ISSN 0100-7254

Limay Editora

REVISTA CONTEMPORÂNEA DE GO

Femina®

Vol 46 - nº1 - 2018

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Drogas ilícitas e gravidez

Os efeitos da maconha, cocaína e heroína na morfologia fetal

Talento além de GO

Para ele, a paella é mais do que um prato: é uma celebração

Citomegalovírus, destaque CNEs

Atualidade, prevalência, diagnóstico, tratamento e outros detalhes

Lei do Ato Médico pelo CFM

Um resumo dos avanços nestes 4 anos e a opinião da Febrasgo

Novidades em Artigos de Revisão

Epilepsia na gravidez, Fisioterapia nas DSFs, Ômega 3 na gestação e outros

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Curso de capacitação para profissionais envolvidos com a residência médica em GO

A Comissão de Residência Médica da Febrasgo iniciará no primeiro semestre de 2018 o **Curso de Capacitação em Formação Orientada por Competências**, destinado aos médicos, professores, preceptores e supervisores dos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e também aos demais colegas interessados no tema.

O curso tem como objetivo capacitar os profissionais envolvidos no ensino da residência médica entendendo que esse passo é essencial para qualificação dos programas.

Os participantes terão oportunidade de conhecer os novos referenciais de estruturação da residência médica, técnicas de treinamento e ferramentas de avaliação para aprimoramento dos seus programas.

O curso será desenvolvido no modelo "blended learning", que inclui um módulo em ambiente não presencial (e-learning / EAD) e um módulo presencial.

No módulo não presencial serão desenvolvidos temas atuais da educação médica como a formação orientada por competências, Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia, avaliação das competências em ambiente real e simulado, teste de progresso e certificação do especialista, entre outros.

No módulo presencial serão realizadas atividades de simulação realística da prática médica em GO, elaboração de estações de simulação (OSCE), experimentação prática utilizando os instrumentos metodológicos DOPS, Mini-Ex e técnicas de Feed-back.

Certificados: A Febrasgo disponibilizará certificado aos participantes que completarem os 2 módulos.

As inscrições são gratuitas e as vagas limitadas.
Para maiores informações enviar e-mail para: diretoria.cientifica@febrasgo.org.br
Faça sua inscrição pelo site www.febrasgo.org.br a partir de abril de 2018

REVISTA CONTEMPORÂNEA DE GO

Femina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Nova FEBRASGO

Diretoria

PRESIDENTE
César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO
Corintio Mariani Neto (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO
Marcos Felipe Silva de Sá (SP)

DIRETOR DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL
Juvenal Barreto Borriello de Andrade (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO CENTRO-OESTE
Alex Bortotto Garcia (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE
Flávio Lucio Pontes Ibiapina (CE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE
Hilka Flávia Espirito Santo (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE
Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL
Maria Celeste Osório Wender (RS)

PRESIDÊNCIA
Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 3421 - conj. 903
CEP 01401-001 - São Paulo - SP - Tel. (011) 5573-4919

SECRETARIA EXECUTIVA
Avenida das Américas - 8.445 - sala 711
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-08
Tel. (21) 2487-6336 - Fax (21) 2429-5133

www.febrasgo.org.br
editorial.office@febrasgo.org.br

Femina® é uma revista disponível para os sócios da FEBRASGO

ISSN 0100-7254

#1

C O R P O E D I T O R I A L

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

limay Editora Produção de Conteúdo/Projetos Especiais e de Comercialização. Tel. (11) 4858-2392 - assef@limay.com.br - Diretor-Presidente: José Carlos Assef - Editor: Walter Salton Vieira/ MTB 12.458 - Diretor de Arte: Andre Chiodo Silva - Tiragem: 15.000 exemplares. Cartas Redação: Rua Geórgia, 170 - Brooklin - São Paulo - SP - CEP: 04559-010 - e-mail: editora@limay.com.br. Não é permitida reprodução total ou parcial dos artigos, sem prévia autorização da Revista Femina®.

CONSELHO EDITORIAL

Aderson Tadeu Berezowski *(São Paulo)*
Agnaldo Lopes da Silva Filho *(Minas Gerais)*
Alberto Carlos Moreno Zaconeta *(Distrito Federal)*
Alex Sandro Rolland de Souza *(Pernambuco)*
Almir Antonio Urbanetz *(Pará)*
Ana Bianchi *(Uruguai)*
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva *(São Paulo)*
Angela Maggio da Fonseca *(São Paulo)*
Antonio Carlos Vieira Lopes *(Bahia)*
Antonio Chambô Filho *(Espírito Santo)*
Aurélio Antônio Ribeiro da Costa *(Pernambuco)*
Bruno Ramalho de Carvalho *(Distrito Federal)*
Carlos Augusto Faria *(Rio de Janeiro)*
César Eduardo Fernandes *(São Paulo)*
Claudia Navarro Carvalho D. Lemos *(Minas Gerais)*
Coridon Franco da Costa *(Espírito Santo)*
Corintio Mariani Neto *(São Paulo)*
Cristiane Alves de Oliveira *(Rio de Janeiro)*
Dalton Ávila *(Equador)*
David Barreira Gomes Sobrinho *(Distrito Federal)*
Denise Araújo Lapa Pedreira *(São Paulo)*
Denise Leite Maia Monteiro *(Rio de Janeiro)*
Edmund Chada Baracat *(São Paulo)*
Eduardo Sérgio V. Borges da Fonseca *(Paraíba)*
Eduardo de Souza *(São Paulo)*
Edson Nunes de Morais *(Rio Grande do Sul)*
Eduardo Leme Alves da Motta *(São Paulo)*
Fabrício Costa *(Austrália)*
Fernanda Campos da Silva *(Rio de Janeiro)*
Fernanda Polisseni *(Minas Gerais)*
Fernando Maia Peixoto Filho *(Rio de Janeiro)*
Fernando Marcos dos Reis *(Minas Gerais)*
Fernando Monteiro de Freitas *(Rio Grande do Sul)*
Frederico José Amedeé Péret *(Minas Gerais)*
Frederico José Silva Corrêa *(Distrito Federal)*
Garibalde Mortoza Junior *(Minas Gerais)*
Geraldo Duarte *(São Paulo)*
Gian Carlo Di Renzo *(Itália)*
Hélio de Lima Ferreira F. Costa *(Pernambuco)*
Henrique Moraes Salvador Silva *(Minas Gerais)*
Hugo Miyahira *(Rio de Janeiro)*
Ione Rodrigues Brum *(Amazonas)*
Jorge de Rezende Filho *(Rio de Janeiro)*
José Eleutério Júnior *(Ceará)*
José Geraldo Lopes Ramos *(Rio Grande do Sul)*
José Mauro Madi *(Rio Grande do Sul)*
José Mendes Aldrighi *(São Paulo)*
Julio Cesar Rosa e Silva *(São Paulo)*
Juvenal Barreto B. de Andrade *(São Paulo)*
Karen Soto Perez Panisset *(Rio de Janeiro)*
Laudelino Marques Lopes *(Canadá)*
Laudelino de Oliveira Ramos *(São Paulo)*
Luciano Marcondes Machado Nardozza *(São Paulo)*
Luciano de Melo Pompei *(São Paulo)*
Luiz Camano *(São Paulo)*
Luiz Gustavo Oliveira Brito *(São Paulo)*
Luiz Henrique Gebrim *(São Paulo)*
Manoel João Batista Castello Girão *(São Paulo)*
Marcelo Zugaib *(São Paulo)*
Marco Aurélio Albernaz *(Goiás)*
Marco Aurélio Pinho de Oliveira *(Rio de Janeiro)*
Marcos Felipe Silva de Sá *(São Paulo)*
Maria do Carmo Borges de Souza *(Rio de Janeiro)*
Marilza Vieira Cunha Rudge *(São Paulo)*
Mário Dias Corrêa Jr. *(Minas Gerais)*
Mário Palermo *(Argentina)*
Mario Silva Approbato *(Goiás)*
Mario Vicente Giordano *(Rio de Janeiro)*
Mary Ângela Parpinelli *(São Paulo)*
Masami Yamamoto *(Chile)*
Mauri José Piazza *(Paraná)*
Maurício Simões Abrão *(São Paulo)*
Miguel Routi *(Paraguai)*
Olímpio Barbosa de Moraes Filho *(Pernambuco)*
Paulo Roberto Nassar de Carvalho *(Rio de Janeiro)*
Rafael Cortes-Charry *(Venezuela)*
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar *(Minas Gerais)*
Renato de Souza Bravo *(Rio de Janeiro)*
Ricardo de Carvalho Cavalli *(São Paulo)*
Roberto Eduardo Bittar *(São Paulo)*
Roberto Noya Galuzzo *(Santa Catarina)*
Rosa Maria Neme *(São Paulo)*
Rossana Pulcineli Vieira Francisco *(São Paulo)*
Roseli Mieko Yamamoto Nomura *(São Paulo)*
Rosiane Mattar *(São Paulo)*
Sabas Carlos Vieira *(Piauí)*
Sérgio Flávio Munhoz de Camargo *(Rio Grande do Sul)*
Silvana Maria Quintana *(São Paulo)*
Soubhi Kahhale *(São Paulo)*
Suzana Maria Pires do Rio *(Minas Gerais)*
Tadeu Coutinho *(Minas Gerais)*
Vera Lúcia Mota da Fonseca *(Rio de Janeiro)*
Vicente Renato Bagnoli *(São Paulo)*
Walquiria Quida Salles Pereira Primo *(Distrito Federal)*
Wellington de Paula Martins *(São Paulo)*
Zuleide Aparecida Félix Cabral *(Mato Grosso)*

FEMINA® não é responsável por afirmações contidas em artigos assinados, cabendo aos autores total responsabilidade pelas mesmas.

Participe da **Femina®** porque o mundo vai estar de olho na gente

Femina® tem acompanhado os movimentos científicos e as tendências para onde apontam as pesquisas e a divulgação dos novos conhecimentos adquiridos na Ginecologia e Obstetrícia.

Por todas as razões conhecidas, nosso passo é curto nesses avanços quando o comparamos com os de outros países. Isso não nos fragiliza, no entanto. Pelo contrário, motiva nossa caminhada.

Nesse 2018, o Brasil recebe o Congresso Mundial da FIGO, no caloroso Rio de Janeiro, com o suporte da Febrasgo. O olhar dos ginecologistas e obstetras do mundo foca em nosso país. E vamos todos estar envolvidos, mostrando os resultados de nossos estudos.

Considerando a boa receptividade da revista junto aos seus leitores e o suporte dado pela diretoria da Febrasgo aos editores, apesar dos elevados custos da publicação, Femina® passa a ser bimestral.

Nesse primeiro volume do ano, Femina® traz capa dirigida ao uso de drogas ilícitas pelas gestantes, e ainda que não tenhamos o número exato de casos, o tema transcende pela sua importância. Traz ainda artigos sobre a importância do uso do ômega 3 pelas grávidas, sobre a rotura prematura das membranas, a importância da fisioterapia nas disfunções sexuais e a conduta a ser seguida na pós-conização cervical.

A valorização da identificação do citomegalovírus no pré-natal é destacada pela CNE específica da Febrasgo em artigo claro, objetivo e bem redigido. Assuntos mais lúdicos são mesclados pelo esforço de um time incansável, como o Talento além de GO (colega que apresenta sua arte em cozinhar paellas) e Doutor S/A (um resumo sobre os 4 anos da Lei do Ato Médico e opiniões da Febrasgo nos casos de Defesa e Valorização Profissional do GO).

Femina® é sua revista e qualquer avanço em sua qualidade depende de sua colaboração. Nesse ano que começamos juntos, escreva mesmo sobre qualquer coisa, discuta, critique, opine. Femina® quer continuar sendo a melhor revista para o deleite e a atualização do obstetra/ginecologista brasileiro.

E com você, em passos seguros.

Boa leitura!

SFM, Editor-Chefe de Femina

CHEGOU

Sany D

colecalciferol (vitamina D3)

MARCA COM PREÇO ACESSÍVEL[1]

COMPLETO NAS APRESENTAÇÕES[2]

CAC Central de Atendimento a Clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a sex.)

achê
mais vida para você

Referências bibliográficas: 1. Kairos Web Brasil. Disponível em:<http://brasil.kairosweb.com>. Acesso em Maio 2017. **2.** Bula do produto SANY D: colecalciferol. Farmacêutica Responsável: Gabriela Mallmann. Guarulhos, SP. Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A.

Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Hipervitaminose D, hipercalcemia ou osteodistrofia renal com hiperfosfatemia. De acordo com a categoria de risco de fármacos destinados às mulheres grávidas, este medicamento apresenta categoria de risco C.

Interações medicamentosas: Antiácidos que contenham magnésio quando usados concomitantemente com vitamina D podem resultar em hipermagnesemia, especialmente na presença de insuficiência renal crônica. O uso concomitante de vitamina D com análogos, especialmente calcifediol, não é recomendado devido ao efeito aditivo e aumento do potencial tóxico. Preparações que contenham cálcio em doses elevadas ou diuréticos tiazídicos quando usados concomitantemente com vitamina D, aumentam o risco de hipercalcemia e as que contém fósforo também em doses elevadas aumentam o risco potencial de hiperfosfatemia. Alguns antiepilépticos (ex.: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína e primidona) podem aumentar a necessidade de vitamina D3. O uso concomitante de Sany D com outros produtos contendo vitamina D3 não é recomendado devido ao efeito aditivo e aumento do potencial tóxico. Os anticonvulsionantes e os barbitúricos podem acelerar a metabolização de vitamina D3, reduzindo a sua eficácia.

Sany D (colecalciferol) é um medicamento a base de vitamina D3 (colecalciferol), indicado para pacientes que apresentam insuficiência e deficiência de vitamina D. Pode ser utilizado na prevenção e tratamento auxiliar na desmineralização óssea, prevenção e tratamento do raquitismo, osteomalacia e prevenção no risco de quedas e fraturas. **Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Hipervitaminose D, hipercalcemia ou osteodistrofia renal com hiperfosfatemia. De acordo com a categoria de risco de fármacos destinados às mulheres grávidas, este medicamento apresenta categoria de risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião dentista. Este medicamento é contraindicado para menores de 12 anos. Precauções e advertências: A vitamina D3 não deve ser administrada em pacientes com hipercalcemia e deve ser administrada com cautela em paciente com insuficiência renal ou cálculos, ou em pacientes com doença cardíaca, que apresentam maior risco de dano ao órgão caso ocorra hipercalcemia. As concentrações plasmáticas de fosfato devem ser controladas durante o tratamento com vitamina D3, visando reduzir o risco de calcificação ectópica. Recomenda-se a monitorização regular da concentração de cálcio em pacientes recebendo doses farmacológicas de vitamina D3.** Em caso de hipervitaminose D, recomenda-se administrar dieta com baixa quantidade de cálcio, grandes quantidades de líquido e se necessário glicocorticóides. Uso em idosos: Não existem restrições ou cuidados especiais quanto ao uso do produto por pacientes idosos. Estudos têm relatado que idosos podem ter níveis mais baixos de vitamina D do que os adultos jovens, especialmente aqueles com pouca exposição solar. Gravidez e lactação: De acordo com a categoria de risco de fármacos destinados às mulheres grávidas, este medicamento apresenta categoria de risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião dentista. Interações medicamentosas: Antiácidos que contenham magnésio quando usados concomitantemente com vitamina D podem resultar em hipermagnesemia, especialmente na presença de insuficiência renal crônica. O uso concomitante de vitamina D com análogos, especialmente calcifediol, não é recomendado devido ao efeito aditivo e aumento do potencial tóxico. Preparações que contenham cálcio em doses elevadas ou diuréticos tiazídicos quando usados concomitantemente com vitamina D, aumentam o risco de hipercalcemia e as que contém fósforo também em doses elevadas aumentam o risco potencial de hiperfosfatemia. Alguns antiepilépticos (ex.: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína e primidona) podem aumentar a necessidade de vitamina D3. O uso concomitante de Sany D com outros produtos contendo vitamina D3 não é recomendado devido ao efeito aditivo e aumento do potencial tóxico. Os anticonvulsionantes e os barbitúricos podem acelerar a metabolização de vitamina D3, reduzindo a sua eficácia. Reações adversas: **Na hipervitaminose D tem sido relatado casos de secura da boca, dor de cabeça, polidipsia, poliúria, perda de apetite, náuseas, vômitos, fadiga, sensação de fraqueza, aumento da pressão arterial, dor muscular, prurido e perda de peso. Em caso de eventos adversos, notifique ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA, disponível em www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm, ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal. Posologia: Comprimidos revestidos: deve ser utilizado por via oral**. Não há estudos dos efeitos de Sany D (colecalciferol) administrada por vias não recomendadas. Portanto, por segurança e para eficácia desta apresentação, a administração deve ser somente pela via oral. Para determinar o racional da posologia faz se necessária a monitorização dos níveis séricos de 25(OH)D. Dose de manutenção para manter os níveis de 25(OH)D consistentemente acima de 30ng/mL. Comprimidos Revestidos 1000UI: Ingerir, por via oral, 01 a 02 comprimidos ao dia, preferencialmente próximo às refeições. Comprimidos Revestidos 2000UI: Ingerir, por via oral, 01 comprimido ao dia, preferencialmente próximo às refeições. Doses de ataque: Concentração de 25(OH)D acima de 20ng/mL e abaixo de 30ng/mL. Comprimidos Revestidos 5000UI: Ingerir, por via oral, 01comprimido ao dia, preferencialmente próximo às refeições, durante seis a oito semanas ou até atingir o valor desejado. Concentração de 25(OH) D abaixo de 20ng/mL. Comprimidos Revestidos 7000UI: Ingerir, por via oral, 01 comprimido ao dia, preferencialmente próximo às refeições, durante seis a oito semanas ou até atingir o valor desejado. Comprimidos Revestidos 50000UI: Ingerir, por via oral, 01 comprimido por semana, preferencialmente próximo às refeições, durante seis a oito semanas ou até atingir o valor desejado. Ingerir os comprimidos com quantidade suficiente de líquido. Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado. “SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.” VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.0573.0481.

Material técnico-científico exclusivo à classe médica. Agosto/2017.

NOTA DA FEBRASGO SOBRE OS COMENTÁRIOS EM MÍDIAS SOCIAIS ACERCA DE ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA FEMINA®

Prezado colega associado,

A FEBRASGO é historicamente uma entidade democrática, plural, sempre respeitosa à diferença de pensamento e à opinião de todos associados.

Um dos seus mais importantes canais de comunicação é a revista Femina®. A edição de dezembro, volume 45 (nº 4- 2017), recentemente distribuída, trouxe o artigo **Humanização no atendimento ao parto baseado em evidências**, contestado por alguns colegas em redes sociais. Informamos que o texto tem embasamento na literatura médica e foi aprovado para publicação, após avaliação por dois revisores especializados.

Não há, do ponto de vista científico, nada além do já sobejamente conhecido na literatura e que foi organizado de forma didática pelos autores.

Foi escolhido como matéria de capa pela atualidade do assunto em nosso meio e pela disposição da FEBRASGO em abrir o debate sobre o tema de forma imparcial, com base nas evidências científicas, sem paixões.

A Femina® é um espaço à disposição de todos os associados para o debate. Caso alguém discorde do texto, temos o máximo prazer em publicar o contraditório, desde que tenha base científica e redação adequada para uma revista especializada.

A revista Femina® não está do lado de uma ou outra opinião. Ela está a serviço da especialidade, dos associados e sobretudo das mulheres brasileiras que merecem o que de melhor a medicina pode oferecer.

