos atentarmos ao posicionamento da mãe. Ela pode estar sentada, deitada ou em pé. Já o bebê deve permanecer sentado ou deitado, ou até em posição invertida, entre o braço e ao lado do corpo da mãe. O fundamental é que ambos estejam confortáveis e relaxados durante a amamentação”, instruiu Sérgio Makabe.

Existem alguns sinais em relação à posição correta da criança:

- O corpo e a cabeça devem estar alinhados, de modo que a criança não necessite virar a cabeça para pegar a mama;
- O corpo do bebê deve estar encostado à mãe, seu queixo deve estar tocando o peito da mãe e a criança deve ser apoiada pelo braço da mãe, que vai envolver a cabeça, o pescoço e a parte superior do tronco do bebê.

Outro ponto importante é a pega. Para que haja uma sucção efetiva, a criança deve abocanhar não só o mamilo, mas principalmente toda ou a maior parte da aréola. “Essa pega correta vai favorecer a sucção efetiva e evitar que haja erosões e fissuras. Isso porque proporciona a formação de um longo bico, que vai tocar o palato do bebê, iniciando assim o processo de sucção. Os dutos lactíferos situados embaixo da aréola são pressionados pela língua do bebê contra o palato, então, inicia-se a saída adequada do leite”, ensina Makabe.

Para saber se a sucção foi efetiva, verifique se:

- A boca do bebê está bem aberta para abocanhar quase toda ou toda a aréola;
- O lábio inferior dele está voltado para fora, cobrindo quase toda a porção inferior da aréola;

BANCOS DE LEITE HUMANO

São espaços fundamentais para que as mulheres amamentem com sucesso e dão apoio principalmente às mães de bebês prematuros e doentes para que elas consigam manter sua produção até que esse bebê tenha condições de mamar no peito. “Os bancos de leite humano são polos de apoio e estoque de doações para beneficiar bebês prematuros e doentes. Podemos pensar neles como um pronto-socorro da amamentação, onde os profissionais estão aptos a orientar sobre a técnica adequada”, explica a pediatra e neonatologista Maria José Guardia Mattar.

Atualmente, a rede de Bancos de Leite Humano no Brasil (rBLH-BR) possui mais de 220 bancos de leite distribuídos em todos os estados brasileiros, alguns com coleta domiciliar. A rBLH-BR conta ainda com mais de 200 postos de coleta de leite humano (PCLH).

Segundo dados do site rBLH-BR, o modelo nacional é reconhecido mundialmente pelo desenvolvimento tecnológico inédito que alia baixo custo e alta qualidade, além de distribuir o leite humano conforme as necessidades específicas de cada bebê, aumentando a eficácia da iniciativa para a redução da mortalidade neonatal. A coordenação da rBLH-BR está sediada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saiba mais: www.rblh.fiocruz.br



- A língua do bebê permanece acoplada em torno do peito;
- As bochechas estão com aparência arredondada.

“Técnicas adequadas estimulam a manutenção do aleitamento materno e, principalmente, evitam a ocorrência das complicações precoces da amamentação”, disse Sérgio Makabe. Uma dessas complicações são as fissuras. A prevenção delas passa justamente pelo conhecimento. O mau posicionamento do bebê, a pega incorreta, o uso de sabonetes e cremes nas mamas, a técnica incorreta de retirar o bebê do peito e a amamentação com a aréola distendida podem gerar tais complicações.

“Nós, ginecologistas obstetras, precisamos orientar as mulheres em relação aos traumas. Como prevenção, podemos citar técnicas como esvaziar a aréola, fazer a correção da posição de sucção, entender como funciona uma boa pega, iniciar a mamada na mama com menos dor, deixar gotas de leite nos mamilos após a mamada”, recomenda Makabe.

“Podemos citar também cuidados como a exposição das mamas ao sol. A mãe deve evitar o uso de produtos químicos e sabonetes nos mamilos. Em relação à cicatrização, existem possibilidades, como infusão de hortelã, lanolina pura e *laser* de baixa potência. Basicamente

é o que nós devemos orientar às pacientes na prevenção e no tratamento das fissuras e do ingurgitamento”, completa o especialista.

FAMÍLIA ENVOLVIDA

Há cerca de vinte e sete anos, entre os dias 1º e 7 de agosto, acontecem ações, no mundo todo, em prol da amamentação. São dias de intensas atividades que buscam promover o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida, se estendendo até os 2 anos ou mais.

Em cada ano é escolhido um tema internacional para ser trabalhado na Semana Mundial de Aleitamento Materno e no restante do mês aqui no Brasil. Para 2019, o lema é: Empoderar mães e pais, favorecer a amamentação hoje e para o futuro. Ou seja, a proposta atual é mostrar a importância da amamentação para a família toda e falar sobre o empoderamento dos pais.

O secretário da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo, Sérgio Makabe, defende que é extremamente importante envolver a família no processo de aleitamento materno. “Se os familiares estiverem cientes sobre os benefícios da amamentação, eles também poderão estimular a nutriz a manter a amamentação mesmo após voltar ao trabalho. Nesse caso, ela pode retirar o leite e amamentar depois o bebê”, aconselha.

“A OMS recomenda o aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida, e complementado até 2 anos ou mais, sem limite definido”, afirmou Sérgio Makabe.

De forma geral, pontua o médico, existem muitos tabus sobre a amamentação. Por exemplo, muita gente acredita que, se o bebê está chorando, é porque o leite é fraco. Essa relação, segundo Makabe, não tem sentido. “O bebê chora porque é a maneira que ele tem para se comunicar neste momento”, aponta. Há mulheres que acham que amamentar até os 6 meses já está ótimo e outras que pensam que, se o bebê chora, é sinal de que já podem dar outros alimentos para ele ingerir. Introduzir precocemente outros alimentos vai impedir a amamentação exclusiva e já vimos que a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de que até os 6 meses de

vida o bebê deve receber exclusivamente o leite materno. “Por essas e outras razões é que precisamos envolver os familiares no processo e orientá-los sobre a importância do leite materno para que eles estimulem a mulher a manter essa amamentação”, conclui.

O PAPEL DO GINECOLOGISTA OBSTETRA

Nesse processo de educar gestantes e familiares, o ginecologista obstetra pode contribuir de forma assertiva para aumentar as taxas de aleitamento materno, afinal, ele é o primeiro profissional que tem oportunidade de conversar com a mulher desde o pré-natal sobre a importância do aleitamento.

O ideal é que a orientação sobre aleitamento materno se inicie no consultório logo que a paciente chega com os primeiros sintomas da gravidez, como desconforto nas mamas. Nesse momento, o médico pode explicar que isso é resultado do hormônio da gestação modificando a mama.

“Na gravidez uma das primeiras mudanças verificadas em geral é o aparecimento de dor mamária. Isso acontece porque a glândula mamária é estimulada pelas mudanças hormonais e há um aumento da quantidade de tecido mamário: ductos e alvéolos”, analisa Monica. No segundo trimestre, o obstetra pode examinar as mamas e explicar à gestante que nesta época, em geral, já é possível verificar a presença do colostro. Isso pode tranquilizá-la, uma vez que é muito comum as grávidas se sentirem inseguras quanto ao fato de serem capazes de produzir leite.

O apoio do profissional à mãe durante a primeira fase da amamentação também faz diferença na educação dela. Monica orienta, por exemplo, que o ginecologista obstetra deve orientar a equipe na iniciação da amamentação, colocando o bebê para mamar o mais cedo possível, de preferência já na sala de parto. “A primeira hora na sala de



parto é chamada de hora de ouro. O bebê nasce muito alerta e tem uma busca natural pelo mamilo. Então, é essencial que ele seja colocado em contato pele a pele com a mãe para descansar um pouco e ficar ali sentindo o calor dela perto do mamilo”, disse. Nesse momento, algo extremamente natural deve acontecer: o bebê vai relaxar, resmungar e vai se arrastar até alcançar sozinho a região mamiloareolar da mãe. É lindo de ver! E mais uma vez a informação pode fazer grande diferença, pois nos três primeiros dias após o nascimento, os bebês em geral ficam mais sonolentos e mamam menos, já que possuem uma reserva natural e não estão preparados para mamar grandes quantidades de leite nesse período.

Se a mãe não for informada quanto a isso, ela provavelmente interpretará essa situação como negativa e poderá desenvolver um sentimento de fracasso. Por isso, o papel do ginecologista obstetra é fundamental não só para garantir que o parto ocorra bem, mas para orientar a mãe sobre esse universo novo que se descortina para ela. O bom médico é aquele que explica o básico, orienta, repete, torna a repetir se for preciso, corrige a técnica e acalma a paciente. Às vezes, só acalmar já é um enorme passo.

DO PRÉ-NATAL PARA A VIDA

Como médico mais próximo da gestante, o ginecologista obstetra se torna um verdadeiro educador e as primeiras lições podem acontecer já no pré-natal. “Durante o pré-natal, nós temos a oportunidade fantástica de não só acompanhar a evolução da gestação, mas de conversar com essa mulher gestante e o seu acompanhante, estimulando, orientando, oferecendo as informações científicas, todas baseadas em evidências, sobre a importância desse leite materno”, afirma Newton Tomio Miyashita, diretor médico da Santa Casa de São José dos Campos e membro da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Esta é outra grande iniciativa que merece destaque. Ela foi lançada no mundo inteiro pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 1991, com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar. O objetivo é oferecer estrutura e boa recepção para a mulher gestante, parturiente e puérpera, a fim de que ela saia do parto com plenas condições de praticar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida do bebê.

Atualmente, 324 hospitais no Brasil já aderiram a essa estratégia e ganharam o selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde por cumprirem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

Para ser amigo da criança, o hospital deve também respeitar outros critérios, como o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, o parto e o pós-parto, garantir à mãe e ao pai livre acesso e a permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas, e cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL). Para mais informações, acesse: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>



Miyashita destaca que o leite materno é um privilégio de todas as mulheres a partir do momento do seu parto, e o bebê, independentemente de onde e como nasça, não deveria ser privado desse direito. Ele cita o projeto primeiríssima infância, que tem a intenção de cuidar de crianças de 0 até 3 anos no que se refere tanto à parte médica quanto social e educativa, para que se tornem adultos melhores. Segundo ele, o parto é o processo de trazer o bebê do intraútero para o extraútero da forma mais humanizada possível. O trabalho de parto e o aleitamento na primeira hora de vida significam muito nesse processo de acolhimento e desenvolvimento de uma pessoa saudável.

Mas, voltando ao pré-natal, Miyashita destaca algumas dúvidas comuns das gestantes, as quais cabe ao ginecologista obstetra esclarecer da forma mais tranquila possível. Por exemplo: Será que eu serei capaz de amamentar? Será que o bico do meu seio é adequado para o aleitamento? Será que o aleitamento materno vai atrapalhar esteticamente o meu seio após a amamentação? Como amamentar direito? Quais são os direitos que eu tenho perante meu empregador ou meu emprego? “A individualização de conduta e a personalização a qualquer ato dentro da medicina é a linha mais importante que devemos seguir”, esclarece.

Assim, segundo o médico, o ideal é que o ginecologista obstetra escute atentamente as queixas, dúvidas e opinião de cada paciente e a trate como indivíduo, e não como massa. “Essas orientações têm um caráter geral dos benefícios que abrangem qualquer criança recém-nascida e qualquer mamãe/lactante, mas têm também todas as preocupações da orientação personalizada; cada mãe tem uma estrutura física, emocional, social e familiar que a tornam especial e nós, profissionais da área da saúde, principalmente durante o pré-natal, temos plenas condições de fazer uma boa anamnese e ver o diferencial dessa mulher específica”, analisa.

Todas as gestantes são especiais e merecem atenção, mas algumas podem estar passando por um momento especial e precisam ser abraçadas de forma diferente em função do aspecto emocional. Monica Fairbanks de Barros cita alguns exemplos: adolescentes, gestantes de primeira viagem, mulheres que passaram por cirurgias antes, como a bariátrica, ou aquelas que possuem enfermidades especiais, que tendem a ficar mais estressadas e não pensam muito na amamentação. “Gestantes que fizeram fertilização *in vitro* também são casos emocionalmente mais delicados e têm uma tendência à superproteção ou insegurança”, completa a médica.

Outra dúvida comum que as futuras mães têm é em relação à dieta durante o período de aleitamento materno. O doutor Newton Miyashita explica que não existe nenhuma dieta mágica, mas que prevalece a orientação individualizada. Vale conversar com a paciente e analisar os medicamentos ou substâncias que ela porventura esteja tomando e que possam prejudicar o aleitamento ou o próprio bebê. Ele ressalta que algumas substâncias podem passar pelo leite e influenciar na saúde dessa criança indiretamente. “Até o uso de complemento vitamínico só é necessário realmente quando a mulher não tem a menor condição de fazer uma alimentação

“Essa primeira mamada será responsável pelo desenvolvimento do microbioma e protegerá o bebê a curto, médio e longo prazo contra as doenças infecciosas, alérgicas e crônicas”, disse Maria José Guardia Mattar.

variada, composta por todos os nutrientes essenciais”, observa.

ATENÇÃO ESPECIAL ÀS MAMAS

O pré-natal também é o período perfeito para avaliar a integridade das mamas da paciente e ir além: bater um papo com ela sobre as dúvidas que possui a respeito desse assunto. Às vezes, a paciente tem algum trauma em relação a uma cirurgia feita no passado que não a agradou ou tem medo de que a amamentação possa modificar o corpo dela. “Nessa conversa, podemos transmitir informações importantes para que a paciente possa se sentir mais segura e tranquila e, com isso, ficar mais motivada a amamentar”, disse o mastologista e ginecologista Antonio Fernandes Lages, membro da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo.

Informação é a palavra-chave, salienta Lages, pois a falta dela pode levar a mulher a desistir de amamentar antes da hora. Exemplo disso é a paciente que desenvolve mastite, uma inflamação na mama, comum durante o aleitamento materno, geralmente resultado de

amamentação inadequada. O problema é relativamente simples de tratar nas fases iniciais, porém uma das grandes consequências que ele traz é o desmame precoce. Diante da primeira dificuldade na hora de amamentar, a paciente fica muito ansiosa e opta por introduzir um alimento artificial ou mamadeira. Essa atitude, porém, gera consequências. “A partir do momento que o bebê se amamenta menos diretamente da mama, a produção de leite cai e esse é o primeiro passo para o desmame”, avisa Lages.

Por isso, o mastologista insiste na importância da informação e da amamentação adequada. Ele aponta ainda outro problema comum no Brasil: a falta de apoio em hospitais e nos consultórios. Iniciativas como o Hospital Amigo da Criança (veja mais no quadro) foram desenvolvidas para sanar essa deficiência, mas é preciso que os profissionais de saúde e as instituições conheçam esses projetos e se envolvam. “É indispensável o apoio dos hospitais e dos obstetras”, declara Lages.

Sobre cirurgias na mama, o especialista esclarece que as cirurgias com próteses de silicone, que são as mais realizadas no Brasil atualmente, interferem muito pouco ou quase nada na lactação. “A prótese de silicone apenas empurra a mama para frente, mantendo intacta toda a rede produtora de leite. Assim, as mulheres que colocam prótese conseguem amamentar com facilidade”, afirma o mastologista.

Já na mamoplastia redutora, que representa cerca de 15% dos procedimentos cirúrgicos mamários hoje no país, parte do tecido mamário é retirado e o mamilo pode ser transplantado de lugar. “Com isso, há um prejuízo na amamentação em um percentual significativo de mulheres”, explica.

Para tranquilizar mulheres que, no passado, foram submetidas a tratamento radioterápico por câncer de mama, o doutor Lages avisa que elas podem amamentar normalmente, pois a radioterapia não afeta a qualidade do leite.



Tira-teima

Não fique com dúvidas na hora de educar sua paciente sobre a importância da amamentação. A Febrasgo, por meio da CNE de Aleitamento Materno, fornece material educativo, orientações e recomendações pertinentes ao tema. A seguir, trazemos as principais dúvidas nessa área e as explicações dadas pelos membros da CNE.

A NUTRIZ QUE ENGRAVIDA DEVE INTERROMPER A AMAMENTAÇÃO?

Não há necessidade, afirma a ginecologista obstetra Silvia Regina Piza. De acordo com ela, o nível hormonal para o estabelecimento do aleitamento materno não interfere no seguimento da gestação em curso. “Logo, é completamente possível amamentar e gestar uma outra criança ao mesmo tempo”, afirma a médica.

QUANDO HÁ INDICAÇÃO PARA O USO DE GALACTAGOGOS?

Em geral, os galactagogos não são indicados como estimulante ou como manutenção do aleitamento, porque o efeito deles é pouco eficaz, praticamente um efeito placebo para algumas pessoas. “Não existe trabalho ou evidência científica que sustente o uso de galactagogos para manter o aleitamento materno”, esclarece Silvia. Além dos potenciais efeitos colaterais para a mãe e a criança, esses produtos só devem ser utilizados em situações muito específicas, como ocorre na relactação, especialmente em prematuros. “Por isso, bem melhor que usar galactagogos é fazer a pega adequada, ter resignação e paciência. Assim, não tem como o aleitamento não se estabelecer”, orienta.

O QUE SIGNIFICA NBCAL? ESSA LEGISLAÇÃO É IMPORTANTE?

Significa Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Ela é composta por regras que regulam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até 3 anos de idade. O objetivo da norma é contribuir para o uso apropriado dos produtos como leites industrializados, papinhas, bicos, chupetas e mamadeiras, de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno, visando promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

“Foi necessário criar a NBCAL para regular um mercado que usava imagens de produtos à base de animais como se eles fossem semelhantes ao leite materno. Logo, a norma existe para evitar que o consumidor seja enganado, pois a família tem que saber quando o leite é artificial”, explica Maria José Guardia Mattar.

O QUE É AMAMENTAÇÃO EM TANDEM?

Significa que a mãe amamenta dois filhos de idade diferente durante o mesmo período. Normalmente ela inicia quando está amamentando e descobre uma nova gravidez, segue amamentando o bebê durante a gravidez de outro filho e o mantém após o nascimento do caçula. “Não há prejuízo nessa prática. A gestante pode amamentar, desde que não haja risco de aborto, nem trabalho de parto prematuro”, esclarece Maria José. O próprio Ministério da Saúde orienta que a mãe também pode amamentar o filho mais velho após o nascimento do bebê. “O importante é esclarecer que a prioridade absoluta deve ser para o recém-nascido que mama exclusivamente no peito”.

O QUE É RELACTAÇÃO?

“Relactação é fazer voltar o leite quando houver uma parada na lactação”, ensina Maria José. Existe uma variação de terminologia, mas a técnica é a mesma. A translactação é uma forma de complementar a oferta de leite para um bebê prematuro. O realeitamento (outro nome para a mesma técnica) serve para fazer voltar a quantidade de leite das mães dos prematuros, que, por alguma razão, não puderam ser amamentados diretamente. E há a lactação induzida adotiva, quando mulheres que vão adotar bebês procuram o banco de leite para poder amamentar. A técnica consiste em oferecer o leite por meio de uma sonda conectada próxima ao mamilo.

HÁ ALGUMA INDICAÇÃO PARA USO DE ACESSÓRIOS, COMO CONCHAS E INTERMEDIÁRIOS?

Ainda não existem grandes estudos para demonstrar os seus benefícios. No entanto, os mamilos intermediários, que consistem em um dispositivo de silicone flexível e são colocados na aréola do mamilo materno com a finalidade de protegê-lo, podem favorecer o formato mamar e mantêm um padrão de sucção adequado. “Consequentemente o aleitamento materno acontece sem lesionar o mamilo, em situações muito específicas como os recém-nascidos prematuros e recém-nascidos com alterações no tônus muscular, na face e na língua”, explica Sérgio Makabe.

“Já as conchas de amamentação apresentam maior escassez dos dados da literatura, mas sua utilização é bastante comum, principalmente nos casos de ingurgitamento mamário, dor mamar, mamilo plano e in-

vertido. Na verdade, faltam evidências que indiquem o uso e a eficiência das conchas, mas o importante é que a paciente, a fim de manter a amamentação, pode fazer o uso e ver se ela se adapta”, recomenda. E existem, segundo Makabe, condições especiais para uso tanto dos mamilos intermediários como das conchas de amamentação.

O SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO É UM FACILITADOR?

O alojamento conjunto significa colocar o bebê ao lado da mãe desde o momento do nascimento até a alta hospitalar. É assim que deve ser nos hospitais que prestam assistência após o nascimento. “Isso favorece os cuidados da mãe com o bebê, estimula o aleitamento e diminui a interferência nesse processo natural que é o nascimento”, defende Silvia Piza.

Entretanto, para que isso ocorra, normalmente regras muito rígidas dos hospitais devem ser abandonadas, como horário fixo de banho e exames do pediatra. Tudo isso deve ser feito na presença da mãe e no quarto dela, salvo alguma condição especial em que a criança precisa ir para a unidade de terapia intensiva (UTI). “O alojamento conjunto é de fundamental importância nos hospitais que prestam assistência ao nascimento”, afirma a obstetra.

QUAL DEVE SER A FREQUÊNCIA DAS MAMADAS?

Elas devem ser por livre demanda, ou seja, não há horário fixo ou tempo fixo de mamada. “As mamadas devem atender às necessidades do recém-nascido. No momento inicial, elas têm uma frequência maior e, à medida que o bebê vai ganhando maturidade, o aleitamento vai se estabelecendo. A tendência é que as mamadas naturalmente fiquem espaçadas, mas não existe regra em relação a tempo e frequência. A orientação é o aleitamento sob livre demanda, toda vez que o recém-nascido solicitar”, orienta Silvia Piza.

EXISTE LEITE INSUFICIENTE?

De acordo com a ginecologista obstetra Monica Fairbanks de Barros, a quantidade de leite insuficiente é bem rara. “Na imensa maioria das vezes, a presença insuficiente de leite ocorre temporariamente enquanto a mulher não estiver conseguindo amamentar com técnica adequada. Casos raros de mulheres com tecido mamário bem escasso podem ser causa de produção insuficiente de leite.”

Segundo a especialista, na maioria das vezes, essa percepção de hipogalactia (baixa produção do leite) não é real. Em casos em que há demora para a primeira mamada logo após o parto ou o aleitamento não acontece de forma exclusiva ou em demanda livre pode acontecer a descida do leite (apojadura) mais tardiamente, após o quarto ou quinto dia. Caso contrário esta

costuma ocorrer por volta do terceiro dia. “Muitas vezes, as mães ficam preocupadas em não ter leite para amamentar o filho, mas no primeiro dia a quantidade de leite não é muita. O colostro é bem pouco, até porque o bebê não necessita receber e digerir muito leite.”

Se a mulher estiver calma, se alimentando bem e tomando líquidos em geral, mais chances terá de formar o leite, pois o estresse pode atrapalhar.

COMO LIDAR COM MAMILOS PLANOS, PSEUDOINVERTIDOS E INVERTIDOS DE FATO?

Não existe uma fórmula mágica, nada muito milagroso para isso, afirma Monica, que explica: o mamilo invertido é o mais trabalhoso e cada caso deve ser avaliado individualmente. Não há evidências de que exercícios areolares ou de pressão negativa com sucção com seringas ou bombas extratoras de leite melhorem a anatomia dele. A orientação inicial é que a equipe de saúde auxilie que o recém-nascido faça a pega na região areolar mesmo sem a protrusão areolar.

O uso dos intermediários de silicone é uma opção para os casos com dificuldade de realização da pega. Pode ocorrer alguma melhora da protrusão mamilar após algum tempo, principalmente nos casos de mamilos pseudoinvertidos ou semiplanos. Se possível, a mulher deve ser logo estimulada a tentar fazer a pega diretamente na região aréolo-mamilar. O uso prolongado do intermediário de silicone pode exigir mais força do bebê e também causar dermatite, pelo atrito e umidade.

O QUE É “CONFUSÃO DE BICOS”? COMO EVITÁ-LA?