Tabus existem para serem quebrados e vamos continuar a incentivar a polêmica dentro da atualidade científica. É melhor participar e debater do que somente criticar ou lamentar a cada investida da imprensa, das pacientes e das ONGS contra os obstetras.

Nossa especialidade necessita da força, da competência e da união de todos associados. Um parto de melhor qualidade e mais "humanizado" é a melhor resposta que podemos dar.

A Diretoria

MATÉRIA DE CAPA

10

Estudo de revisão sistemática aponta os principais problemas - e soluções - que podem influenciar fetos e gestantes durante o consumo de drogas ilícitas por elas.

ARTIGOS CNEs

Citomegalovírus: visão atualizada discute processos de diagnósticos e tratamentos.

20

DOUTOR S/A

Acompanhe os avanços que a Lei do Ato Médico fez nos últimos 4 anos e os futuros desafios

24

28

TALENTO EM GO

Colega de Goiás conta como se apaixonou pelas delícias da paella. E como as pratica.

32

ARTIGOS DE REVISÃO

32. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais

38. Epilepsia na gravidez

42. Conduta pós-conização em casos de margem comprometida

48. Rotura prematura de membranas: abordagem clínica

54. Ômega 3 na gestação e seus benefícios

59. Prevalência do transtorno de estresse pós-traumático em mães de recém-nascidos

Fernanda Sardinha de Abreu Tacon[1], Waldemar Naves do Amaral[1], Kelly Cristina Borges Tacon[1]

1. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. **Autor correspondente:** Fernanda Sardinha de Abreu Tacon - Rua Professora Maria Eliza Crispim, Quadra 4, Lote 11, 75075-660, Anápolis, Goiânia, GO, Brasil. fernandabreu2010@yahoo.com.br.
Data de Submissão: 31/06/2017. **Data de Aprovação:** 22/05/2017.

Drogas ilícitas e gravidez
Influência na morfologia fetal

Illicit drugs and pregnancy: influence on fetal morphology

RESUMO

Uso de drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack durante a gestação tornou-se problema de saúde pública. O uso de drogas durante a gestação pode provocar má-formação, prematuridade, baixo peso, diminuição do perímetro cefálico, morte súbita. Aumenta a incidência de complicações como deslocamento de placenta, isquemias, infarto e morte. Conhecer os fatores de risco poderá ajudar a elaboração de programas de orientação para as gestantes e melhor conduta para os profissionais da saúde. Este estudo de revisão sistemática pesquisou nas bases de dados Bireme, Scielo, PubMed, Lilacs e Site Up to Date. A seleção levou em conta seus títulos e resumos relacionados ao assunto, no período de 2010 a 2017, utilizando os descritores drogas ilícitas/*illict drug*, cocaína/*cocaine*, gravidez/*pregnancy* e desenvolvimento fetal/*fetal morphology*. Foram encontrados 64 artigos; desses, foram selecionados 36, os mais recentes, estudos randomizados, relatos de casos e estudos coortes, os quais foram necessários para a construção do texto. Através desta análise observou-se que não existem artigos que falem diretamente sobre os riscos expostos e por qual motivo algumas pessoas, mesmo expostas aos riscos, possuem fetos normais. Portanto, novas pesquisas na área se tornam necessárias para melhor compreensão de como as drogas ilícitas interferem na formação fetal e adotar medidas profiláticas com o intuito de proteger o feto e a gestante, contribuindo para a melhoria da saúde pública.

Descritores: Drogas ilícitas; Cocaína crack; Gravidez; Desenvolvimento fetal

ABSTRACT

Use of illicit drugs such as marijuana, cocaine and crack during pregnancy has become a public health problem. The use of drugs during pregnancy can cause malformation, prematurity, low weight, decreased head circumference, sudden death. It increases the incidence of complications such as placental dislocation, ischaemia, infarction and death. Knowing the risk factors can help the development of programs for counseling pregnant women and better conduct for health professionals. This systematic review study searched the Bireme, Scielo, PubMed, Lilacs and Site Up to Date databases. The selection took into account the titles and summaries related to the subject, from 2010 to 2017, using the descriptors illicit drug / illict drug, cocaine / cocaine, pregnancy / pregnancy and fetal development / fetal morphology. We found 64 articles, of which 36 were selected, the most recent, randomized studies, case reports, cohort studies, which were necessary for the construction of the text. Through this analysis it was observed that there are no articles that speak directly about the risks exposed and for which reason some people even exposed to the risks have normal fetuses. Therefore, new research in the area is necessary to better understand how illicit drugs interfere in fetal formation and adopt prophylactic measures to protect the fetus and pregnant women, contributing to the improvement of public health.

Keywords: Illicit drugs; Crack cocaine; Pregnancy; Fetal development

INTRODUÇÃO

A partir do século XX, o uso de drogas ilícitas aumentou significativamente em todo mundo. O consumo abusivo se deve principalmente pelo fácil acesso, variedade de substâncias e aumento do uso pela população feminina. As drogas podem causar inúmeros prejuízos de ordem social, dentre eles pode-se citar o tráfico, prostituição, aumento no número de assaltos, custo judiciais e gera um sério problema de saúde pública.[1]

Estima-se que 1 a cada 20 adultos, com idade entre 15 e 64 anos, usa ou usou em algum período da vida algum tipo de droga em 2014. Sendo a *Cannabis* a droga mais comumente global e a mais traficada mesmo com o aumento das drogas sintéticas, estima-se aproximadamente 183 milhões usuários em 2014. A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial, sendo que a maioria dos usuários (70%) concentra-se nas Américas. Uma grande preocupação é o aumento do uso de algumas drogas como a heroína, a qual, alguns anos atrás, teve um declínio e agora ocorreu um aumento significativo na América do Norte.[2]

Nos EUA, a prevalência do uso de drogas ilícitas em gestantes chegou a atingir 4,4 %. Na Europa um estudo constatou que até 7,9% das gestantes haviam sido expostas a esses tipos de substâncias. No Brasil, ainda existem poucos estudos sendo realizados em âmbito nacional. Em um estudo realizado em São Paulo, encontrou-se uma taxa de 4% no uso da maconha, 1,7% cocaína e 0,3% de uso concomitante. A gestante com dependência química tem uma menor adesão ao pré-natal, tem maior risco de malformações e problemas obstétricos que podem levar a grávida a óbito, sendo considerada, dessa forma, uma gestação de alto risco.[1,3]

O uso de drogas ilícitas atravessa a barreira placentária e pode ter efeitos sobre o feto. Nos Estados Unidos, cerca de 10% das mulheres utilizam cocaína durante a gestação. No Brasil, estudos apontam a prevalência em torno de 3,6%. Como a utilização dessa substâncias não é liberado, o relato do seu uso acaba sendo ocultado, dificultando, assim, a avaliação no bebê de forma real. O rastreamento médico deve ser mais criterioso e as mulheres, que já são usuárias, um tratamento mais específico.[4,5]

O uso de drogas é uma questão de suma importância na saúde pública, principalmente quando é na gravidez. Estudos epidemiológicos afirmam que a gestante não muda seu comportamento em relação ao uso das drogas por causa da gestação, mesmo sabendo que podem ocorrer danos irreversíveis para a mãe e o feto. Uma droga que está ganhando cada vez mais usuários é a cocaína, que age bloqueando a receptação de neurotransmissores como a dopamina, norepinefrina e serotonina. Essa substância atravessa a barreira placentária sem sofrer metabolização, po-

dendo causar malformações urogenitais, cardíacas e no sistema nervoso central. Na mãe pode causar insuficiência uteroplacentária, hipoxemia e acidose fetal. Na gestação, entre 10 e 27% usam a maconha, e isso pode comprometer o crescimento fetal e na mãe tem grande poder depressor no sistema nervoso central. Porém, a identificação dos seus malefícios no feto é complexo, pois nem sempre a pessoa utiliza somente essa droga, dificultando assim a constatação de seus prováveis danos.[6]

Compreender o perfil dos usuários de drogas é algo desafiador e necessário. No Brasil sabe-se pouco a respeito ainda; no cenário nacional, a cocaína na forma de crack vem aumentando graças ao baixo custo e efeito intenso, sendo encontrado em classes mais desfavorecidas e com aumento significativo na classe feminina. Porém, são necessários mais estudos, possibilitando, assim, novas formas para conduzir o tratamento.[7]

Tendo em vista a importância do tema para a saúde pública, este artigo teve como objetivo discutir o uso de drogas ilícitas por gestantes e suas principais consequências no desenvolvimento fetal.

METODOLOGIA

Este é um artigo de revisão sistemática que engloba o uso de drogas ilícitas e sua influência na morfologia fetal. Foi realizada uma busca nas bases de dados Bireme, Scielo, PubMed, Lilacs e Site Up to Date. A seleção levou em conta seus títulos e resumos relacionados ao assunto, dando prioridade aos mais recentes. A busca por artigos ocorreu nos idiomas português e inglês, classificados de acordo com seu nível e grau de recomendação.

Utilizou-se as palavras chaves drogas ilícitas/*illict drug*, cocaína/*cocaine*, gravidez/*pregnancy* e desenvolvimento fetal/*fetal morphology*. Foram encontrados 64 artigos; desses, foram selecionados 36. Os critérios de inclusão foram trabalhos mais recentes, estudos randomizados, relatos de casos e estudos coortes, os quais foram necessários para a construção do texto.

DISCUSSÃO

Cocaína/crack

O envolvimento humano com substâncias psicoativas, em especial a cocaína, nos remete há muitos anos no tempo.

Essa droga é extraída da planta *Erythroscylon coca* ou coca boliviana, e sua forma impura tornou-se a substância mais utilizada atualmente devido seu custo ser menor, que é o crack, nada mais do que um novo meio de administração da cocaína. Ambas as formas causam danos muito graves à saúde física e mental do indivíduo, sendo que as taxas de depressão são maiores em dependentes de cocaína. A merla sob a forma base, preparada de forma diferente do crack, também é fumada, da mesma forma que um derivado da cocaína.

Um fator agravante e muito frequente é a combinação das drogas com o álcool, resultando em uma euforia mais prolongada e um aumento de sua toxicidade por consequência.[8]

Inicialmente, a cocaína teve seu uso legal como uma anestésico local oftalmológico, pois produzia vasoconstrição das mucosas. Porém, com a descoberta de novos medicamentos como a lidocaína, seu uso ficou obsoleto.

Posteriormente, começou a ser utilizado para tratamento de dores em pacientes com câncer terminal e em casos mais severos de dores de cabeça. Com o seu uso indevido e surgimento de drogas mais potentes com menos efeitos colaterais, não se justifica utilizar a cocaína para esses fins.[9]

A cocaína é uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC). Essa droga, assim como o álcool, sedativos e hipnóticos, atravessa a barreira hematoencefálica devido seu baixo peso molecular e lipossolubilidade, consegue atravessar a placenta, indo diretamente para a circulação do feto. Dependendo do momento em que o feto foi exposto à ação da cocaína, age diretamente no SNC provocando reações semelhantes da mãe, podendo influenciar no desenvolvimento cerebral, anormalidades do lábio, anormalidades renais, gastrosquise e anomalias cardíacas.[10]

No Brasil, o uso do crack é estimulado pela alta disponibilidade, ser mais barato e de fácil acesso. Com a mudança na sua formulação com o passar dos anos, o menor acréscimo de aditivos e o seu fracionamento, tornou-se a droga mais popular.[11]

Devido sua forma de uso ser inalatória, pode provocar alterações pulmonares agudas, edemas e infiltrações pulmonares, tendo, como sintomas observados, tosse seca ou, com eliminação de sangue, dor torácica, asma e broncoespasmos. Pelo fato dessa composição duvidosa, estudos demostraram que a exposição ao crack foi associado a um maior número de problemas neurológicos do que quando ocorreu exposição ao cloridrato de cocaína.[12,13]

O crack causa danos nas funções cognitivas, danos neurológicos irreversíveis e pode ocorrer alto grau de intoxicação devido sua composição ser desconhecida e variável. Seus efeitos mais comuns são: euforia, sudorese, taquicardia, calafrios e diminuição da fadiga, podendo levar a isquemias, arritmias, crises convulsivas, alucinações, agressividade e até a morte.

Seu uso durante a gestação pode causar malformações devido à diminuição de oxigenação, podendo resultar no feto: microcefalia, retardo mental, alterações ósseas, atrasos neuromotores e crises convulsivas.[14]

A dopamina ao ser liberada se liga ao receptor dopaminérgico, causando sentimento de bem-estar. O crack tem como mecanismo de ação interromper a receptação dessa dopamina; dessa forma ela continua a estimular o receptor, aumentando o estado de euforia. Por ser inalado, chega ao cérebro de forma rápida, em torno de 10 a 15 segundos. O grande problema é a necessidade de cada vez mais aumentar a dose para prolongar o sentimento de empolgação.[15]

Heroína

Em Portugal, a heroína é uma das drogas mais utilizadas. Seu modo de administração pode ser através do fumo/inalação e intravenoso, a qual é mais utilizada. Esse uso endovenoso já nos remete a preocupação quanto à transmissão do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) devido ao uso compartilhado de seringas. Mesmo as pessoas tendo conhecimento sobre a forma de transmissão do HIV, não seguem as recomendações para evitar a doença, reforçando a necessidade de intervenções preventivas, mais severas e efetivas.[16]

A heroína está sendo relacionada a anomalias fetais, é uma droga alcaloide e pode causar icterícia, sofrimento respiratório, Apgar baixo e baixo peso.[17]

Maconha (cannabis)

A maconha é uma das drogas mais utilizadas no período gestacional. Seus ativos delta-9-hydrocannabiol têm ação alucinógena e são altamente lipossolúveis, facilitando sua entrada na placenta. O uso abusivo dessa droga pode causar intoxicação, resultando na morte da gestante. E pode provocar alterações comportamentais no recém-nascido: irritabilidade, inquietude, desatenção, mais tremores e várias crises de choro.[18]

A maioria dos estudos utiliza a entrevista como forma de coleta de dados, o que pode ocultar o uso e a quantidade exata usada. Uma maneira de se ter a confirmação se a gestante usou a maconha (*cannabis*) é a análise do mecônio, sangue ou fio de cabelo da mãe. O consumo dessa substância pode ter influência no desenvolvimento fetal, prejuízos cardiovasculares e no sistema gastrointestinal.[19]

O uso de canabinoides como opção terapêutica ainda gera muitas discussões e necessita de muitos estudos. Podem ser usados nas crises de epilepsia, autismo, obesidade e transtornos psiquiátricos.

O rimonabanto chegou a ser lançado no mercado para tratamento de obesidade mas, devido seus efeitos colaterais de aumentar as crises de ansiedade e depressão, foi suspensa sua comercialização. Os canabinoides futuramente podem se tornar uma opção terapêutica muito importante, necessitando-se delimitar seu grau de segurança e minimizar seus possíveis efeitos colaterais, sendo que deverá ser usada apenas para fins terapêuticos.[20,21]

Danos das drogas ilícitas em mães e recém-nascidos

Quadro 1. Efeitos cocaína/crack no feto/recém-nascidos e danos maternos.

Cocaína/ Crack	Danos no feto e recém-nascidos	Danos maternos
	Microcefalia	Aborto
	Retardo mental	Taquicardia
	Alterações ósseas	Hipertensão
	Desconfortos respiratórios	Descolamento de placenta
	Malformações geniturinários	Complicações cardiovasculares
	Deformações distais	Parto pré-termo
	Baixo peso	Complicações pulmonares
	Problemas neuropsicomotores	Mortalidade
	Mortalidade	

Fonte: Mançano et al. (2008)[12]

Quadro 2. Efeitos da heroína no feto/recém-nascidos e danos maternos.

Heroína	Danos no feto e recém-nascidos	Danos maternos
	Icterícia	Aborto
	Sofrimento respiratório	Complicações cardiovasculares
	Apgar baixo	Mortalidade
	Baixo peso	
	Morte fetal	

Fonte: Lopes e Arruda (2010)[17]

Quadro 3. Efeitos do uso da maconha no feto/recém-nascidos e danos maternos.

Maconha	Danos no feto e recém-nascidos	Danos maternos
	Influência no desenvolvimento fetal	Complicações pulmonares
	Prejuízos cardiovasculares	Complicações cardiovasculares
	Prejuízos gastrointestinais	
	Aumento da impulsividade	
	Indícios de futuros usuários	
	Diminuição do crescimento	

Fonte: Crippa et al. (2010)[19]

Efeitos e consequências do uso de drogas na gravidez

A maioria dos usuários só faz tratamento após intervenção judicial da família. O Sistema Único de Saúde necessita de programas adequados para que o próprio usuário possa buscar os serviços e não ter recaída, diminuindo assim os gastos com internações. Seu uso é observado em ambos os sexos, grupos etários variados e diferentes classes sociais, prevalecendo as classes menos favorecidas.[15,22]

Nas gestantes usuárias de cocaína/crack, a observação clínica observada é: taquicardia, hipertensão, arritmias e falência miocárdica. Como o fluxo sanguíneo não é autorregulado, com a sua diminuição provoca hipoxemia, acidose fetal e insuficiência uteroplacentária. Ocorrendo maior risco em mulheres mais jovens, solteiras e menor escolaridade.[23] Devido essa alteração na vascularização, pode induzir a teratogênese pois, geralmente no terceiro trimestre, os vasos fetais já estão mais capacitados a se contraírem, podendo ocorrer anóxia e isquemia.[24]

O uso de crack ou de qualquer outro derivado da cocaína na gestação e seus efeitos no sistema nervoso central podem persistir após o nascimento. Essas alterações nos neurotransmissores dopamina e serotonina resultam em prejuízos neurocomportamentais no recém-nascido, causando irritabilidade, diminuição do sono, diarreia, vômito, escoriações na pele. Essa síndrome de abstinência se inicia no segundo dia, mas não é necessário intervenção medicamentosa e não é um estado duradouro.[25]

Outro fato muito encontrado nas gestantes usuárias de drogas ilícitas é o caso de não se ter uma gestação planejada e serem soropositivas. Esses fatos interferem na confirmação dos efeitos diretos das drogas sobre o feto, além de que, geralmente, fazem uso de outros tipos de substâncias como tabaco e álcool. As portadoras de HIV, na maioria dos casos, fazem uso de TARV (terapia antirretroviral) do tipo profilaxia durante a gestação e zidovudina (AZT) durante o parto.[26]

Uma complicação muito observada na atualidade pelo uso de drogas ilícitas na gestação é o nascimento pré-termo, o que corrobora o aumento das estatísticas de morbidades e mortalidades infantil e materna. Não se tem consenso na dosagem segura para se usar essas drogas. Estudos indicam que 2 a 4 mg/kg já são suficientes para causar problemas coronários e na pressão arterial, fatores que agravam uma gestação.[27,28]

Na gravidez, as drogas ilícitas mais utilizadas são a maconha, merla, cocaína e crack. O uso dessas substâncias podem causar problemas perinatais como: nascimento pré-termo, baixo peso, malformações e diminuição do perímetro cefálico. As crianças pré-termo podem levar a alterações musculares, neurológicas e doenças múltiplas. Como o perfil das gestantes usuárias geralmente são de baixo nível econômico, nem sempre realizam os pré-natais corretamente e são usuárias de multidrogas, tudo interfere para não se ter uma conclusão definitiva que essas drogas são as causadoras dessas características, reforçando que, atualmente, o abuso materno de drogas ilícitas é visto em todas as classes sociais, idade e raças.[1,24,26,28,29]

Analisar o contexto sociocultural que a gestante está inserida é uma necessidade. A dependência promove um isolamento social do indivíduo, levando à marginalidade e, como consequência, está sujeita a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, já que o uso de drogas tem um estreitamento de relação com o comportamento sexual.[30]

Muito dos comportamentos observados nos recém-nascidos estão relacionados a sintomas de abstinência, tais como: sinais de estresse, irritabilidade e dificul-

dade de alimentação. A prematuridade e baixo peso são consequências muito relatadas quando se tem o uso de drogas na gestação.[31]

Estudos feitos com animais demonstram a facilidade com que as drogas atravessam a barreira hematoencefálica e tem a capacidade de afetar o desenvolvimento do cérebro fetal. Além dos efeitos neuroquímicos e de vasoconstrição no desenvolvimento fetal, a cocaína pode promover alteração na programação genética. Devido a diferenças fisiológicas entre animais e humanos, existe a dificuldade de exatidão nesses estudos.