É quando a mãe oferece para a criança outros bicos além do próprio seio materno, como mamadeiras, chucas e chupetas. O objetivo de evitar esses bicos artificiais é que o bebê não rejeite o aleitamento materno em troca de um bico de silicone ou de algum desses objetos complementares de aleitamento.

“Por isso, nos seis primeiros meses de vida, é essencial que o aleitamento seja exclusivo no peito materno. Esta é a melhor opção para o bebê”, explica Newton Tomio Miyashita.

HÁ CONTRAINDICAÇÃO NO ALEITAMENTO MATERNO?

Pouquíssimas, afirma Monica Fairbanks de Barros. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, mães contaminadas pelos vírus HIV, HTLV 1 ou 2, em função do risco de transmissão vertical. Doenças maternas que causem distúrbios da consciência, como psicose e choque. Uso de drogas ilícitas ou de alguns medicamentos. Recém-nascidos com erros inatos do metabolismo (podem ser diagnosticados no teste do pezinho). Outras doenças são avaliadas caso a caso.

O ensino por meio da simulação na residência médica

Gustavo Salata Romão¹
Karen Cristine Abrão²
Marcos Felipe Silva de Sá³

Foto: Shutterstock

1. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Escola de Ciências da Saúde, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.
3. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão
Av. Costábile Romano, 2201,
Ribeirão, 14096-900, Ribeirão
Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

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

INTRODUÇÃO

O ensino médico baseado em simulação é definido como a representação artificial de situações ou ambientes da prática real visando ao ensino e ao treinamento de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a assimilação de conceitos médicos e o aprimoramento na tomada de decisões por um profissional ou por uma equipe de profissionais.⁽¹⁾ Na simulação, deve-se prover fidelidade suficiente para facilitar a aprendizagem por meio da imersão, repetição, reflexão e *feedback*, sem expor os pacientes e os aprendizes aos riscos inerentes a uma experiência semelhante na vida real.⁽²⁾

Nas últimas décadas, houve avanço exponencial nas tecnologias aplicadas à simulação clínica, com aperfeiçoamento de manequins (robôs) simuladores de pacientes, simulações virtuais e hápticas, que hoje permitem grande fidelidade

na recriação de situações clínicas. Apesar desses avanços, a simulação deve ser reconhecida como metodologia de ensino, que pode ser utilizada sem equipamentos caros e complexos e ainda assim resultar em significativa aprendizagem. Por outro lado, o desconhecimento dos princípios pedagógicos (ou andragógicos) que norteiam o ensino por meio da simulação poderá resultar em aprendizagem deficitária, mesmo em ambientes de sofisticada tecnologia. Em nosso meio, onde o investimento nas metodologias de ensino ainda é precário, o domínio desses princípios pedagógicos é particularmente importante. Tais princípios incluem o planejamento curricular, a definição dos objetivos de aprendizagem, a identificação de oportunidades para simulação, a disponibilidade de meios e recursos necessários para executá-la e a avaliação de seus resultados.

Como estratégia de educação experiencial, a simulação apresenta diversas aplicações na área da saúde, sendo utilizada tanto no ensino quanto na avaliação do desempenho de estudantes, residentes e pós-graduandos, além de auxiliar no desenvolvimento de protocolos e projetos de instalações médicas. Os recursos utilizados variam desde simuladores de habilidades simples até simuladores complexos para o treinamento de equipes em atividades multidisciplinares.⁽³⁾ Neste artigo apresentaremos uma breve revisão sobre o ensino-aprendizagem utilizando a simulação na formação médica. A seguir, apresentaremos dados relativos à sua utilização no treinamento de residentes em Ginecologia e Obstetrícia. Discutiremos também o uso da simulação para a aquisição das competências essenciais para o médico residente estabelecidas na Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia.

ASPECTOS PEDAGÓGICOS DA SIMULAÇÃO

Quando se trata de ensino por meio de simulação, há vários elementos de aprendizagem envolvidos. De acordo com a pirâmide de Miller,^(4,5) o conhecimento é a base para a aquisição das competências clínicas. Isso significa que os aprendizes devem dominar o conhecimento necessário para a solução de uma situação clínica antes de iniciarem uma simulação daquela situação. Esse é um fator crucial para o sucesso, devendo-se evitar a simulação de situações para as quais o aprendiz ainda não esteja devidamente preparado, pois isso poderá gerar frustrações. Outro elemento de aprendizagem importante é a escolha do momento mais oportuno para realizar o treinamento por meio da simulação. Para os aprendizes iniciantes, as simulações devem ocorrer paralelamente às atividades da prática profissional, para que eles possam executar, repetir e praticar as atividades da prática real em ambiente protegido, utilizan-

do simuladores processuais para o treinamento de tarefas. Esse tipo de simulação envolve trabalho individual, *feedback* e repetição exaustiva até que se atinja o nível esperado. É recomendável a utilização de guias ou *checklists* padronizados pelos instrutores e supervisores, o que assegura maior consistência e relevância do *feedback* ao residente sobre seu desempenho.⁽¹⁾

Os aprendizes mais experientes, que apresentam domínio cognitivo e psicomotor das atividades da prática profissional, poderão ser submetidos a simulações imersivas em cenários de alta fidelidade, que permitem o exercício das competências de maneira integral, unindo conhecimentos, habilidades e atitudes na solução de situações clínicas mais complexas. Por se tratar de experiências educacionais intensas, essas atividades devem ser de curta duração, entre 5 e 15 minutos, sendo sucedidas por 15 a 30 minutos de discussão, também conhecida como *debriefing*. Nessa oportunidade, sob a condução de um instrutor, os participantes identificam o que foi feito corretamente e o que precisa ser melhorado, e a discussão é dirigida de modo a se obter aprendizagem a partir da situação vivenciada.⁽¹⁾

O planejamento de cenários é outro elemento educacional relevante. O conceito de cenário difere do conceito de caso clínico. Enquanto o caso clínico equivale ao disparador inicial e estático para a abordagem teórica de um conteúdo, no cenário há obrigatoriedade da interação entre os participantes e a ferramenta didática. O cenário deve apresentar verossimilhança com a realidade, oportunizando a aprendizagem de raciocínio crítico, tomada de decisão e solução de problemas. As informações e os eventos devem ocorrer de forma sequencial, a partir das decisões tomadas pelos participantes durante a condução do caso clínico. As diversas possibilidades de ação diante da situação devem ser previstas pelo elaborador do cenário e os eventos clínicos decorrentes das ações dos

participantes devem ser predefinidos. Embora seja importante que os participantes dominem o tema a ser tratado no cenário, do ponto de vista teórico, as situações que ocorrerão durante a simulação não devem ser reveladas antecipadamente aos participantes, para que o elemento surpresa permita maior fidelidade e o desempenho deles seja de fato mais próximo do que ocorreria em uma situação real.⁽¹⁾

MODALIDADES DE SIMULAÇÃO

Existem diferentes modalidades de simulação, cujas características se ajustam a cada objetivo de aprendizagem. O conhecimento dessas especificidades possibilita a seleção mais apropriada dos simuladores pelos programas.

A Rede Canadense de Simulação em Saúde estabeleceu em 2013 as seguintes categorias das simulações:⁽⁶⁾

- Simulação de procedimentos, que equivale ao treinamento de habilidades, no qual o foco principal é a aquisição de habilidades psicomotoras, com necessidade de *checklists* padronizados e repetição. Trata-se de uma simulação mais simples e focada, mais ajustada ao ensino e ao treinamento de principiantes;
- Imersão clínica simulada ou cenários de alta fidelidade, em que o ambiente profissional é recriado com fidelidade e os participantes exercitam habilidades, atitudes, tomada de decisão e outros elementos da competência clínica de maneira mais completa. Essas simulações podem ser realizadas com manequins simuladores de pacientes ou com atores, sendo geralmente aplicada aos aprendizes mais experientes;
- Simulação de paciente padronizado, na qual atores ou membros da comunidade representam pacientes reais com o objetivo de treinar

as competências clínicas, habilidades de comunicação e comportamento dos aprendizes. Pacientes padronizados atuam em um cenário com anamnese, sinais clínicos ou reação emocional predefinida;

- Simulação computadorizada, na qual a interface de interação com os participantes é uma tela de computador, com graus variáveis de fidelidade. Pode ser destinada ao treinamento de habilidades psicomotoras como a destreza em procedimentos laparoscópicos ou a tomada de decisão em cenário virtual;
- Simulações híbridas, que combinam diferentes modalidades de simulação.

Essa classificação releva o papel da simulação como metodologia de ensino, e não apenas como meio de aplicação da tecnologia.

SIMULADORES E TECNOLOGIA EM SIMULAÇÃO

Atualmente, a tecnologia em simulação conta com manequins simuladores de pacientes em tamanho real, controlados remotamente por *software* para reproduzir sinais clínicos de acordo com o que se pretende, podendo simular fala, respiração e uma gama de sinais clínicos como sopros cardíacos, arritmias, alterações pupilares e até mesmo a evolução do trabalho de parto. Podem ser de baixa ou alta fidelidade, sendo esses últimos responsivos ao comportamento do aprendiz.⁽¹⁾

Para o treinamento de habilidades e procedimentos específicos como intubação, punção lombar, manobras de parto ou inserção de dispositivo intrauterino (DIU), existem os simuladores processuais ou *task trainers*, que reproduzem parte do corpo humano. Alguns desses simuladores também têm apresentado importante evolução, oferecendo *feedback* automático sobre o desempenho do profissional no pro-

cedimento executado, tais como a qualidade das compressões em manobras de ressuscitação cardiopulmonar e a aferição da força utilizada na extração fetal em partos com distocia de ombro.⁽¹⁾

Também podem ser aqui incluídos os simuladores hápticos utilizados no treinamento de cirurgia laparoscópica, que podem ser úteis tanto no aprendizado de novas técnicas quanto no aprimoramento de técnicas adquiridas anteriormente. A simulação eletrônica inclui realidade virtual, realidade aumentada e jogos em série, que correspondem a *videogames* educativos que reproduzem cenários de consulta, emergência, maternidade, centro cirúrgico etc. Realidade aumentada refere-se a sistemas que sobrepõem um modelo virtual à nossa percepção da realidade em tempo real, provendo maior segurança na realização de procedimentos cirúrgicos e endoscópicos.⁽¹⁾

Retomando o conceito da simulação como ferramenta pedagógica, não há simuladores “melhores” ou “piores”, mas simuladores bem ou mal ajustados às necessidades de aprendizagem do programa. Independentemente do nível de sofisticação dos simuladores, o objetivo será sempre voltado ao treinamento das habilidades clínicas.⁽²⁾

APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA

O contexto atual da residência médica em todo o mundo apresenta desafios e oportunidades que justificam o uso da simulação pelos programas. Com as mudanças na pres-

tação do cuidado pelos serviços de saúde, as internações tornaram-se mais curtas, restringindo as oportunidades de aprendizagem à beira do leito, com menor exposição dos residentes a variabilidade de doenças, situações de risco e procedimentos. Observam-se também menor experiência clínica dos ingressantes e maior expectativa da sociedade em relação à segurança das pacientes, havendo necessidade de estratégias suplementares para garantir a aquisição das habilidades clínicas essenciais. Além do que, o advento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas nas últimas décadas, como a retossigmoidoscopia flexível e a cirurgia minimamente invasiva laparoscópica e robótica, repercutiu em aumento da demanda pelo treinamento por meio da simulação. As habilidades psicomotoras e perceptivas necessárias a essas novas técnicas diferem das tradicionais, e a prática dessas atividades por iniciantes está associada a maiores taxas de complicações.⁽⁷⁾ Consequentemente, a experimentação prática dos residentes em ambientes protegidos torna-se necessária. A tecnologia da simulação foi introduzida



como um método para treinar e avaliar os aprendizes nessas novas técnicas. O resultado de algumas pesquisas corroboram a importância da realidade virtual e de simulações computadorizadas no treinamento dessas novas habilidades.⁽⁸⁾

Segundo um estudo brasileiro de 2011 com 50 residentes da área cirúrgica, realizado em um hospital em São Paulo, 80% dos entrevistados acreditavam que o volume de procedimentos realizados durante o treinamento era insuficiente e 40% manifestaram receio de não estar aptos à realização de determinados procedimentos sem supervisão ao final do programa de residência.⁽⁹⁾

Fora do Brasil, esse fenômeno se repete. Dados de 2009 referentes a residentes em Ginecologia e Obstetrícia na Austrália e Nova Zelândia revelaram a falta de confiança dos especialistas em treinamento em procedimentos essenciais para essa especialidade, tais como o manejo da hemorragia obstétrica e de lesões intraoperatórias. Apenas metade dos entrevistados se referiu confiante para realizar uma histerectomia pós-parto, sutura de B-Lynch e reparo de lacerações vesicais ou intestinais.⁽¹⁰⁾

ERROS MÉDICOS, SEGURANÇA AO PACIENTE E TREINAMENTO DE EQUIPES

O relatório “*To Err is Human*”, publicado pelo Instituto de Medicina Americano (IOM),⁽¹¹⁾ e algumas publicações subsequentes publicadas no *Jornal da Associação Médica Americana (JAMA)*⁽¹²⁾ chamaram atenção para os perigos dos sistemas de saúde associados aos erros médicos em todo o mundo. Foi enfatizada a necessidade de melhorar a qualidade técnica dos profissionais para atender às necessidades de segurança dos pacientes e para a sociedade. Esses e outros estudos revelaram ainda que a maioria dos erros médicos não decorre de erros individuais, mas de deficiências relacionadas ao comportamento, trabalho em equipe e sistemas de

cuidado.^(11,12) A formação médica tem sido tradicionalmente direcionada ao cuidado individual dos pacientes, negligenciando a importância do trabalho em equipe e o desenvolvimento de sistemas seguros.⁽¹³⁾ Os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a prática segura não são desenvolvidos na maioria dos currículos, tampouco são exigidos ao longo da graduação em Medicina ou especialização. O próprio relatório do IOM, em suas conclusões e recomendações, destaca o papel da simulação clínica como estratégia educacional efetiva para mudar esse panorama.⁽¹¹⁾

SIMULAÇÃO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Embora a simulação em ginecologia e obstetrícia possa parecer um fenômeno recente, suas raízes datam do final do século XIX, mais precisamente em junho de 1898, na reunião da Associação Americana de Faculdades de Medicina, quando J. Whitridge Williams da Universidade John Hopkins apresentou o documento intitulado “Ensinar Obstetrícia”, que identificava a simulação como uma importante estratégia de treinamento.⁽¹⁴⁾

Não há dúvida de que a simulação possa ser amplamente utilizada nos programas de residência e melhore o desempenho dos especialistas nos procedimentos técnicos. Uma evidência notória desse fato é que o emprego da simulação foi estabelecido como critério para acreditação de programas de residência médica nos Estados Unidos.⁽¹⁵⁾ Existem estudos comprovando a melhoria de desfechos obstétricos após treinamentos com simulação, tais como a redução de lesões do plexo braquial em distocia de ombro⁽¹⁶⁾ e a redução das lacerações perineais de terceiro e quarto grau decorrentes do uso de fórceps.⁽¹⁷⁾

Há grande oportunidade para melhorar a qualidade da formação dos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil com a inclusão da simulação de forma padroniza-

da nos programas de residência. A Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia⁽¹⁸⁾ estabeleceu as competências essenciais para o médico residente de forma hierarquizada, com identificação das habilidades clínicas esperadas em cada etapa do treinamento. A partir desse referencial, é possível estabelecer programas de treinamento por meio da simulação com escolha apropriada de simuladores e elementos educacionais. Da mesma forma, é possível orientar os processos de avaliação para verificar a aquisição dessas competências ao longo dos programas.

ELEMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA A EFETIVIDADE DE UMA SIMULAÇÃO

Uma metanálise recente investigou quais recursos utilizados em simulações de alta fidelidade produzem aprendizado mais efetivo.⁽¹⁾ Foram incluídos 109 estudos comparativos que avaliaram quantitativamente o impacto das simulações sobre a aprendizagem. Os resultados sugerem que simulações médicas de alta fidelidade facilitam a aprendizagem quando elaboradas sob as seguintes condições:

- **Provisionamento de *feedback*:** 47% dos artigos incluídos demonstraram associação entre aprendizagem e *feedback*, sendo esse o recurso educacional mais importante na educação médica baseada em simulação. O *feedback* também parece retardar a decadência de habilidades adquiridas e permite que os aprendizes se autoavaliem e monitorem seu progresso na aquisição delas. Fontes de *feedback* podem ser incorporadas a um simulador, fornecidas por um instrutor em tempo real durante a simulação ou após o término dela, por meio da visualização de filmagens. A fonte do *feedback* é menos importante do que a sua presença;

- **Prática repetitiva:** 39% dos artigos identificaram a prática repetitiva como um recurso-chave para a aprendizagem por meio da simulação. Oportunidade para a realização da prática focada e repetitiva em ambiente protegido é um recurso básico e não ocioso para as simulações médicas e permite ao aprendiz corrigir seus erros, aprimorar seu desempenho e demonstrar automação e domínio da habilidade sem maior esforço. Os resultados atribuídos à prática deliberada incluem a aquisição mais rápida das habilidades em relação ao trabalho rotineiro nas enfermarias e a transferência de comportamento do ambiente simulado para o ambiente real da prática com as pacientes. Para possibilitar a prática repetitiva, é necessário que o centro de simulação apresente facilidade de acesso e flexibilidade de horários para o uso pelos aprendizes;
- **Integração curricular:** 25% dos artigos citaram a integração de exercícios baseados em simulação às outras atividades da prática profissional como um recurso essencial para produzir aprendizado efetivo. A simulação não deve ser uma atividade

extracurricular, mas sim um componente obrigatório do currículo-padrão dos programas de residência;

- **Oscilação do grau de dificuldade:** 14% dos artigos relevaram a importância de compatibilizar o grau de dificuldade das tarefas ao o nível de progressão dos aprendizes. Aprendizagem eficaz é produzida quando os aprendizes têm oportunidade de participar do treinamento de habilidades médicas em um amplo espectro de graus de dificuldade. Os aprendizes iniciam nos níveis básicos das habilidades e, ao demonstrarem o domínio delas em avaliações objetivas, progredem para o treinamento em níveis crescentes de dificuldade. Os aprendizes apresentarão diferentes “curvas de aprendizagem” em termos de forma e aceleração, embora os resultados da aprendizagem a longo prazo, medidos objetivamente, devam ser idênticos;
- **Variedade de condições clínicas:** 10% dos artigos verificaram que os simuladores que captam uma ampla variedade de condições clínicas são mais úteis do que aqueles com possibilidades

limitadas. Simulações de alta fidelidade devem capturar ou representar uma ampla variedade de condições clínicas e respostas aos tratamentos, a fim de preparar os aprendizes para lidar com condições e doenças raras, que são potencialmente graves ou fatais;

- **Múltiplas estratégias de aprendizagem:** 10% dos artigos identificaram a utilização de múltiplas estratégias educacionais em simulações de alta fidelidade como um fator importante para o aprendizado efetivo. É importante que as simulações médicas sejam adaptáveis às múltiplas estratégias de ensino e aprendizagem disponíveis;
- **Ambiente protegido:** 9% dos artigos enfatizaram a importância de usar simulações de alta fidelidade em um ambiente controlado no qual os aprendizes possam executar tarefas e detectar e corrigir erros sem consequências adversas, e os instrutores possam se concentrar nos aprendizes, e não nos pacientes. Simulações de alta fidelidade são ideais para o trabalho controlado, padronizado e protegido, em contraste com



o caráter não controlado e não protegido da maioria dos locais de atendimento aos pacientes reais;

- **Aprendizagem individualizada:** 9% dos artigos destacaram a importância de promover experiências educacionais em que os aprendizes sejam ativos, e não apenas meros espectadores. A oportunidade de experiências educacionais reprodutíveis e padronizadas dos aprendizes é uma qualidade importante das simulações de alta fidelidade;
- **Objetivos definidos:** 6% dos artigos citaram a importância de estabelecer previamente quais serão os objetivos do treinamento e de que esses objetivos sejam alcançáveis por meio da simulação e mensuráveis para que os aprendizes possam demonstrar domínio das habilidades pretendidas ao final da simulação. Os aprendizes são mais propensos a dominar as habilidades-chave se os resultados forem definidos e ajustados ao seu nível de treinamento;
- **Validade do simulador:** 3% dos artigos evidenciaram uma correlação direta da validade da simulação com a aprendizagem eficaz. A validade equivale ao grau de realismo ou fidelidade que o simulador fornece em relação às situações clínicas reais em termos de apresentação clínica, complexidade, princípios e tarefas. A validade do simulador é essencial para ajudar os aprendizes a aumentar suas habilidades perceptivas espaciais e para aguçar suas respostas a incidentes críticos.

CONCLUSÃO

A simulação é uma estratégia educacional de grande utilidade para o

ensino, treinamento e avaliação dos residentes. Possibilita o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, comunicação, raciocínio clínico, tomada de decisão, ética e trabalho em equipe. Apresenta como vantagens o treinamento em ambiente protegido, com menor exposição dos aprendizes e pacientes, a prática deliberada e a vivência com uma ampla variedade de situações clínicas, inclusive doenças raras. Seus benefícios incluem a prevenção de erros médicos e a maior segurança dos pacientes nos serviços de saúde. Como estratégia pedagógica, a simulação deve levar em consideração o nível cognitivo dos aprendizes, a integração curricular, a complexidade dos cenários, as oportunidades de prática repetitiva e o provimento de *feedback* ou *debriefing*, pois esses aspectos são relevantes para a efetividade do treinamento e para a manutenção das habilidades adquiridas a longo prazo. Existem diferentes modalidades de simulação e tipos de simuladores, que se ajustam aos diferentes objetivos educacionais. Embora não substitua a experiência com pacientes reais, a simulação deve ser integrada aos programas de residência como um complemento essencial à formação do especialista.

REFERÊNCIAS

1. Galland J, Abbara S, Terrier B, Samson M, Tesnières A, Fournier JP, et al. [Simulation-based learning and internal medicine: opportunities and current perspectives for a national harmonized program]. *Rev Med Interne*. 2018;39(6):414-20. doi: 10.1016/j.revmed.2017.11.011. French.
2. Binotti M, Genoni G, Rizzollo S, De Luca M, Careno L, Monzani A, et al. Simulation-based medical training for paediatric residents in Italy: a nationwide survey. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):161. doi: 10.1186/s12909-019-1581-3
3. Volk MS. Improving team performance through simulation-based learning. *Otolaryngol Clin North Am*. 2017;50(5):967-87. doi: 10.1016/j.otc.2017.05.008
4. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 Suppl):S63-7.
5. 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
6. Chiniara G, Cole G, Brisbin K, Huffman D, Cragg B, Lamacchia M, et al. Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Med Teach*. 2013;35(8):e1380-95. doi: 10.3109/0142159X.2012.733451
7. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg*. 1993;165(1):9-14. doi: 10.1016/s0002-9610(05)80397-6
8. Haluck RS, Marshall RL, Krummel TM, Melkonian MG. Are surgery training programs ready for virtual reality? A survey of program directors in general surgery. *J Am Coll Surg*. 2001;193(6):660-5. doi: 10.1016/S1072-7515(01)01066-3
9. Herbella FAM, Juziy RA, Takassi GF, Dubecz A, Del Grande JC. Avaliação do treinamento e expectativas profissionais em residentes de cirurgia. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(4):280-4. doi: 10.1590/S0100-69912011000400013
10. Obermair A, Tang A, Charters D, Weaver E, Hammond I. Survey of surgical skills of RANZCOG trainees. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(1):84-92. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00935.x
11. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
12. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*. 2003;290(14):1868-74. doi: 10.1001/jama.290.14.1868
13. Helmreich RL, Schaefer HG. Team performance in the operating room. In: Bogner MR, editor. *Human error in medicine*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2018. p. 225-54.
14. Owen H, Pelosi MA 2nd. A historical examination of the Budin-Pinard phantom: what can contemporary obstetrics education learn from simulators of the past? *Acad Med*. 2013;88(5):652-6. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828b0464
15. Satin AJ. Simulation in obstetrics. *Obstet Gynecol*. 2018;132(1):199-209. doi: 10.1097/AOG.0000000000002682
16. Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, Wilson LV, Yard E, Sibanda T, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet Gynecol*. 2008;112(1):14-20. doi: 10.1097/AOG.0b013e31817bbc61
17. Gossett DR, Gilchrist-Scott D, Wayne DB, Gerber SE. Simulation training for forceps-assisted vaginal delivery and rates of maternal perineal trauma. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):429-35. doi: 10.1097/AOG.0000000000001533
18. Romão GS, Reis FJC, Cavalli RC, Sá MFS. Matriz de competência em ginecologia e obstetria: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. *Femina*. 2017;45(3):172-7.

A representatividade da Nova Febrasgo

Juvenal Barreto Borriello Andrade

Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Consideramos muito importante que você entenda a relação da Febrasgo com outras entidades médicas e outras entidades da sociedade civil. A gestão Nova Febrasgo (2016 a 2019) esteve representada em todas as instâncias em que temos assento. Dessa forma, tivemos representantes na Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), Justiça Federal, Ministério da Saúde, entre outras. Destaca-se a relação da Febrasgo com a AMB, na emissão do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), que tem sua prova de avaliação e aprovação aplicada pela nossa sociedade, mas tem reconhecimento cartorial da AMB na emissão e validação do nosso título. Importante ressaltar a atuação da AMB como responsável pela criação, implementação e atualização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) nas operadoras de saúde, sendo a principal interlocutora das Sociedades de Especialidade com a ANSS. A Febrasgo participa regularmente das reuniões de Defesa e Valorização Profissional organizadas pela AMB, nas quais são discutidos assuntos como criação de um projeto de lei para obrigar todas as operadoras a utilizarem a

CBHPM atualizada e a implantá-la nos pagamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Nossa participação no CFM acontece na Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, em Brasília, em reuniões mensais, nas quais são discutidos vários assuntos de interesse de nossa especialidade que têm impacto em nossa atuação.

Desde 2016, foram discutidos assuntos enviados pelos Conselhos Regionais, por médicos, pela Justiça, entre outros. Os temas que se destacaram neste período foram a Lei do Ato Médico, a nova lei trabalhista que modificou aspectos sobre insalubridade para gestantes, o aborto previsto em lei, a cesárea a pedido da paciente, a disponibilidade obstétrica e a “violência obstétrica”. Sobre a disponibilidade obstétrica, a Febrasgo preparou documento solicitando à Câmara Técnica revisão do Parecer nº 39/2012, que considerava não cometer ilícito ético o médico obstetra que cobrasse diretamente da gestante, em prévio acordo, honorários pela disponibilidade obstétrica. A solicitação de mudança na redação do referido parecer se deve ao fato de que a Justiça Cível tem utilizado a atual redação para julgar os médicos de maneira desfavorável, com diversas ações ajuizadas pelas operadoras e pacientes solicitando ressarcimento dos valores cobrados. 

Osteoporose e estratificação do risco de fraturas em mulheres na pós-menopausa

Patrícia Dreyer¹, Fernanda Guimarães Weiler¹, Patrícia Muszkat¹, Telma Palomo¹,
Teresa Cristina Piscitelli Bonanséa¹, José Viana Lima Junior², Maria Izabel Chiamolera²,
Milena Gurgel Teles Bezerra², Rosa Paula Mello Biscolla², Gustavo Arantes Rosa Maciel³

1. Consultoria médica em Densitometria Óssea, Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
2. Consultoria médica em Endocrinologia, Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
3. Consultoria médica em Ginecologia, Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

A osteoporose caracteriza-se por redução da massa óssea associada à deterioração da microarquitetura do tecido esquelético com consequente predisposição a fraturas.

Fraturas osteoporóticas, também chamadas de fraturas por fragilidade ou de baixo impacto, ocorrem espontaneamente ou por trauma leve (queda da própria altura ou menos).

A maior parte dos casos de osteoporose pós-menopausa tem como causa a perda óssea relacionada à deficiência de estrogênio e/ou ao envelhecimento. No entanto, é fundamental realizar triagem laboratorial mínima [**hemograma, cálcio total, fósforo e fosfatase alcalina, TSH (hormônio tireoestimulante), 25OH vitamina D, calcúria de 24 horas e creatinina**] para a detecção de causas potencialmente reversíveis de osteoporose.

QUAIS OS SINTOMAS DA OSTEOPOROSE?

A fratura vertebral é a manifestação mais frequente da doença e está associada à dor crônica, deformidade, limitação de movimentos, além de aumento de mortalidade. Já a fratura de fêmur representa o desfecho mais grave da osteoporose. As fraturas osteoporóticas também acometem punho, úmero, costelas e pelve.

O DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE PODE SER FEITO NA PRESENÇA DE FRATURA POR FRAGILIDADE INDEPENDENTEMENTE DO RESULTADO DA DENSITOMETRIA?

Sim, o diagnóstico é feito por:

Fratura por fragilidade especialmente de vértebra, quadril, punho e úmero (consideradas como fraturas osteoporóticas maiores)

OU

Medida da densidade mineral óssea (DMO) igual ou menor que -2,5 desvios-padrão (DP) da média da de adultos jovens (*T-score*) pela densitometria (*dual energy x-ray absorptiometry – DXA*) – tabela 1. A cada redução de 1 DP, o risco de fratura aumenta em duas a três vezes.

Tabela 1. Critérios diagnósticos por DXA – Classificação da Organização Mundial da Saúde*

Mulheres na pós-menopausa e homens com 50 anos ou mais	
Classificação	<i>T-score</i>
Normal	≥ -1,0 desvio-padrão (DP)
Osteopenia	De -1,1 a -2,4 DP
Osteoporose	≤ -2,5 DP

* Podem ser utilizados também para as mulheres na transição menopausal.

QUE FERRAMENTAS USAR PARA AVALIAR O RISCO DE FRATURA?

O uso da medida da DMO na estratificação do risco para fraturas possui elevada especificidade, mas baixa sensibilidade. Isso significa que indivíduos com *T-score* ≤ -2,5 DP possuem grande risco para fratura, porém constituem a minoria dos casos em número absoluto. A maior parte dos indivíduos que sofrem uma fratura está na faixa da osteopenia e não possui osteoporose densitométrica. Por isso, a realização da densitometria possui indicações específicas: mulheres com 65 anos ou mais; homens com 70 anos ou mais; adultos (homens e mulheres) de qualquer idade com: antecedente de fratura por fragilidade, medicações e doenças relacionadas à redução da massa óssea ou baixo peso. Para aumentar a sensibilidade do teste sem perder especificidade, é fundamental identificar **fatores de risco clínicos para fratura independentes** da DMO. Desses, a **idade** é particularmente importante: para qualquer *T-score*, o risco de fratura é maior em indivíduos mais velhos.

Outras condições clínicas relacionadas ao risco de fratura de forma independente ou parcialmente independente da idade e DMO incluem:

- **Uso crônico de corticoide:** o uso de corticoide leva à perda rápida de massa óssea e à alteração da qualidade óssea, trazendo, portanto, aumento do risco para fraturas **independente** da DMO;
- **Antecedente de fratura por fragilidade na vida adulta:** a presença de fratura prévia traz risco duas vezes maior para nova fratura. As fraturas vertebrais, fraturas osteoporóticas mais comuns, são assintomáticas em até 2/3 dos casos e frequentemente subdiagnosticadas. A investigação da presença de fratura vertebral deve ser considerada em pacientes de alto risco, por meio de radiografia de coluna torácica e lombar ou da avaliação de fratura vertebral por DXA – **VFA (Vertebral Fracture Assessment)** –

figura 1. Essa técnica utiliza menos radiação que a radiografia, pode ser feita no mesmo momento que o exame de densitometria e identifica fraturas moderadas e graves. As indicações para realizar VFA são pacientes com osteopenia ou osteoporose e um ou mais dos seguintes critérios: mulheres ≥ 70 anos, homens ≥ 80 anos, redução de altura em mais de 4 cm (altura aos 25 anos – altura atual), relato de fratura vertebral não documentada, uso crônico de corticoide;

- **Baixo peso;**
- **Antecedente de fratura de quadril em mãe ou pai;**
- **Tabagismo atual;**
- **Consumo de álcool em excesso;**
- **Causas de osteoporose secundária:** existem inúmeras causas de osteoporose secundária que podem afetar a quantidade e/ou a qualidade óssea. A artrite reumatoide parece aumentar o risco de fratura independentemente do seu efeito sobre a DMO. No *diabetes mellitus* (DM) tipo 1 e tipo 2, o risco de fratura correlaciona-se com os anos de doença e com o descontrole glicêmico em ambos os tipos. No entanto, no DM1 geralmente há comprometimento do pico de massa óssea com redução da DMO, enquanto no DM2 a densidade óssea pode estar normal



Figura 1. Notar a presença de fratura em T12.

ou até maior que os pares para a mesma idade. Porém, o risco de fratura está *aumentado* nesses pacientes, independentemente da densitometria.

A recomendação atual é de combinar a avaliação dos **fatores de risco clínicos com a avaliação da DMO por DXA** na estratificação do risco de fraturas. O risco deve ser expresso em valores absolutos em um período de tempo determinado utilizando-se uma ferramenta chamada **FRAX (Fracture Risk Assessment Tool)**, disponível na internet. O FRAX calcula a probabilidade em percentual da ocorrência de uma fratura osteoporótica maior (vértebra, quadril, antebraço e úmero) e de fratura de quadril nos próximos 10 anos. Essa probabilidade é o risco absoluto de fratura e pode ser obtida com a DMO do colo femoral ou *sem os dados da densitometria*. O FRAX pode ser utilizado em mulheres e homens entre 40 e 90 anos e fornece modelos para cada país. Os parâmetros clínicos que devem ser inseridos no FRAX são aqueles citados anteriormente.*

Uma vez calculada a probabilidade de fraturas pelo FRAX, será necessário inserir esses valores na curva de limite de intervenção proposta pelo *National Osteoporosis Guideline Group* (NOGG). Se, para indicar tratamento, um limite de intervenção único fosse usado após o cálculo do FRAX para todas as idades, isso resultaria em subtratamento de pacientes mais jovens e em tratamento excessivo em pacientes mais velhos. Dessa forma, a estratégia NOGG ajusta o limiar de intervenção para cada idade. Essa curva já foi construída com dados brasileiros e seu uso é recomendado pela ABRASSO (Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo). Para usar o FRAX, calcular a probabilidade de fraturas maiores e de quadril em 10 anos e inserir esses dados na curva de limite de intervenção ajustada pela idade, basta acessar: <https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora/>.

O MODELO FRAX APRESENTA LIMITAÇÕES?

Sim. A ferramenta FRAX pode, por exemplo, subestimar o risco de fraturas em pacientes com DMO de coluna lombar mais baixa que a medida em colo femoral, com mais de uma fratura por fragilidade ou fraturas graves, em uso de doses elevadas de corticoide e em portadores de DM2. Além disso, o FRAX não considera outros fatores de risco estabelecidos para fratura, como o número de quedas ou a presença de sarcopenia.

O QUE É TRABECULAR BONE SCORE (TBS)?

A medida do TBS, ou escore trabecular ósseo, representa uma nova tecnologia que pode contribuir para a melhor estratificação de risco de fratura. O TBS é calculado pela instalação de um *software* no densitômetro convencional. Ele avalia a distribuição de *pixels* que compõem a imagem adquirida da coluna lombar e não usa radiação adicional para sua análise. TBS elevado traduz melhor

estrutura óssea. TBS baixo indica deterioração da microarquitetura trabecular e associa-se ao aumento do risco de fratura vertebral e não vertebral em mulheres na pós-menopausa e homens com mais de 50 anos, de maneira parcialmente independente dos fatores de risco clínicos e da medida da DMO. Por essa razão, seu resultado pode ser incorporado ao FRAX (Figura 2). Sua medida é especialmente interessante em pacientes diabéticos, aqueles em uso crônico de corticoide, nos portadores de artrite reumatoide, hiperparatireoidismo primário, incidentalomas adrenais produtores de cortisol e/ou insuficiência renal crônica.

Não faz parte do escopo deste texto discutir as indicações de tratamento em pacientes com osteoporo-

Figura 2. Parâmetros utilizados no FRAX incluindo o TBS.

se. **Porém, é importante que esse julgamento não seja baseado apenas na densitometria ou nas ferramentas que calculam o risco de fratura.** A decisão precisa ser sempre individualizada, baseada no contexto clínico e nas discussões compartilhadas entre médico e paciente.

*Para receber o cálculo do FRAX em conjunto com o exame de densitometria óssea, basta fazer essa solicitação no pedido médico.

LEITURA RECOMENDADA

- Radominski SC, Bernardo W, Paula AP, Albergaria BH, Moreira C, Fernandes CE, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Rev Bras Reumatol. 2017;57(2):452-66.
- International Society for Clinical Densitometry (ISCD). ISCD 2019 Official Positions. Available from: <https://www.iscd.org/official-positions/2019>.

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

EDITOR-CHEFE: Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

SUMÁRIO

ARTIGO ORIGINAL

485 Doença trofoblástica gestacional – Correlação β hCG sérico quantitativo, ultrassonografia e anatomopatologia em serviço de obstetrícia do Ceará

Machado AG, Linhares EV, Alcoforado ID, Fonteles IS, Martins RM, Viana TS

ARTIGOS DE REVISÃO

490 Qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária diagnosticada por estudo urodinâmico

Bianco LO, Fonseca SC, Moraes JR, Faria CA

497 Distúrbios do metabolismo dos hidratos de carbono na síndrome dos ovários policísticos

Barcellos CR

502 Gestação heterotópica associada a torção de anexo contralateral em gestação não planejada

Lourenço AC, Nilo AP, Bendlin TM

PROTOCOLO

506 Sangramento uterino anormal

Yela DA, Benetti-Pinto CL



XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE **CEFALEIA**

XIV CONGRESSO DE **DOR OROFACIAL**

São Paulo | 24 a 26 de outubro de 2019

*Novos medicamentos e interdisciplinaridade:
uma nova era no tratamento da cefaleia*

Confira os principais temas que serão discutidos durante o Congresso:

- Os novos tratamentos específicos para enxaqueca: a era dos medicamentos anti-CGRP
- Avanços na fisiopatologia das cefaleias
- Cefaleias e prevalência no Brasil
- O paciente com enxaqueca crônica: diagnóstico e tratamentos
- O papel da equipe interdisciplinar no diagnóstico e tratamento das cefaleias
- Cefaleias e saúde mental
- Cefaleia na mulher: da menarca a menopausa
- Cefaleia na gestação e lactação
- Anticoncepção e enxaqueca na mulher
- Cefaleias na infância
- Cefaleia por uso excessivo de analgésicos: um problema de saúde pública
- Atualidades em cefaleia em salvas
- Cefaleias na Emergência: sinais de alerta para as cefaleias secundárias
- Tratamento da enxaqueca na Unidade de Emergência

Local/Informação/Inscrição

CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS

Av. Rebouças, 600 - Pinheiros - São Paulo/SP | Tel.: (11) 3188-4281 | inscricoes@apm.org.br

Cota Diamond



Organização



Realização



Scaneie o QRcode e
acesse as informações
do Congresso.

Garanta já a sua inscrição em www.apm.org.br/cefaleia

Doença trofoblástica gestacional – Correlação β hCG sérico quantitativo, ultrassonografia e anatomopatologia em serviço de obstetrícia do Ceará

Gestational trophoblastic disease – β hCG quantitative serum correlation, ultrasonography and pathology in obstetrics service in Ceará

Descritores

Mola hidatiforme; Trofoblasto; Gonadotrofina coriônica; Gravidez; Maternidade

Keywords

Hydatidiform mole; Trophoblast; Chorionic gonadotropin; Pregnancy; Maternity

Amanda Glória Carvalho Machado¹; Eveline Valeriano Moura Linhares¹; Ianna Débora Rego Guedes Alcoforado¹; Isabelle de Sousa Fonteles¹; Rosila Mourão Soares Martins¹; Thais Soares Viana¹

Submetido

16/01/2019

Aceito

03/06/2019

1. Centro Universitário UNINTA, Sobral, CE, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Eveline Valeriano Moura Linhares
Rua Antônio Rodrigues
Magalhães, 359, 62050-100,
Sobral, CE, Brasil.
evelmoura@hotmail.com

RESUMO

Doença trofoblástica gestacional (DTG) é uma anomalia que engloba formas clínicas benignas (mola hidatiforme completa e parcial) e malignas (mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelioide). O objetivo deste estudo é realizar levantamento epidemiológico retrospectivo de prontuários de 40 pacientes internadas entre abril de 2014 e fevereiro de 2016 com hipótese diagnóstica de DTG atendidas no Hospital Regional Norte/Centro de Apoio à Saúde Reprodutiva da Mulher em Sobral, no Ceará, traçando o perfil de cada paciente (idade, paridade), além de fazer correlação dos parâmetros clínicos, laboratoriais e anatomopatológico. Entre as pacientes que obtiveram o diagnóstico de DTG, observou-se que em torno de 93,33% possuíam exame ultrassonográfico evidenciando possível mola hidatiforme; o anatomopatológico confirmou doença trofoblástica em aproximadamente 52,5% da população estudada. Este estudo é inédito, por ser o primeiro a realizar um levantamento de dados em pacientes com DTG na cidade de Sobral.

ABSTRACT

Gestational trophoblastic disease (GTD) is an anomaly that encompasses benign clinical forms (complete and partial hydatidiform mole) and malignant (invasive mole, choriocarcinoma, placental site trophoblastic tumor and epithelioid trophoblastic tumor). The objective of this study was to carry out a retrospective epidemiological survey of medical records of 40 hospitalized patients between April 2014 and February 2016 with diagnostic hypothesis of GTD attended at the Regional Hospital Norte/Center for Support to Women's Reproductive Health in Sobral, Ceará, drawing the profile

of each patient (age, parity), in addition to correlating the clinical, laboratory and anatomopathological parameters. Among the patients who had the diagnosis of GTD, it was observed that about 93.33% had ultrasonographic examination evidencing a possible hydatidiform mole; the anatomopathological confirmed trophoblastic disease in about 52.5% of the study population. This study is unprecedented because it is the first to perform a data collection in patients with GTD in the city of Sobral.

INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é caracterizada por uma proliferação anormal de diferentes tipos de epitélio do trofoblasto (trofoblasto, sinciotrofoblasto e trofoblasto intermediário). A mola hidatiforme (MH) está incluída num grupo mais amplo conhecido como DTGs e que compreende, além da MHs, as formas com comportamento maligno, conhecidas como neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), que incluem a mola invasora, o coriocarcinoma, o tumor trofoblástico do sítio placentário e o tumor trofoblástico epitelióide. São conhecidos dois tipos de MH: mola hidatiforme completa (MHC) e mola hidatiforme parcial ou incompleta (MHP). Entre elas, há diferenças quanto aos aspectos morfológicos (macroscópicos), histopatologia e cariótipo.⁽¹⁾

A incidência de DTG e, especialmente, de MH na população é baixa, mas são descritas algumas famílias portadoras de MH. Do ponto de vista individual, embora quase todas as portadoras de MH tenham um futuro reprodutivo normal, o risco aumenta, após a primeira gestação molar, em até cinco vezes. "Doença trofoblástica gestacional" é um termo amplo que engloba todas as formas patológicas de proliferação do tecido trofoblástico placentário, sendo elas benignas ou malignas, quando também são denominadas "neoplasias trofoblásticas gestacionais", sendo a mola invasora e o coriocarcinoma as mais frequentes. O estudo da MH é importante pela incidência de evolução maligna, de 18% a 28% nos Estados Unidos e de 7% a 25% no Brasil. Os tipos de molas, completa e parcial, devem ser distinguidos, porque sangramento transvaginal, complicações clínicas e desenvolvimento de NTG são mais frequentes na MC. Isso é explicado pela natureza androgenética da MHC. A superexpressão de genes paternos é associada com marcada hiperplasia trofoblástica, que aumenta o risco para NTG e metástases.⁽²⁻¹⁴⁾

Os tipos de DTG são:

- MHC – é geralmente diploide (80% têm cariótipo 46,XX), resultante da duplicação do genoma haploide de um espermatozoide que fecundou um óvulo sem cromossomos, e produz altos níveis de hCG. Não há tecido embrionário, mas um crescimento precoce e uniforme dos vilos placentários. Em torno de 15% a 20% evoluem para NTG;
- MHP – o cariótipo é triploide, resultante da fertilização de um oócito normal por

dois espermatozoides (dispermia) ou um espermatozoide diploide (falha na meiose durante a gametogênese). Caracteriza-se por edema focal de vilosidades coriônicas e presença de tecidos fetais. Produz níveis mais baixos de gonadotrofina coriônica humana (hCG) e menos de 5% evoluem para NTG;

- Mola invasora – representa a invasão miometrial de 10% a 17% das MHs. Seu diagnóstico é clínico-hormonal no seguimento ambulatorial da paciente com gestação molar. Seu tratamento é realizado com quimioterápicos e não depende do resultado anatomopatológico do material oriundo do esvaziamento uterino;
- Coriocarcinoma – resulta de qualquer evento gravídico (50% originam-se da MH, 25%, de abortamento ou gestação ectópica e 25%, de gestações normais). É uma doença maligna com hiperplasia e anaplasia trofoblástica anormal. Caracteriza-se por hemorragia e necrose, além de altos níveis de hCG. Há invasão direta do miométrio ou envio de metástases por via vascular, mais frequentes em pulmões, cérebro, fígado e vagina (PRO.OBS.010 Página 1/8).

Os fatores de risco mais bem estabelecidos para MH são extremos de idade materna e história prévia de DTG. Para coriocarcinoma, é MHC prévia e idade materna avançada.⁽⁹⁾

Os exames complementares a serem solicitados são:

- β hCG: é o marcador biológico hormonal da gravidez, produzido de forma excessiva pela MH e NTG, constituindo-se um marcador tumoral da DTG. Esse hormônio é facilmente medido quantitativamente na urina e no sangue, e seus níveis têm mostrado correlação com a gravidade da doença;
- Ultrassonografia: exerce papel fundamental no diagnóstico da gravidez molar. Mediante esse método biofísico, pode-se observar que a vilosidade coriônica da MHC apresenta edema hidrópico difuso, gerando um padrão vesicular ultrassonográfico característico, que consiste em múltiplos ecos anecogênicos dentro da massa da placenta. Há ausência de embrião/feto e de seus anexos. A ultrassonografia também pode facilitar o diagnóstico precoce de MHP, demonstrando

espaços císticos focais dentro da placenta, à semelhança de “queijo suíço”, além do aumento do diâmetro transversal do saco gestacional.⁽⁹⁾

O seguimento pós-molar é a fase mais importante do tratamento da MH e tem como objetivo diagnosticar precocemente os casos que evoluem para NTG. A dosagem seriada de hCG é o teste com maior sensibilidade para avaliar a evolução clínica da MH, seja para remissão espontânea ou evolução para NTG. Os títulos de hCG são mensurados semanal ou quinzenalmente até a normalização por três dosagens consecutivas, seguido de avaliação mensal durante seis meses. A contracepção é imprescindível durante o tempo de seguimento, porque uma nova gravidez dificulta sobremaneira a interpretação dos valores do hCG pós-molar.^(2,6)

OBJETIVOS

Caracterizar o perfil epidemiológico das pacientes com DTG atendidas no Hospital Regional Norte/Centro de Apoio à Saúde Reprodutiva da Mulher (HRN/CASRM), em Sobral, Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, retrospectivo, de prontuários médicos de 40 pacientes internadas no período de abril de 2014 a fevereiro de 2016, com hipótese diagnóstica de DTG, atendidas no HRN/CASRM, em Sobral, Ceará. Participaram desta pesquisa as pacientes admitidas no HRN/CASRM, de acordo com os critérios estabelecidos, no período de abril de 2014 a fevereiro de 2016. Foram excluídas da pesquisa as pacientes em que, na ultrassonografia após a admissão, se descartou DTG ou que se evadiram durante internamento, não sendo possível concluir a propedêutica. O HRN/CASRM, em Sobral, atende pacientes com DTG da macrorregião norte do estado do Ceará, abrangendo cerca de 55 municípios, sendo referência na região dos casos suspeitos de DTG.