Questões de níveis de dose precisos, via de administração e farmacocinética/biodisponibilidade também são frequentemente subestimadas em modelos animais.[32] Em estudos feitos com embriões de pintinhos foram detectados efeitos teratogênicos quando submetidos à exposição de maconha, principalmente nas primeiras semanas de desenvolvimento. A administração de cannabinoide O-2545 durante a fase de embriogênese resulta em efeitos embriotóxicos, prejudicando a formação do cérebro, coração e medula espinhal. Assim sendo, além do efeito tóxico da maconha, deve ser levado em conta seus efeitos teratogênicos principalmente quando se fala em liberação para seu uso.[33]

O Governo Federal, na tentativa de combater e de desestimular o uso de crack, criou em 23 de agosto de 2006 o programa "Crack, é possível vencer", com intuito de prevenir, dar assistência ao usuário de crack e enfrentar o tráfico de drogas. O programa oferece serviços de tratamento e atenção ao usuário e seus familiares, redução da oferta destes produtos através de punições mais severas ao tráfico de drogas, além de oferecer educação, informação e capacitação para o usuário ser inserido na sociedade novamente.[34]

O uso de drogas ilícitas e drogas lícitas, como o álcool e tabaco, podem provocar alterações microscópicas na placenta, sendo que o tabaco está mais envolvido com abortos e o uso de cocaína em problemas relacionados ao baixo peso e comprimento ao nascer, e as malformações podem estar relacionadas à hipóxia fetal-placentária.[35]

Em pesquisa realizada na Flórida entre 2010-2011, lactentes que apresentavam síndrome de abstinência neonatal (NAS) devido à exposição de drogas ilícitas na gravidez, tiveram complicações médicas, sendo que 97,1% foram internadas com duração média de 26,1 dias. Esse quadro demonstra a importância deste problema de saúde pública que as drogas ilícitas causam e a necessidade de medidas de prevenção e gerenciamento de NAS.[36]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas ilícitas caracteriza um sério problema de saúde pública em todo o mundo, especificamente quando as usuárias são gestantes. Assim sendo, tornam se necessários processos educativos contínuos e não somente campanhas educativas. A gestante em especial deve ter o conhecimento dos efeitos e consequências do uso dessas substâncias no feto. Para tal conquista, é necessário a inserção de uma equipe multidisciplinar nesse contexto, contribuindo dessa forma com políticas públicas mais eficazes.

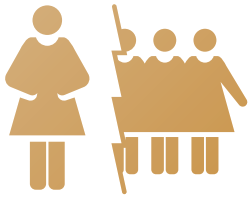
A escassez de produções científicas envolvendo gravidez e uso de drogas dificulta a resolução ou minimização do problema, sendo necessárias mais pesquisas para melhorar o direcionamento tanto das gestantes quanto dos profissionais da saúde envolvidos nesse processo. Contribuindo, assim, na qualidade de vida da mãe e do feto, além de minimizar os gastos com saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. Acta Paul Enferm. 2013;26(5):467-71. doi: 10.1590/S0103-21002013000500010
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2016. New York: UNODC; 2016.
3. Oliveira TA, Bersusa AAS, Santos TF, Aquino MM, Mariani Neto C. Perinatal outcomes in pregnant women users of illegal drugs. Rev Bras Ginecol. Obstet. 2016;38(4):183-8.
4. Motta KM, Linhares MBM. Perfil das gestantes usuárias de álcool/drogas e os efeitos na saúde e desenvolvimento dos filhos. Interação Psicol. 2015;19(1):133-44. doi: 10.5380/psi.v19i1.35877
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 422: at-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. Obstet Gynecol. 2008;112(6):1449-60. doi: 10.1097/AOG.0b013e318192499b
6. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. Rev Psiquiatr Clín. 2008;35 Suppl 1:44-7. doi: 10.1590/S0101-60832008000700010
7. Botti NCL, Machado JSA, Tameirão FV. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. Estud Pesqui Psicol. 2014;14(1):290-303.
8. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. Psicol Teor Pesqui. 2010;26(3):533-41. doi: 10.1590/S0102-37722010000300016
9. Ferreira PEM, Martini RK. Cocaína: lendas, história e abuso. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(2):96-9. doi: 10.1590/S1516-44462001000200008
10. David AL, Holloway A, Thomasson L, Syngelaki A, Nicolaides K, Patel RR, et al. A case-control study of maternal periconceptual and pregnancy recreational drug use and fetal malformation using hair analysis. PLoS One. 2014;9(10):e111038. doi: 10.1371/journal.pone.0111038
11. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. Rev Saúde Pública. 2011;45(5):938-48. doi: 10.1590/S0034-89102011005000049
12. Mançano A, Marchiori E, Zanetti G, Escuissato DL, Duarte BC, Apolinário LA. Complicações pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax. J Bras Pneumol. 2008;34(5):323-7. doi: 10.1590/S1806-37132008000500012
13. Lucca J, Baldisserotto M. Cerebral ultrasound findings in infants exposed to crack cocaine during gestation. Pediatr Radiol. 2013;43(2):212-8. doi: 10.1007/s00247-012-2528-6
14. Siqueira LP, Fabri RL, Fabri ACOC. Aspectos gerais, farmacológicos e toxicológicos da cocaína e seus efeitos na gestação. Rev Eletrônica Farm. 2011;8(2):75-87. doi: 10.5216/ref.v8i2.14960
15. Pedroso RS, Kessler F, Pechansky F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. Trends Psychiatry Psychother. 2013;35(1):36-45. doi: 10.1590/S2237-60892013000100005
16. Marsden VFMG. Comportamentos de risco ao HIV em utilizadores de heroína em um distrito português: estudo qualitativo. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2009;31(3):138-44. doi: 10.1590/S0101-81082009000300002
17. Lopes TD, Arruda PP. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. Rev Saúde Pesqui. 2010;3(1):79-83.
18. Campolongo P, Trezza V, Palmery M, Trabace L, Cuomo V. Developmental exposure to cannabinoides causes subtle and enduring neurofunctional alterations. Int Rev Neurobiol. 2009;85:117-33. doi: 10.1016/S0074-7742(09)85009-5
19. Crippa JAS, Zuardi AW, Hallak JEC. Uso terapêutico dos canabinoides em psiquiatria. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32 Suppl 1, 556-66. doi: 10.1590/S1516-44462010000500009
20. Malcher-Lopes R. Canabinoides ajudam a desvendar aspectos etiológicos em comum e trazem esperança para o tratamento de autismo e epilepsia. Rev Biol. 2014;13(1):43-59. doi: 10.7594/revbio.13.01.07
21. Vargens RW, Cruz MS, Santos MA. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(No. Esp.):804-12.
22. Renner FW, Gottfried JA, Welter KC. Repercussões neonatais do uso materno de crack. Bol Cient Pediatr. 2012;1(2):63-6.
23. Bastos MS, Bornia ECS. Uso de nicotina e/ou cocaína durante a gestação e suas consequências no desenvolvimento fetal e neonatal [Internet]. Anais do 6º EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; 2009 Out 27-30. Maringá, Brasil. 2009 [citado 2016 Jan 20]. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2009/wp-content/uploads/sites/77/2016/07/marina_souza_bastos_2. pdf>
24. Ortigosa S, Friguls B, Joya X, Martinez S, Mariñoso ML, Alameda F, et al. Feto-placental morphological effects of prenatal exposure to drugs of abuse. Reprod Toxicol. 2012;34(1):73-9. doi: 10.1016/j.reprotox.2012.04.002
25. Melo VH, Botelho APM, Maia MMM, Correa Júnior MD, Pinto JA. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(12):555-61. doi: 10.1590/So100-720320140005155
26. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. Lancet. 2008;371(9608):261-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60136-1
27. Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuso e dependência de crack. São Paulo: AMB/CFM; 2011. (Projeto Diretrizes).
28. Shankaran S, Lester BM, Das A, Bauer CR, Bada HS, Lagasse L, et al. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. Semin Fetal Neonatal Med. 2007;12(2):143-50. doi: 10.1016/j.siny.2007.01.002
29. Piñuñuri R, Mardones C, Valenzuela C, Estay P, Llanos M. Exposición prenatal a drogas de abusos y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile. Nutr Hosp. 2015;31(5):2070-8.
30. Gasparin M, Silveira JL, Garcez LW, Levy BS. Comportamento motor oral e global de recém-nascidos de mães usuárias de crack e/ou cocaína. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(4):459-63. doi: 10.1590/S1516-80342012000400016
31. Oliveira Filho AD, Gama DP, Leopardi MG, Dias JMG, Lyra Júnior DP, Neves SJF. Aderência autorreferida a medicamentos prescritos durante a gestação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(4):147-52. doi: 10.1590/S0100-72032012000400002
32. Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. Neuropsychopharmacology. 2015;40(1):61-87. doi: 10.1038/npp.2014.147
33. Psychoyos D, Hungund B, Cooper T, Finnell RH. A cannabinoid analogue of delta9-tetrahydrocannabinol disrupts neural development in chick. Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol. 2008;83(5):477-88. doi: 10.1002/bdrb.20166
34. Ministério da Saúde [Internet]. Programa Crack, é possível vencer! 2014 [citado 2017 Jul 09]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12578-programa-crack-e-possivel-vencer>
35. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 637: Maryuana use during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol. 2015;126(1):234-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000467192.89321.a6
36. Lind JN, Peterson EE, Lederer PA, Phillips-Bell GS, Perrine CG, Li R, et al. Infant and maternal characteristics in neonatal abstinence syndrome - selected hospitals in Florida, 2010-2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(8):213-6.

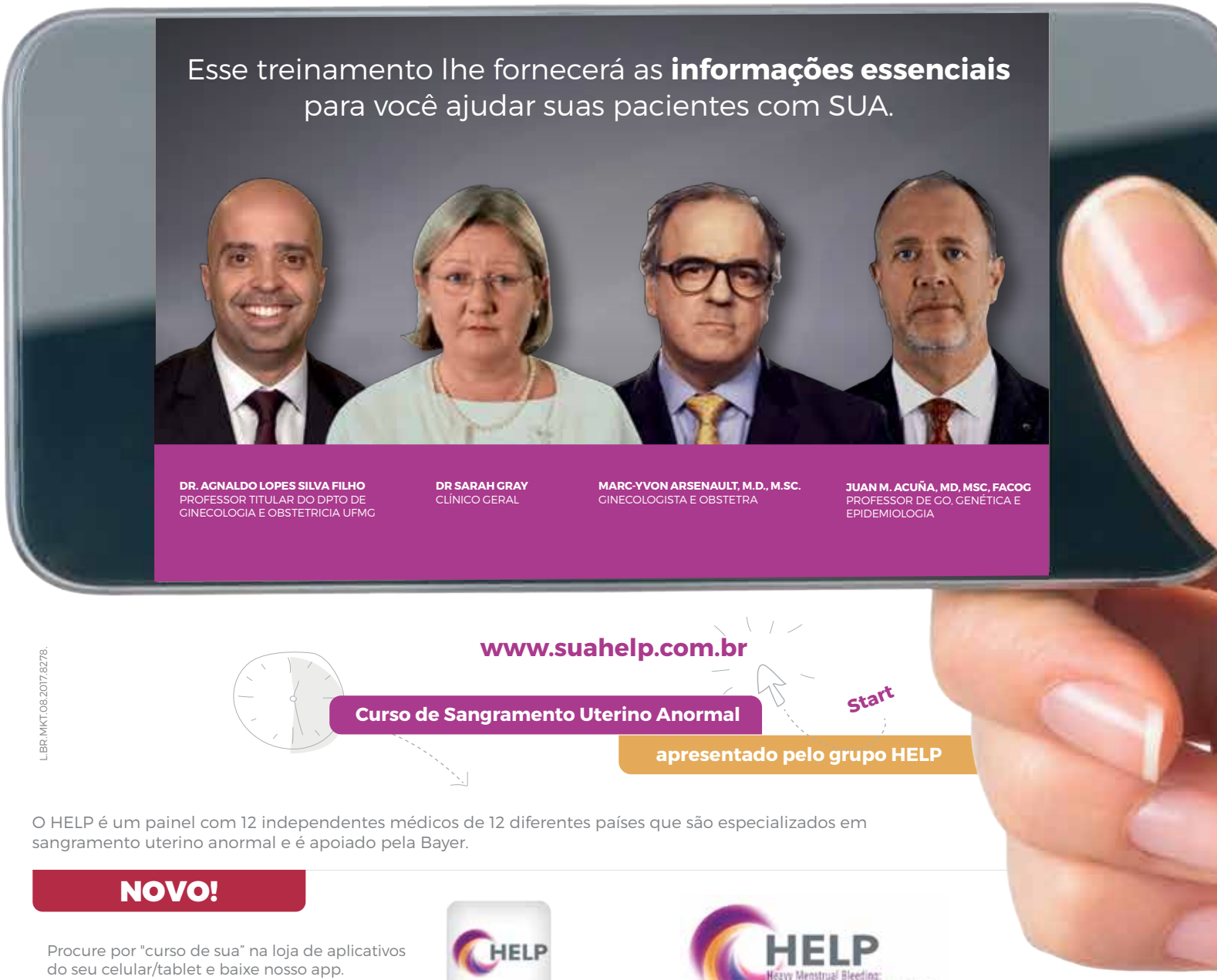
SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA) **AFETA A QUALIDADE** DE VIDA DA MULHER

FÍSICA



SOCIAL

EMOCIONAL



L.BR.MKT.08.2017.8278.

www.suahelp.com.br

Curso de Sangramento Uterino Anormal

Start

apresentado pelo grupo HELP

O HELP é um painel com 12 independentes médicos de 12 diferentes países que são especializados em sangramento uterino anormal e é apoiado pela Bayer.

NOVO!

Procure por "curso de sua" na loja de aplicativos do seu celular/tablet e baixe nosso app.

Agora o curso de SUA está disponível em:

Disponível na App Store

DISPONÍVEL NO Google play

HELP

Curso de SUA
Bayer AG

HELP
Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-based Learning for best Practice

Citomegalovírus

Patrícia Pereira dos Santos Melli[1]

Este texto faz parte das Séries Orientações e Recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO.
A autora é membro da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas.

Citomegalovírus (CMV) são vírus DNA de cadeia dupla, da família *Herpesviridae*, subfamília *Betaherpesvirinae* e gênero citomegalovírus. O único reservatório para a transmissão do CMV é o próprio homem.

Embora a maioria das infecções seja oligo ou assintomática, o CMV pode ser eliminado em diversas secreções biológicas e sua transmissão pode ocorrer por contato sexual (esperma e/ou muco cervical), com sangue infectado, urina, saliva, secreções respiratórias e leite materno. Após um período de incubação de 28-60 dias, a citomegalovirose induz a produção de IgM seguido de IgG. A viremia pode ser detectada durante 2-3 semanas após a infecção primária, em indivíduo previamente soronegativo. A citomegalovirose primária geralmente é assintomática, mas os indivíduos podem experimentar uma síndrome mononucleose-like, com febre, calafrios, mialgia, mal-estar, leucocitose/linfocitose, função hepática alterada e linfadenopatia.[1]

Após a infecção primária, o CMV, a exemplo de outros herpesvírus, pode permanecer latente em células hospedeiras e recorrer, desencadeando nova infecção. As células mononucleares do sangue periférico parecem ser os maiores sítios de latência do CMV. Infecções recorrentes, também chamadas secundárias, podem ocorrer após a reativação da infecção latente ou por exposição a cepas diferentes do CMV. Os anticorpos maternos contra CMV não previnem reativação ou reinfecção por uma nova cepa viral, e, portanto, não impedem o risco de infecção congênita.[2]

A prevalência de anticorpos para CMV na população adulta varia entre 40% e 100%, mudando significativamente por região geográfica, status socioeconômico e etnia. É menor na Europa, Austrália e nos EUA, sendo maior nos países em desenvolvimento da África, Ásia e América Latina.[1] A condição socioeconômica é fator relevante na prevalência da infecção viral. Quanto menor o status socioeconômico, maior a probabilidade de reinfecção ou recorrência durante a gravidez.

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Autora correspondente:** Patrícia Pereira dos Santos Melli - Avenida dos Bandeirantes, 3900,14049-900, Ribeirão Preto,SP, Brasil. patimelli@gmail.com.

A taxa de soropositividade é de 50% a 60% para mulheres de classe média americana contra 70% a 85% para grupos socioeconômicos mais baixos. Da mesma forma, as recorrências também são mais comuns nesses grupos menos favorecidos: 3,6% contra 1,7% nos mais favorecidos economicamente.[3] As mulheres de maior paridade ou aquelas com filhos menores de três anos de idade, especialmente se ficam em creche, se expõem mais a reinfecções, pois as taxas de soropositividade entre as crianças frequentadoras de creches são mais elevadas que a população geral de crianças americanas (50-70% contra 20%). Crianças com citomegalovirose primária podem excretar vírus em sua urina e/ou saliva por uma média de 18 meses, sendo uma fonte importante de recontaminação de suas mães.[4]

Além da reinfecção pela cepa latente do CMV em células mononucleares desse hospedeiro, há o risco de uma nova infecção por outras cepas. O CMV apresenta polimorfismo genético, e as cepas selvagens comportam os quatro maiores genótipos da glicoproteína B, presente no envelope viral e que participa na fusão, entrada e propagação do vírus entre as células do hospedeiro. Não é conhecido qual desses quatro genótipos está associado com o desenvolvimento da doença devido a um maior tropismo tecidual ou por algum mecanismo facilitado da replicação viral.[5]

O maior risco de infecção primária ocorre em dois períodos durante a vida: na infância, em decorrência da infecção perinatal, e na adolescência, pela transmissão sexual do CMV.[5]

A incidência da citomegalovirose primária entre gestantes norte-americanas varia entre 0,7% e 4%, enquanto que a infecção recorrente chega a 13,5%[1]. No Brasil, a soropositividade para o CMV observada entre gestantes oscila entre 76,6% e 97,5%. Em Ribeirão Preto, cidade localizada a 320 km de São Paulo, há alta prevalência deste vírus (96,3%) em gestantes com idade entre 12 e 19 anos de idade.[5]

A citomegalovirose é atualmente a infecção congênita viral mais comum em todo o mundo, tendo uma prevalência entre 0,2% e 2,2%. Além disso, é a principal causa infecciosa de malformação do SNC. A transmissão vertical (TV) do CMV pode ser transplacentária após uma infecção materna primária ou recorrente, mas também pode ocorrer se houver exposição às secreções contaminadas do trato genital inferior (TGI) no momento do parto ou durante a amamentação.[1] Há aproximadamente 40 anos, foi isolado pela primeira vez o CMV no leite materno. Cerca de 92% a 98% das mães CMV-positivas excretam esse vírus no leite. A excreção se inicia no final da primeira semana após o parto, atinge o pico em torno de 4-6 semanas pós-natais, reduzindo até a oitava semana.