Neste estudo, foram utilizados como fonte de pesquisa artigos das bases de dados eletrônicas SciELO e PubMed, obtidos no período de janeiro a março de 2017. Os descritores utilizados na busca foram: “mola hidatiforme”, “trofoblasto” e “gravidez”. Com base nesse levantamento, foram realizados seleção, ordenamento e análise bibliográfica. Para a coleta de dados, foi realizada pesquisa em prontuário das pacientes que estiveram internadas no HRN entre abril de 2014 e fevereiro de 2016 por diagnóstico de DTG, e as informações pertinentes foram anotadas pelas próprias pesquisadoras.

As pacientes foram identificadas de acordo com a hipótese diagnóstica, e o registro do prontuário foi avaliado após a alta hospitalar. Foi assegurado o sigilo de suas informações, garantido pela não identificação pessoal das participantes. Todos os dados provenientes do prontuário foram expressos como média \pm erro-pa-

drão da média - EPM. Para a análise dos dados, meios, desvio-padrão e intervalo de confiança foram calculados para cada grupo (classe). A ferramenta estatística ANOVA unidirecional foi utilizada para testar as diferenças entre os grupos nos diferentes domínios. O pacote estatístico Epi-Info para Windows foi usado para todas as análises. Em todas as situações, foi adotado o nível de significância $p < 0,05$.

Este trabalho orientou-se pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ligado ao Ministério da Saúde, que define diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os cidadãos participantes da pesquisa em sua integridade física, psíquica e moral. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o parecer nº 2.697.240, em 2018.

RESULTADOS

Entre as pacientes que obtiveram o diagnóstico de DTG, observou-se que a média de idade foi de 28 anos (± 9); dessas, 60% possuíam menos de 25 anos de idade, 20%, entre 25 e 30 anos, 6,66%, entre 30 e 40 anos e 13,33%, mais de 40 anos de idade. Quanto à paridade, a média observada foi de três gestações (± 2): 40% das pacientes estavam na primeira gestação, 20% na segunda gestação, 20% na terceira gestação e 20% possuíam quatro ou mais gestações.

Quanto aos níveis de β hCG quantitativo sérico, foi possível observar uma queda de 155.489 ($p > 0,05$), valor que corresponde a uma redução de 14,5% do total, entre os valores colhidos na admissão, o qual possui uma média de 181.905, e 48 horas após o procedimento, sendo o valor médio de 26.416. Em relação ao ultrassom, em torno de 93,33% das pacientes possuíam exame ultrassonográfico evidenciando possível MH e apenas um prontuário não detinha o laudo do exame. Dessa forma, confirmou-se doença trofoblástica em cerca de 52,5% da população estudada; 37,5% apresentavam quadro de abortamento; em 5% das pacientes não foi possível diferenciar entre MH e abortamento e 5% não realizaram o acompanhamento médico necessário. Fazendo o levantamento dos laudos anatomopatológicos; 9,52% das pacientes foram diagnosticadas com MH invasora ($p > 0,05$); em 19,04%, evidenciou-se MHP ($p > 0,05$); 42,85% das pacientes tiveram MHC ($p > 0,05$); em 28,59% das pacientes, o diagnóstico evidenciado foi de MH, sem especificação entre completa ou parcial ($p > 0,05$) (Tabela 1).

Entre as 21 pacientes com diagnóstico final de DTG, apenas duas pacientes, o que corresponde a 9,52%, realizaram transferência para a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza, hospital de referência para doença trofoblástica no estado do Ceará; enquanto 19 pacientes, o que corresponde a 90,47%, foram conduzidas ao HRN/CASRM, em Sobral. Apenas uma das pacientes avaliadas apresentou dificuldade no

Tabela 1. Diagnóstico e anatomopatológico das pacientes

Diagnóstico de todas as pacientes internadas por suspeita de DTG				
	Doença trofoblástica	Abortamento	Indiferenciado	Sem seguimento
Porcentagem	52,5%	37,5%	5%	5%
Absoluto	21	15	2	2
Estatística	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Anatomopatológico das pacientes com doença trofoblástica gestacional				
	Invasora	Parcial	Completa	MH sem diferenciação
Porcentagem	9,52%	19,04%	42,85%	28,59%
Absoluto	2	4	9	6

cuidado por questões sociais (solicitava alta contraindicação médica, tinha prole constituída e não aceitou encaminhamento para centro de referência onde fizesse tratamento quimioterápico, além de manifestar desejo em realizar histerectomia). Dessa forma, para evitar um dano maior, como a evasão sem tratamento, optou-se, após esclarecimento dos riscos, em realizar histerectomia (Figura 1).

DISCUSSÃO

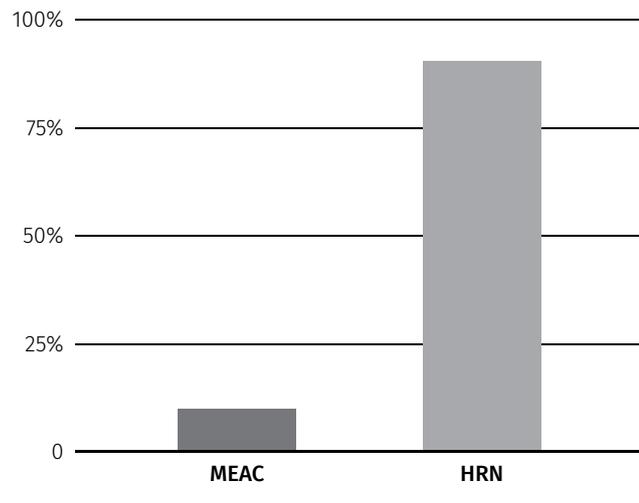
Neste estudo, 80% das pacientes com diagnóstico de DTG possuíam menos de 30 anos de idade, fato que vai ao encontro do estudo de Belfort e Braga,⁽²⁾ o qual afirmou que, devido ao maior número de gravidezes em mulheres jovens, a maior parte das MHs ocorre em gestantes entre 20 e 30 anos. Ainda é possível notar significativa dominância de primíparas; neste estudo, observa-se que 40% das pacientes admitidas estavam na primeira gestação; traduzindo, provavelmente, pela tendência atual de famílias pouco numerosas, dado

que também foi observado no estudo de Belfort e Braga.⁽²⁾ Segundo Braga *et al.*,⁽³⁾ os valores de referência da hCG demonstravam uma dosagem bastante elevada, frequentemente acima de 100.000 mUI/mL; esse dado também foi observado em nosso estudo, que demonstrou 181.905 mUI/mL como média do β hCG na admissão das pacientes.

Andrade⁽¹⁾ observou que a taxa de acertos da ultrasonografia é baixa, permitindo o diagnóstico em apenas 40% a 60% dos casos; neste estudo, constatou-se que 52,5% da população teve o diagnóstico confirmado após suspeita ao ultrassom. Em relação ao anatomopatológico, observou-se que 9,09% das pacientes foram diagnosticadas com MH invasora; em 13,63%, evidenciou-se MHP; 27,72% das pacientes tiveram MHC; em 54,55% das pacientes, o diagnóstico evidenciado foi de MH, sem especificação entre completa ou parcial. Essa distribuição segue os mesmos padrões observados no artigo de Ferraz *et al.*⁽⁸⁾

CONCLUSÃO

A DTG possui como um de seus principais diagnósticos diferenciais o abortamento, pois ambos apresentam semelhança em relação à imagem ultrassonográfica, à morfologia e à histologia. É demasiadamente importante destacar que a identificação de massa amorfa intrauterina associada a aspecto vesicular do endométrio à ultrasonografia não define a doença, assim como a visualização de vesículas à macroscopia também não; o exame histopatológico do material intrauterino, retirado após o esvaziamento uterino, feito preferentemente por aspiração, é o único exame com capacidade de confirmar a suspeita diagnóstica. Além disso, tendo este estudo como referência, outros pesquisadores podem aprofundar o perfil das pacientes suspeitas de doença trofoblástica, dado que prescinde de melhor conhecimento na confirmação diagnóstica do anatomopatológico, além de trazer subsídios para a conduta e seguimento clínico necessários nessa comorbidade obstétrica. Pretende-se prosseguir na pes-

**Figura 1.** Local de seguimento das pacientes com DTG.

quisa, aumentando a amostragem e também avaliando o percentual de pacientes admitidas com hipótese diagnóstica de abortamento, cujo anatomopatológico revelou tratar-se de DTG e que, por esse motivo, deveriam receber a mesma terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):94-101. doi: 10.1590/S0100-72032009000200008
2. Belfort P, Braga A. Mudanças na apresentação clínica da gravidez molar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(6):483-8. doi: 10.1590/S0100-72032004000600010
3. Braga A, Obeica B, Moraes V, Silva EP, Amim Júnior J, Rezende-Filho J. Doença trofoblástica gestacional – atualização. *Rev HUPE.* 2014;13(3):55-61. doi: 10.12957/rhupe.2014.12124
4. Moraes VP, Marcolino LA, Sâ RAM, Silva EP, Amim Júnior J, Rezende Filho JF, et al. Complicações clínicas da gravidez molar. *Femina.* 2014;42(5):229-34.
5. Fisher RA. Genetics. In: Hancock BW, Seckl MJ, Berkowitz RS, Cole LA, editors. *Gestational trophoblastic disease.* Orange: International Society for the Study of Trophoblastic Diseases; 2009. p. 6-48.
6. Garner EL, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50(1):112-22. doi: 10.1097/GRF.0b013e31802f17fc
7. Hoffner L, Surti U. The genetics of gestational trophoblastic disease: a rare complication of pregnancy. *Cancer Genet.* 2012;205(3):63-77. doi: 10.1016/j.cancergen.2012.01.004
8. Ferraz L, Lopes PF, Amim Júnior J, Rezende Filho J, Montenegro CAB, Braga A. Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. *J Bras Med.* 2015;103(2):6-12.
9. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(6):531-9. doi: 10.1016/j.ajog.2010.06.073
10. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(1):11-8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.06.072
11. Montenegro CA, Rezende Filho J. *Rezende: obstetria fundamental.* 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. Doença trofoblástica gestacional; p. 285-97.
12. Soares MKP, Oliveira JFB, Oliveira MA. Incidência de doença trofoblástica gestacional nos anos de 2007 a 2011 em um hospital público na região do Cariri. *Cad ESP.* 2015;9(1):35-41.
13. Uberti EM, Diestel MC, Guimarães FE, Goloubkova T, Rosa MW, De Nápoli G. Gestational trophoblastic disease: one more risk in adolescent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(4):356-63. doi: 10.1034/j.1600-0412.2002.810415.x
14. Matsui H, Iitsuka Y, Suzula K, Seki K, Sekiya S. Subsequent pregnancy outcome in patients with spontaneous resolution of HCG after evacuation of hydatidiform mole: comparison between complete and partial mole. *Hum Reprod.* 2001;16(6):1274-7. doi: 10.1093/humrep/16.6.1274

Qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária diagnosticada por estudo urodinâmico

Quality of life in patients with urinary incontinence diagnosed using urodynamics

Luciana de Oliveira Bianco¹; Sandra Costa Fonseca¹; José Rodrigo de Moraes¹; Carlos Augusto Faria¹

Descritores

Incontinência urinária; Urodinâmica; Qualidade de vida; Saúde da mulher; Inquéritos e questionários

Keywords

Urinary incontinence; Urodynamics; Quality of life; Women's health; Surveys and questionnaires

Submetido

29/04/2019

Aceito

24/06/2019

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luciana de Oliveira Bianco
Av. Marquês do Paraná, 303,
24033-900, Centro, Niterói, RJ, Brasil.
lucibianco@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da incontinência urinária feminina sobre a qualidade de vida (QV), levando em consideração o resultado do estudo urodinâmico. A incontinência urinária é queixa frequente em mulheres, afetando negativamente a QV. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, em banco de dados contendo informações sociodemográficas, clínicas e do estudo urodinâmico e os escores de QV da versão brasileira do *King's Health Questionnaire* de pacientes atendidas em hospital universitário. **Resultados:** Não foi observada diferença no impacto dos diferentes diagnósticos urodinâmicos, inclusive exames normais, sobre os domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência. **Conclusão:** Comparada com a incontinência de esforço e exames normais, a incontinência mista mostrou piores escores nos domínios limitações físicas e limitações das atividades diárias. Já a hiperatividade do detrusor esteve associada a piores escores de limitações das atividades diárias e sono, comparada com a incontinência de esforço, e de limitações físicas, comparada com exames normais.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the impact of female urinary incontinence on quality of life, according to urodynamic diagnosis. Urinary incontinence is a frequent complaint among women and affects the quality of life negatively. **Methods:** A retrospective cross-sectional study using a database containing sociodemographic and clinical information, the results from urodynamics and the scores of the Brazilian version of the *King's Health Questionnaire* of patients attended at a university hospital was performed. **Results:** There was no difference in the impact of urodynamics diagnosis, including normal exams, in the scores of the general health perception and incontinence impact domains. **Conclusion:** When compared to normal exams and urinary stress incontinence, mixed incontinence showed lower scores in the role limitations and physical limitations domains. Detrusor overactivity was associated with lower scores in the sleep and role limitations domains, in comparison with urinary stress incontinence, and in the physical limitation domain, compared to normal exams.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é queixa frequente nos ambulatórios de Ginecologia, acomete principalmente pacientes no climatério e na pós-menopausa,⁽¹⁾ e merece atenção pelos efeitos negativos sobre a qualidade de vida (QV), que é a impressão que uma pessoa tem da sua vida, no contexto de felicidade e realização, dependendo de objetivos, de expectativas, da cultura e do conjunto de valores nos quais vive.⁽²⁾ Dependendo dos hábitos e do modo de vida, pacientes com perda urinária de pequena monta podem ter mais constrangimento com seus sintomas que pacientes com perda mais grave.

Segundo Cheung *et al.*,⁽³⁾ a incontinência urinária pode causar impacto semelhante ao de doenças crônicas consideradas de maior importância, como insuficiência cardíaca congestiva e doença pulmonar obstrutiva crônica. Além disso, tem capacidade de influenciar negativamente outras patologias, como doenças cardiovasculares e renais, pela menor adesão ao tratamento devido aos efeitos colaterais dos diuréticos, e depressão, em decorrência do afastamento de familiares e amigos pelo constrangimento e odor constante de urina, levando à sensação de culpa e à diminuição da autoestima.⁽³⁻⁶⁾

A avaliação da QV pode ser feita por meio de questionários gerais ou específicos para cada condição que afeta a saúde. Entre os questionários de QV específicos para incontinência urinária, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) foi traduzido e validado para o português no Brasil, sendo grande aliado em estudos clínicos.⁽⁷⁾

De acordo com os sintomas apresentados, a incontinência urinária pode ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE), quando a perda urinária ocorre nas situações em que há aumento da pressão intra-abdominal, incontinência urinária por urgência (IUU), em que a perda urinária está associada ao desejo súbito e imperioso de urinar e difícil de conter, e em incontinência urinária mista (IUM), quando ambos os sintomas estão presentes. A síndrome da bexiga hiperativa é um diagnóstico clínico definido pela presença do sintoma de urgência, que pode estar associado a frequência, noctúria e urgeincontinência.⁽⁸⁾

O estudo urodinâmico (URD)^(9,10) é um método complementar que auxilia no diagnóstico da incontinência urinária, buscando reproduzir, em um ambiente controlado, o enchimento e o esvaziamento vesicais. Ainda que a obrigatoriedade da sua realização em todos os casos seja motivo de grande debate na literatura,⁽¹¹⁻¹³⁾ está indicado quando se planeja tratamento irreversível para a incontinência urinária ou nos casos complicados,⁽¹⁴⁾ como em pacientes com sintomas mistos ou conflitantes com o exame físico, ou após falha terapêutica empírica.^(15,16) É por meio do URD que o diagnóstico de hiperatividade do detrusor idiopática (HDI) é estabelecido, se forem observadas contrações involuntárias do detrusor durante o enchimento vesical.⁽⁸⁾ Durante o URD, também é possível diagnosticar a IUE, quando a perda urinária é observada durante manobras de tosse, além de avaliar

a pressão de perda durante manobras de Valsalva, fundamental para o diagnóstico do defeito esfíncteriano. Já a IUM é definida como a presença dos diagnósticos urodinâmicos de HDI e IUE na mesma paciente.

A maioria dos estudos sobre o impacto da incontinência urinária sobre a QV leva em consideração apenas o diagnóstico clínico de incontinência, sem a realização do URD, e a literatura mostra que tais diagnósticos muitas vezes são discordantes.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Entre os estudos que avaliaram a QV em pacientes submetidas ao URD, grande parte apenas descreveu a QV de mulheres com diagnóstico de IUE.^(17,20-22)

De acordo com os poucos estudos que compararam o impacto dos diferentes tipos de diagnóstico urodinâmico sobre a QV, a presença de HDI implicou maior comprometimento que a IUE.^(3,18,23,24) Vale a menção do estudo de Dedicção *et al.*,⁽¹⁹⁾ que incluiu 77 mulheres brasileiras e concluiu que a IUM leva a piores escores que a IUE e a HDI no domínio percepção geral de saúde, além de maiores valores na escala visual analógica, indicando pior QV. No entanto, os autores excluíram os casos com URD normal.

Ainda que o comprometimento da QV não esteja incluído no conceito de incontinência urinária, sua avaliação é parte obrigatória da propedêutica da mulher incontinente. Diante desse fato, e considerando que os estudos sobre a QV em mulheres incontinentes, em sua maioria, se baseiam apenas no diagnóstico clínico, e que muitas vezes há discordância entre este e o diagnóstico urodinâmico, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto do diagnóstico urodinâmico sobre os escores dos domínios de QV aferidos por meio da versão brasileira do KHQ, controlando para fatores clínicos e epidemiológicos. Além disso, foram comparados os escores de pacientes que tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo URD com os daquelas que não o tiveram.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, a partir do banco de dados do ambulatório de Uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói, Rio de Janeiro, que faz parte da Universidade Federal Fluminense. Foram incluídas pacientes atendidas entre 2010 e 2015 com sintomas de incontinência urinária, que tivessem mais de 18 anos e capacidade cognitiva preservada, submetidas ao URD. Foram excluídas pacientes com história de infecção do trato urinário de repetição, nefrolitíase ou com sintomas de dor uretral ou vesical.

As variáveis estudadas foram idade, escolaridade, tipo de parto, estado menstrual, história de histerectomia e de perineoplastia, comorbidades e índice de massa corpórea. Clinicamente, o sintoma de perda urinária associada aos esforços como rir, tossir e levantar peso definiu o diagnóstico de IUE, a perda urinária precedida de desejo imperioso de urinar definiu a IUU e a presen-

ça de ambos os sintomas definiu a IUM.⁽⁶⁾ O resultado do URD definiu o diagnóstico urodinâmico (IUE, HDI, IUM e exame normal). O exame foi realizado conforme as padronizações descritas na literatura,⁽²⁵⁾ em aparelho da marca Dynamed, pelo mesmo profissional.

A QV foi avaliada utilizando-se a versão brasileira do KHQ,⁽⁷⁾ constituído por uma escala de sintomas urinários, que a paciente deve assinalar caso presente, além de quantificar o quanto cada um afeta a sua QV. Possui ainda 21 perguntas, divididas em nove domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações das atividades diárias, limitações sociais, limitações físicas, relações pessoais, emoções, sono e disposição e medidas de gravidade. Todas as perguntas participam na formação de escores que variam de 0 a 100, e quanto maior o valor, maior o impacto desfavorável sobre a QV.

Com o objetivo de evitar pulverização dos resultados e permitir uma análise mais precisa, os escores dos domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência foram dicotomizados em avaliação de saúde negativa e positiva e em maior e menor impacto, respectivamente. Assim, para o domínio percepção geral de saúde, as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim” foram consideradas avaliação negativa de saúde, enquanto as respostas “boa” e “muito boa”, avaliação positiva. A avaliação negativa incluiu a resposta “regular”, por ser o método mais frequentemente utilizado na literatura.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Já para o domínio impacto da incontinência, as respostas “nem um pouco” e “um pouco” foram agrupadas em impacto menor, e as respostas “moderadamente” e “muito” foram agrupadas em impacto maior.

Para comparar os escores dos domínios do KHQ de acordo com os diagnósticos urodinâmicos (IUE, HDI, IUM, normal), utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Dunn.

O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação dos diagnósticos clínico e urodinâmico, assim como das variáveis sociodemográficas e clínicas com a percepção geral de saúde e impacto da incontinência, dicotomizadas conforme descrito anteriormente. Nas situações em que esse teste não era aplicável, foi utilizado o teste exato de Fisher. Os seguintes softwares foram utilizados: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows versão 20.0 e EpiInfo versão 7.0. O nível de significância considerado foi de 95% (p-valor $\leq 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense em 21/07/2015, com CAAE nº 44011915.2.0000.5243 e parecer nº 1.155.149.

RESULTADOS

Foram incluídas 162 pacientes, das quais 27 (16,7%) receberam diagnóstico clínico de IUE, 15 (9,2%) de IUU e 120 (74,1%) de IUM. Tinham escolaridade até o ensino fundamental 121 (74,7%) pacientes. A idade variou entre

30 e 81 anos, sendo 58,9 anos a idade média. Estavam na pós-menopausa 124 (76,5%) mulheres, tinham história de histerectomia abdominal 39 mulheres (24%) e de perineoplastia prévia 38 (23,5%) delas. A paridade média foi de 2,94 filhos por mulher, com variação entre 0 e 10 filhos, e 80,8% das pacientes com partos prévios tiveram ao menos um parto vaginal (131 mulheres). O índice de massa corporal médio foi de 29,98 kg/m², variando entre 17,60 e 46,15 kg/m², e 43 pacientes (26,5%) não apresentavam comorbidade alguma, enquanto 53 pacientes (32,7%) apresentavam ao menos duas comorbidades conhecidas.

O diagnóstico urodinâmico foi IUE para 80 pacientes (49,4%), HDI para 35 pacientes (21,6%), IUM para 16 casos (9,9%) e 31 exames foram normais (19,1%).

A tabela 1 apresenta os escores médios dos domínios do KHQ de acordo com os diagnósticos urodinâmicos. Foi observada diferença estatisticamente significativa para os domínios limitações das atividades diárias, limitações físicas, sono e disposição e medidas de gravidade. Pacientes com exames normais apresentaram escores menores do que pacientes com IUM nos domínios limitações das atividades diárias e limitações físicas, e em limitações físicas, quando comparadas com pacientes com HDI. Além disso, entre exames alterados, pacientes com IUE apresentaram escores menores do que pacientes com HDI nos domínios limitações das atividades diárias e sono e disposição, e escores menores do que pacientes com IUM em limitações das atividades diárias, limitações físicas e medidas de gravidade.

Houve associação estatisticamente significativa entre o maior número de comorbidades e o tipo de parto com percepção geral de saúde negativa, mas não com o diagnóstico urodinâmico (Tabela 2). Não foi observada associação de quaisquer das variáveis estudadas com maior impacto da incontinência (Tabela 3).

Os diagnósticos clínico e urodinâmico de IUM coincidiram em 14 casos e os de IUE, em 22 casos. Entre as pacientes com diagnóstico clínico de IUU, seis tiveram o diagnóstico de HDI no URD. Não foi observada associação entre pior percepção geral de saúde ou maior impacto da incontinência e a confirmação do diagnóstico clínico pelo URD (dados não mostrados).

DISCUSSÃO

De modo geral, as pacientes que procuram atendimento nos hospitais públicos têm baixa renda e baixa escolaridade, e muitas têm dificuldade de aderir ao tratamento ou não conseguem mudar os hábitos de vida indicados para o controle das suas comorbidades. Tais comorbidades e os medicamentos utilizados no seu tratamento podem contribuir para o surgimento ou piora dos sintomas de incontinência urinária. Além disso, é possível que mulheres que buscam tratamento apresentem queixas mais severas e/ou maior impacto sobre a QV que a população geral, e essa diferença precisa ser lembrada quando se estuda o tema.

Tabela 1. Análise comparativa dos escores médios dos domínios do KHQ segundo o diagnóstico urodinâmico das pacientes atendidas em ambulatório de uroginecologia (n = 162)

Domínios do King's Health Questionnaire	Diagnóstico urodinâmico				p-value ^a
	IUE (n = 80)	HDI (n = 35)	IUM (n = 16)	Exame normal (n = 31)	
	Média [mín-máx]	Média [mín-máx]	Média [mín-máx]	Média [mín-máx]	
Percepção geral de saúde	53,8 [0-100]	56,4 [0-100]	57,8 [0-100]	54,8 [25-100]	0,802
Impacto da incontinência	77,1 [0-100]	76,2 [0-100]	89,6 [33,3-100]	77,4 [33,3-100]	0,383
Limitações das atividades diárias ^b	53,1 [0-100]	68,1 [0-100]	77,17 [16,7-100]	50,5 [0-100]	0,021*
Limitações físicas ^c	46,0 [0-100]	58,1 [0-100]	65,6 [0-100]	36,6 [0-100]	0,022*
Limitações sociais	27,1 [0-100]	36,5 [0-100]	47,2 [0-100]	26,2 [0-100]	0,067
Relações pessoais ^d	44,7 [0-100]	44,1 [0-100]	55,6 [0-100]	34,5 [0-100]	0,637
Emoções	51,1 [0-100]	65,4 [0-100]	65,3 [0-100]	58,1 [0-100]	0,188
Sono e disposição ^d	32,1 [0-100]	57,1 [0-100]	51,0 [0-100]	43,0 [0-100]	0,004*
Medidas de gravidade ^e	47,3 [0-100]	57,3 [13,3-100]	65,0 [20-100]	53,3 [6,7-93,3]	0,046*

^a Teste de Kruskal-Wallis. *p-values ≤ 0,05. Teste de comparações múltiplas de Dunn mostrou significância estatística: ^b IUM > exame normal (p = 0,017), IUM > IUE (p = 0,013), HDI > IUE (p = 0,048), demais comparações p > 0,05. ^c IUM > exame normal (p = 0,009), IUM > IUE (p = 0,046), HDI > exame normal (p = 0,018), demais comparações p > 0,05. ^d HDI > IUE (p = 0,001), demais comparações p > 0,05. ^e IUM > IUE (p = 0,014), demais comparações p > 0,05. ^f N = 90 pacientes. HDI: hiperatividade do detrusor idiopática; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista.

Embora o diagnóstico clínico mais frequente tenha sido de IUM, após a realização do URD observou-se que foi o tipo menos comum de incontinência, com confirmação diagnóstica em apenas 9,9% das mulheres. Esses resultados estão de acordo com os estudos de Cheung *et al.*,⁽³⁾ Possavino *et al.*,⁽¹⁷⁾ e Fan *et al.*,⁽²⁴⁾ Brubaker *et al.*⁽²⁰⁾ sugerem que a discrepância pode ser causada por uma definição vaga e não padronizada de IUM nos questionários específicos de incontinência urinária. Além disso, contrações involuntárias do detrusor podem ser eventuais e não ocorrer durante a realização do URD, reduzindo a confirmação diagnóstica de IUM.

Por outro lado, o URD não foi capaz de identificar qualquer alteração em 19,1% dos casos no presente estudo. Na literatura, a porcentagem de exames normais varia entre 2,1% e 37%.^(3,17,18,21-24) Segundo Haddad *et al.*,⁽²⁹⁾ o URD auxilia no diagnóstico em casos positivos de incontinência urinária, não sendo possível, no entanto, excluir a disfunção no caso de exame normal. Esse pode ocorrer devido a um grau leve de incontinência, que não pôde ser identificado no URD, bem como pelo limite do método, por ser realizado em condições não fisiológicas e diferentes do que acontece no cotidiano das pacientes incontinentes.

No que se refere à QV, a hipótese de que pacientes com exames normais tinham menor impacto quando comparadas com pacientes com exames alterados não foi confirmada, exceto para os domínios limitações das atividades diárias e limitações físicas. Para esses domínios, pacientes com IUM apresentaram piores escores que pacientes com exame normal.

A literatura que avalia a QV das pacientes de acordo com o diagnóstico urodinâmico é escassa e, além disso,

os estudos são bastante diferentes entre si em termos de questionários utilizados, características demográficas das pacientes, objetivos e diagnósticos urodinâmicos incluídos, o que dificulta a comparação com os nossos resultados. De acordo com Fan *et al.*,⁽²⁴⁾ e Cheung *et al.*,⁽³⁾ que utilizaram os questionários *urogenital distress inventory* – UDI-6, *incontinence impact questionnaire* – IIQ-7 e *Short Form 36* – SF-36 para avaliação da QV, pacientes com exames normais apresentam menor impacto na QV do que pacientes com qualquer anormalidade no URD.

É importante lembrar que o exame considerado normal pode apresentar-se como falso-negativo pelo limite do método. Isso pode explicar o comprometimento da QV mesmo em pacientes que não apresentaram anormalidades no URD e por que foi observada diferença somente em alguns domínios de QV quando diagnósticos normais e alterados foram comparados. Tais resultados estão de acordo com os estudos de Haessler *et al.*,⁽²³⁾ e Duggan,⁽¹⁸⁾ nos quais mesmo pacientes com URD normal apresentaram comprometimento da QV.

A comparação dos escores de QV entre os grupos de exames alterados mostrou diferença no impacto sobre alguns domínios. A IUE pura acarretou menor impacto sobre a QV quando comparada com IUM nos domínios limitações das atividades diárias, limitações físicas e medidas de gravidade. Uma explicação para isso pode ser o tipo de perda, mais previsível, no caso de IUE, e súbita e incontrollável, quando decorrente da contração involuntária do detrusor na IUM. A paciente com IUE pode ter comprometimento da QV, porém consegue muitas vezes evitar a perda por meio de esvaziamento vesical frequente e auxílio da musculatura perineal du-

Tabela 2. Associação entre variáveis e a percepção geral de saúde agrupada em duas categorias de pacientes atendidas em ambulatório de uroginecologia (n = 162)

Variáveis	Percepção Geral de Saúde		p-value ^c
	Positiva ^a n de casos (%) n (%)	Negativa ^b n de casos (%) n (%)	
Diagnóstico urodinâmico			
IUE	16 (20,0)	64 (80,0)	0,320
HDI	4 (11,4)	31 (88,6)	
IUM	1 (6,3)	15 (93,8)	
Normal	3 (9,7)	28 (90,3)	
Faixa etária			
< 60 anos	13 (16,0)	68 (84,0)	0,825
≥ 60 anos	11 (13,6)	70 (86,4)	
Escolaridade			
Até o fundamental	15 (12,4)	106 (87,6)	0,201
Médio ou superior	9 (22,0)	32 (78,0)	
Nº de comorbidades			
Nenhuma	10 (23,3)	33 (76,7)	0,016*
Uma	12 (18,2)	54 (81,8)	
Duas ou mais	2 (3,8)	51 (96,2)	
Menacme			
Sim	3 (7,9)	35 (92,1)	0,202
Não	21 (16,9)	103 (83,1)	
Tipo de parto^d			
Normal	10 (17,5)	47 (82,5)	0,042*
Cesáreo	0(0)	25 (100,0)	
Ambos os partos	12 (16,2)	62 (83,8)	
Não teve parto	2 (33,3)	4 (66,7)	
Histerectomia abdominal			
Sim	2 (5,1)	37 (94,9)	0,068
Não	22 (17,9)	101 (82,1)	
Perineoplastia			
Sim	4 (10,3)	35 (89,7)	0,445
Não	20 (16,3)	103 (83,7)	
Índice de massa corpórea			
Baixo peso/normal	7 (20,6)	27 (79,4)	0,529
Sobrepeso	8 (14,5)	47 (85,5)	
Obeso	9 (12,3)	64 (87,7)	

^a Percepção geral de saúde positiva – escores 0 ou 25 no *King's Health Questionnaire*. ^b Percepção geral de saúde negativa – escores 50, 75 ou 100 no *King's Health Questionnaire*. ^c Teste Qui-quadrado. ^d Teste exato de Fisher. *p-value ≤ 0,05.

HDI: hiperatividade do detrusor idiopática; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista.

Tabela 3. Associação entre variáveis e o impacto da incontinência agrupado em duas categorias de pacientes atendidas em ambulatório de uroginecologia (n = 162)

Variáveis	Impacto da incontinência na QV		p-value ^c
	Menor ^a n de casos (%) n (%)	Maior ^b n de casos (%) n (%)	
Diagnóstico urodinâmico			
IUE	20 (25,0)	60 (75,0)	0,740
HDI	9 (25,7)	26 (74,3)	
IUM	2 (12,5)	14 (87,5)	
Normal	7 (22,6)	24 (77,4)	
Faixa etária			
< 60 anos	16 (19,8)	65 (80,2)	0,354
≥ 60 anos	22 (27,2)	59 (72,8)	
Escolaridade			
Até o fundamental	29 (24,0)	92 (76,0)	0,835
Médio ou superior	9 (22,0)	32 (78,0)	
Nº de comorbidades			
Nenhuma	11 (25,6)	32 (74,4)	0,671
Uma	13 (19,7)	53 (80,3)	
Duas ou mais	14 (26,4)	39 (73,6)	
Menacme			
Sim	7 (18,4)	31 (81,6)	0,513
Não	31 (25,0)	93 (75,0)	
Tipo de parto^d			
Normal	14 (24,6)	43 (75,4)	0,470
Cesáreo	4 (16)	21 (84)	
Ambos os partos	20 (27)	54 (73)	
Não teve parto	0 (0)	6 (100)	
Histerectomia abdominal			
Sim	8 (20,5)	31 (79,5)	0,671
Não	30 (24,4)	93 (75,6)	
Perineoplastia			
Sim	8 (20,5)	31 (79,5)	0,671
Não	30 (24,4)	93 (75,6)	
Índice de massa corpórea			
Baixo peso/normal	7 (20,6)	27 (79,4)	0,942
Sobrepeso	13 (23,6)	42 (76,4)	
Obeso	18 (24,7)	55 (75,3)	

^a Menor impacto – impacto da incontinência com escore < 50 no *King's Health Questionnaire*. ^b Maior impacto – impacto da incontinência com escore > 50 no *King's Health Questionnaire*. ^c Teste Qui-quadrado. ^d Teste exato de Fisher.

HDI: hiperatividade do detrusor idiopática; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista; QV: qualidade de vida.

rante manobras que levam à perda urinária. O mesmo não ocorre para portadoras de IUM, que necessitam interromper suas atividades diárias laborativas ou físicas, buscam ficar próximas a banheiros, usam protetores com mais frequência, além de terem perda aos esforços, justificando o impacto sobre aqueles domínios.

Duggan,⁽¹⁸⁾ utilizando o KHQ, observou diferença entre IUM e IUE apenas no domínio medidas de gravidade. Já Dedicação *et al.*⁽¹⁹⁾ observaram diferença estatisticamente significativa entre IUM e outros diagnósticos apenas no domínio *percepção geral de saúde*.

Pacientes com HDI apresentaram, na maioria dos domínios, média de escores que ficou entre as médias de escores de pacientes com IUE e IUM, mas tal diferença não foi significativa. É possível que o pequeno número de pacientes com diagnóstico urodinâmico de HDI tenha influenciado os resultados. No domínio sono e disposição, a disparidade de escores foi significativa entre HDI e IUE, tendo como possível explicação o fato de a noctúria, um dos sintomas que podem estar associados à presença de contrações involuntárias do detrusor, levar à interrupção do sono, o que não acontece nas pacientes com IUE. Além disso, houve diferença no domínio limitações das atividades diárias, prejudicadas nas pacientes com HDI pela necessidade de frequentemente interromper as atividades pela presença de sintomas de urgência e incontinência de urgência.

Ainda que as análises tenham mostrado diferenças entre os diagnósticos urodinâmicos em domínios específicos do KHQ, não foi observada diferença entre os grupos nos domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência. Quando as respostas a esses dois domínios foram agrupadas em duas categorias, observou-se que, no que se refere à percepção geral de saúde, 138 (85,2%) das pacientes tinham percepção negativa da sua saúde, referindo-a como regular, ruim ou muito ruim, e a principal variável associada a tal percepção foi o número de comorbidades. Como descrito no estudo de Fortin *et al.*,⁽³⁰⁾ a presença de doenças crônicas afeta a QV em todos os seus aspectos, incluindo emprego, espiritualidade, relacionamento familiar, entre outros. As restrições de atividade, a quantidade de medicamentos e seus efeitos colaterais, e as limitações funcionais causam prejuízos na funcionalidade social e do bem-estar das pacientes.⁽³⁰⁾ Por outro lado, o fato de o tipo de incontinência não estar associado à mortalidade ou incapacidade física ou mental pode justificar que não exista influência do diagnóstico urodinâmico sobre a percepção geral de saúde, num contexto de mulheres em faixas etárias mais avançadas, com sobrepeso ou obesas e múltiplas comorbidades.

Em relação ao domínio impacto da incontinência, não foi observada associação entre as variáveis, inclusive o diagnóstico urodinâmico, e o grau de impacto, apesar de a incontinência afetar no mínimo moderadamente a vida da maior parte das pacientes. Mulheres que procuram atendimento especializado são as que mais

apresentam prejuízo da QV, independentemente do tipo urodinâmico, e é possível que seja esse o motivo de não ter sido observada diferença entre os grupos.

A coincidência entre os diagnósticos clínico e urodinâmico foi mais elevada para IUE, tendo ocorrido em 81,5% dos casos. Das 15 pacientes com IUU, somente seis receberam o diagnóstico de HDI (40%), e das 120 pacientes com queixas mistas, tiveram diagnóstico confirmado apenas 14 pacientes (11,7%). Vários estudos na literatura também mostram pequena correlação entre diagnósticos clínico e urodinâmico, enfatizando a necessidade de desenvolvimento de melhores métodos complementares para a avaliação da incontinência urinária.^(3,17,24,29,31,32)

A hipótese de que pacientes com confirmação do diagnóstico clínico – principalmente de HDI e IUM – poderiam apresentar com mais frequência percepção geral de saúde negativa e maior impacto da incontinência, quando comparadas com aquelas que receberam outros diagnósticos, não foi confirmada. O número de pacientes que tiveram a confirmação daqueles diagnósticos foi pequeno, o que pode ter prejudicado a análise.

Apesar de algumas limitações, como a realização do estudo em um hospital terciário universitário, com possíveis vieses de seleção de casos mais graves, e do pequeno número de pacientes incluídas, o valor do presente estudo reside no fato de ter sido utilizado questionário de QV específico para incontinência urinária, terem sido obtidas informações sociodemográficas e clínicas, e o URD ter sido realizado de forma padronizada pelo mesmo profissional, o que dá maior consistência aos resultados.

Portanto, é importante valorizar as queixas das pacientes independentemente do resultado dos exames complementares e utilizar instrumentos específicos para a avaliação do impacto da incontinência urinária sobre a QV. De modo geral, a percepção geral de saúde esteve afetada nas pacientes do estudo, apesar de o tipo de incontinência urinária não estar associado a esse resultado. Já aspectos específicos do cotidiano das mulheres foram afetados de maneira significativa dependendo do tipo de incontinência urinária diagnosticada por URD.

CONCLUSÃO

As pacientes incluídas no estudo, atendidas em serviço especializado, possuem, em sua maioria, percepção geral de saúde ruim. Os domínios de percepção geral de saúde e impacto da incontinência na QV não foram influenciados pelo tipo de incontinência urinária diagnosticado por URD, mas sim pela presença de duas ou mais comorbidades. Pacientes com diagnóstico urodinâmico de IUM apresentaram maior impacto sobre os domínios limitações das atividades diárias, limitações físicas e medidas de gravidade, quando comparadas com pacientes com IUE, e sobre os domínios limita-

ções das atividades diárias e limitações físicas, quando comparadas com URD normal. Já as pacientes com HDI apresentaram maior impacto sobre os domínios limitações das atividades diárias e sono e disposição que pacientes com IUE, e em limitações físicas que pacientes com exames normais. A confirmação do diagnóstico clínico pelo URD não mostrou associação com pior percepção geral de saúde ou com maior impacto da incontinência.

REFERÊNCIAS

- Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 5th ed. Bristol: ICUD-EAU; 2013. p. 15-107.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4
- Cheung RY, Chan S, Yiu AK, Lee LL, Chung TK. Quality of life in women with urinary incontinence is impaired and comparable to women with chronic disease. *Hong Kong Med J*. 2012;18(3):214-20.
- Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*. 2014;43(2):157-63. doi: 10.1093/ageing/af214
- Molinuevo B, Batista-Miranda JE. Under the tip of the iceberg: psychological factors in incontinence. *NeuroUrol Urodyn*. 2012;31(5):669-71. doi: 10.1002/nau.21216
- Melville JL, Fan MY, Rau H, Nygaard IE, Katon WJ. Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in an epidemiologic sample. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(5):490.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2009.05.047
- Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):203-11. doi: 10.1590/S0034-89102003000200007
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *NeuroUrol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. doi: 10.1002/nau.20798
- Nitti VW. Pressure flow urodynamic studies: the gold standard for diagnosing bladder outlet obstruction. *Rev Urol*. 2005;7 Suppl 6:S14-21.
- Rosier PF. The evidence for urodynamic investigation of patients with symptoms of urinary incontinence. *F1000Prime Rep*. 2013;5:8. doi: 10.12703/P5-8
- van Leijssen SA, Hoogstad-van Evert JS, Mol BW, Vierhout ME, Milani AL, Heesakkers JP, et al. The correlation between clinical and urodynamic diagnosis in classifying the type of urinary incontinence in women. A systematic review of the literature. *NeuroUrol Urodyn*. 2011;30(4):495-502. doi: 10.1002/nau.21047
- Hickling DR, Steele SS. The role of preoperative urodynamics in stress urinary incontinence surgery. *Can Urol Assoc J*. 2017;11(6 Suppl 2):S113-5. doi: 10.5489/cuaj.4581
- Rachaneni S, Latthe P. Does preoperative urodynamics improve outcomes for women undergoing surgery for stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2015;122(1):8-16. doi: 10.1111/1471-0528.12954
- Nambiar AK, Lemack GE, Chapple CR, Burkhard FC; European Association of Urology. The role of urodynamics in the evaluation of urinary incontinence: The European Association of Urology Recommendations in 2016. *Eur Urol*. 2017;71(4):501-3. doi: 10.1016/j.eururo.2016.09.045
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol*. 2011;59(3):387-400. doi: 10.1016/j.eururo.2010.11.021
- Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, Herndon CD, Kobashi KC, Kraus SR, et al. Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2012;188(6 Suppl):2464-72. doi: 10.1016/j.juro.2012.09.081
- Possavino F, Preti M, Carone R, Calabrese R, Randaccio S, D'Elia C, et al. Psychometric validation of the Italian version of the I-QoL questionnaire: clinical and urodynamic findings. *Int Urogynecol J*. 2013;24(12):2125-30. doi: 10.1007/s00192-013-2134-7
- Duggan P. Urodynamic diagnoses and quality of life in women presenting for evaluation of urinary incontinence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011;51(5):416-20. doi: 10.1111/j.1479-828X.2011.01344.x
- Dedicação AC, Haddad M, Saldanha MES, Driusso P. Comparison of quality of life for different types of female urinary Incontinence. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):116-22. doi: 10.1590/S1413-355520090005000014
- Brubaker L, Stoddard A, Richter H, Zimmern P, Moalli P, Kraus SR, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Mixed incontinence: comparing definitions in women having stress incontinence surgery. *NeuroUrol Urodyn*. 2009;28(4):268-73. doi: 10.1002/nau.20698
- Yip SK, Chan A, Pang S, Leung P, Tang C, Shek D, et al. The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(5):1244-8. doi: 10.1067/mob.2003.273
- Abdel-Fattah M, Ramsay I, Barrington JW. A simple visual analogue scale to assess the quality of life in women with urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;133(1):86-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.04.034
- Haessler AL, Nguyen JN, Bhatia NN. Impact of urodynamic based incontinence diagnosis on quality of life in women. *NeuroUrol Urodyn*. 2009;28(3):183-7. doi: 10.1002/nau.20637
- Fan HL, Chan SS, Law TS, Cheung RY, Chung TK. Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013;53(3):298-304. doi: 10.1111/ajo.12075
- Rosier PFWM, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S, et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *NeuroUrol Urodyn*. 2017;36(5):1243-60. doi: 10.1002/nau.23124
- Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3367-75. doi: 10.1590/1413-812320152111.15562015
- Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3377-86. doi: 10.1590/1413-812320152111.18752015
- Rosenkranz R, Duncan MJ, Rosenkranz SK, Kolt GS. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health*. 2013;13:1071. doi: 10.1186/1471-2458-13-1071
- Haddad JM, Monaco HEMG, Kwon C, Bernardo WM, Guidi HGC, Baracat EC. Predictive value of clinical history compared with urodynamic study in 1,179 women. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(1):54-8. doi: 10.1590/1806-9282.62.01.54
- Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:51. doi: 10.1186/1477-7525-2-51
- Asoglu MR, Selcuk S, Cam C, Cogendez E, Karateke A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;176:187-90. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.02.008
- Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM, Borges PCG. Correlation between urodynamic tests, history and clinical findings in treatment of women with urinary incontinence. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(4):437-43. doi: 10.1590/S1679-45082010AO1611

Distúrbios do metabolismo dos hidratos de carbono na síndrome dos ovários policísticos

Disorders of carbohydrate metabolism in the polycystic ovary syndrome

Cristiano Roberto Grimaldi Barcellos¹

Descritores

Síndrome dos ovários policísticos; Metabolismo de carboidratos; Intolerância à glicose; *Diabetes mellitus*

Keywords

Polycystic ovary syndrome; Carbohydrate metabolism; Glucose intolerance; *Diabetes mellitus*

Submetido:

21/04/2019

Aceito:

25/04/2019

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Cristiano Roberto Grimaldi Barcellos
Rua Monte Alegre, 984, Perdizes,
05014-901, São Paulo, SP, Brasil.
endocrinologia.barcellos@gmail.
com

CASO CLÍNICO

Identificação: Mulher, 27 anos, enfermeira, solteira, natural de Campinas-SP e procedente de São Paulo-SP.

Queixa e duração: Irregularidade menstrual e acne desde os 13 anos.

História da moléstia atual: A paciente refere disfunção menstrual desde a menarca, aos 13 anos, a qual se caracteriza por menstruações infrequentes intercaladas com períodos de amenorreia. O quadro menstrual é acompanhado de acne em face, tronco e nádegas.

Antecedentes pessoais: Nega vida sexual ativa ou desejo de engravidar. Nega outros problemas de saúde ou uso de medicamentos em caráter crônico.

Antecedentes familiares: Pai e mãe têm sobrepeso, *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) e hipertensão arterial. Nega consanguinidade.

Exame físico: Peso: 72 kg, estatura: 1,70 m, índice de massa corporal (IMC): 24,9 kg/m², circunferência abdominal (CA): 88 cm, presença de acantose nigricada na região cervical. Pressão arterial (PA): 120/80 mmHg. Escore de Ferriman-Gallwey: 9. Oleosidade de pele e cabelos. Acne em face, na região dorsal e em nádegas. Restante do exame físico: nada digno de nota.