A excreção láctea do CMV constitui a principal fonte de contaminação de crianças alimentadas com leite humano até o primeiro ano de vida.[5,6]

Enquanto a maioria dos recém-nascidos (RN) afetados são assintomáticos no momento do nascimento, 5-20% apresentarão sinais clínicos incluindo icterícia, petequias, trombocitopenia, miocardite, hidropisia fetal, hepatoesplenomegalia, hepatite, coriorretinite, perda auditiva neurossensorial (PANS), retardo mental.[1]

Os RN com doença sintomática tem uma taxa de mortalidade em torno de 30%, e 65-80% dos sobreviventes têm morbidade neurológica grave desenvolvida a longo prazo: PANS e/ou perda de visão, déficit no desenvolvimento neuropsicomotor com deficiência cognitiva. Um adicional entre 5% e 15% das crianças infectadas com CMV assintomáticos desenvolverá sequelas tardiamente, dentro dos dois primeiros anos de vida. A PANS é a sequela mais comum. Acredita-se que a citomegalovirose congênita seja responsável por 25% de todos os casos de surdez na infância.[7]

A infecção congênita pode ser mais grave graças a algumas condições maternas como a citomegalovirose primária adquirida durante a gestação. Nesse caso, o risco de TV fica em torno de 40% em comparação com 0,15-2% em mulheres com infecção secundária (CMV-IgG-positivas) quando a infecção fetal teria menor morbidade.

A doença sintomática ao nascimento com evoluções mais graves são mais comuns após a primo-infecção materna e se adquirida na primeira metade da gravidez.[8]

Embora a TV possa ocorrer em qualquer estágio da gestação, o risco é maior no terceiro trimestre. As taxas de transmissão de infecção primária são de 30% no primeiro trimestre, 34-38% no segundo e 40-72% no terceiro trimestre. No entanto, as sequelas fetais mais graves ocorrem após infecção primária materna durante o primeiro trimestre.[8]

Diagnóstico

O diagnóstico de suspeita clínica de citomegalovirose primária materna é baseado em sorologia. Entretanto, a presença de IgM-CMV não é útil para sincronizar o início da infecção, pois ele está presente em apenas 75 a 90% das mulheres com infecção aguda e pode permanecer positivo por mais de um ano depois desse primeiro episódio. Além disso, esse IgM pode reverter de negativo para positivo em mulheres com reativação ou reinfecção por cepa viral diferente. Os testes sorológicos não podem diferenciar entre as diferentes cepas do CMV.[4]

Se não houver sorologias IgM/IgG negativas prévias durante o pré-natal que permitam documentar a suscetibilidade e uma posterior soroconversão recente, é difícil ou impossível distinguir entre a infecção primária e a secundária/recorrente. O teste da avidez da IgG pode ser útil para determinar o tempo de aquisição da infecção e, portanto, o risco de TV. Se avidez anti-IgG-CMV estiver alta (>65%), sugere-se que a infecção primária ocorreu há mais de seis meses e se a avidez anti-IgG-CMV for baixa (<30%), sugere-se infecção primária entre dois e quatro meses atrás.[9] No Brasil, o rastreamento da citomegalovirose durante o pré-natal não é recomendada, pois não há imunidade permanente contra essa infecção nem terapia que possa ser utilizada durante a gestação.

Uma revisão da biblioteca Cochrane (2012) juntamente com outros protocolos internacionais como da SOGC10 (Sociedade Canadense de Obstetrícia e Ginecologia, 2010), do Royal College (2012) e do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia[1] (ACOG, 2015), orientam não rastrear o CMV durante o pré-natal. Entretanto, se o rastreio for feito, deve ser realizado no início da gravidez ou mesmo no período pré-concepcional. Se uma mulher é soronegativa, exames deverão ser repetidos durante a gravidez apenas se houver suspeita clínica. No entanto, o rastreio é feito normalmente antes da gravidez para doenças contra as quais a imunização efetiva possa ser fornecida. Atualmente não há nenhuma imunização eficaz e segura contra o CMV.[10] Sendo assim, a respeito da testagem no pré-natal:

- Nenhuma vacina está disponível para prevenir a infecção em mulheres CMV-negativas;
- Em gestantes CMV-positivas, é difícil distinguir entre a infecção primária e recorrente ou determinar o momento da infecção, o que poderia ter ocorrido muitos meses antes da concepção;
- Gestantes IgG-CMV-positivas continuam em risco de TV se houver reativação da infecção latente e/ou reinfecção com nova cepa viral;
- Não há evidências de que o tratamento antiviral de infecção primária em mulheres grávidas previne ou reduz sequelas da infecção por CMV no RN, e
- Embora a infecção fetal possa ser detectada, não há nenhuma maneira de prever com exatidão se o feto desenvolverá sequelas significativas.

Por outro lado, há defensores da triagem universal argumentando que conhecer a sorologia IgG-CMV-negativa motivaria educação e práticas de higiene, reduzindo o risco de soroconversão na gestação.[10]

Devido às complexidades em torno do diagnóstico da citomegalovirose materna e fetal e a falta de intervenções disponíveis para prevenir a transmissão ou o desenvolvimento de doença congênita por CMV, triagem pré-natal não é recomendada neste momento. O foco nos últimos anos foi deslocado para a triagem pós-natal.

A citomegalovirose fetal é suspeitada principalmente quando são observadas anormalidades ultrassonográficas ou quando soroconversão materna é diagnosticada durante a gravidez. Atualmente, é impossível estabelecer o diagnóstico da citomegalovirose fetal sem recorrer a testes invasivos. Indica-se, então, a amniocentese para a realização da pesquisa do DNA-CMV por meio do PCR no líquido amniótico (LA).[11]

O melhor momento para a amniocentese é um fator que influencia a sensibilidade do PCR-CMV. Essa sensibilidade é maior após 21 semanas de gestação. Existe um intervalo conhecido de seis semanas para que o CMV infecte a placenta e o feto, replique-se, atinja o rim fetal e seja excretado no LA. Se a amniocentese é realizada no início da gestação ou logo após o diagnóstico da infecção materna, é evidência confiável de infecção fetal em caso positivo, mas deve ser repetido mais tarde na gestação se for negativo.[10]

Os marcadores ultrassonográficos e de monitoramento sugestivos de infecção fetal:[12]

- Calcificações periventriculares;
- Ventriculomegalia cerebral;
- Microcefalia;
- Intestino fetal hiperecogênico;
- Restrição do crescimento fetal;

- Hepatoesplenomegalia;
- Calcificações hepáticas;
- Hipoplasia cerebelar;
- Pseudocistos periventriculares;
- Grande cisterna magna;
- Anormalidades do LA: polidrâmnio;
- Ascite e/ou derrame pleural;
- Hidropsia fetal, e
- Espessamento placentário.

Em fetos infectados, o US seriado (cada duas-quatro semanas) pode ser útil para detectar o desenvolvimento de anormalidades persistentes, que poderão indicar a presença de doença sintomática grave e alto risco de comprometimento neurológico. Entretanto, anormalidades ultrassonográficas têm-se associado em menos de 25% dos fetos CMV-infectados, e um US normal não exclui completamente a possibilidade da doença e do RN desenvolver sequelas em longo prazo.[12]

Tratamento

O uso de drogas antivirais para o tratamento de infecções por CMV em adultos imunocompetentes, incluindo mulheres grávidas, não é indicado. As drogas disponíveis utilizadas em indivíduos imunossuprimidos são: ganciclovir, foscarnet e cidofovir.

Esses antivirais estão disponíveis para tratar a doença CMV grave em orgãos-alvo, mas nenhum deles mostrou reduzir a transmissão perinatal ou a gravidade da doença nos RNs. Existem poucos dados sobre os efeitos do tratamento antiviral materno sobre a infecção intrauterina. Atualmente não há tratamentos para a infecção por CMV na gravidez: ganciclovir é contraindicado. O valaciclovir foi utilizado num estudo francês no qual se demonstrou redução da carga viral materna do CMV, porém não foi possível determinar se também houve redução no risco de TV.[13]

Já o uso dos antivirais em RN sintomático potencialmente reduz a morbimortalidade dessa criança infectada. O ganciclovir endovenoso e seu pró-farmaco oral disponível, valganciclovir, são os agentes antivirais de escolha para o tratamento da doença CMV congênita. Esses medicamentos têm demonstrado um benefício quando o tratamento é iniciado no primeiro mês de vida.[11,14]

Outra proposta terapêutica durante a gestação foi o uso de imunoglobulina hiperimune em pacientes que fizeram soroconversão durante a gestação, com diagnóstico de citomegalovirose primária. Essa administração de hiperimunoglobulina foi associada a uma redução significativa do risco de TV e da gravidade da infecção congênita.[15] No entanto, um estudo randomizado posterior não confirmou um benefício significativo após utilização dessa terapia.[16]

Até que não se disponha de prevenção eficaz da infecção congênita por CMV ou de tratamento que definitivamente modifique a sua evolução durante o pré-natal, é fundamental que, após o nascimento, crianças sejam identificadas como portadoras de infecção congênita para que possam ser tratadas, acompanhadas e terem eventuais deficiências minimizadas por estimulação precoce, seja esta auditiva, seja esta neuromotora.[2]

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no.151: Cytomegalovirus, parvovirusB19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. Obstet Gynecol. 2015; 125(6):1510-25.
2. Yamamoto AY, Mussi-Pinhata MM, Figueiredo LTM. Infecção congênita e perinatal por citomegalovirus: aspectos clínicos, epidemiologia diagnóstico e tratamento. 1999; 32:49-56.
3. Mustakangas P, Sarna S, Ammälä P, Muttilainen M, Koskela P, Koskiniemi M. Human cytomegalovirus seroprevalence in three socioeconomically different urban areas during the first trimester: a population-based cohort study. Int J Epidemiol. 2000; 29(3):587.
4. Ornoy A, Diav-Citrin O. Fetal effects of primary and secondary cytomegalovirus infection in pregnancy. Reprod Toxicol. 2006; 21:399.
5. Yamamoto AY, Castellucci RA, Aragon DC, Mussi-Pinhata MM. Early high CMV seroprevalence in pregnant women from a population with a high rate of congenital infection. Epidemiol Infect. 2012; 3:1-5.
6. Diosi P, Babusceac L, Nevinglovschi O, Kun-Stoicu G. Cytomegalovirus infection associated with pregnancy. Lancet. 1967; 2(7525):1063-1066.
7. Bialas KM, Swamy GK, Permar SR. Perinatal cytomegalovirus and varicella zoster virus infections: epidemiology, prevention, and treatment. Clin Perinatol. 2015; 42: 61.
8. Picone O, Vauloup-Fellous C, Cordier AG, Guitton S, Senat MV, Fuchs F, Ayoubi JM, Grangeot Keros L, Benachi A. A series of 238 cytomegalovirus primary infections during pregnancy: description and outcome. Prenat Diagn. 2013; 33:751-8.
9. Kanengisser-Pines B, Hazan Y, Pines G, Appelman Z. High cytomegalovirus IgG avidity is a reliable indicator of past infection in patients with positive IgM detected during the first trimester of pregnancy. J Perinat Med. 2009; 37:15.
10. Yinon Y, Farine D, Yudin MH. Cytomegalovirus Infection in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2010; 32:355-62.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os prossionais de saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v.:il.–Série A. Normas e Manuais Técnicas.
12. Picone O, Teissier N, Cordier AG, Vauloup-Fellous C, Adle-Biassette H, Martinovic J, Senat MV, Ayoubi JM, Benachi A. Detailed in utero ultrasound description of 30 cases of congenital cytomegalovirus infection. Prenat Diagn. 2014; 34:518-24.
13. Jacquemard F, Yamamoto M, Costa JM, Romand S, Jaqz-Aigrain E, Dejean A, Daffos F, Ville Y. Maternal administration of valaciclovir in symptomatic intrauterine cytomegalovirus infection. BJOG. 2007;114:1113.
14. American Academy of Pediatrics. Cytomegalovirus infection. In: Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th, Kimberlin DW. (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2015. p.317.
15. Nigro G, Adler SP, Parruti G, Anceschi MM, Coclite E, Pezone I, Di Renzo GC. Immunoglobulin therapy of fetal cytomegalovirus infection occurring in the first half of pregnancy--a case-control study of the outcome in children. J Infect Dis. 2012; 205:215-27.
16. Revello MG, Lazzarotto T, Guerra B, Spinillo A, Ferrazzi E, Kustermann A, Guaschino S, Vergani P, Todros T, Frusca T, Arossa A, Furione M, Rognoni V, Rizzo N, Gabrielli L, Klersy C, Gerna G, CHIP Study Group. A randomized trial of hyperimmune globulin to prevent congenital cytomegalovirus. N Engl J Med. 2014; 370:1316.

MOTIVOS PARA COMEMORAR. E PARA SE MANTER ATUANTE.

A Lei do Ato Médico comemora 4 anos de vigência, mas as sociedades médicas devem continuar alertas

Tudo começou em 2001, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 12.627, que se tornou base do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 25/02, de Geraldo Althoff, que definia o Ato Médico.

Entre avanços e recuos, entremeados por diversas discussões acaloradas, ela se tornou realidade somente em 2013 (Lei nº 12.842/13), com 10 itens vetados pelo Poder Executivo e mantidos posteriormente pelo Congresso Nacional.

Entretanto, devido à mobilização das entidades médicas, a interpretação desta Lei, e de sua jurisprudência, assegurou o direito na emissão de diagnósticos nosológicos aos médicos brasileiros e de outros direitos.

Segundo o atual presidente da CFM, Marcelo Ribeiro, os vetos do Executivo e do Congresso prejudicaram pouco o texto final, apesar da apreensão das entidades médicas. "As inúmeras decisões judiciais que se seguiram após a promulgação da lei trouxeram confiança à classe, dirimindo dúvidas e especificando o campo de atuação dos médicos", comenta.

COMISSÃO DE DEFESA: ATIVIDADE CONTÍNUA

Desde a homologação da Lei do Ato Médico, ocorreram várias ações na Justiça confrontando seu teor, que provavelmente deverão continuar nos próximos anos.

Para que a jurisprudência cristalizada neste período iniba estas ações, o CFM criou a Comissão Jurídica na Defesa do Ato Médico. Composta por advogados e representantes de várias entidades médicas, como a AMB (Associação Brasileira de Medicina), os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e sociedades de especialidades médicas, a Comissão propõe medidas e ações que visem resguardar os direitos da atuação profissional médica.

E assim como na Medicina, suas atividades são multidisciplinares: vão desde medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis para suspender ou anular judicialmente atos normativos até denunciar casos de exercício ilegal da medicina, como apuração da responsabilidade civil e criminal dos envolvidos.

Para o conselheiro do CFM, Salomão Rodrigues Filho, um dos coordenadores da Comissão do Ato Médico da entidade nos últimos três anos, "a Lei nº 12.842/13 é muito clara e define que o diagnóstico nosológico e a prescrição terapêutica são atos profissionais exclusivos dos médicos. Nas diversas leis que regulamentam as demais profissões na área da saúde, não encontramos o diagnóstico nem o tratamento de doenças no campo de atuação destes profissionais", diz.

Vale lembrar que Lei do Ato Médico foi aprovada após debates com outras 13 categorias profissionais da área da saúde, como enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Mesmo assim, prevê-se que a Comissão Jurídica do Ato Médico ainda terá muito trabalho para este ano e para os próximos.

Opinião

Art. 1º O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei (nº 12.842/13).

Esta lei está em vigência há mais ou menos quatro anos. Sua redação, em seu primeiro artigo, é muito clara na definição do que é atividade médica e, por ela, deverá ser regida. Mas, por muitas vezes, é desrespeitada e não cumprida!

Será que estamos diante de mais uma lei que "não pega"?

Nós médicos, que exercemos qualquer das especialidades da Medicina, temos o dever de fazer com que ela seja respeitada.

E para isso, é aconselhável o conhecimento do texto integral da lei, no qual, de forma clara e inequívoca, estão definidas nossas atribuições.

Não podemos permitir que outras profissões interfiram no exercício da Medicina, deixando o médico em segundo plano para exercer seu trabalho para o qual foi preparado e tem respaldo da lei.

A nós, médicos, incomoda muito saber que, por meio de Resoluções, vários Conselhos Federais "legislem" em áreas de atuação que não podem ser exercidas por qualquer profissional, senão o médico.

Nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, as intromissões são variadas.

Podemos citar atuações indevidas na assistência ao parto, cuidados pré-natal, estética genital, exames diagnósticos entre outras, sempre determinada por resoluções dos respectivos conselhos envolvidos e que, claramente, desrespeitam a Lei do Ato Médico.

A FEBRASGO é favorável à assistência ao parto compartilhada com a Enfermagem Obstétrica e tem realizado várias ações nesta direção, mas sempre respeitando a definição do que é regulamentado por lei nas duas profissões.

Cabe a todos nós, médicos ginecologistas e obstetras, a vigilância sobre o cumprimento de todos os artigos da lei 12.842/2013.

(depoimento do Dr. Juvenal B.B. de Andrade – Diretor de Defesa e Valorização Profissional/Febrasgo)

BARREIRAS REMOVIDAS

Em 2017, três exemplos foram elucidativos para mostrar como as entidades médicas estão atentas sobre ações que podem prejudicar esta lei.

Fevereiro

Em Santa Catarina, a Justiça local suspendeu as resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que permitiam a "consulta farmacêutica em consultório farmacêutico" e a "avaliação de resultados de exames clínico-laboratoriais".

Requerimentos de ações movidos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina contra as resoluções do CFF foram acolhidos pela 2ª Vara Federal de Florianópolis.

Março

Neste mês, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) ratificou a tese defendida pelo CFM sobre ação do Conselho Federal de Educação Física (Confet), que autorizava aos profissionais desta área a praticarem acupuntura. O caso foi analisado pelo Tribunal Regional Federal (TRF), que aceitou a ação do CFM pela nulidade desta autorização.

Devido às ações protelatórias na Justiça feitas pelo Confet, o caso foi levado ao STJ que deu ganho de causa ao CFM. Ações semelhantes também foram propostas pelos Conselhos de Psicologia e de Farmácia, mas que perderam sua validade diante esta posição oficial do STF.

Julho

A cidade de Aparecida de Goiânia (GO) publicou Lei Municipal nº 3.322, de 7 de junho de 2016, que dispunha da contratação de profissional de optometria para atuar em serviços das redes públicas nas áreas de saúde e de ensino.

O Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJ/GO) julgou procedente ação direta de inconstitucionalidade pedida pela regional do CFM.

ATOS EXCLUSIVOS DOS MÉDICOS

- Indicação e execução de cirurgias
- Prescrição de cuidados médicos pré e pós-operatórios
- Procedimentos invasivos por diagnóstico, terapêutica ou estética, e realizações de acessos vasculares profundos, biópsias e endoscopias
- Intubação traqueal, coordenação de estratégia ventilatória inicial para ventilação mecânica invasiva, mudanças necessárias diante de intercorrências clínicas e programas de interrupção ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal
- Procedimentos anestésicos (como sedação profunda, bloqueio anestésico e anestesia geral)
- Procedimentos periciais (perícia médica e exames médico-legais)
- Procedimentos de atestações (condições de saúde, doenças e possíveis sequelas, bem como óbitos)
- Procedimentos de emissões de laudo (de exames endoscópicos e de imagem, diagnósticos invasivos e exames anatomopatológicos)
- Indicação de internação e alta médica
- Determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico
- Ensino de disciplinas essencialmente médicas e coordenação dos cursos de graduação em medicina, tanto de programas de residência quanto aos cursos de pós-graduação.