Exames de análises clínicas realizados dois meses antes da consulta: Glicemia de jejum: 95 mg/dL, colesterol total: 146 mg/dL, HDL-c: 40 mg/dL, LDL-c: 67 mg/dL, triglicerídeos (TG): 195 mg/dL, creatinina: 0,9 mg/dL, TGO: 21 UI/L, TGP: 33 UI/L, TSH: 0,8 mUI/L, testosterona total: 92 ng/dL (< 63 ng/dL), LH: 11 mUI/mL, FSH: 6,4 mUI/mL, progesterona: 0,6 ng/mL, 17OH-progesterona: 0,9 ng/mL, prolactina: 14 ng/mL (< 31 ng/mL).

Exames de imagem realizados seis meses antes da consulta: Ultrassonografia pélvica via endovaginal: ovário direito com 14 mL e ovário esquerdo com 11 mL. Ambos com mais de 12 microcistos de diâmetro < 9 mm.

1. COM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE HIDRATOS DE CARBONO (DMHC) NA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP):

a. Há necessidade do teste de tolerância oral à glicose (TTOG)?

b. Qual a melhor maneira de fazer o diagnóstico de tolerância diminuída à glicose (TDG) e *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2)?

O diagnóstico de TDG e DM2 pode ser feito por meio da glicemia após 8 horas de jejum (G), da hemoglobina glicada (HbA1c) e do TTOG (Tabela 1).⁽¹⁾

Tabela 1. Diagnóstico dos distúrbios do metabolismo dos hidratos de carbono de acordo com a glicemia de jejum, com a glicemia 120 minutos após a sobrecarga de glicose no teste de tolerância oral à glicose e com a hemoglobina glicada

	Normal	Pré-diabetes	Diabetes mellitus
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100	100-125	≥ 126
G120 (mg/dL)	< 140	140-200	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7-6,4	≥ 6,5

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) [Internet]. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2018: Posicionamento Oficial SBD nº 02/2018. [citado 2019 Jan]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/2018/posicionamento-oficial-sbd-tratamento-do-dm2-versao-final-e-definitiva-10-mai-2018.pdf>.⁽¹⁾ G120: glicemia 120 minutos após a sobrecarga de 75 g de dextrosol no teste de tolerância oral à glicose; HbA1c: hemoglobina glicada.

Valores de GJ < 100 mg/dL são considerados normais, entre 100 e 125 mg/dL são chamados de GJ alterada e ≥ 126 mg/dL são compatíveis com DM. Para a HbA1c, valores normais são os inferiores a 5,7%, entre 5,7% e 6,4% são compatíveis com pré-diabetes (ou risco aumentado para DM) e ≥ 6,5% são considerados diagnósticos para DM. Mas vale ressaltar que valores alterados para GJ e HbA1c deverão sempre ser confirmados em outra amostra. No TTOG, a glicemia é dosada antes e 120 minutos após a administração oral de 75 g de dextrosol (G120). Valores < 140 mg/dL são considerados normais após a sobrecarga de glicose, enquanto valores compreendidos entre 140 e 200 mg/dL são compatíveis com TDG e valores ≥ 200 mg/dL são considerados diagnósticos para DMT2 (Tabela 1)⁽¹⁾. Na SOP, o TTOG é considerado mais sensível do que a GJ para a detecção dos DMHC.⁽²⁻⁵⁾ Estudo realizado pelo nosso grupo demonstrou que o TTOG teve poder diagnóstico duas vezes maior do que a GJ na detecção de TDG e DMT2.⁽²⁾ Além disso, verificamos também que o TTOG foi superior à GJ independentemente do IMC das pacientes.⁽²⁾ Por essa razão, recomendamos que todas as portadoras de SOP sejam submetidas ao TTOG, independentemente do IMC.⁽²⁾ Por outro lado, diretrizes de várias sociedades médicas, como da *American Association of Clinical Endocrinologists*, do *American College of Endocrinology* e da *Androgen Excess and PCOS Society*, recomendam a realização do TTOG em portadoras da SOP com IMC > 30 kg/m² e histórico familiar para DM2.⁽⁶⁾ Até o momento, não há muitos estudos sobre o uso da HbA1c na detecção dos DMHC especificamente para pacientes com SOP. Entretanto, as evidências apontam que ela provavelmente é menos sensível do que o TTOG.⁽⁷⁾

Continuação do caso clínico

Foi realizado o TTOG com sobrecarga de 75 g de dextrosol, com o seguinte resultado – glicemia de jejum: 90 mg/dL, G120: 244 mg/dL.

Foram realizadas dosagens de HbA1c em duas amostras diferentes. Resultados: 6,8% nas duas amostras.

Conclusão: DM2 (de acordo com os valores da G120 e da HbA1c).

2. A DOSAGEM DE INSULINA SÉRICA E A ESTIMATIVA DE RESISTÊNCIA À INSULINA (RI) SÃO OBRIGATÓRIAS NA PRÁTICA CLÍNICA?

Não. De acordo com o posicionamento da *European Society of Endocrinology*, a dosagem sérica de insulina e a realização dos cálculos para a determinação indireta da presença de RI não devem ser feitas na prática clínica devido à sua baixa reprodutibilidade.⁽⁸⁾ Em estudos clínicos, entretanto, devido ao maior número de pacientes estudados e ao tratamento estatístico, essas ferramentas estão menos sujeitas a erros e, portanto, têm utilidade.

3. A PACIENTE ACIMA TEM SÍNDROME METABÓLICA (SM)?

Sim, pois ela apresenta HDL-c < 50 mg/dL, TG ≥ 150 mg/dL e G120 ≥ 140 mg/dL. Dessa forma, a paciente tem SM de acordo com o critério presente no consenso de Roterdã.⁽⁹⁾ Vale lembrar que esse critério é o mesmo proposto pelo *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III)⁽¹⁰⁾ com a adição da G120, dada a importância do TTOG para as pacientes com SOP (Tabela 2).

De acordo com o critério original do NCEP-ATP III, proposto para a população geral, o diagnóstico de SM depende da presença de pelo menos três dos seguintes componentes: CA > 88 cm, glicemia de jejum > 110 mg/dL, HDL-c < 50 mg/dL, TG ≥ 150 mg/dL e PA ≥ 130/85 mmHg (Tabela 2). Por essa razão, essa paciente não teria SM se considerássemos somente a sua GJ. Pelo critério do consenso de Roterdã, a paciente tem SM, sendo assim, quanto mais precoce a realização desse diagnóstico, melhor. Isso porque a SM se associa a risco duas vezes maior para desfechos cardiovasculares⁽¹¹⁾ e a sua presença demanda a adoção de medidas preventivas.

Tabela 2. Critérios diagnósticos para síndrome metabólica em mulheres de acordo com *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* e com o Consenso de Rotterdam

NCEP ATP III	Consenso de Rotterdam
≥ 3 dos seguintes parâmetros:	≥ 3 dos seguintes parâmetros:
• Circunferência abdominal ≥ 88 cm	• Circunferência abdominal ≥ 88 cm
• Glicemia de jejum ≥ 110 mg/dL	• GJ ≥ 110 mg/dL ou G120 ≥ 140 mg/dL
• HDL-c < 50 mg/dL	• HDL-c < 50 mg/dL
• Triglicérides ≥ 150 mg/dL	• Triglicérides ≥ 150 mg/dL
• PA ≥ 130/85 mmHg ou	• PA ≥ 130/85 mmHg ou
• Uso de anti-hipertensivo	• Uso de anti-hipertensivo

HDL-c: lipoproteína de alta densidade; PA: pressão arterial; GJ: glicemia de jejum; G120: glicemia após sobrecarga de glicose no TTOG.

4. AS PACIENTES COM SOP TÊM MAIS RISCO PARA DM2 DO QUE AS MULHERES SEM A SÍNDROME?

Sim. Estima-se que pacientes com SOP tenham de duas a cinco vezes mais risco para desenvolver DM2, quando comparadas a mulheres sem a síndrome pareadas para a mesma idade e peso.⁽¹²⁾ Além disso, de acordo com estudos epidemiológicos, a prevalência dos DMHC varia de 31% a 45%,^(2-5,13) valores esses cerca de quatro vezes maiores do que os observados em mulheres da população geral.⁽¹⁴⁾

5. SOMENTE A RI JUSTIFICA QUADROS DE TDG E DM2 NAS PACIENTES COM SOP?

Não, pois para que ocorra hiperglicemia são necessários outros defeitos fisiopatológicos. Por exemplo, a presença isolada de RI não promove a elevação da glicemia se houver hiperinsulinemia compensatória. Em 2009, foram descritos oito defeitos fisiopatológicos associados ao DM2, pelo professor Ralph De Fronzo. Essa descrição foi denominada *ominous octet*⁽¹⁵⁾ e se tornou uma maneira didática para a melhor compreensão dos mecanismos que causam o DM2. Dos oito defeitos existentes, sete promovem o início da doença e um deles se associa à elevação da glicemia em pessoas com DM preexistente.⁽¹⁵⁾ Os sete defeitos fisiopatológicos que se associam ao início do DM2 são: redução da captação periférica de glicose (RI periférica à insulina), disfunção das células betapancreáticas (déficit de produção e/ou liberação de insulina), disfunção das células alfa pancreáticas (excesso de produção e de liberação de glucagon), aumento da produção hepática de glicose (por glicogenólise e gliconeogênese), aumento da lipólise (lipotoxicidade), redução do efeito incretínico [diminuição da ação do peptídeo similar ao glucagon tipo 1 (GLP-1) e do peptídeo inibitório gástrico (GIP)] e disfunção de neurotransmissores cerebrais (que prejudicam os sinais de saciedade e aumentam a ingesta calórica e podem também reduzir o gasto energético basal). O defeito fisiopatológico não envolvido na geração de DM, embora cause aumento da glicemia no DM preexistente, se deve ao aumento da reabsorção renal de glicose.⁽¹⁵⁾ Chama a atenção o fato de a SOP estar associada, seja em estudos clínicos ou experimentais, aos sete defeitos fisiopatológicos que levam ao DM2.⁽¹⁶⁻²²⁾ Essas evidências também podem justificar a maior prevalência de DMHC nas pacientes com a síndrome.

6. QUAL A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO PRECOCE DA GJ ALTERADA E DA TDG NO TTOG? COMO TRATAR ESSAS CONDIÇÕES?

A GJ alterada e a tolerância diminuída à glicose no TTOG são chamadas de pré-diabetes. A importância da detecção precoce do pré-diabetes reside no fato de que essa alteração leva ao aumento do risco cardiovascular (CV) e

da mortalidade por todas as causas.^(23,24) Além disso, estudos realizados na população geral demonstram que pessoas com pré-diabetes têm maior risco para desenvolver DM2 do que indivíduos normoglicêmicos.⁽²⁵⁾ A SOP agrava essa situação, pois há evidências de que a progressão do pré-diabetes para o DM2 é cinco a dez vezes mais acelerada nas pacientes com a síndrome do que na população geral.⁽²⁶⁾ Estudos na população geral demonstram que as mudanças de estilo de vida de maneira isolada,⁽²⁷⁾ ou associadas a agentes farmacológicos antidiabéticos, reduzem a progressão para o DM2 manifesto em indivíduos com pré-diabetes.⁽²⁸⁻³¹⁾ Na SOP, a *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) em conjunto com a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), a *European Society of Endocrinology* e a *Endocrine Society* recomendam somente mudanças de estilo de vida para as portadoras de pré-diabetes,^(8,32,33) enquanto a *Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society* (AE-PCOS), o *American College of Endocrinology* (ACE) e a *American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE)⁽³⁴⁾ consideram também o uso de agentes antidiabéticos para essas pacientes.

7. QUAL A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO PRECOCE DE DM2 EM PACIENTES COM SOP?

O DM é uma doença crônica e, quando mal controlada, leva ao surgimento de complicações crônicas macro e microvasculares após alguns anos de evolução.^(35,36) Essas complicações causam redução da expectativa de vida e são responsáveis pela morbimortalidade associada à doença.^(35,36) Por essas razões e pelo fato de as pacientes com SOP serem relativamente jovens, é importante que ginecologistas, endocrinologistas e médicos de atenção básica à saúde estejam aptos para o diagnóstico e o manejo do DM2 no atendimento dessas pacientes.

8. COMO TRATAR AS PORTADORAS DE SOP COM DM2?

Nas diretrizes para o tratamento do DM2, não há algoritmos específicos para pacientes com SOP. Entretanto, a *AE-PCOS Society* e a *Endocrine Society* recomendam mudanças de estilo de vida (MEVs) como terapia de primeira linha para portadoras da SOP com pré-diabetes/DM2. Essas duas sociedades recomendam o uso de metformina somente quando as MEVs forem insuficientes para o controle glicêmico.^(33,37) Entretanto, essas recomendações se restringem ao início do tratamento e não constituem algoritmos completos para o tratamento do DM2. Além disso, elas não seguem a tendência atual das diretrizes para o tratamento de DM2 em pessoas adultas da população geral, nas quais têm se preconizado intervenções farmacológicas cada vez mais precoces em associação com as MEVs. Por isso, entendemos que o tratamento das portadoras de SOP com DM2 deve ser individualizado e ter como base as diretrizes de manejo do DM2 para a população geral.^(1,38,39)

DESFECHO DO CASO CLÍNICO

Diagnósticos da paciente

SOP, DM2 e dislipidemia (à custa de concentrações reduzidas de HDL-c e hipertrigliceridemia).

Conduta

De acordo com as Diretrizes para o tratamento de DM2 da Sociedade Brasileira de Diabetes, da AACE e da *American Diabetes Association*, foram recomendadas as mudanças de estilo de vida e um agente antidiabético. Dieta para DM. Orientação para a prática de exercícios físicos aeróbios (150 min/semana) e resistidos (duas a três sessões/semana),^(1,38,39) metformina XR 500 mg (1 cp ao dia com aumento progressivo e semanal até a dose de 3 cp/dia).^(1,38,39) Contraceptivo hormonal oral combinado (CHOC) com progestogênio com ação antiandrogênica. Optou-se pelo uso do CHOC para a melhora da acne e para a prevenção de hiperplasia endometrial. Apesar de não existir até o momento um consenso sobre o impacto dos CHOC sobre a RI e sobre os DMHC nas pacientes com SOP,⁽⁴⁰⁾ há evidências de que os CHOC cujos progestogênios tenham ação antiandrogênica são mais adequados para esse modelo de pacientes, por não causarem e/ou agravarem a RI.^(41,42)

REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) [Internet]. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2018: Posicionamento Oficial SBD no 02/2018. [citado 2019 Jan]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/2018/posicionamento-oficial-sbd-tratamento-do-dm2-versao-final-e-definitiva-10-mai-2018.pdf>
- Barcellos CRG, Rocha MP, Hayashida SAY, Nery M, Marcondes JAM. Prevalence of abnormalities of glucose metabolism in patients with polycystic ovary syndrome. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(4):601-5. doi: 10.1590/S0004-27302007000400015
- Weerakiet S, Srisombut C, Bunnag P, Sangtong S, Chuangsoongnoen N, Rojanasakul A. Prevalence of type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Asia women with polycystic ovary syndrome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75(2):177-84. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00477-5
- Legro RS, Kunselman AR, Dodson WC, Dunaif A. Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled study in 254 affected women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(1):165-9. doi: 10.1210/jcem.84.1.5393
- Erhmann DA, Barnes RB, Rosenfield RL, Cavaghan MK, Imperial J. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care.* 1999;22(1):141-6. doi: 10.2337/diacare.22.1.141
- Lazaridou S, Dinas K, Tziomalos K. Prevalence, pathogenesis and management of prediabetes and type 2 diabetes mellitus in patients with polycystic ovary syndrome. *Hormones (Athens).* 2017;16(4):373-80. doi: 10.14310/horm.2002.1757
- Lerchbaum E, Schwetz V, Giuliani A, Obermayer-Pietsch B. Assessment of glucose metabolism in polycystic ovary syndrome: HbA1c or fasting glucose compared with the oral glucose tolerance test as a screening method. *Hum Reprod.* 2013;28(9):2537-44. doi: 10.1093/humrep/det255
- Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Franks S, Gambineri A, et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. *Eur J Endocrinol.* 2014;171(4):P1-29. doi: 10.1530/EJE-14-0253
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2004;19(1):41-7. doi: 10.1093/humrep/deh098
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486-97. doi: 10.1001/jama.285.19.2486
- Dekker JM, Girman C, Rhodes T, Nijpels G, Stehouwer CD, Bouter LM, et al. Metabolic syndrome and 10-year cardiovascular disease risk in the Hoorn study. *Circulation.* 2005;112(5):666-73. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.516948
- Boudreaux MY, Talbott EO, Kip KE, Brooks MM, Witchel SF. Risk of T2DM and impaired fasting glucose among PCOS subjects: results of an 8-year follow-up. *Curr Diab Rep.* 2006;6(1):77-83. doi: 10.1007/s11892-006-0056-1
- Palmert MR, Gordon CM, Kartashov AI, Legro RS, Emans SJ, Dunaif A. Screening for abnormal glucose tolerance in adolescents with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87(3):1017-23. doi: 10.1210/jcem.87.3.8305
- Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care.* 1992;15(11):1509-16. doi: 10.2337/diacare.15.11.1509
- DeFronzo RA. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes.* 2009;58(4):773-95. doi: 10.2337/db09-9028
- Dantas WS, Gualano B, Rocha MP, Barcellos CR, Yance VRV, Marcondes JA. Metabolic disturbance in PCOS: clinical and molecular effects on skeletal muscle tissue. *Sci World J.* 2013;2013:178364. doi: 10.1155/2013/178364
- Wang H, Wang X, Zhu Y, Chen F, Sun Y, Han X. Increased androgen levels in rats impair glucose-stimulated insulin secretion through disruption of pancreatic beta cell mitochondrial function. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2015;154:254-66. doi: 10.1016/j.jsbmb.2015.09.003
- Malin S, Kirwan JP, Sia CL, González F. Pancreatic beta-cell dysfunction in polycystic ovary syndrome: role of hyperglycemia-induced nuclear factor-kB activation and systemic inflammation. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2015;308(9):E770-7. doi: 10.1152/ajpendo.00510.2014
- Barcellos CR, Lage SH, Rocha MP, Hayashida SY, Baracat EC, Romano A, et al. Polycystic ovary syndrome and obesity do not affect vascular parameters related to early atherosclerosis in young women without glucose metabolism disturbances, arterial hypertension and severe abnormalities of lipid profile. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29(4):370-4. doi: 10.3109/09513590.2012.743009
- Ek I, Arner P, Rydén M, Holm C, Thörne A, Hoffstedt J, et al. A unique defect in the regulation of visceral fat cell lipolysis in the polycystic ovary syndrome as an early link to insulin resistance. *Diabetes.* 2002;51(2):484-92. doi: 10.2337/diabetes.51.2.484
- Vrbikova J, Hill M, Bendlova B, Grimmichova T, Dvorakova K, Vondra K, et al. Incretin levels in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2008;159(2):121-7. doi: 10.1530/EJE-08-0097
- Lian Y, Zhao F, Wang W. Central leptin resistance and hypothalamic inflammation are involved in letrozole-induced polycystic ovary syndrome. *Biochem Biophys Res Commun.* 2016;476(4):306-12. doi: 10.1016/j.bbrc.2016.05.117
- Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. The DECODE Study Group. European Diabetes Epidemiology Group. *Diabetes Epidemiology: collaborative analysis of diagnostic criteria in Europe.* *Lancet.* 1999;354(9179):617-21. doi: 10.1016/S0140-6736(98)12131-1
- Kernan WN, Viscoli CM, Furie KL, Young LH, Inzucchi SE, Gorman M, et al. For the IRIS Trial Investigators. Pioglitazone after ischemic stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med.* 2016;374(14):11321-31. doi: 10.1056/NEJMoa1506930

25. Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for developing diabetes. *Lancet*. 2012;379(9833):2279-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60283-9
26. Ehrmann DA, Barnes RB, Rosenfield RL, Cavaghan MK, Imperial J. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care*. 1999;22(1):141-6. doi: 10.2337/diacare.22.1.141
27. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*. 2006;368(9548):1673-9. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69701-8
28. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393-403. doi: 10.1056/NEJMoa012512
29. Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M, et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomized trial. *Lancet*. 2002;359(9323):2072-7. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08905-5
30. DeFronzo RA, Tripathy D, Schwenke DC, Banerji M, Bray GA, Buchanan TA, et al. Pioglitazone for diabetes prevention in impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2011;364(12):1104-15. doi: 10.1056/NEJMoa1010949
31. Ferjan S, Janez A, Jensterle M. DPP4 inhibitor sitagliptin as a potential treatment option in metformin-intolerant obese women with polycystic ovary syndrome: a pilot randomized study. *Endocr Pract*. 2018;24(1):69-77. doi: 10.4158/EP-2017-0027
32. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril*. 2012;97(1):28-38.e25. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.09.024
33. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(12):4565-92. doi: 10.1210/jc.2013-2350
34. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, Glueck JS, Legro RS, Carmina E, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome – part 2. *Endocr Pract*. 2015;21(12):1415-26. doi: 10.4158/EP15748.DSCPT2
35. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998;352(9131):837-53. doi: 10.1016/S0140-6736(98)07019-6
36. Seshasai RK, Kaptoge S, Thompson A, Di Angelantonio E, Gao P, Sarwar N, et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med*. 2011;364(9):829-41. doi: 10.1056/NEJMoa1008862
37. Wild RA, Carmina E, Diamanti-Kandarakis E, Dokras A, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(5):2038-49. doi: 10.1210/jc.2009-2724
38. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bloomgarden ZT, Bush MA, et al. Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm – 2019 Executive Summary. *Endocr Pract*. 2019;25(1):69-100. doi: 10.4158/CS-2018-0535
39. American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42(Suppl 1):S90-S102. doi: 10.2337/dc19-S009
40. de Medeiros SF. Risks, benefits size and clinical implications of combined oral contraceptive use in women with polycystic ovary syndrome. *Reprod Biol Endocrinol*. 2017;15(1):93. doi: 10.1186/s12958-017-0313-y
41. De Leo V, Musacchio MC, Cappelli V, Piomboni P, Morgante G. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. *Hum Reprod Update*. 2016;22(5):634-46. doi: 10.1093/humupd/dmw016
42. Cagnacci A, Ferrari S, Tirelli A, Zanin R, Volpe A. Insulin sensitivity and lipid metabolism with oral contraceptives containing chlormadinone acetate or desogestrel: a randomized trial. *Contraception*. 2009;79(2):111-6. doi: 10.1016/j.contraception.2008.09.002

Gestação heterotópica associada a torção de anexo contralateral em gestação não planejada

Heterotopic management associated with the torment of contralateral apparatus in unplugged management

Aline da Costa Lourenço¹; Ana Paula Otaviani Nilo¹; Tânia Miguel Bendlin¹

Descritores

Gestação heterotópica; Torção de ovário; Ultrassom; Abdome agudo; Laparotomia exploratória

Keywords

Heterotopic gestation; Ovary torsion; Ultrasound; Acute abdomen; Exploratory laparotomy

Submetido:

18/03/2019

Aceito:

27/05/2019

1. Centro Universitário Ingá, Maringá, PR, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Ana Paula Otaviani Nilo
Rod. PR 317, 6114, Parque Industrial 200, 87035-510, Maringá, PR, Brasil.
ana.otaviani@hotmail.com

RESUMO

A gestação heterotópica se define como uma gravidez intra e uma extraútero, nesse caso, a gravidez que se encontra extraútero, em tuba uterina. Foi descoberta após a paciente apresentar dor abdominal, ainda não relatando atraso menstrual e sem a paciente apresentar desejo de engravidar. O diagnóstico foi feito por meio do exame de ultrassonografia com a visualização de massa anexial íntegra à esquerda. A torção de ovário, que é definida pela rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, causando estase circulatória que pode causar progressivamente edema e gangrena e progredir para necrose, causando danos irreversíveis aos ovários, também foi descoberta por meio do exame de ultrassom e dos sintomas da paciente. A clínica apresentou-se por abdome agudo. No intraoperatório, foi feito o diagnóstico de gestação heterotópica e também apresentou torção de ovário contralateral, caso esse sobre o qual, em conjunto, não há relatos na literatura.