Fontes de referência:

http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/#page/11

http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=273&edicao=4192#page/1

http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=273&edicao=4192#page/6

FIGO
XXII • RIO
CONGRESSO MUNDIAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

14 A 19 DE OUTUBRO DE 2018
RIO DE JANEIRO | BRASIL

INSCREVA-SE
COM **TARIFA PROMOCIONAL**
E EM **8X** SEM JUROS
ATÉ **15/01/2018**

CATEGORIAS	VALOR PROMOCIONAL ATÉ 15 JAN - 2018	ATÉ 14 SET - 2018
CONGRESSISTAS	US$ 395,00	US$ 575,00
ENFERMEIRO (A)	US$ 395,00	US$ 575,00
RESIDENTE	US$ 395,00	US$ 575,00
OUTROS PROFISSIONAIS DA SÁUDE	US$ 395,00	US$ 575,00
ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO	US$ 205,00	US$ 205,00
ACOMPANHANTE	US$ 205,00	US$ 205,00
	PARCELAMENTO EM 8X	

FAÇA PARTE DO PROGRAMA DO CONGRESSO MUNDIAL FIGO 2018

ENVIE SEU TRABALHO PARA APRESENTAÇÃO ORAL OU PÔSTER ATÉ 15/03/2018

www.figo2018.org

facebook.com/figocongress

PROMOVIDO POR FIGO

APOIO febrasgo

Llíria
Sagunto
Burjassot
Valencia
Torrent
Golfo de
Valencia
Sueca

A tradição espanhola pelo chèf goiano

Quem já provou a receita de paella deste colega, sempre pede olé, ou melhor, bis!

O sobrenome veio da Itália, mas a atração pela paella atravessou o Mar do Mediterrâneo e se dirigiu para o leste da Espanha onde atracou em Sevilha, região símbolo desta iguaria.

Nascido em Anápolis (GO), o Dr. Maurício Guilherme de Campos Viggiano é o entrevistado nessa seção. Formado em 1967 pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil no Rio de Janeiro (atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro), hoje ele é responsável pelo Centro de Referência em DTG (Doença Trofoblástica Gestacional) em Goiás e Diretor Técnico dos Recursos e Serviços Próprios II da Unimed Goiânia.

A paixão por cozinhar começou na infância, e pela paella, bem mais tarde enquanto desempenhava funções de diretor em maternidades, como a Nossa Senhora de Lourdes e a Dona Iris, ou em hospitais, como o Geral de Goiânia e o Materno Infantil, todos na capital de Goiás.

"Fui aprimorando a prática de cozinheiro entre amigos e os colegas. A paella é um prato muito saboroso, que agrada gregos e troianos. Fiquei apaixonado de vez quando visitei Sevilha e experimentei a versão local, um clássico apresentado por Magdalena Paellas, proprietária de um conhecido restaurante desta cidade. Como tenho sangue italiano, que aprecia uma boa gastronomia e um bom vinho, achei este prato sob medida para meu paladar", comenta.

A vida acadêmica como Chefe do Departamento de GO pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e Professor Assistente não interferiu nas suas experiências culinárias. "Embora as versões das paellas portuguesa e caipira serem boas, minha preferência continua sendo a vallenciana – é a mais completa e saborosa, inclusive para os meus amigos e convidados...", conclui, com um sorriso nos lábios!

Por que se interessou pela gastronomia?

Desde cedo, gostava muito de ver e aprender receitas pela TV. Anotava em um caderno e mais tarde repetia o aprendizado. Verifiquei que dava para o negócio. Não mais copiava as receitas. Apenas via e já sabia fazer. Achei prazeroso cozinhar, pois sempre reunia pessoas em volta, e logo estávamos com uma comida boa para todos. Comecei a fazer Cursos de Enologia, visitar vinícolas na Argentina, Chile, Uruguai, França e Brasil. Muito aprendizado. Há algum tempo, fundamos a Confraria Viggiano e Vinho, com 7 casais que se reúnem 1 vez por mês para degustar a paella e outros pratos.

A paella é um prato que reúne amigos, como se fosse uma feijoada no Brasil?

Não tenho dúvidas disso. Sempre há amigos, parentes, em torno de uma paella. O admirável é reunir desde o início, com todos presenciando a "construção" do prato. A paellera (panela) deve ser grande e cada cozimento deve ser apreciado pelos convidados. Eles vão acompanhando tudo, e tomando um vinho branco para harmonizar adequadamente com os ingredientes.

Qual é a sua receita?

Gosto da paella valenciana, que é composta de camarão, mexilhão, lula, filé de porco, sobrecoxa de frango, linguiça de porco, vagem, ervilha, pimenta dedo de moça e decorada com camarões graúdos ou lagostim e fatias de pimentão amarelo e vermelho. Arroz parboilizado. Azeite de oliva de qualidade.

Qual o principal segredo culinário?

O principal momento de uma boa paella é o cozimento dos frutos do mar e das carnes. Cada ingrediente precisar estar no ponto ideal, para depois misturar com o arroz e os vegetais. Não é uma tarefa fácil, pois exige muita observação, paciência e *feeling* para saber a hora exata do cozimento.

E para acompanhar o prato?

Um Chablis, vinho branco. Perfeito!
Como sobremesa, um figo maduro com sorvete e calda de nozes.

Como goiano, incorpora algum ingrediente?

Nada. Já ouvi falar de colocar raspas de pequi*. Não me atrevo a mexer nesta fórmula infalível.

Conte um caso pitoresco durante seus encontros culinários

Fui convidado, junto com outro colega médico, para fazermos o jantar na casa de amigos. Ele fez uma comida francesa; eu, a paella. Mas, como fomos conversando, conversando, e tomando excelentes vinhos que, lá pelas tantas, quase não conseguíamos terminar os pratos!!! Foi muito engraçado. Mas deu tudo certo. Ninguém passou fome!

Há semelhanças entre cozinhar a paella e ser GO?

Há uma muito importante: ambas necessitam de gostar de gente, ter o prazer de participar da mesma alegria.

Qual o recado para seus colegas de Femina®?

Para ser um bom médico, precisamos apenas de duas coisas: saber pensar e gostar de gente. Até a próxima paellada!

**Fruto típico do sertão brasileiro, com sabor acentuado. Seu caroço possui muitos espinhos. Arroz com pequi é um prato muito apreciado no centro-oeste do país.*

RECEITA DO NOSSO CHÈF

1. Coloque 2 unidades de cabeça de alho grande para dourar no azeite.
2. Acrescente os frangos temperados, carne de porco e linguiça.
3. Cozinhe até dourar.
4. Reserve o frango e a carne de porco e a linguiça
5. Em uma panela à parte, cozinhe o mexilhão com casca e o camarão grande (coloque um copo de cerveja na água para tirar o cheiro de maresia).
6. Coloque a metade dos alhos para dourar no azeite.
7. Acrescente as lulas e cozinhe até dourar.
8. Acrescente o polvo, frango, carne de porco, linguiça e o mexilhão.
9. Acrescente água do camarão ou caldo de peixe até cobrir os ingredientes.
10. Acrescentar o tomate e o pimentão picados.
11. Deixar ferver até pegar gosto e ficar suculento.
12. Colocar água fria (3 de água para 1 de arroz) e açafrão.
13. Colocar o arroz (parbolizado).
14. Espalhar o camarão médio.
15. Enfeitar a gosto (camarões grandes inteiros ou lagostim até ficarem avermelhados).
16. É só servir!

UMA TRADIÇÃO FEITA A FERRO E FOGO. E MUITO ARROZ.

A paella é o prato típico da Valência, consumida tradicionalmente pelos espanhóis em datas festivas (casamentos, batizados, feriados etc), cozinhada, de preferência, por homens, ao ar livre.

Etimologicamente, paella significa uma panela redonda com alças grandes, na qual se cozinha o arroz com vários ingredientes (o correto da receita seria "arroz em paella"). Um ditado espanhol diz que uma boa paella pode levar emoção ou desastre aos convidados (e aos cozinheiros!).

A receita surgiu nos séculos XV e XVI nesta região, que ainda mantém diversos arrozais e grande produção de verduras frescas. Histórias não faltam para contar suas origens.

A mais antiga vem dos dominadores romanos. Eles preparavam as refeições para os soldados com arroz e outros ingredientes numa enorme panela redonda, ampla e rasa (paella), resultando num cozimento homogêneo. Outra versão diz respeito aos camponeses. Ele preparavam esta iguaria às esposas no final de semana quando retornaram aos seus lares (daí a denominação paellas como "para elas").

Para manter a tradição deste prato típico (no qual não consta o uso de lula ou camarões, que foi inserido em cidades litorâneas de Valencia), desde 2015 foi criada a associação Wikipaella que preserva a receita tradicional (arroz, açafrão, cenoura, pedaços de frango e coelho) - https://www.facebook.com/wikipaella

Fontes:
1. http://www.exteriores.gob.es/Embajadas/VIENA/es/Noticias/Paginas/Articulos/NOT01_2015_03092015.aspx
2. https://www.20minutos.es/noticia/2065049/0/paella-receta/wikipaella-web/valencia/
3. http://www.cozinhatradicional.com/paella-valenciana-espanha/

Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais

Performance of physiotherapy in sexual dysfunctions

Dulcegleika Villas Boas Sartori[1]
Carolina Oliveira[2]
Érika Zambrano Tanaka[3]
Larissa Ribeiro Ferreira[1]

RESUMO

As disfunções sexuais femininas (DSFs) são consideradas um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A disfunção sexual na mulher pode influenciar sua saúde física e mental. Dentre os transtornos sexuais femininos, os mais evidentes são vaginismo e dispareunia. O vaginismo é a dificuldade de relaxamento da musculatura vaginal no momento da relação, e a dispareunia é definida como dor recorrente ou persistente associada à relação sexual. Assim, o objetivo desta revisão foi identificar as principais disfunções sexuais e verificar as intervenções da fisioterapia nas mesmas por meio de uma revisão da literatura. Foram encontrados artigos científicos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas bases de dados Scielo e Pubmed. Os artigos analisados relatam o impacto negativo na vida das mulheres e mostram que a fisioterapia possui inúmeras técnicas para o tratamento dessas disfunções. Na busca inicial para a realização desta revisão integrativa, foram encontradas 28 publicações nas bases de dados Scielo e Pubmed. A maioria dos estudos analisados nesta revisão mostrou que a fisioterapia tem contribuído significantemente para a melhora da função sexual nas mulheres Os recursos utilizados pela Fisioterapia são: Cinesioterapia, Eletroestimulação, Ginástica Hipopressiva, Biofeedback, Cones Vaginais e Terapia Manual. A não padronização dos tratamentos dificulta concluir a melhor terapia, porém todos os estudos apresentaram melhora ou cura dos sintomas associados às disfunções sexuais, demonstrando os benefícios da fisioterapia.

Descritores:
Disfunções sexuais;
Fisioterapia;
Dor;
Vaginismo;
Dispareunia

ABSTRACT

Female sexual dysfunction (FSD) is considered a public health issue by the World Health Organization (WHO). Sexual dysfunction in women can influence their physical and mental health. Among the female sexual disorders, vaginismus and dyspareunia are the most evident. Vaginismus is the difficulty in relaxing the vaginal muscles during sexual relations and dyspareunia is defined as a persistent or recurrent pain associated with sexual intercourse. The purpose of this review was to verify the effectiveness of physical therapy treatments in female sexual dysfunction, through an literature review. The databases searched were PubMed and SciELO. 28 studies were found in English, Portuguese and Spanish. The analyzed articles report the negative impact of sexual dysfunction in women's lives and show that physical therapy has numerous techniques for treating such disorders. Most of the analyzed studies show a significant contribution of physical therapy to improve sexual function in women through resources such as kinesiotherapy, electrostimulation, hypopressive exercises, biofeedback, vaginal cones and manual therapy. The lack of standardization of treatments makes it difficult to conclude what the best therapy in the treatment of female sexual dysfunction is. However, all studies showed improvement or cure of the symptoms associated with sexual dysfunction, demonstrating the benefits of physical therapy in this condition.

Keywords:
Sexual dysfunctions;
Physical therapy;
Pain;
Vaginismus;
Dyspareunia

1. Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil. **2.** Faculdade Inspirar, Londrina, PR, Brasil. **3.** Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. **Autora correspondente:** Érika Zambrano Tanaka. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 13083-887, Cidade Universitária, Campinas, SP, Brasil/eztanaka@unicamp.br. **Data de Submissão:** 22/03/2017. **Data de Aprovação:** 26/06/2017.

INTRODUÇÃO

Segundo Basson (2004), em Consenso Internacional, foram realizadas revisões das classificações adotadas para as DSFs (disfunções sexuais femininas). São elas: transtorno de desejo / interesse sexual; transtorno de excitação sexual; transtorno orgásmico; transtorno da aversão sexual; dispareunia e vaginismo.[1]

O vaginismo é a dificuldade ou impossibilidade de penetração de qualquer objeto, dedo ou do pênis na vagina. [2,3]

A dispareunia é definida como dor recorrente ou persistente associada à relação sexual gerada por alterações físicas ou psicológicas. Esta afecção pode levar a uma diminuição do desejo sexual ou até a falta de interesse. Pode ainda interferir de forma negativa na rotina dos cuidados com a saúde.[4,5]

As DSFs são consideradas um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A disfunção sexual é classificada como disfunção no desejo/excitação sexual, disfunção do orgasmo e dor genitopélvica.[6]

A disfunção sexual na mulher pode influenciar sua saúde física e mental resultando em dificuldades pessoais e interpessoais, levando à diminuição da qualidade de vida. Dentre os recursos terapêuticos para o tratamento do vaginismo e dispareunia, a fisioterapia tem se mostrado efetiva em associação com outras medidas terapêuticas.[2]

A atuação da fisioterapia no tratamento das DSFs tem como objetivo melhorar flexibilidades da musculatura do assoalho pélvico (AP) levando ao alívio da dor pélvica e/ou abdominal. Diversas terapêuticas são utilizadas entre elas, como: Cinesioterapia, Eletroestimulação, Ginástica Hipopressiva, Biofeedback, Cones Vaginais e Terapia Manual. Diante desses inúmeros recursos, torna-se necessária a busca por evidências científicas para, posteriormente, determinar as condutas a serem utilizadas no processo de redução de tais queixas.[2,7]

O objetivo deste trabalho foi verificar os resultados de revisões da literatura sobre a efetividade do tratamento fisioterapêutico da dor genitopélvica de penetração (dispareunia e vaginismo).

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura, que foi norteada por 6 etapas: definição do tema e seleção da questão de pesquisa (os tratamentos fisioterapêuticos são eficazes nas disfunções sexuais femininas?); estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.[8]

A investigação foi realizada nas bases eletrônicas de dados Scielo (www.scielo.org) e Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). As revisões incluídas sobre o tema foram aquelas publicadas na língua portuguesa; estudos com outros desenhos e diferentes de revisões foram incluídos para introduzir e discutir o tema. Como critério de inclusão, também revisões da literatura de livre acesso disponíveis na íntegra, publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, espanhol e inglês, que discutiam a metodologia e os resultados do tratamento fisioterapêutico na disfunção sexual feminina, publicados no período de 2006 a 2016.

A coleta de dados ocorreu de março a julho de 2016. Foram selecionados os seguintes descritores: vaginismo, dispareunia, disfunções sexuais, desejo sexual, excitação, anorgasmia e fisioterapia, todos incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): vaginismus (vaginismo), dyspareunia (dispareunia), sexual dysfunction (disfunção sexual), sexual desire (desejo sexual), arousal (excitação), anorgasmia physical-therapy (fisioterapia).

Foram realizados cruzamentos, por meio do operador booleano *AND*, a saber: vaginismo *AND* dispareunia; disfunções sexuais *AND* fisioterapia, vaginismo *AND* fisioterapia, dispareunia *AND* fisioterapia, conforme apresentado na tabela 1. Os resultados obtidos serão explicitados na próxima seção.

RESULTADOS

Na busca inicial para a realização desta revisão integrativa, foram encontradas 39 publicações nas bases de dados Scielo e Pubmed, sendo que 14 publicações foram en-

contradas em ambas as bases (tabela 1). Todos os artigos analisados relataram que as disfunções sexuais femininas causam um impacto negativo na qualidade de vida dessas mulheres.

Tabela 1. Publicações encontradas após o cruzamento dos descritores do estudo, por meio do operador booleano AND (as diferentes bases de dados, por vezes, apresentaram o mesmo artigo).

Descritores	Scielo	Pubmed	Total
Dyspareunia AND vaginismus	5	4	9
Dyspareunia AND Physiotherapy	5	3	8
Vaginismus AND Physiotherapy	10	1	11
Sexual disfuntion AND Physiotherapy	10	1	11
Total	30	9	39

Em relação às intervenções fisioterapêuticas, apenas 23 publicações contemplavam a temática, sendo que os recursos utilizados foram: Cinesioterapia, Eletroestimulação, Ginástica Hipopressiva, Biofeedback, Cones Vaginais e Terapia Manual.

Das 23 produções iniciais, constituíram o resultado final deste trabalho 8 publicações, que atenderam a todos os critérios de inclusão, estando disponíveis nas seguintes bases de dados: Scielo e Pubmed. Foram excluídas 15 publicações, sendo que 12 não contemplavam a temática do estudo e três não responderam à questão norteadora do estudo.

No primeiro estudo, Mesquita e Carboni (2015) realizaram uma revisão de literatura cientifica integrativa buscando, nas publicações, condutas fisioterapêuticas nas disfunções sexuais; o mesmo relata que a fisioterapia atua nas disfunções sexuais utilizando variados recursos que abrangem a cinesioterapia, percepção corporal, educação comportamental, exercícios sexuais, biofeedback, massagem perineal, dessensibilização vaginal, dilatadores vaginais e eletroterapia.[9]

Maia *et al.* (2013) realizaram uma revisão de literatura no qual mostraram que a intervenção fisioterapêutica e os seus recursos resultaram em benefícios satisfatórios. O estudo apontou as disfunções do assoalho pélvico nas profissionais do sexo e abordou a importância do tratamento e dos exercícios fisioterapêuticos para estas profissionais.[10]

Montalti *et al.* (2012) e Wolpe *et al.* (2015) indicaram que os tratamentos fisioterapêuticos, tais como cinesioterapia, eletroterapia, terapia manual, assim como a combinação destas, mostraram-se efetivos, na maioria das vezes, nos tratamentos das DSFs.[7,11] Já Franceschini, Scarlato e Cisi (2010) relataram, por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, as principais DFSs. São elas: 17% anorgasmia, 8% a estenose vaginal, dispareunia e vaginismo, e 59% abordavam mais de uma disfunção sexual. O mesmo relata que os recursos mais citados utilizados pela fisioterapia foram o uso de dilatadores vaginais e digitopressão para estenose vaginal; e a eletroestimulação, a cinesioterapia e a terapia manual para o tratamento da anorgasmia, do vaginismo e da dispareunia.[12]

Delgado, Ferreira e Sousa (2015) realizaram uma revisão sistemática de literatura de forma qualitativa. Nesse estudo, os autores investigam quais recursos fisioterapêuticos são utilizados nos tratamentos destas disfunções. Pode-se constatar que a fisioterapia dispõe de diversos recursos, dentre eles, destacam-se cinesioterapia, eletroestimulação, biofeedback, cones vaginais e terapias manuais (quadro 1).[3]

DISCUSSÃO

As disfunções sexuais femininas (DSFs) são consideradas um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS. Uma das terapêuticas utilizadas para atuar nessas disfunções é a fisioterapia, que possui um arsenal de técnicas para o tratamento dessas disfunções.

A grande maioria dos estudos analisados nesta revisão demonstra que a intervenção fisioterapêutica tem contribuído de forma significativa para a melhora da função sexual em mulheres.

Na investigação de quais recursos fisioterapêuticos são utilizados nos tratamentos das disfunções sexuais, Fran-

Quadro 1. Sinopse dos principais resultados encontrados nas publicações selecionadas entre 2006 e 2016, que respondiam à questão norteadora deste estudo.