ABSTRACT

Heterotopic gestation is defined as an intrauterine pregnancy and an extrauterine pregnancy, in this case the extrauterine pregnancy in the uterine tube. It was discovered after the patient presented abdominal pain, still not reporting menstrual delay and without the patient presenting desire to become pregnant. The diagnosis was made through the ultrasound examination with the visualization of complete adnexal mass on the left. Ovarian torsion, which is defined by partial or total rotation of the ovarian vascular pedicle, causing a circulatory stasis that can progressively cause edema, gangrene and progress to necrosis, causing irreversible damage to the ovaries, was also discovered by ultrasound examination and of the patient's symptoms. The clinic presented with an acute abdomen. In the intraoperative period, the diagnosis of heterotopic gestation was made and also presented contralateral ovary torsion, in which case, there are no reports in the literature.

INTRODUÇÃO

Gestação heterotópica é uma rara condição em que há uma gestação ectópica associada a uma gestação intrauterina e, mais comumente, está atrelada a técnicas de reprodução assistida, com incidência relatada de 1:100 a 1:500.⁽¹⁻⁷⁾ É, porém, uma ocorrência rara em mulheres com gravidez espontânea, tendo sua prevalência estimada em 1:30.000.⁽²⁾ Mais comumente, o feto ectópico localiza-se na tuba uterina, com frequência de 95% a 97%.⁽³⁾ Os fatores de risco

para a gestação heterotópica, assim como para ectópica, são: cirurgia prévia em tuba uterina, gravidez ectópica prévia, infecção genital prévia, infertilidade, tabagismo, malformação uterina, idade avançada, técnica de reprodução assistida e endometriose.^(1,2,3,7)

A maioria dos casos de gravidez heterotópica é diagnosticada entre a quinta e a oitava semana de gestação, representando 70% da idade gestacional diagnóstica; 20% são descobertas entre a nona e a décima primeira semana e menos de 10% após a décima primeira semana.⁽³⁾

O quadro clínico é inespecífico, podendo cursar com dor abdominal e massa anexial, irritação peritoneal e sangramento vaginal.⁽³⁾ A mortalidade nos casos de gestação heterotópica para o caso da gestação intrauterina é de 46% a 65%.⁽⁸⁾

Já a torção de ovário não tem sua etiologia bem definida, porém há algumas relações com o aumento de tamanho do ovário em pessoas que tomam indutores de ovulação.⁽⁹⁻¹³⁾ A torção de ovário pode ser definida como rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, que acontece com uma estase inicialmente venosa seguida pela arterial, causando edema, gangrena e necrose hemorrágica, podendo causar danos irreversíveis, sendo rara durante a gravidez, porém grave.^(13,14) A torção de ovário acomete 3% da população geral e é considerada a quinta emergência ginecológica mais comum. Acomete 1 a cada 5.000 gestações, e 13,7% dos casos de torção de ovário ocorrem em gestantes.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Está relacionada com o aumento de técnicas de reprodução assistida e também com o aumento do número de gestações, fatores que elevaram a prevalência tanto de gravidez heterotópica como de torção de ovário.⁽¹³⁾ O diagnóstico de torção de ovário deve ser feito por meio de uma boa anamnese e pode ser complementado com a ultrassonografia (USG) ou mesmo com a laparotomia exploratória.

O relato de caso em questão apresenta incidência ainda mais rara, não sendo encontrados dados na literatura referentes a essas patologias conjuntas de gravidez heterotópica associada a torção de ovário contralateral.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher, 35 anos, G1P0A1, idade gestacional: 10 semanas + 1 dia no momento do diagnóstico; essa idade gestacional é de acordo com a data da primeira USG, que foi realizada com 9 semanas + 5 dias, atendida em um hospital de Maringá/PR, apresentando como clínica dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita, em posição antálgica. Ao exame físico, demonstrava abdome flácido, doloroso à palpação superficial e profunda de fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonite. Foram realizados exames de imagem, que foram sugestivos de torção de anexo. Com o decorrer do caso, apresentou β -hCG positivo, evoluiu com clínica estável e, até então, apresentava diagnóstico de cisto de ovário associado a gestação tópica, porém evoluiu com dor abdominal, progredindo para abdome

agudo, o qual, no intraoperatório de uma laparotomia exploratória realizada, apresentou gestação tubária, que foi confirmada pelo exame anatomopatológico, que veio com resultado de restos ovulares, um cisto e torção de ovário contralateral. Gestante com 10 semanas mais 1 dia, um feto vivo tópico e outro em tuba esquerda. Internou-se com dor abdominal há três dias, sem sangramento, com exames laboratoriais normais; foi solicitado ultrassom transvaginal (USTV). Ao USTV, útero com imagem de saco gestacional normal, com embrião medindo 2,8 cm, com movimentos corporais e batimentos cardíacos. Imagens císticas medindo 4,2 cm e 5,0 cm no ovário direito. Não foi visualizado líquido livre na cavidade abdominal. A USTV não afastou a possibilidade de torção ovariana direita. Foi de fato conclusivo o diagnóstico de gestação tubária com a laparotomia exploratória e com o exame anatomopatológico pós-cirúrgico. A gestante evoluiu com a gestação tópica, com feto único, que nasceu com 38 semanas e 4 dias de cesárea, sem complicações no momento do parto ou no puerpério, acompanhado neste serviço.

DISCUSSÃO

A gravidez heterotópica é uma condição de difícil diagnóstico,⁽⁵⁾ muitas vezes sendo subdiagnosticada.⁽⁷⁾ Apesar de rara, pode ser uma condição fatal,⁽³⁾ sendo a principal causa de morte materna no primeiro trimestre (70% a 80%).⁽⁷⁾ Na maioria dos casos (74%), o diagnóstico definitivo ocorre por meio de laparoscopia ou laparotomia exploratória.^(3,5) Há relação com as técnicas de reprodução assistida – Marcus e Brinsden publicaram, em 1995, um artigo em que, entre 2.650 gravidezes realizadas por fertilização *in vitro*, 20 eram heterotópicas; isso corresponde a 0,75%, representando 16% de todas as gravidezes ectópicas nesse grupo.⁽⁸⁾ Apesar de esses procedimentos apresentarem maior risco de gestação heterotópica, apenas 16% das mulheres assintomáticas submetidas a USTV nas primeiras semanas de gestação obtiveram o diagnóstico precoce de gestação heterotópica.⁽¹¹⁾ Os diagnósticos diferenciais de gravidez heterotópica são, principalmente: aborto espontâneo e gravidez ectópica.

Diante da suspeita de gravidez heterotópica, solicitam-se exames laboratoriais, como hemograma completo, nível de eletrólitos, urinálise, rastreamento de infecções sexuais e tipagem sanguínea. Os níveis séricos de β -hCG predizem gravidez, mas podem não ser parâmetro para casos de gravidez heterotópica, já que o feto intraútero produz o marcador hormonal.^(1,3) O diagnóstico precoce da gestação ectópica é difícil e os sintomas são variáveis e dependem do estágio de desenvolvimento do embrião ectópico, e cerca de 50% podem ser totalmente assintomáticas.^(1,8) A dor abdominal está presente em 83% dos casos de gravidez heterotópica tubária sintomática, ao passo que 13% apresentam dor abdominal e choque hipovolêmico. São citados na literatura quatro sinais e

sintomas para o diagnóstico de gravidez heterotópica: dor abdominal, massa anexial, irritação peritoneal e útero aumentado.⁽¹⁾ A gestação heterotópica pode complicar com rotura do feto ectópico, aborto do feto tópico, após tratamento da gestação ectópica, e sangramento intraperitoneal com conseqüente hipovolemia materna.^(2,11) O risco de necessidade de transfusão sanguínea em gestantes com fetos heterotópicos é maior do que naquelas com apenas feto ectópico (33,4% x 13,8%).⁽¹¹⁾

O tratamento da gravidez heterotópica consiste em retirar o feto ectópico e manter o tópico.⁽¹¹⁾ É feito preferencialmente por via laparoscópica e, se houver instabilidade hemodinâmica, opta-se por laparotomia, sendo contraindicado o uso de metotrexato, já que há outra gestação em curso.⁽⁷⁾ Por conseguinte, por ser um achado raro e de difícil diagnóstico, devem ser publicados cada vez mais trabalhos sobre essa condição para que mais estudos sejam realizados em prol de se evitarem erros de diagnósticos e morte materna no primeiro trimestre de gestação, que é uma condição comum quando não se faz o diagnóstico precoce. Em um estudo com 64 pacientes, sob a temática manejo em pacientes com gestação heterotópica, concluiu-se que a melhor conduta foi a USG transabdominal com aspiração do embrião ectópico, que oferece menor risco de aborto intraútero e melhor prognóstico para a mãe. Além disso, o mesmo estudo indica que a conduta expectante resulta em pior prognóstico, não sendo, portanto, indicado, o que concorda com as demais literaturas.^(2,9) Contudo, os resultados são melhores quando a gestação é recente e o saco vitelino ectópico se encontra em local seguro.⁽²⁾ No terceiro trimestre de gestação, acredita-se que a injeção de cloreto de sódio possa ser resolutive para o feto ectópico, porém exige estabilidade hemodinâmica da paciente.⁽²⁾ Há também na literatura caso de tratamento com cloreto de potássio e metotrexato nos casos de gestação heterotópica em região cervical, no colo do útero e paciente hemodinamicamente estável. É um caso de tratamento não cirúrgico de sucesso apesar de o metotrexato sistêmico não ser indicado em caso de gestação ativa *in loco*; ele foi utilizado e a conduta foi assertiva e teve bom prognóstico.⁽¹⁰⁾

Já a torção de ovário é uma situação mais comum em relação à gestação heterotópica, porém ambas as patologias somadas e contralaterais não foram ainda descritas na literatura, sendo, portanto, considerado um evento extremamente raro e de complexo diagnóstico e que, se não tratado de maneira efetiva, pode resultar em conseqüências drásticas para a paciente em questão. A torção de ovário costuma ocorrer no primeiro trimestre de gestação ou no puerpério, e quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o prognóstico para mãe e feto; deve ser suspeitada em todo caso de dor abdominal aguda durante a gravidez.⁽¹²⁾ E no caso em questão, o diagnóstico foi dificultado, pois a paciente não apresentava desejo de gestar. Quando concomitante com a gestação, a

torção de ovário tende a ser resultado de torções infundíbulo-pélvicas e de ligamentos ovarianos.⁽¹²⁾

São fatores de risco para torção ovariana: tamanho aumentado do ovário, tumores ovarianos, hiperestimulação ovariana e gravidez. Porém, neste caso a torção de ovário não foi relacionada ao anexo onde se apresentava a gestação, e sim no contralateral, devido a um cisto simples, uma situação de extrema raridade e curiosidade, já que não é um evento descrito nem substancialmente rotineiro. A gestação heterotópica concomitante com a torção ovariana, portanto, é um raro evento ginecológico, ainda não havendo relatos como este em arquivos literários, ainda mais que a paciente não estava em tratamento para engravidar e sendo a gestação heterotópica correlacionada com os diversos tratamentos de reprodução, sendo, portanto, considerado um fator de risco relacionado a isso e nesse caso não há relação. A particularidade desse caso está relacionada com a ausência de fatores de risco para a paciente e a concomitância dos eventos e a raridade apresentada estatisticamente de ambos os casos.⁽¹⁾

CONCLUSÃO

A gestação heterotópica é uma condição rara e subdiagnosticada, sendo imprescindível que os profissionais de reprodução assistida expliquem sobre o aumento dessa condição nos casos de fertilização *in vitro*. Porém, é importante que os profissionais de saúde no geral tenham conhecimento sobre essa doença, pois nem sempre ela está relacionada aos casos de fertilização *in vitro*, que é o caso em questão. A torção anexial é um pouco mais comum, porém esses eventos associados ainda não foram relatados na literatura, ainda mais que não havia desejo de gestar por parte da paciente e nunca havia sido realizado nenhum tratamento de fecundação. É uma situação esdruxulamente rara que tenha ocorrido uma gestação heterotópica somada a torção anexial contralateral sem nenhuma tentativa de fertilização. Esse evento, que foi descoberto ao acaso e é de alto risco, é um relato único até o momento e serve de aprendizado por apresentar uma clínica diferenciada e que deve ser conhecida pelos médicos para que sejam evitadas umas complicações mais graves.

REFERÊNCIAS

1. Donadio NF, Donadio N, Martins PT, Cambiaghi CG. Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização *in vitro*. A propósito de um caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(9):466-9. doi: 10.1590/S0100-72032008000900007
2. Pratilas GC, Chatzis P, Panteleris N, Chatzistamatiou K, Zeipiridis L, Dinas K. Concealed heterotopic pregnancy at 12 weeks, with no coexisting risk factors: lessons to be learned. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(1):228-31. doi: 10.1111/jog.13157
3. Chan AJ, Day LB, Vairavanathan R. Tale of 2 pregnancies: heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle. *Can Fam Physician*. 2016;62(7):565-7.
4. Bigolin S, Detoni AF, Fagundes DJ. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):135-7. doi: 10.1590/S0100-69912007000200015

5. Maia BT, Veloso GGV, Gonçalves, E. Gestação heterotópica após concepção espontânea: relato de caso. EFDeportes.com [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 10];19(193). Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd193/gestacao-heterotopica-apos-concepcao-espontanea.htm>
6. Araújo FM, Chaves ACL, da Silva FM, Pereira CC, Silveira AL, Valério FC, et al. Gravidez ectópica: abordagem diagnóstica e terapêutica. Rev Méd Minas Gerais. 2008;18(3 Supl 4):S63-7.
7. Aranda M, González MI, Ruiz F, Lizán C, Abril N, Bonilla F. Gestación heterotópica en dos casos de embarazos espontáneos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(6):444-6. doi: 10.4067/S0717-75262012000600006
8. Sampaio A, Pargana L, Aleixo F. Gravidez heterotópica tubária: a propósito de um caso clínico. Arq Mat Alfredo Costa. 2003;14(1):28-31.
9. Li JB, Kong LZ, Yang JB, Niu G, Fan L, Huang JZ, et al. Management of heterotopic pregnancy: experience from 1 tertiary medical center. Medicine (Baltimore). 2016;95(5):e2570. doi: 10.1097/MD.0000000000002570
10. Deka D, Bahadur A, Singh A, Malhotra N. Successful management of heterotopic pregnancy after fetal reduction using potassium chloride and methotrexate. J Hum Reprod Sci. 2012;5(1):57-60. doi: 10.4103/0974-1208.97807
11. Jeon JH, Hwang YI, Shin IH, Park CW, Yang KM, Kim HO. The risk factors and pregnancy outcomes of 48 cases of heterotopic pregnancy from a single center. J Korean Med Sci. 2016;31(7):1094-9. doi: 10.3346/jkms.2016.31.7.1094
12. Rodrigues AF, Oliveira BEC, Santos DR, Silva Júnior EF, Guimarães FF, Muniz HG, et al. Torção ovariana. Rev Méd Minas Gerais. 2010;20(2 Supl 1):S78-81.
13. Yuk JS, Shin JY, Park WI, Kim DW, Shin JW, Lee JH. Association between pregnancy and adnexal torsion: a population-based, matched case-control study. Medicine (Baltimore). 2016;95(24):e3861. doi: 10.1097/MD.0000000000003861
14. Tsai HC, Kuo TN, Chung MT, Lin MY, Kang CY, Tsai YC. Acute abdomen in early pregnancy due to ovarian torsion following successful in vitro fertilization treatment. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015;54(4):438-41. doi: 10.1016/j.tjog.2013.08.013

Sangramento uterino anormal

Daniela Angerame Yela¹, Cristina Laguna Benetti-Pinto²

Descritores

Sangramento uterino anormal;
Sangramento menstrual intenso;
Menstruação excessiva; PALM-COEIN

CID
N92

Como citar?

Yela DA, Benetti-Pinto CL.
Sangramento uterino anormal.
São Paulo: Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia
e Obstetrícia (Febrasgo); 2018.
(Protocolo Febrasgo – Ginecologia,
nº 42/Comissão Nacional
Especializada em Ginecologia
Endócrina).

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

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 42, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é um distúrbio em que um ou mais dos parâmetros do sangramento uterino normal está alterado: quantidade, duração ou frequência.⁽¹⁾ É também definido como perda menstrual excessiva, com repercussões físicas, emocionais, sociais e materiais na qualidade de vida da mulher, que podem ocorrer isoladamente ou em combinação com outros sintomas.⁽²⁾ O SUA é uma condição comum que afeta até 40% das mulheres no mundo, impacta negativamente a qualidade de vida das mulheres, sendo a vida social e os relacionamentos prejudicados em quase dois terços dos casos.^(3,4)

ETIOLOGIA

A nomenclatura referente ao sistema de classificação para as causas de SUA foi revisada pela *Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), no início de 2011, para facilitar a comunicação, o atendimento e a pesquisa. São nove categorias dispostas de acordo com a sigla PALM-COEIN: pólio, adenomiose, leiomioma, malignidade e hiperplasia do endométrio, coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogênica e causas não classificadas.⁽⁵⁾ A prevalência dos pólipos endometriais varia de 7,8% a 34%, em mulheres com SUA, sendo mais comuns em mulheres na peri e pós-menopausa.⁽⁶⁾ Na adenomiose, a sintomatologia é variável, destacando-se dor pélvica, fluxo menstrual prolongado na fase folicular ou sangramento de maior volume, e relaciona-se, essencialmente, com a profundidade do miométrio atingido. As estimativas da prevalência de adenomiose variam amplamente, de 5% a 70%, em parte, pela inconsistência do diagnóstico.⁽⁷⁾ Nos miomas, os sintomas variam de acordo com a localização. Os submucosos são os mais envolvidos com o SUA. Os miomas são classificados, segundo a FIGO, em submucosos, intramurais e subserosos, tipo 0 a 8 (Quadro 1).⁽⁵⁾ A malignidade, embora deva ser lembrada em todas as etapas da vida, tem sua incidência aumentada após a menopausa.⁽⁸⁾ Qualquer alteração dos mecanismos de coagulação pode se expressar clinicamente por SUA. A causa mais comum é a doença de von Willebrand, porém, também, devem ser lembradas hemofilia, disfunções plaquetárias, púrpura trombocitopênica e os distúrbios de coagulação associados a doenças como hepatopatias, leucemia.⁽⁹⁾ Os sangramentos anovulatórios podem ocorrer em qualquer época, embora se concentrem nos extremos do período reprodutivo. Devem ser incluídos, além dos sangramentos anovulatórios, os sangramentos irregulares decorrentes de outras disfunções ovulatórias (como a insuficiência do corpo lúteo e o encurtamento da fase folicular da pré-menopausa).⁽⁵⁾ Distúrbios primários do endométrio, frequentemente, manifestam-se como alterações de hemostasia endometrial local, decorrente de resposta inflamatória, como, por exemplo, na doença inflamatória pélvica.⁽⁵⁾ Entre as causas iatrogênicas responsáveis por SUA, devem ser lembrados os sistemas intrauterinos medicados ou inertes e agentes farmacológicos que alteram diretamente o endométrio, interferindo nos mecanismos de coagulação do sangue ou influenciando a ovulação. Os anticoncepcionais hormonais estão, com frequência, associados a sangramentos intermenstruais e manchas (*spotting*). Outros medicamentos

Quadro 1. Classificação de miomas da FIGO

Submucoso	0	Intracavitário pediculado
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
Outros	3	100% intramural/contato com endométrio
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50% intramural
	6	Subseroso <50% intramural
	7	Subseroso pediculado
	8	Outros (cervical, parasita)
Híbrido	Listar 2 números separados por hífen. O primeiro se refere à relação com o endométrio e o segundo, com a serosa	
	2-5	Submucoso ao subseroso

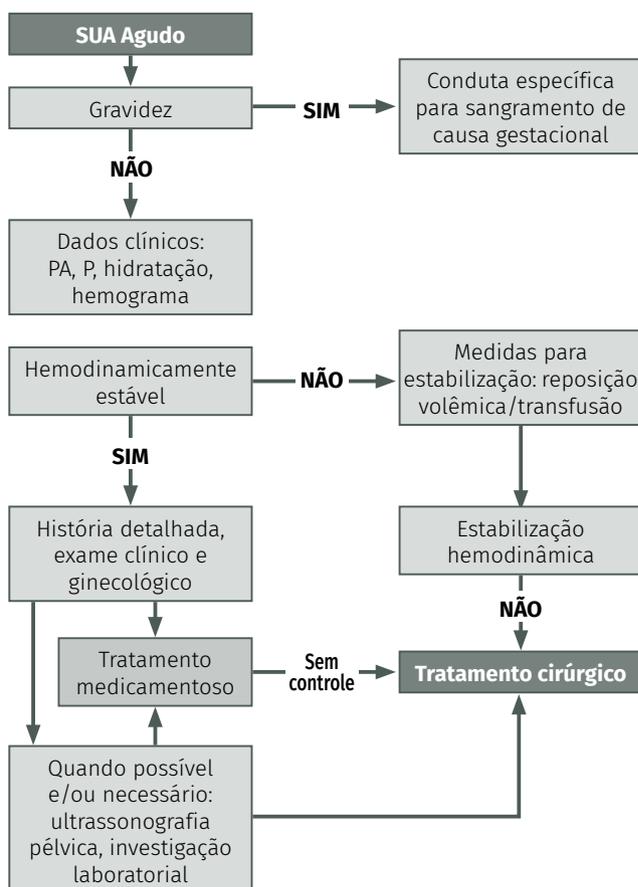
Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.⁽⁵⁾

são anticoagulantes, ácido acetilsalicílico, antiepilépticos, hormônios da tireoide, antidepressivos, tamoxifeno e corticosteroides.⁽⁵⁾ Entre as causas não classificadas, incluem-se as lesões locais ou condições sistêmicas raras que podem causar SUA, a exemplo das más-formações arteriovenosas, da hipertrofia miometrial, da istmocele e das alterações müllerianas.⁽⁵⁾

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico do SUA, é necessária uma história clara do sangramento, anamnese detalhada e avaliação inicial com exame físico geral, abdominal e pélvico.⁽¹⁰⁾ Para quantificar o sangramento, pode-se utilizar o *Pictorial Blood Assessment Chart* (PBAC).⁽¹¹⁾ Além disso, inicialmente, deve-se solicitar beta-hCG e hemograma completo, bem como realizar avaliação ultrassonográfica para afastar causas estruturais, lembrando que, nas mulheres na menacme, esse exame deve ser realizado preferencialmente após o sangramento. A avaliação secundária pode ser realizada, quando necessário, com histerossonografia, histeroscopia e biópsia de endométrio. Causas sistêmicas devem ser pesquisadas através de tempo de sangramento e de coagulação, de contagem de plaquetas, de dosagem de prolactina e de provas de função tiroideana. As outras dosagens hormonais são, em geral, dispensadas e só se justificam em uns poucos casos.⁽¹⁰⁾ Em algumas situações, deve-se investigar o endométrio através de biópsia (pode ser por *pipelle*, cureta de Novak, curetagem ou histeroscopia): mulheres sem evidência de lesão estrutural com espessamento do endométrio, especialmente as obesas, com idade acima de 45 anos, ou na presença de fatores de risco para câncer de endométrio; uso de estrogênio persistentemente sem oposição por progestagênio; SUA persistente, com falha das terapêuticas utilizadas e dúvida no diagnóstico.⁽¹²⁾ No SUA agudo, a gravida-

de do quadro clínico e as condições de atendimento nem sempre permitem que a causa específica do sangramento possa ser investigada antes da instituição da terapêutica, porém o raciocínio sobre as prováveis causas auxiliará na abordagem dessas mulheres (Figura 1). Especial atenção para as jovens com história de sangramento abundante desde a menarca, pois pode levar à anemia. Nessa situação, considerar a presença de coagulopatia congênita ou adquirida.⁽¹³⁾