Ano	Autores	Objetivo do estudo	Metodologia	Conclusão
2015	Mesquita, R.L.; Carbone, E.S.M.[9]	Investigar o tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais em mulheres após tratamento de câncer ginecológico e de mama.	Estudo de Revisão da Literatura	A fisioterapia pode melhorar a função sexual e do assoalho pélvico, promovendo aumento da lubrificação e desejo sexual, além de melhora da libido, excitação, desejo, inatividade sexual e redução da dor.
2013	Maia, F.E.S. *et al.*[10]	Apontar as possíveis disfunções na musculatura pélvica das profissionais do sexo e o tratamento fisioterapêutico para estas, a partir de uma revisão literária.	Estudo de Revisão da Literatura	A fisioterapia proporciona resultados satisfatórios às profissionais do sexo. O tratamento fisioterapêutico resulta na melhoria das disfunções do assoalho pélvico, resultando ainda na melhora da circulação sanguínea, lubrificação vaginal, excitação e orgasmo.
2012	Montalti, C.S. *et al.*[11]	Avaliar a atuação e os parâmetros das correntes eletroterapêuticas utilizadas no tratamento das disfunções sexuais femininas.	Estudo de Revisão Sistemática	Foram observados diferentes parâmetros e tipos de correntes descritos na literatura. No entanto, todos os estudos apresentaram melhora ou cura dos sintomas associados às disfunções sexuais, demonstrando os benefícios dessa técnica.
2010	Franceschini, J.; Scarlato, A.; CISI, M.C.[12]	Identificar as principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer do colo uterino e verificar as intervenções da fisioterapia nas mesmas.	Estudo de Revisão da Literatura	A atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais é importante e traz resultados positivos. Os recursos mais citados foram a eletroestimulação, cinesioterapia e terapia manual.
2015	Wolpe, R.E. *et al.*[7]	Revisar sistematicamente a literatura sobre as diferentes técnicas de fisioterapia utilizadas no tratamento das disfunções sexuais femininas.	Estudo de Revisão Sistemática	Os resultados indicam que os tratamentos fisioterapêuticos, tais como cinesioterapia, eletroterapia, terapia manual, assim como a combinação destas, mostraram-se efetivos na maioria das vezes nos tratamentos das disfunções sexuais femininas.
2015	Delgado, A.M.; Ferreira, I.S.V.; Sousa, M.A.[3]	Investigar quais recursos fisioterapêuticos são utilizados nos tratamentos das disfunções sexuais femininas.	Estudo de Revisão Sistemática	Foram observadas várias técnicas fisioterapêuticas para o tratamento de algumas disfunções sexuais, e com resultados satisfatórios em função de estarem baseados na reeducação perineal. Destacam-se a cinesioterapia, eletroestimulação, biofeedback, terapia manual e cones vaginais.
2011	Mendonça C. R.; Amaral W.N.[13]	Realizar um levantamento bibliográfico sobre o papel da fisioterapia no tratamento da disfunção sexual feminina.	Estudo de Revisão da Literatura	O fisioterapeuta atuante na área da saúde da mulher tem papel importante na prevenção, avaliação e tratamento das disfunções sexuais femininas, assim como conscientizar as pacientes do papel importante da fisioterapia nessa disfunção.
2013	Moreira R.L.B.D.[14]	Trazer à luz conceitos e tratamentos do vaginismo.	Estudo de Revisão da Literatura	A proposta fisioterapêutica e eletroestimulação tem demonstrado bons resultados no tratamento do vaginismo.

ceschini, Scarlato e Cisi (2010) e Delgado, Ferreira e Sousa (2015) concordam que o uso da cinesioterapia do AP, eletroestimulação, terapia manual e uso de dilatadores vaginais são eficazes para o tratamento dessa condição.[3,12]

A fisioterapia por meio de cinesioterapia para os músculos do AP e biofeedback são terapêuticas que demonstram bons resultados quanto à melhora da função sexual.[12] Segundo Mesquita e Carbone, essas duas modalidades terapêuticas atuam na normalização do tônus, otimização da vascularização local, dessensibilização, melhora da propriocepção e do desempenho muscular.[9]

Para Wolpe *et al.* (2015), o treinamento da musculatura do AP é uma terapia vantajosa devido à facilidade de aplicação, baixo custo, fácil aprendizagem e promoção de resultados duradouros em um curto período de tempo. Piassaroli *et al.* (2010) realizaram um estudo com 26 mulheres com objetivo de avaliar o efeito do treinamento dos músculos do AP nas disfunções sexuais femininas. Como resultado houve melhora na força muscular do AP, amplitude da contração que foi avaliada por meio de eletromiografia, assim como melhora na função sexual das mulheres avaliadas. Fortunado *et al.* (2010) afirmam ainda que, por meio de seu estudo, a força dos músculos superficiais do assoalho pélvico correlaciona-se positivamente com a satisfação sexual. Tais estudos reforçam a importância do treinamento dos músculos do AP no tratamento da disfunção sexual.[7,15,16]

O uso da eletroterapia para o tratamento das disfunções sexuais foi estudado por Montalti e colaboradores (2012). Diferentes protocolos eletroterapêuticos foram encontrados, todos sugerindo efeitos benéficos para o tratamento de disfunções sexuais. O uso do TENS foi mais evidenciado para o tratamento de dispareunia e vaginismo, já o FES foi mais utilizado para o fortalecimento da musculatura do AP. Um estudo realizado por Mira (2015) objetivou verificar a eficácia do tratamento com TENS na dor pélvica e dispareunia em mulheres com endometriose e encontrou efetividade dessa modalidade para o tratamento nessas condições, concordando com Montalti e colaboradores (2012) quanto ao uso do TENS para o tratamento da dispareunia.[11,17]

Quanto ao tratamento do vaginismo, Aveiro, Garcia e Driussso (2009), em um tentativa de revisão sistemática, encontraram apenas 3 estudos, resultando numa revisão literária em que foram encontrados os seguintes tratamentos: dessensibilização por dilatadores de silicone, terapia sexual cognitiva comportamental associada à estimulação elétrica funcional e terapia sexual, segundo a proposta de Masters e Johnson; apesar da boa resposta ao tratamento nos três estudos, não foram encontradas evidências consistentes para confirmar a efetividade de tratamentos fisioterapêuticos satisfatórios no vaginismo.[2]

Por outro lado, Mendonça e Amaral (2011) encontraram boa efetividade de tratamentos como dessensibilização progressiva por dilatadores vaginais ou mesmo o uso dos dedos e gel, biofeedback, eletroestimulação com FES ou TENS, cinesioterapia dos músculos do AP no tratamento do vaginismo e dispareunia.[13]

O uso de dilatadores vaginais também tem sido proposto por Cavalheira e Gomes (2010), assim como o uso de relaxamento por meio de técnicas manuais e cinesioterapia dos músculos do AP para o tratamento do vaginismo. Os autores ressaltam ainda a importância do tratamento multidisciplinar para as disfunções sexuais.[18]

Outra técnica encontrada na literatura foi a massagem perineal de Thiele. Silva *et al.* (2017), em seu estudo com 18 mulheres diagnosticadas com dispareunia provocada pela tensão dos músculos do AP, observaram o alívio da dor a longo prazo, mostrando a eficácia desta técnica.[19]

Moreira (2013) discute conceitos e tratamentos do vaginismo. Relata que aparelhos de eletroestimulação e biofeedback têm sido propostos como coadjuvantes ou isoladamente como tratamento para vaginismo, proporcionando relaxamento e adequação da condição tônicas e tróficas dos músculos do AP.[14]

CONCLUSÃO

Foram observadas diferentes terapêuticas descritos na literatura, entre elas, a cinesioterapia, eletroestimulação, ginástica hipopressiva, biofeedback, cones vaginais e terapia manual. A falta de padronização dos tratamentos das disfunções sexuais femininas dificulta concluir a melhor terapia. No entanto, todos os estudos apresentaram melhora dos sintomas associados às disfunções sexuais, demonstrando os benefícios da fisioterapia. Ainda assim, são necessários mais ensaios controlados.

REFERÊNCIAS

1. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med. 2004;1(1):24-34.
2. Aveiro MC, Garcia APU, Driusso P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. Fisioterapia e Pesquisa. 2009; 16(3): 279-83
3. Delgado AM, Ferreira ISVF, Souza MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais feminina. Catussaba, 2014; 4(1).
4. Sperandio FF, Sacomori C, Porto IP, Cardoso FL. Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2016; 16(1).
5. Leneers B, Hengartner MP, Ajdacic-Gross, Rossler W, Angst J. Dyspareunia in the context of psychopathology, personality traits, and coping resources: Results from a prospective longitudinal cohort study from age 30 to 50. Arch Sex Behav. 2015; 44:1551-60.
6. Davila GW. Introduction to the 2008 IUGA Sexual Dysfunction in Women Round table. Int Urogynecol. 2009; 20(1):
7. Wolpe RE, Toriy AM, Silva FP, Zomkowski K, Sperandio FF. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. Acta Fisiatr. 2015; 22(2):87-92.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
9. Mesquita RL, Carbone ESM. Tratamento Fisioterapêutico nas Disfunções Sexuais em Mulheres após Tratamento de Câncer Ginecológico e de Câncer de Mama: Uma Revisão de Literatura.RevFisioter S Fun. 2015; 4(2):32-40.
10. Maia FES, Moura ELR, Madeiros EC, Pinto AGKO, Carvalho RRP, Silva SAL, Batista SP. Os benefícios da fisioterapia ginecológica para as profissionais do sexo: Uma revisão de literatura. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba. 2013; 15(4):95-9.
11. Montaldi CS, Santos NF, Kasawara KT, Marques AA, Ferreira NO. Eletroterapia aplicada as disfunções sexuais femininas: Revisão sistemática. Fisioterapia Brasil. 2012; 13(6).
12. Franceschini J, Scarlato A, Cisi MC. Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; 56(4):501-6.
13. Mendonca CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura.Femina. 2011; 39(3).
14. Moreira. RLBD. Vaginismo.Rev Med Minas Gerais. 2013; 23(3):336-42.
15. Piasaroli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(5):234-40.
16. Fortunato GL, Aliberte PI, Angelin ECN, Gruber CR. Correlação entre a força muscular do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. Cadernos da escola de Saúde. 2014; 6(1):143-58.
17. Mira TAA. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no tratamento complementar da dor em mulheres com endometriose profunda. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp. Campinas. São Paulo. 2015
18. Cavalheira AA, Allen-gomes F. A disfunção sexual na mulher. In: Oliveira CF, editor. Manual de ginecologia. Coimbra: HUC, 2011.
19. Silva AP, Montenegro ML, Gurian MB, Mitidieri AM, Lara LA, Poli-Neto OB, Rosa E Silva JC. Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017; Jan;39(1):26-30.

Epilepsy in pregnancy

Epilepsia na gravidez

Carlos Antonio Barbosa Montenegro[1]
Cristos Pritsivelis[1]
Jorge de Rezende-Filho[1]

RESUMO

As epilepsias constituem uma das mais frequentes condições neurológicas encontradas na gravidez, ocorrendo entre 0,5% e 1% das gestações. O risco de morte materna está aumentado em 10 vezes nas grávidas epilépticas. Na gestante, o diagnóstico adequado é fundamental, já que deve ser afastada a possibilidade de se tratar de crise de eclâmpsia, doença exclusiva do período gravídico-puerperal. A preocupação materna quanto aos efeitos adversos (malformações) das drogas antiepilépticas no bebê pode levar à descontinuação ou redução da dose do medicamento, aumentando o risco de convulsão ou de morte súbita e inesperada na epilepsia (SUDEP). Nesta revisão foi dada atenção única e exclusiva às recomendações do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Descritores:
Epilepsia;
Gravidez;
Morte materna

ABSTRACT

Epilepsiy is one of the most frequent neurological conditions found in pregnancy, occurring in 0.5 to 1% of pregnancies. The maternal death risk is increased 10-fold in epileptic pregnancies. In pregnant women, its adequate diagnosis is essential, since eclampsia is a differential diagnosis, which is disease exclusive to the pregnancy-puerperal period. Maternal concerns about the adverse effects (malformations) of antiepileptic drugs in the infant may lead to the discontinuation or reduction of the drug dose, increasing the risk of seizure or sudden and unexpected death in epilepsy (SUDEP). In this review exclusive attention was given to the recommendations of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Keywords:
Epilepsy;
Pregnancy;
Maternal death

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Autor correspondente:** Cristos Pritsivelis. Rua das Laranjeiras 180, 22240-000, Rio de Janeiro, RJ, Brasil/cristos@me.ufrj.br. **Data de Submissão:** 18/07/2017. **Data de Aprovação:** 05/12/2017.

INTRODUÇÃO

As epilepsias constituem uma das mais frequentes condições neurológicas encontradas na gravidez, ocorrendo entre 0,5% e 1% das gestações. O risco de morte materna está aumentado em 10 vezes nas grávidas epiléticas. Antiga e útil é a subdivisão de epilepsia em dois grupos: secundária e essencial. A secundária geralmente está relacionada a foco lesional (tumores, hematomas), e, por vezes, passível de tratamento cirúrgico. A essencial ou primária, também conhecida como criptogenética, é resultante da disfunção paroxística de determinadas estruturas do sistema nervoso central, em especial do formato reticularis.[1,2]

Em face de paciente com crises convulsivas, a conduta clínica deve ser a seguinte,[1,2] com anamnese rigorosa, indagando a doente e seus familiares sobre os pormenores das crises: de quanto tempo datam, como se iniciam, sua exteriorização, a evolução, a duração, o término, os eventuais pródromos, os sintomas associados, o periodismo, as manifestações interacessuais. Exame neurológico apurado, procurando desvendar eventual alteração do sistema nervoso; seguir-se-á completa investigação clínica.

Exames complementares pertinentes: eletroencefalograma, tomografia computadorizada (TC), SPECT e ressonância magnética (RM) do crânio.[3] Cabe salientar que essa investigação deverá ser feita por médico neurologista, acompanhada em paralelo pelo médico obstetra assistente. Em cerca de 25% dos casos de epilepsias, o eletroencefalograma poderá ter resultado normal nos períodos intercríticos, mesmo após a sensibilização da paciente.[2]

O risco de malformação com a monoterapia com a lamotrigina é baixo (1,8% a 3,0%) quando comparado ao do valproato ou ao do fenobarbital.[2] As taxas de hemorragia neonatal estão aumentadas nos fetos expostos *in utero* a drogas antiepilépticas (fenintoína, carbamazepina, valproato, fenobarbital). A exposição ao valproato de sódio e potencialmente a outras drogas antiepilépticas também apresenta efeitos adversos no neurodesenvolvimento neonatal. A preocupação materna quanto aos efeitos adversos das drogas antiepilépticas no bebê pode levar à descontinuação ou redução da dose do medicamento, aumentando o risco de convulsão ou de morte súbita e inesperada na epilepsia (SUDEP).[1]

RECOMENDAÇÕES DO ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG, 2016)[1]

Diagnóstico da epilepsia

O diagnóstico da epilepsia deve ser feito habitualmente pelo neurologista. Mulheres com história de epilepsia que não são consideradas de alto-risco para desenvolverem convulsão não provocada devem ser consideradas de baixo-risco. Mulheres que permanecem livres de convulsão por, no mínimo, 10 anos (com os últimos 5 anos sem drogas antiepilépticas) e aquelas com a síndrome epiléptica na infância e que alcançaram a vida adulta sem convulsão e tratamento, não são mais consideradas epilépticas.

As manifestações da epilepsia são muito variadas. A classificação da síndrome epiléptica é necessária para escolher a droga antiepiléptica apropriada, determinar o prognóstico na gravidez e identificar e prevenir os fatores que agravam a convulsão. Os mais comuns tipos de epilepsia na gravidez são:

- Convulsões tônico-clônicas generalizadas (antigo grande mal);
- Ausência;
- Epilepsia mioclônica juvenil, e
- Convulsões focais (antigo pequeno mal).

As convulsões tônico-clônicas consistem na perda da consciência, seguida por rigidez muscular e movimentos rítmicos em todo o corpo. A ausência é caracterizada pela perda da consciência que geralmente é breve e sem movimentos musculares. A epilepsia mioclônica juvenil surge normalmente na adolescência e consiste em movimentos involuntários nas extremidades e possivelmente no resto do corpo, em geral sem perda da consciência, podendo se associar com convulsões tônico-clônicas. Já as convulsões focais são ocasionadas por alterações em áreas específicas do cérebro, com movimentos localizados e sem perda da consciência.

Convulsões tônico-clônicas incontroladas são os maiores fetores de risco para SUDEP

Modalidades de imagem como a RM e a TC são consideradas seguras na gravidez para avaliar mulheres com convulsões. O risco de uma única exposicão é mínimo.

Caso haja dúvida se a convulsão é decorrente da epilepsia ou da eclâmpsia, o sulfato de magnésio, que é a droga de escolha para a convulsão eclâmptica, deve ser administrado até que o diagnóstico definitivo seja feito. Diagnósticos diferenciais para a convulsão na gravidez incluem a trombose do seio venoso cerebral, leucoencefalopatia reversível posterior, lesões intracranianas ocupando espaço, hipoglicemia. Esses diagnósticos podem ser realizados com adequada avaliação de métodos de imagem já citados, dados clínicos e laboratoriais.

Aconselhamento pré-concepcional

Mulheres com epilepsia que estejam planejando engravidar devem ter um clínico competente para conduzir a doença. Mulheres com epilepsia devem ser aconselhadas que a maioria delas têm bebês normais e saudáveis e o risco de malformações congênitas é baixo se elas não forem expostas no período periconcepcional. As mulheres devem ser informadas que o risco de malformação congênita é dependente do tipo, número e dose da droga antiepiléptica. Em mulheres com epilepsia na gravidez não expostas às drogas anti-epiléticas, a incidência de malformações congênitas maiores é similar à da população geral.

O risco de malformações congênitas maiores é dependente do tipo, número e dose das drogas antiepilépticas. Entre as drogas antiepilépticas, a monoterapia com a lamotrigina ou com a carbamazepina, em doses baixas, é o esquema que apresenta os menores riscos de malformações congênitas maiores. As mais comuns malformações congênitas maiores associadas às drogas antiepilépticas são os defeitos do tubo neural (DTN), cardíacas, tracto urinário, esqueléticas e fenda palatina.[1] O valproato de sódio está associado aos DTN, fenda facial e hipospádia; o fenobarbital e a fenintoína com as malformações cardíacas; a fenintoína e a carbamazepina com a fenda palatina.

Mulheres com epilepsia devem ser informadas acerca de possíveis efeitos adversos no neurodesenvolvimento do neonato após sua exposição *in utero* ao valproato de sódio. Baseada em evidência limitada, a exposição *in utero* à carbamazepina e à lamotrigina não parece afetar o neurodesenvolvimento do recém-nascido. Há pouca evidência para a fentoína.

Todas as mulheres com epilepsia devem ser avisadas para tomar ácido fólico antes da gravidez e continuar até, no mínimo, o fim do primeiro trimestre, afim de reduzir a incidência de malformações congênitas maiores. A dosagem de ácido fólico recomendada pelo RCOG é de 5mg por dia. A FEBRASGO, assim como outras sociedades médicas, recomenda a dosagem de 4mg por dia. A dose efetiva mais baixa da mais apropriada droga antiepiléptica deve ser utilizada.

A exposição ao valproato de sódio e a outra politerapia com droga antiepiléptica deve ser minimizada pela mudança da medicação antes da gravidez. Mulheres com epilepsia devem ser informadas de que 2/3 não terão convulsão na gravidez. Mulheres grávidas que experimentaram convulsões um ano antes da gravidez necessitam de monitoração rigorosa da sua epilepsia.

Conduta anteparto

Grávidas com doença epiléptica devem ter acesso à assistência pré-natal regular e a uma equipe especializada em epilepsia. O ultrassom morfológico (segundo trimestre) pode identificar os defeitos cardíacos maiores e os DTN. O médico deve saber dos riscos obstétricos pequenos, mas significantes das mulheres com doença epiléptica e daquelas expostas às drogas antiepilépticas. Os principais riscos na gravidez são: abortamento, hemorragia anteparto, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, parto pré-termo.[3]

Ultrassons seriados devem ser solicitados para avaliar o crecimento fetal e diagnosticar os bebês pequenos para a idade gestacional (PIG). Não há indicação para a monitoração fetal anteparto de rotina com a cardiotocografia em mulheres com doença epiléptica tomando drogas antiepilépticas. A todos os bebês nascidos de mulheres com doença epiléptica tomando drogas antiepilépticas enzima-indutoras deve ser oferecido 1 mg intramuscular de vitamina K para prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido. Eis as principais drogas antiepilépticas enzima-indutoras: carbamazepina, fentoína, fenobarbital, oxcarbazepina. Mulheres com doença epiléptica devem ser informadas que a maioria terá parto normal. O diagnóstico de epilepsia *per se* não é indicação para a cesárea planejada ou a indução do parto.

Cuidados intraparto

Mulheres grávidas com doença epiléptica devem ser aconselhadas de que o risco de convulsão no parto é pequeno. A analgesia adequada deve ser providenciada

para minimizar os fatores de risco para convulsões, tais como, insônia, estresse e desidratação. Benzodiazepínicos de longa ação como clobazam devem ser considerados se houver risco muito elevado de convulsões no período periparto. Drogas antiepilépticas devem ser continuadas durante o parto. Se elas não puderem ser toleradas por via oral, uma alternativa parenteral deve ser administrada. Convulsões no parto devem ser terminadas tão cedo quanto possível para evitar hipóxia e acidose materna e fetal. Benzodiazepínicos são as drogas de escolha. A monitoração fetal contínua está recomendada em mulheres com alto-risco de convulsão no parto, e após uma convulsão intraparto.

Uma convulsão de duração maior do que 5 minutos não é usual e representa um alto-risco de progressão para o *status epilepticus*, uma emergência médica que ameaça a vida e que ocorre em cerca de 1% das gestações em mulheres com doença epiléptica. O decúbito lateral deve ser estabelecido assim como a manutenção das vias aéreas e da oxigenação durante todo o tempo.[4] O tratamento do *status epilepticus* é feito preferencialmente com o lorazepam intravenoso na dose de 0,1 mg/kg (usualmente 4 mg em bolus e depois de 10-20 minutos em infusão contínua). A administração lenta de 5-10 mg de diazepam intravenoso é uma alternativa.[4]

Em caso de não resposta aos benzodiazepínicos, o tratamento é com fenitoína (10 a 20mg/kg IV) ou fenobarbital (20mg/kg IV). Nos casos ainda refratários deve ser pedido auxílio à equipe de anestesistas. Pode ser usado midazolam 0,2mg/h em infusão venosa contínua. Alternativas são anestésicos administrados por especialistas.[4]

O alívio da dor deve ser priorizado na mulher com doença epiléptica (anestesia regional). A petidina para a analgesia do parto deve ser utilizada com cuidado na mulher com doença epiléptica. A diamorfina tem preferência sobre a petidina. Se a anestesia geral for necessária, a ketamina deve ser evitada. Não há nenhuma contraindicação para o uso de qualquer indutor do parto em mulheres com doença epiléptica em uso de drogas antiepilépticas.

Conduta pós-parto

Embora em mulheres com doença epiléptica o risco de convulsão no pós-parto seja pequeno, ele é maior do que na gravidez. Mulheres com doença epiléptica devem ser avisadas a continuar com as drogas antiepilépticas no pós-parto. Se a dose da droga antiepiléptica foi aumentada na gravidez, ela deverá ser revista dentro de 10 dias do parto para evitar a toxicidade pós-parto. Neonatos de mães com doença epiléptica em uso de drogas antiepilépticas devem ser monitorados para efeitos adversos associados com a exposição *in utero* às drogas antiepilépticas.

Bebês nascidos de mães tomando drogas antiepilépticas podem ter efeitos adversos tais como letargia, dificuldades na amamentação, sedação excessiva, e sintomas da síndrome de abstinência com choro inconsolável. Mulheres com doença epiléptica em uso de drogas antiepilépticas na gravidez devem ser encorajadas a amamentar. De acordo com as evidências correntes, as mulheres devem ser informadas que o risco de prognóstico adverso não está aumentado em crianças expostas a drogas antiepilépticas através do leite materno.

Contracepção

O diapositivo intrauterino de cobre (DIU), DIU com levonorgestrel e a injeção de acetato de medroxiprogesterona são métodos efetivos de contracepção que não são afetados pelas drogas antiepilépticas enzima-indutoras. Mulheres em uso de drogas antiepilépticas enzima-indutoras devem ser aconselhadas sobre os riscos de falha com contraceptivos orais (pílulas combinadas e de progesterona), adesivo transdérmico, anel vaginal e implante de progesterona. Todos os métodos contraceptivos podem ser oferecidos a mulheres tomando drogas antiepilépticas não enzima-indutoras (valproato de sódio). Mulheres em uso de monoterapia com lamotrigina e contraceptivos contendo estrogênio devem ser informadas do potencial aumento de convulsões devido à queda dos níveis da lamotrigina.

REFERÊNCIAS

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Epilepsy in pregnancy. London: RCOG; 2016. (RCOG Green-top Guideline no. 68).
2. Novis SP, Novis R. Neuropatias. In Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia. 13a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p: 586-596.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No 723: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e210-216.
4. Montenegro CAB, Pritsivelis C, Braga A, Osthoff L, Rezende Filho J. Estado de Mal Epiléptico. In: Emergências em obstetrícia e ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 188-190.

Conduta pós-conização em casos de margem comprometida

Post conization conduct in cases of compromised margins

Roberto de Oliveira Galvão[1]

RESUMO

O comprometimento de margens pós-conização é uma situação que se apresenta ao médico, que aborda as neoplasias intraepiteliais do colo, com relativa frequência. Deve ser conduzida de forma individualizada, obedecendo algumas características da paciente e outras particularidades da própria doença, não se esquecendo que uma abordagem especificamente dirigida, com bom relacionamento médico-paciente, deverá ter prioridade.

Descritores:
NIC;
HSIL;
LSIL

ABSTRACT

The compromised margins post conization is a situation what one presents to a doctor, who approaches the neoplasias intra epiteliais of the cervix, with relative frequency; must be driven in the individualized form, obeying some characteristics of the patient and other peculiarities of the disease itself; not forgetting that an specific direct approach must be priority, with a good patient-medical relationship.

Keywords:
NIC;
HSIL;
LSIL

1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil. **Autor correspondente:** Roberto de Oliveira Galvão. Avenida dos Jardins, 250, 38412-639, Uberlândia, MG, Brasil/galvao.roberto@yahoo.com.br. **Data de Submissão:** 11/09/2017. **Data de Aprovação:** 23/10/2017.

INTRODUÇÃO

Ao se abordar a conduta diante de margens comprometidas pós-conização, devem ser revistas algumas considerações anatomopatológicas que influenciam sobremaneira a decisão a ser tomada. É consensual entre os patologistas que as margens devem ser avaliadas quanto ao comprometimento e a natureza deste (neoplasia intraepitelial e ou neoplasia invasora), além de se mensurar a distância da margem à borda neoplásica mais próxima.[1]

Ainda neste tópico, Carvalho,[2] que descreve rotineiramente o estado das margens, afirma, textualmente, que a melhor avaliação de margens é feita através da colpocitologia na avaliação pós-operatória de 4 meses, quando pode existir doença residual com margens aparentemente livres por extensão glandular, ou o clareamento de uma margem em decorrência de fenômenos inflamatórios locais. Eles surgem em consequência ao trauma cirúrgico e participam de maneira decisiva da resposta imune local, eliminando o foco de doença residual.[2]

Ainda no âmbito da anatomia patológica, há que se considerar as dimensões do cone, ou melhor, a geometria da ressecção que, em última análise, mostra se estão contemplados o comprimento adequado do canal e da extensão glandular. O cone deve ter altura e largura a depender da citologia, achado colposcópico, idade e paridade da paciente. Por fim, faz-se necessário avaliar a presença de artefatos térmicos, cuja relevância diminui com aprimoramento da técnica cirúrgica e com a experiência do patologista.

Estas considerações permitem, pelo menos em princípio, entrever que a conduta a ser tomada, quando se tem margens comprometidas, deverá ser individualizada, não exageradamente intervencionista, guiada por citologia, colposcopia e anatomia patológica de espécimes cirúrgicos advindos de conização, com biópsia prévia, ou material do "ver e tratar" quando houver indicação e experiência.

TÉCNICAS DE CONIZAÇÃO

A conização deve ser considerada uma técnica de diagnóstico excisional e que, na maioria das vezes, é perfeitamente adequada como método de tratamento resolutivo para as neoplasias intraepiteliais, mais especificamente às formas escamosas e, em casos selecionados, de doença glandular. Diferentes técnicas de conização podem ser utilizadas dependendo de uma série de fatores inerentes à paciente, ao aspecto colposcópico da lesão, a posição da JEC/ZT e a experiência do médico.

A conização a bisturi foi a primeira das técnicas idealizadas e, por muito tempo, a única opção excisional com objetivos diagnósticos terapêuticos. Apresenta-se como opção clássica para o adenocarcinoma *in situ*, carcinoma microinvasor, na doença recorrente após outros tratamentos conservadores e alguns casos de pacientes na menopausa; nas lesões de alto grau, as taxas de cura chegam a mais de 90%.[3]

A conização a laser também pode ser indicada em todas situações em que os métodos excionais têm prioridade sobre as técnicas ablativas. O raio de laser pode ser usado como bisturi e o percentual de cura está em torno de 96,9%.[4] O dano térmico de margens é significativo, em torno de 30% dos casos.[3] A combinação conização-vaporização se constitui numa estratégia das mais vantajosas do método com percentual de apenas 1,2% de falhas; talvez a maior limitação do método seja o elevado custo do equipamento e a respectiva manutenção.[3]

A cirurgia de alta frequência (CAF), idealizada no final dos anos 80, tendo sido introduzida no Brasil muito pouco tempo depois. É a técnica mais utilizada no momento como procedimento diagnóstico excisional e terapêutico para as neoplasias intraepiteliais do colo. Esta expressiva aceitação da CAF se deve a uma curva de aprendizado curta, sem muita sofisticação, em um equipamento de baixo custo e simples manutenção, aspectos indispensáveis para serem aproveitados em países em desenvolvimento. Existem na literatura nacional e estrangeira uma quantidade expressiva de trabalhos que dão ao método taxas de cura nas lesões de alto grau, algo em torno de 89%, 97%, 100% (Prendiville, 1989; Carauta, 1992; Dôres, 1996)[5] respectivamente, com período de seguimento se estendendo entre 3 e 34 meses.[5]

O comprometimento de margens, em quaisquer dos métodos excisionais, dependerá de fatores que vão do epitélio acometido (escamoso ou glandular) às dimensões do cone (altura e largura do ápice) passando, evidente-

mente, pelo grau de comprometimento histológico e chegando, por fim, à experiência do médico. Este comprometimento oscila entre 7,2% a 43,5%.[3]

Mais importante que a localização da margem, se ecto ou endocervical, é o tipo de lesão cuja margem está comprometida; assim é que o comprometimento em lesões glandulares intraepiteliais, cerca de 5 a15% multifocais, tem um significado de conduta intervencionista mais frequente do que em lesões escamosas, principalmente quando o cone não contempla os possíveis 0.5mm a 4mm de envolvimento glandular frequentes nestas lesões, o que vale dizer que, em lesões glandulares, o cone deve ser alto (2,5 a 3,0cm) e com ápice largo, algo em torno de 1,0 cm.

Com este propósito, a técnica preconizada é consensual e aponta para o cone clássico que fornece uma taxa maior de margens negativas e menor recorrência.[6] Isso permite concluir que uma ressecção cônica clássica, a bisturi frio, de boas dimensões com margens livres, em mulheres com paridade a definir, se apresenta como uma opção consensual para lesões glandulares intraepiteliais, reservando-se a histerectomia, como padrão ouro, para aquelas com paridade definida, cujo diagnóstico, adenocarcinoma *in situ*, tenha sido feito por um procedimento de diagnóstico excisional.[7-11]

Feitas estas considerações sobre as lesões intraepiteliais glandulares, mais precisamente, o adenocarcinoma *in situ* (AIS), vale considerar que o manejo destas lesões, tratadas, em princípio, por um procedimento diagnóstico excisional e tendo havido comprometimento de margens, deverá ser mais resolutivo, principalmente em mulheres mais velhas, com paridade definida. Isso acontece tendo em vista a maior possibilidade de doença invasiva neste grupo e a maior dificuldade de abordagem de todo ou quase todo o canal, haja visto o padrão difuso de acometimento, do mesmo, pela doença glandular.

Esta maior resolutividade requer, às vezes, reexcisões com vistas à possibilidade de aumentar as chances de excisão completa, principalmente, em mulheres jovens com paridade não definida. Entretanto, em mulheres mais velhas, perimenopausadas, distantes do período procriativo, não há o porquê não se indicar histerectomia, como tratamento definitivo, no adenocarcinoma *in situ* (obtido através de procedimento excisional) com margens comprometidas.[7] Aqui, se possível, considerar nova excisão para se afastar doença invasiva.[12]

No seguimento destas mulheres, tratadas de forma conservadora, há que se implementar citologia e colposcopia sequenciais e, oportunamente, testes de HPV dos quais se aproveita, principalmente, seu valor preditivo negativo (pacientes com teste DNA-HPV negativo, pós tratamento, têm risco menor de persistência e recidiva de AIS).[12]

Como considerações finais na abordagem do AIS, vale considerar que o uso de CAF é permitida desde que: "a escolha da técnica de excisão deva considerar a necessidade de fornecer um espécime único e com margens adequadas para avaliação". [12]

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

As NICs, ou lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) e lesões intraepiteliais de baixo grau (raras), constituem a maioria das situações em que, após um tratamento excisional, o médico se depara com comprometimento de margens, tendo em vista a expressiva frequência destas lesões quando comparadas com as lesões glandulares.

Não bastassem estas diferenças numéricas, que encorpam experiência ao médico e dão a ele mais segurança na condução, as lesões escamosas contam com achados colposcópicos menos subjetivos, mais frequentes, além de uma JEC/ZT, às vezes, mais visíveis e lesões não obrigatoriamente muito altas no canal. Entretanto, há que se ver tais considerações de forma crítica e nem sempre considerá-las como afirmativas, obrigatoriamente frequentes, em todos os casos de NIC.

Tudo isto posto, a conduta em comprometimento de margens em lesões escamosas deve ser pautada por medidas não exageradamente tomadas em relação ao tempo ou ao manejo cirúrgico. Não se deve esquecer que, sob pena de erro, a idade, paridade, estado imune, grau histológico da lesão, dimensões do cone, citologia e, não menos importante, o desejo da paciente devem ser cotejados antes que uma abordagem cirúrgica e ou acompa-

nhamento sequencial, com cito-colposcopia e testes de HPV sejam implementadas. Isso vale dizer que a conduta é muito mais um exercício de bom senso, individualizado, a uma paciente específica do que a imposição rígida de um protocolo que, nem sempre, contempla todas situações que se apresentam ao médico.

Conforme citam Zanine e Gomes,[13] o comprometimento de margens oscila entre 4,1% e 43,5% e não apresenta expressiva variação percentual com a técnica cirúrgica utilizada na conização. Outro aspecto a ser considerado é que, em que pese serem maiores as taxas de doença residual ou recorrente em pacientes com comprometimento de margens, a grande maioria destas mulheres cursa, durante o acompanhamento clínico, sem as referidas recorrências e/ou doença residual.[12,13]

A justificativa aventada para o referido fato poderia ser explicada pelo processo inflamatório térmico-traumático-reparativo na área operada, imposto pelo tratamento cirúrgico que, além da pretendida ressecção excisional com margens livres, promoveria, em ultima análise, uma modulação da resposta imune loco-regional, em decorrência do afluxo de células mediadoras do processo inflamatório. Isso terminaria por induzir uma resposta imune sustentada, potente e adequada para "clarear" uma margem até então comprometida; o que vale dizer que margens comprometidas não significam, necessariamente, doença residual e ou recorrência.[13]

Finalizando, a conduta quando do comprometimento de margens por NIC II/III, o INCA, em suas diretrizes de 2016, autoriza uma conduta conservadora (citologia e colposcopia semestrais por 2 anos), não havendo necessidade de novo tratamento na maioria dos casos.[12]

O outro grupo de pacientes, aquelas sem comprometimento de margens, não pode dar ao médico total segurança de que não há doença residual e ou recorrência, aspecto que ocorre em torno de 0,9% a 27%.[13] Como justificar estas ocorrências?

A doença multifocal poderia ser responsável por algumas destas eventualidades; em outras situações, a extensão glandular se apresenta como um fator importante, independentemente do comprometimento de margens, na predição de doença residual e/ou recorrente.[13] Em casos excepcionais, a inadequação da avaliação do espécime cirúrgico poderia contribuir com um falso negativo.

Por último, e de maneira inequívoca, a persistência viral é o principal responsável pela recorrência da doença.[3] Feitas estas considerações, é possível vislumbrar a importância que o estado imunológico da paciente influencia, sobremaneira, as diversas fases das infecções HPV induzidas e as suas respectivas respostas às diferentes formas e fases do tratamento.

Como considerações finais, não se pode esquecer que estas mulheres tratadas de lesões de alto grau cursam com risco de doença invasiva em torno de 2% a 4%.[3] De tal forma que um seguimento sequencial cito-colposcópico semestral por 5 anos, seja seguido por mais 5 anos num regime anual;[3] deve se estender por 20 anos.

Como complemento da abordagem cito-colposcópica, citando Derchain *et al.*,[3] vale a pena implementar, como marcador de doença residual, o teste de HPV, aproveitando seu valor preditivo negativo.[3] A propósito, o teste DNA-HPV tem demonstrado maior sensibilidade que a citologia no diagnóstico de lesão residual e recorrente; entretanto, a citologia tem demonstrado um valor preditivo negativo muito próximo daquele obtido pelo teste DNA-HPV (evidência moderada), o que vale dizer que quando um destes testes é negativo, uma nova lesão é muito improvável.[12,14,15]

A essa altura, é importante citar textualmente um tópico das diretrizes do INCA: "O acompanhamento ideal para doença residual ou recorrente parece ser a citologia associada à colposcopia".[12] Sem dúvida alguma, afirmativa apoiada em evidências científicas e em plena consonância com a realidade brasileira.

CONCLUSÃO

Concluindo, é possível afirmar que diante de margens comprometidas pós-conização, como forma inicial de diagnóstico e/ou tratamento, tanto em doença escamosa quanto a glandular, é prudente que sejam revistos as-

pectos inerentes ao momento: citologia pós-cone (não inferior ao 4º mês de pós-operatório); achado colposcópico, inclusive posição da JEC/ZT; anatomia patológica, adequabilidade do espécime cirúrgico; experiência do médico e, por fim, a escolha da paciente.

Após todas estas ponderações, alguma forma de manejo poderá ser implementada obedecendo uma indicação pessoal, amparada por um adequado relacionamento médico-paciente.