Fonte: Traduzida e adaptada de Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia. *Lancet.* 1998;351(9101):485-9.⁽¹³⁾

Figura 1. Fluxograma para a propeidêutica do SUA agudo

TRATAMENTO

Causas estruturais

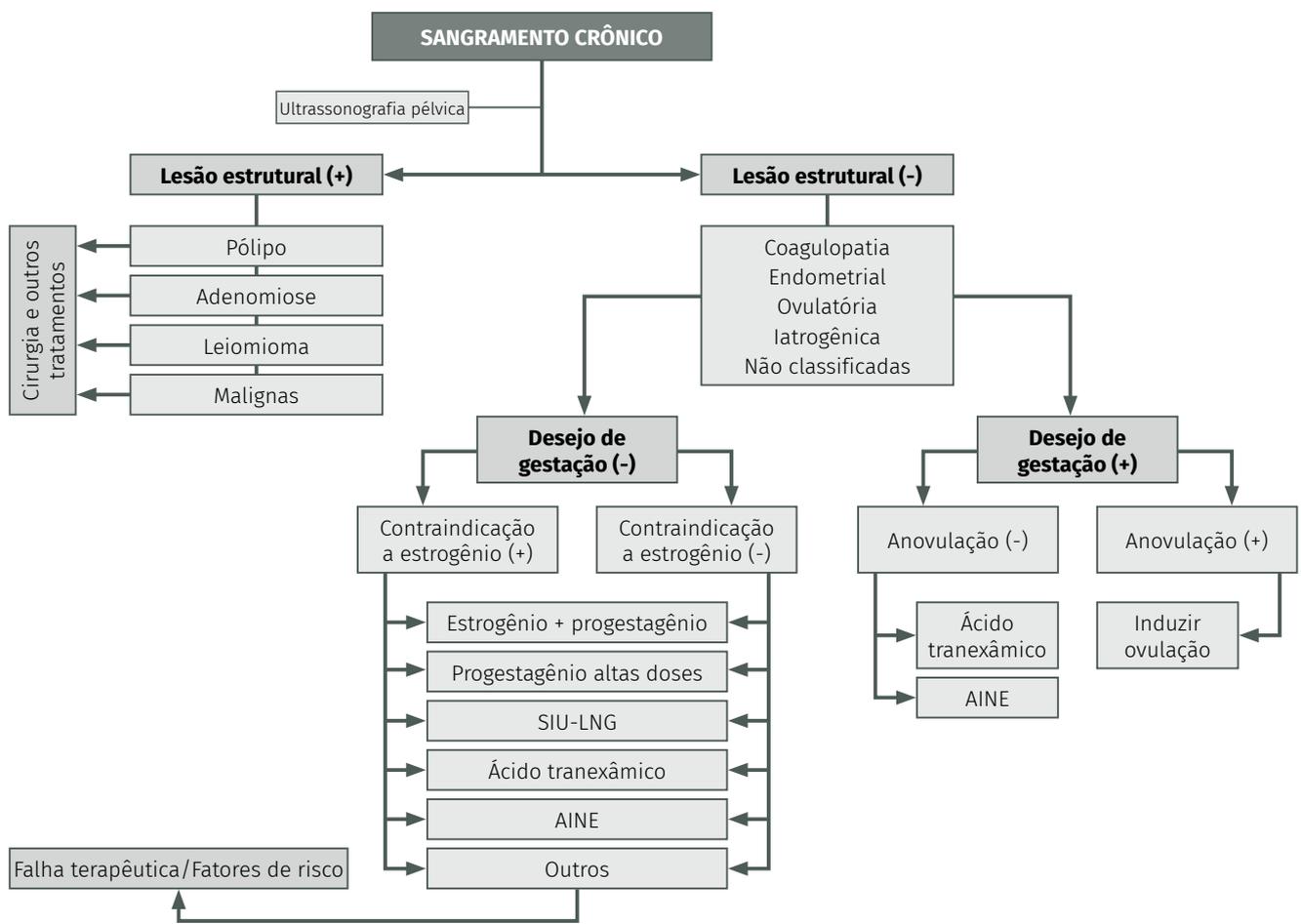
Quando se avaliam as causas estruturais, há uma modalidade terapêutica específica para cada causa. Os pólipos são tratados com polipectomia histeroscópica; os miomas podem ser submetidos a tratamento farmacológico, que tem como opções os mesmos medicamentos disponíveis para a redução do sangramento de causa não estrutural. Não havendo resposta ao tratamento clínico, deve-se considerar a abordagem cirúrgica, na qual a via e o tipo de abordagem dependerão do número, da

localização, do tamanho do mioma e do desejo futuro de concepção. De acordo com a proporção de componente submucoso ou intramural, define-se a melhor abordagem cirúrgica. Nos casos em que a maior parte da lesão encontra-se intracavitária, a exérese pode ser exclusivamente histeroscópica, enquanto lesões com grande componente intramural devem ser realizadas por laparoscopia ou laparotomia.^(14,15) Em miomas muito grandes, pode ser utilizado análogo de GnRH previamente à cirurgia, para redução do volume.⁽¹⁶⁾ Na impossibilidade de realização de miomectomia, ou quando não há desejo de preservar a fertilidade, a histerectomia está indicada no controle do SUA. Pode ser realizada por via vaginal, laparoscópica ou laparotômica.⁽¹⁵⁾ Em alguns casos de miomas uterinos em que se deseja preservar a fertilidade e, também, em casos de adeniose severa, outra técnica que pode ser empregada é a embolização das artérias uterinas.⁽¹⁷⁾ A adeniose geralmente é tratada com histerectomia. Porém, estudos mostram que os sintomas podem ser controlados com terapias supressivas semelhantes às utilizadas para SUA sem alteração estrutural, quando se deseja manter a capacidade

reprodutiva.⁽¹⁸⁾ As alterações neoplásicas e pré-neoplásicas do endométrio têm grande importância como diagnóstico diferencial, porém têm conduta particularizada que não será abordada neste artigo.

Causas não estruturais

O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico (Figura 2). O tratamento medicamentoso do SUA baseia-se na ação dos esteroides sexuais e de outros mediadores inflamatórios sobre o endométrio, além do controle hemostático do sangramento. As opções disponíveis são: tratamento hormonal (estrogênio e progestagênio combinados; progestagênio oral cíclico ou contínuo; progestagênio injetável; sistema uterino liberador de levonorgestrel) e tratamento não hormonal (anti-inflamatórios; antifibrinolíticos) (Quadro 2). Os contraceptivos combinados contendo estrogênio e progestagênio reduzem a perda sanguínea menstrual em 35% a 72%, sendo uma opção terapêutica para a maioria das causas de SUA sem alteração estrutural.^(19,20) Recentemente, uma formulação contendo dienogeste associado ao valerato de estradiol



Fonte: Traduzida e adaptada de Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):CD000329.⁽²⁹⁾

Figura 2. Fluxograma para o tratamento do SUA

Quadro 2. Tratamento medicamentoso para SUA

Medicação	Regime	Eficácia
Contraceptivos orais combinados	Sangramento agudo Contraceptivos com etinilestradiol 30 mcg ou 35 mcg 1 compr./dia 8/8 horas por 7 dias, seguido de 1 compr./dia por 3 semanas. Sangramento crônico: contraceptivos orais combinados, combinados transdérmicos ou anel vaginal combinado – todos com posologia de bula.	Alta
Progestagênio oral	Sangramento agudo Acetato de medroxiprogesterona 20 mg de 8/8 horas por 7 dias. Sangramento crônico Acetato de medroxiprogesterona oral (2,5 mg - 10 mg) ou acetato de noretisterona (2,5 mg - 5 mg) ou acetato de megestrol (40 mg - 320 mg) com posologia de bula ou progesterona micronizada (200 mg - 400 mg), didrogesterona (10 mg). Sem disfunção ovulatória: 1 compr./dia do D5 ao D26 do ciclo ou contínuo. Com disfunção ovulatória: adequar dose/dia, uso por duas semanas a cada quatro semanas.	Alta
Sistema intrauterino de levonorgestrel	Sangramento crônico Colocação do SIU-LNG a cada cinco anos, com liberação de 20 mcg/dia.	Alta
Acetato de medroxiprogesterona de depósito	Sangramento crônico 150 mg intramuscular injetados a cada 12 semanas.	Baixa/Moderada
Análogo de GnRH	Sangramento crônico Acetato de leuprolida (3,75 mg mensal ou 11,25 mg trimestrais) intramuscular OU goserrelina (3,6 mg mensal ou 10,8 mg trimestral) ou subcutâneo.	Alta
Anti-inflamatório não esteroide	Sangramento crônico Ibuprofeno 600 mg a 800 mg de 8/8 horas OU ácido mefenâmico 500 mg de 8/8 horas.	Moderada
Ácido tranexâmico	Sangramento crônico <ul style="list-style-type: none"> • <i>Swedish Medical Products Agency (MPA)</i>: 1g a 1,5g, 3 a 4 vezes ao dia, oralmente, por 3 a 4 dias (podendo ser aumentada para até 1g, 6 vezes ao dia). • <i>European Medicines Agency (EMA)</i>: 1g, 3 vezes ao dia por 4 dias (podendo ser aumentada, mas respeitando-se a dose máxima de 4g por dia). • <i>US Food and Drug Administration (FDA)</i>: 1,3g, 3 vezes ao dia, por até 5 dias. OU 10 mg/kg via intravenosa (com dose máxima de 600 mg/dose, de 8/8 horas por 5 dias em casos de sangramento sem lesão estrutural).	Alta

Fonte: Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2017. 39p. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 7/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).⁽³⁰⁾

mostrou redução do sangramento menstrual, tendo sua indicação para essa finalidade.⁽²¹⁾ Os progestagênios promovem a atrofia endometrial por vários mecanismos e têm ação anti-inflamatória, porém ainda há lacunas no conhecimento de como promovem redução do sangramento. Embora possam ser indicados para a maioria das mulheres, seu uso é particularmente relevante para as que apresentam contra-indicação ou não toleram o uso de estrogênios. Há diferentes progestagênios, utilizados por diferentes vias e doses, sendo seu uso contínuo, cíclico, por via oral, injetável ou via intrauterina. O principal limitante ao uso contínuo de progestagênio isolado são os sangramentos inesperados decorrentes da atrofia endometrial. Os progestagênios podem apresentar efeitos colaterais como sangramentos irregulares, mastalgia,

cefaleia, edema e acne, que podem limitar seu uso.⁽²²⁾ Não há evidências conclusivas acerca do uso do progestagênio injetável de depósito no SUA, porém há estudos mostrando que pode promover amenorreia em até 24% das mulheres, sugerindo que seja uma boa opção para mulheres com sangramento aumentado. Os efeitos colaterais, frequentemente, levam à interrupção de sua utilização, principalmente por sangramentos irregulares, ganho de peso e cefaleia.⁽²³⁾ Não há estudos suficientes para apontar o uso do implante de etonogestrel no SUA. O SIU-LNG libera 20 mcg de levonorgestrel diariamente, resultando, por vários mecanismos, em atrofia endometrial, com redução do sangramento. É considerado mais efetivo para o controle do SUA do que os tratamentos orais. Além da grande redução, de 71% a 96%, no volume

de sangramento e conseqüente melhoria na qualidade de vida, parece ter melhor aceitação, considerando o tratamento prolongado, com menor incidência de efeitos adversos.⁽²⁴⁾ Esse método não deve ser usado quando a cavidade uterina não é regular, devido ao risco aumentado de expulsão. O efeito adverso mais relatado é a ocorrência de sangramento inesperado, mais frequentemente nos primeiros meses de uso. Nessa situação, a utilização de anti-inflamatórios não hormonais pode propiciar benefícios.⁽²⁵⁾ O tratamento não hormonal do SUA inclui o uso de antifibrinolíticos ou de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE). Está particularmente indicado para mulheres que não desejam usar hormônios ou que tenham contra-indicação ao uso de hormônios, além de mulheres com desejo de gestação. Os antifibrinolíticos são medicações que atuam reduzindo a fibrinólise, podendo reduzir o sangramento. O ácido tranexâmico é um antifibrinolítico com meia-vida curta, devendo ser usado três a quatro vezes ao dia, com dose recomendada variável de acordo com diferentes fontes da literatura. Os efeitos colaterais são poucos e relacionados a sintomas gastrointestinais. São contra-indicações ao ácido tranexâmico as histórias de tromboembolismo e de insuficiência renal. Pode-se esperar redução de até 50% no volume de sangramento.⁽²⁶⁾ Os AINEs exercem sua ação por meio da inibição da ciclo-oxigenase, que é a enzima que catalisa a transformação de ácido araquidônico para prostaglandina e tromboxano. Podem ser usados isoladamente ou como terapia adjuvante de um tratamento hormonal. Talvez, o AINE mais estudado com essa finalidade seja o ácido mefenâmico, que proporciona redução de 25% a 50% no volume de sangramento. Deve ser usado durante a menstruação e apresenta o benefício da redução da dismenorrea. Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados a efeitos gastrointestinais, devendo ser evitado em mulheres com história de úlcera péptica.^(25,27) Outras opções terapêuticas são os análogos do GnRH, podendo estes ser considerados antes de uma cirurgia, por exemplo, em miomas, em especial para possibilitar a recuperação do organismo e a redução do volume. São utilizados quando outros métodos hormonais estão contra-indicados, por período de tempo curto, até que as condições para uma cirurgia sejam adequadas. É preciso considerar seu custo e efeitos colaterais frequentes. As evidências para o uso de desmopressina em SUA por doença de von Willebrand são reduzidas e ainda inconclusivas para que seja recomendada.⁽²⁸⁾ O tratamento cirúrgico no SUA sem causa estrutural é indicado quando há falha do tratamento clínico. Dentre as formas de tratamento cirúrgico, destacam-se a ablação do endométrio e a histerectomia.⁽²⁹⁾

Tratamento do sangramento uterino anormal agudo

Os objetivos do tratamento do SUA agudo são controlar o sangramento atual, estabilizar a mulher e reduzir o risco de perda sanguínea excessiva nos ciclos seguintes.

O tratamento pode ser cirúrgico ou através de medicamentos, com diferentes opções. A escolha do tratamento depende da estabilidade hemodinâmica, do nível de hemoglobina, da suspeita da etiologia do sangramento, de comorbidades apresentadas pela paciente e do desejo reprodutivo. O tratamento de escolha inicialmente é medicamentoso, podendo ser hormonal ou não hormonal. As opções hormonais disponíveis, muitas vezes, com evidências científicas limitadas para o SUA agudo, são o uso de estrogênio conjugado endovenoso, estradiol isolado por via oral, contraceptivo oral combinado e progestagênios isolados. Os antifibrinolíticos e os AINEs são opções para tratamento não hormonal (Figura 3) (Quadro 3).⁽³¹⁾ O ácido tranexâmico é considerado um tratamento de primeira linha em casos de sangramento menstrual intenso e tem elevados índices de eficácia e segurança. Reduz a perda menstrual em 34% a 54%. Pode ser usado em associação ao tratamento hormonal.^(32,33) (D, A) Os AINEs, comumente, são utilizados em associação ao tratamento hormonal, sendo eficazes na diminuição do volume do sangramento e alívio de desconforto pélvico.⁽³⁴⁾ A decisão quanto à internação baseia-se no volume do sangramento, na estabilidade hemodinâmica e nos níveis de hemoglobina no momento do atendimento. Após o controle do sangramento, o tratamento será mantido por uma das opções de tratamento hormonal citadas para mulheres atendidas ambulatoriamente.⁽³¹⁾ Os tratamentos cirúrgicos incluem curetagem, ablação endometrial, embolização da artéria uterina e histerectomia, sendo a escolha baseada nas



Fonte: Traduzida e adaptada de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013;17(3):43-56.⁽³¹⁾

Figura 3. Tratamento do SUA agudo

Quadro 3. Tratamento hormonal para SUA agudo

Contraceptivo oral combinado (30 a 35 mcg EE)	1 cp 3x/d até parar sangramento (pelo menos 2 dias) Após 1 cp/dia por 3 a 6 semanas
Contraceptivo oral combinado (30 a 35 mcg EE)	1 cp a cada 6 horas até parar sangramento Após 1 cp a cada 8 horas por 2 a 7 dias Após 1 cp a cada 12 horas por 2 a 7 dias, seguido por 1 cp ao dia
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 60 a 120 mg/dia até parar sangramento (pelo menos 2 dias). Seguido por 20 a 40 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 10 mg a cada 4 horas (máximo 80 mg) até parar sangramento Após a cada 6 horas por 4 dias Após a cada 8 horas por 3 dias Após a cada 12 horas por 2 dias por 2 semanas, então diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5 a 15 mg/dia até parar sangramento (pelo menos 2 dias). Seguido por 5 a 10 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5 a 10 mg cada 4 horas até parar sangramento Após a cada 6 horas por 4 dias Após a cada 8 horas por 3 dias Após a cada 12 horas por 2 dias, seguido por 1 cp diariamente
Progestagênio isolado: megestrol	Megestrol 80 a 160 mg/dia até parar sangramento (pelo menos 2 dias) Após 40 a 80 mg/dia por 3 a 6 semanas

Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. *Perm J.* 2013;17(3):43-56.⁽³¹⁾

condições clínicas e no desejo reprodutivo da mulher.^(9,31) Alguns estudos relatam o uso de sonda Folley insuflada com 30 ml como balão de tamponamento como uma alternativa que apresenta bom controle momentâneo do sangramento, porém com resultados apresentados em estudos do tipo relatos de casos.⁽³⁵⁾

nos casos de instabilidade hemodinâmica importante. A curetagem uterina, além de auxiliar na parada do sangramento agudo, fornece material para estudo histológico do endométrio. É relevante em mulheres na quinta década, obesas, hipertensas ou que já tenham feito uso repetitivo de esteroides sexuais.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- Na avaliação etiológica do SUA, sempre seguir o acrônimo PALM-COEIN.
- Para diagnóstico do SUA, deve-se inicialmente excluir gravidez nas mulheres em idade fértil e realizar uma avaliação ultrassonográfica pélvica para verificar se o SUA é de etiologia estrutural ou não.
- O tratamento do SUA depende de sua etiologia. Em geral, enquanto o SUA de etiologia estrutural é tratado cirurgicamente, o SUA não estrutural é tratado clinicamente.
- O tratamento cirúrgico do SUA não estrutural está indicado na falha do tratamento clínico.
- O SUA agudo com repercussão hemodinâmica requer estabilização da mulher antes da investigação etiológica.
- No SUA agudo, em geral, a primeira linha de tratamento é medicamentosa, ficando o tratamento cirúrgico para a falha ou contra-indicação a tratamento clínico ou

REFERÊNCIAS

1. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod.* 2007;22(3):635-43.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Heavy menstrual bleeding. NICE clinical guideline 44 [Internet]. London, UK: RCOG Press; 2007. [cited 2018 Aug 19]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>
3. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL, Leyland N, et al.; Clinical Practice – Gynaecology Committee. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(5):473-5.
4. Bitzer J, Serrani M, Lahav A. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Open Access J Contraception.* 2013;4:21-8.
5. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.
6. Clark TJ, Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): what is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;40:89-104.

7. Cockerham AZ. Adenomyosis: a challenge in clinical gynecology. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(3):212-20.
8. van Hanegem N, Breijer MC, Khan KS, Clark TJ, Burger MP, Mol BW, et al. Diagnostic evaluation of the endometrium in postmenopausal bleeding: an evidence-based approach. *Maturitas*. 2011;68(2):155-64.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 557. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):891-6.
10. ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: management of anovulatory bleeding. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;72(3):263-71.
11. Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990;97(8):734-9.
12. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):31-44.
13. Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia. *Lancet*. 1998;351(9101):485-9.
14. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Guida M, Perino A, Nappi C. Hysteroscopy and treatment of uterine polyps. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(7):908-19.
15. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):665-86.
16. Moghissi KS. A clinician's guide to the use of gonadotropin-releasing hormone analogues in women. *Medscape Womens Health*. 2000;5(1):5.
17. Mara M, Kubinova K. Embolization of uterine fibroids from the point of view of the gynecologist: pros and cons. *Int J Womens Health*. 2014;6:623-9.
18. Pontis A, D'Alterio MN, Pirarba S, de Angelis C, Tinelli R, Angioni S. Adenomyosis: a systematic review of medical treatment. *Gynecol Endocrinol*. 2016;32(9):696-700.
19. Uhm S, Perriera L. Hormonal contraception as treatment for heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):694-717.
20. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000154.
21. Ahrendt HJ, Makalová D, Parke S, Mellinger U, Mansour D. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel. *Contraception*. 2009;80(5):436-44.
22. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD001895.
23. Topozada HK, Koetsawang S, Aimakhu VE, Khan T, Pretnar-Darovec A, Chatterjee TK, et al. Multinational comparative clinical trial of long-acting injectable contraceptives: norethisterone enanthate given in two dosage regimens and depot-medroxyprogesterone acetate. Final report. *Contraception*. 1983;28(1):1-20.
24. Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD002126.
25. Maybin JA, Critchley HO. Medical management of heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)*. 2016;12(1):27-34.
26. Tengborn L, Blombäck M, Berntorp E. Tranexamic acid – an old drug still going strong and making a revival. *Thromb Res*. 2015;135(2):231-42.
27. Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1):CD000400.
28. Ray S, Ray A. Non-surgical interventions for treating heavy menstrual bleeding (menorrhagia) in women with bleeding disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(11):CD010338.
29. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD000329.
30. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2017. 39p. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 7/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
31. Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. *Perm J*. 2013;17(3):43-56.
32. Abu Hashim H. Medical treatment of idiopathic heavy menstrual bleeding. What is new? An evidence based approach. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(2):251-60.
33. Naoulou B, Tsai MC. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(5):529-37.
34. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Dietrich JE, Edlund M, Federici AB, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;158(2):124-34.
35. Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(3):335-40.

agosto
DOURADO
amamentar vale ouro

A amamentação
constrói

elos



para toda vida.

Fazer parte dessa corrente dourada
é apoiar o aleitamento materno.

A **Febrasgo** e a **Grünenthal**
estão engajadas nessa causa.

#CorrenteDourada2019

Kelo-cote®

Padrão ouro

Na prevenção e tratamento das cicatrizes hipertróficas e queloides¹

INCOMPARÁVEL
NA PREVENÇÃO
DA CICATRIZ. ÚNICO,
COMO O SEU CUIDADO
COM A MÃE.

KELO-COTE É PADRÃO OURO NA PREVENÇÃO DE CICATRIZES INESTÉTICAS PÓS-CESÁREA.¹

SEGURANÇA E CONFIANÇA

Formulação 100% silicone, que não causa dermatite de contato ou reações alérgicas para mãe e/ou bebê.²⁻⁴

EFICÁCIA

Eficácia comprovada na suavização e na diminuição do relevo da cicatriz!¹

PRATICIDADE

Fácil aplicação.

Maior aderência e elasticidade para áreas de mobilidade.^{1,5,6,7}

Autossecante, não atrapalha o uso de roupas e não tem odor.²⁻⁴

1x ao dia.⁴

Referências: 1. Monstrey S et al. Update scar management practical guidelines: non-invasive and invasive measures. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014 Aug;67(8):107-25 2. Kelo Cote® Gel. Folheto de instruções do produto. 3. Kelo Cote® UV. Folheto de instruções do produto. 4. Kelo Cote® Spray. Folheto de instruções do produto. 5. Berman B. et al. A review of the biologic effects, clinical efficacy, and safety of silicone elastomer sheeting for hypertrophic and keloid scar treatment and management. Dermatol Surg. 2007 Nov;33(11):1291-302. 6. Quinn K.J Silicone gel in scar treatment. Burns; 1987, 13:33-40. 7. Sepehrmanesh M.K Scar management: observational study of 1522 patients using Kelo-cote silicone gel. Dermatologie. 2006,1:30-32.

0800 025 0110
sac@fqm.com.br

www.fqmmelora.com.br

FQM | MELORA®
CONSCIÊNCIA PELA PELE
Uma divisão do FQM GRUPO.