REFERÊNCIAS

1. Vargas PRM. Diagnóstico histológico das neoplasias escamosas intra-epiteliais e invasivas. In: Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 321-59.
2. Carvalho FM. Câncer do colo do útero: história natural e anatomia patológica. In: Halbe HW, editor. Tratado de ginecologia. 3a ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2159-70.
3. Derchain SFM, Sarian LOZ, Gontijo RC. Neoplasia intra-epitelial cervical 2 e 3. In: Coelho FRG, Soares FA, Fochi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd; 2008. p.193-201.
4. Speck NMG. Laser em patologia do trato genital inferior. In: Martins NV, Ribalta JCL, editores. Patologia do trato genital inferior. São Paulo: Roca; 2005. p. 681-5.
5. Parellada CI, Pinto LSN, Cardial MFT, Taha NSA, Speck NMG, Martins NV, et al. Cirurgia de alta frequência. In: Martins NV, Pereyra EAG, editores. Conhecendo o HPV-Patologia do trato genital inferior colposcopia e CAF. São Paulo: Frôntis Editorial; 2000. p. 255-86.
6. Parellada CI, Pereyra EAG, Rivoire WA. Adenocarcinoma in situ. In: Coelho FGR, Soares FA, Fochi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 207-13.
7. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(4):340-5. doi: 10.1016/j.ajog.2007.07.050
8. Derchain SFM, Longatto Filho A, Syrjanen KJ. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(7):425-33. doi: 10.1590/S0100-72032005000700010
9. Creasman WT. Preinvasive disease of the cervix. In: DiSaia PJ, Creasman WT, editors. Clinical gynecology oncology. New York: Mosby-Elsevier; 2007. p. 1-36.
10. Kamilos MF, Borreli CL, Beldi MC, Tacla M. Seguimento pós-tratamento de neoplasias intra-epiteliais cervicais. Rev Bras Patol Trato Genit Inferior. 2016;3(5):15-20.
11. Campaner AB, Carvalho CRN, Matos L, Santos RE, Aoki T, Nadais RF. Adenocarcinoma in situ do colo uterino: aspectos atuais. Femina. 2007;35(9):557-64.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo uterino. 2a ed. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2016.
13. Zanine RM, Gomes CM. Margens comprometidas e extensão glandular presentes em peças de conização como fatores preditores de doença residual. Femina. 2004;32(2):143-50.
14. Chan BK, Melnikow J, Slee CA, Arellanes R, Sawaya GF. Posttreatment human papillomavirus testing for recurrent cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(4):422.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.031
15. Kitchener HC, Walker PG, Nelson L, Hadwin R, Patnick J, Anthony GB, et al. HPV testing as an adjunct to cytology in the follow up of woman treated for cervical intraepithelial neoplasia. BJOG. 2008;115(8):1001-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01748.x

Quem é ela?

Ela é um movimento em prol da saúde e o bem-estar feminino. Nosso propósito é compartilhar conhecimento especializado, conteúdos e ações sociais com credibilidade de milhares de profissionais para levar qualidade de vida às mulheres.

No Ela você encontra:

- Conhecimentos sobre o corpo
- Vida sexual
- Alimentação e atividade física

Se você tem um projeto com o propósito em comum, entre em contato conosco.

Acesse:
feitoparaela.com.br

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

ela

Rotura prematura de membrana: abordagem clínica

Premature membranes rupture: a clinical approach

Carolina Nascimbeni Rodrigues Cruz[1]
Felipe Zucareli Santana[1]
Gabriel Alcala Souza e Silva[1]
Guilherme Bento de Carvalho[1]
Carolina Ciattei de Paula[1]
Mauro da Silva Casanova[1]

RESUMO

A rotura prematura de membranas (RPM) é conceituada como corioamniorrexe espontânea que ocorre antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Ocorre, aproximadamente, em 10% das gestações. A maioria dos casos incide em pacientes de termo e 2-3% dos casos em gestações pré-termo. Seu diagnóstico, em 90% das vezes, é clínico. Em relação às condutas, a intenção é reduzir ao máximo os prejuízos para o binômio materno-fetal, mas essa é uma tarefa complicada e que ainda suscita muitas discussões. Prioriza-se a interrupção da gestação na presença de corioamnionite ou sofrimento fetal. Na ausência destes, as condutas devem ser individualizadas de acordo com a idade gestacional, levando em conta o uso de corticoterapia e neuroprofilaxia com sulfato de magnésio.

Descritores:
Ruptura prematura de membranas fetais;
Líquido amniótico;
Diagnóstico;
Terapêutica

ABSTRACT

Premature membranes rupture (PMR) is conceptualized as spontaneous chorioamniorrex that occurs before labor begins, regardless of gestational age. It occurs in approximately 10% of pregnancies. The majority of cases are in term pregnancies patients and 2-3% of cases in preterm pregnancies. The diagnosis is predominantly clinical (about 90%). In relation to the management, the intention is to reduce to the maximum the losses to the maternal-fetal binomial, but this is a complicated task and that still raises many discussions. Discontinuation of gestation is prioritized in the presence of chorioamnionitis or fetal distress. In the absence of these, the management should be individualized according to gestational age, taking into account the use of corticosteroids and neuroprophylaxis with magnesium sulfate.

Keywords:
Fetal membranes;
Premature rupture;
Amniotic Fluid;
Diagnosis;
Therapeutics

1. Faculdades Integradas Padre Albino, Catanduva, SP, Brasil. **Autor correspondente:** Mauro da Silva Casanova. Rua João Vicente Pereira, 520, Ribeirão Preto, SP, Brasil. casanova_mauro@hotmail.com. **Data de Submissão:** 03/10/2017. **Data de Aprovação:** 12/12/2017.

INTRODUÇÃO

A rotura prematura de membranas (RPM) é conceituada como corioamniorrexe espontânea que ocorre antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional.

Quando essa rotura ocorre antes de 37 semanas, ela é denominada como RPM pré-termo, sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade perinatais. O tempo decorrido entre a ruptura e o início espontâneo do trabalho de parto é conhecido como período de latência (PL) e a sua duração mantém correlação direta com o risco de infecção e inversa com a idade gestacional (IG).[1]

A RPM ocorre, em média, em 10% das gestações. A maioria incide em pacientes no termo e em 2-3% no pré-termo. A RPM pré-termo é a principal causa de trabalho de parto prematuro, sendo responsável por 30-40% de todos os partos pré-termos e contribui com cerca de 20% das mortes perinatais no período.[1-3]

Existem alguns fatores de risco descritos para a ocorrência de RPM. Dentre os fatores modificáveis destacam-se: cervicovaginites, incompetência istimocervical, tabagismo, amniocentese, biópsia de vilo coriônico, coito, deficiência de vitamina C e minerais e exames cervicais repetidos. Por sua vez, os fatores de risco não modificáveis são: antecedentes de cirurgias prévias, antecedentes de RPM, sangramento vaginal, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, inserção marginal do cordão umbilical, hiperdistensão uterina (gestação múltipla e polidrâmnio).[2,3]

A etiologia da RPM é multifatorial, no entanto, de todas as possíveis causas envolvidas no processo, a infecção bacteriana é a associação encontrada com maior frequência. Cerca de 40% dos casos de RPM têm diagnóstico clínico de corioamnionite e 70% apresentam diagnóstico histológico de infecção.[3]

A RPM associa-se a importantes complicações maternas e perinatais, e a patologia que envolve mais agravos é aquela que ocorre longe do termo. Na gravidez a termo destacam-se: maior risco de infecção materna e fetal e tocotraumatismos.[1]

Por sua vez, na RPM pré-termo, a frequência e severidade das complicações neonatais variam de acordo com a IG e o momento em que ocorre o parto. A síndrome da angústia respiratória (SAR) é a complicação mais encontrada em qualquer IG e outras morbidades incluem: enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular e sepse. Entre os bebês que sobrevivem, as hemorragias intraventriculares e enterocolites necrotizantes são raras quando o parto ocorre depois de 32 semanas de gestação. Culturas positivas para sepse, em sangue ou líquor, apresentam queda significativa de frequência quando os partos ocorrem entre 27 e 30 semanas de gestação, e com modesta redução de casos de sepse para cada semana a mais depois desse período.[1,3]

Sendo assim, tornam-se imperativos o correto diagnóstico de tais situações, o qual é predominantemente clínico, e uma pesquisa e análise das condutas de melhor embasamento científico para uma possível uniformização das rotinas de serviço, visando os melhores resultados maternos e perinatais.

MÉTODOS

Este estudo constitui-se de uma abordagem crítica da literatura especializada, realizada entre janeiro e novembro de 2017, no qual realizou-se uma consulta a livros e periódicos presentes na Biblioteca Cheddi Gattaz da Faculdade de Medicina da Catanduva e por artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Lilacs/Scielo, Medline/Biblioteca Cochrane e UpToDate (www.uptodate.com/online).

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine. As palavras-chave utilizadas na busca foram: rotura prematura de membranas fetais, líquido amniótico, diagnóstico e terapêutica.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram a abordagem diagnóstica e terapêutica da rotura prematura de membranas. Logo em seguida, buscou-se estudar e compreender os principais métodos diagnósticos e condutas empregados em rotinas de serviços de obstetrícia, visando identificar quais promovem os melhores resultados perinatais e maternos.

DISCUSSÃO

A abordagem diagnóstica da RPM é clínica, pois esse evento ocorre de modo espontâneo e evidente. Cerca de 90% dos casos dispensam pesquisas laboratoriais. Todavia, a confirmação do diagnóstico por meio do exame perineal e com espéculo é importante para afastar incontinência urinária, vaginites, cervicites, presença de muco associada à dilatação e apagamento do colo, sêmen e duchas vaginais prévias. Em casos de dúvida, os dois exames laboratoriais mais usados para a confirmação diagnóstica de RPM são: medida do pH vaginal e teste da cristalização do muco cervical.[4]

O teste da medida do pH pode ser realizado por meio do papel de nitrazina, o qual deve ser aplicado na parede ou conteúdo vaginal; se sua cor alterar-se para tonalidades azuis (alcalino), este é positivo. Esse teste sugere presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal quando o resultado do pH é ≥ 6,0, uma vez que o pH vaginal normal oscila em torno de 3,8-4,5 e o do líquido amniótico varia entre 7,1-7,3.

Outro importante método de confirmação diagnóstica de RPM é o teste da cristalização do muco cervical, o qual deve ser realizado com amostras de conteúdo vaginal coletadas do fundo de saco posterior ou da parede lateral da vagina, para evitar o muco cervical, pois este pode proporcionar um resultado falso positivo. O conteúdo coletado deve estar disposto sobre uma lâmina que, após seca, deve evidenciar, sob microscopia ótica, cristais em formato de samambaia para que seja confirmada a presença de líquido amniótico.[4]

Após 48h de latência, o teste da nitrazina apresenta 9,4% de resultados falso negativos devido à escassez de líquido amniótico do fundo de saco. Além disso, cervicites, vaginites, presença de urina no conteúdo vaginal, sêmen e sangue estão associados a 17,4% de resultados falso positivos. O teste da cristalização do conteúdo vaginal também pode ser afetado por estes mesmos fatores: neste caso, os falso negativos são em torno de 13-30%, e os falso positivos de 5-30%.

Estudos recentes enfatizam a pesquisa de agentes bioquímicos presentes em altos níveis no líquido amniótico: prolactina, alfa-fetoproteína, fibronectina fetal, ureia, lactato, gonadotrofina coriônica e creatina. No entanto, alguns desses testes são muito complexos, caros ou ainda não apresentam boas evidências científicas, sendo assim de difícil aplicação na prática clínica.[5]

É prudente que o toque vaginal seja evitado até que o diagnóstico de RPM seja totalmente excluído, pois estudos mostram que esse exame diminui o período de latência e aumenta as chances de infecção, além de que acrescenta pouco em relação ao exame especular.

O exame especular possibilita ainda a coleta de culturas, caso essas não tenham sido feitas recentemente ou quando há uma nova suspeita de infecção. O toque vaginal deve ser proscrito, principalmente se a conduta a ser tomada for conservadora.[1]

Em relação às condutas, a intenção é reduzir ao máximo os prejuízos para o binômio materno-fetal, mas essa é uma tarefa complicada e que ainda suscita muitas discussões. A interrupção da gestação (ativa), a conduta conservadora (quando utilizam-se medidas para postergar a resolução da gravidez, tais como inibição do trabalho de parto e utilização de antimicrobianos) e a conduta expectante são as soluções possíveis.

Para que se escolha uma ou outra, é necessário levar em conta a idade gestacional, a maturação pulmonar, presença de infecção, sofrimento fetal e recursos técnicos neonatais. Além disso, também deve ser realizada a avaliação do volume do líquido amniótico, do crescimento e da vitalidade fetal.[1-6]

Após o diagnóstico de corioamniorrexe prematura, a propedêutica inicial consiste em internação hospitalar por, no mínimo, 48-72h seguida de hiper-hidratação e reavaliação do índice de líquido amniótico (ILA). Torna-se importante a realização de curva térmica a cada 4 horas, hemograma completo, urina tipo I, urocultura, sorologias, coleta de swab vaginal e anal para estreptococos do grupo B, ultrassonografia obstétrica e cardiotocografia.[7]

Nas situações em que a RPM ocorre após 34 semanas, a interrupção da gravidez é, na maioria dos casos, benéfica, sendo os riscos de infecção maiores do que as complicações por prematuridade.[8] A adoção da conduta conservadora nesse momento está associada a maiores riscos de amnionites e hospitalização prolongada das mães,

além de não evidenciar redução significativa das complicações associadas à prematuridade. Para a RPM que ocorre entre 32 e 33 semanas de gravidez, a avaliação da maturidade pulmonar deve ser realizada, se disponível, pois a comprovação de tal maturidade assegura que não haverá ganhos significativos com a tentativa de prolongar a gestação.[9]

Outra opção seria adotar a conduta expectante em RPM após 34 semanas, desde que não haja evidências de corioamnionite ou sofrimento fetal.[8] Como há um maior risco de compressão cefálica e de cordão, deve ser realizada monitorização cardíaca fetal, a qual também proporciona redução do número de toques vaginais, o que diminui o risco de infecções.[8,9]

Visando à prevenção de casos de infecção neonatal de início precoce pelo estreptococo do grupo B (EGB), prioriza-se o rastreio de todas as gestantes entre 35 e 37 semanas, assim como daquelas que apresentem trabalho de parto pré-termo, corioamniorrexe ou estejam imunocomprometidas. O rastreio é feito por meio de cultura vaginal e endoanal para identificar aquelas colonizadas pelo EGB. Se há perspectiva de parto em 48h e a paciente tenha infecção por EGB confirmada ou não investigada, preconiza-se o tratamento com penicilina cristalina até o parto ou por 48h da seguinte forma: 5.000.000 UI endovenosa (dose de ataque) seguido de 2.500.000 UI endovenosa a cada 4 horas. Alternativas terapêuticas recomendadas são ampicilina 2g endovenosa (dose de ataque) e 1g endovenosa a cada 6 horas (manutenção) ou ainda clindamicina 900mg endovenosa de 8 em 8 horas.[10,11]

Em gestações abaixo de 23 semanas, não há consensos bem definidos para escolha de condutas. Aproximadamente metade das mulheres que apresenta RPM no segundo trimestre de gestação vai entrar em trabalho de parto uma semana após o evento e cerca de 22% continuarão grávidas por mais um mês. Aquelas classificadas como RPM pré-termo "pré-viável" (<23 semanas), estão geralmente associadas à morte neonatal. Sendo assim, a decisão pela melhor conduta deve ser individualizada.[12] É de suma importância a conscientização dos pais sobre os riscos e benefícios das condutas tanto expectante quanto ativa. Caso a família opte pela expectante, deve-se registrar tal escolha em prontuário.[6]

As intervenções imediatas, em gestações abaixo de 23 semanas, podem levar ao óbito pela imaturidade fetal. Todavia, as condutas conservadoras não garantem que o parto ocorrerá quando a viabilidade tiver sido alcançada.

Além do que, a manutenção da gestação inclui riscos de infecção elevados, descolamento placentário, hipoplasia pulmonar, hemorragias puerperais e óbitos fetais intra-útero. Existem estudos que incluem amnioinfusão ou formas de selar as membranas, mas ainda não há resultados que permitam o uso de tais terapias na prática clínica de rotina.[13, 14]

Nas gestações entre 24 e 32 semanas, a conduta priorizada é a conservadora, pois permite o ganho de peso e amadurecimento fetal. Esta só não deve ser escolhida em casos de maturidade pulmonar comprovada, presença de corioamnionite ou sofrimento fetal, nos quais a interrupção da gestação se faz necessária.

Apesar da conduta conservadora, algumas mulheres darão à luz após um curto período de latência. Há associação comprovada entre pequeno volume de líquido amniótico e menor período de latência, todavia este parâmetro não pode ser usado isoladamente para a determinação ou não da conduta conservadora.[12,15] Nestes casos, a conduta expectante realizada ambulatorialmente não é recomendada uma vez que não existem evidências sólidas sobre sua segurança.[8]

A combinação de febre (temperatura >38°C), aumento da sensibilidade uterina e/ou taquicardia materna ou fetal, na ausência de outro foco infeccioso, sugerem infecção intrauterina e indicam resolução imediata da gravidez. A amniocentese guarda boa relação com a presença de infecção intrauterina, principalmente ao mostrar níveis de glicose menores que 16-20mg/dl, positividade para Gram ou se a cultura do líquido for positiva. As culturas positivas de líquido amniótico associadas a aumento de interleucinas são preditores de menor período de latência e maior morbidade das infecções perinatais. Entretanto, o tempo necessário para a obtenção dos resultados desses exames é, geralmente, longo, o que inviabiliza o uso de tais recursos na prática clínica.[16,17]

Assim sendo, quando está indicada a conduta conservadora, além do repouso e da cuidadosa monitorização materna, avaliações da vitalidade fetal e rastreio de infec-

ções, é necessário a utilização de terapias com corticosteroides e antibióticos.[2] A terapia uterolítica não está mais indicada em casos de RPM, uma vez que estudos comprovaram que esta terapêutica não é capaz de prolongar o período de latência ou gerar benefícios neonatais.[8, 18]

Está bem estabelecido que a administração antenatal de corticosteroides para mulheres com alto risco de terem bebês prematuros é uma das intervenções obstétricas mais efetivas na redução da morbimortalidade perinatal. Os corticosteroides são comprovadamente importantes para acelerar o desenvolvimento pulmonar, aumentam a produção de surfactante, reduzem risco de síndrome do desconforto respiratório e hemorragia intraventricular, além de proverem benefícios neurológicos em longo prazo.

O corticoide pode ser a betametasona (duas doses de 12mg intramuscular com 24 horas de intervalo) ou dexametasona (quatro doses de 6mg intramuscular com 12 horas de intervalo), em gestações entre 24 e 34 semanas.[2,8,19]

A antibioticoterapia é importante no tratamento e prevenção de infecções deciduais ascendentes, além de promover prolongamento da gravidez e consequentemente reduzir taxas de infecção neonatal e morbidade associadas à prematuridade.[8] O melhor regime para a utilização dos antibióticos ainda é motivo de muitos estudos.

Existem vários trabalhos sobre o uso de antibioticoprofilaxia nas RPM abaixo de 34 semanas de gestação. Profilaxias com eritromicina endovenosa mostram bons resultados em alguns estudos randomizados, aumentando o período de latência, reduzindo hemoculturas neonatais positivas, doenças pulmonares e até mesmo hemorragias intraventriculares.[8,20]

No entanto, não há uma padronização de esquemas antimicrobianos entre os estudos publicados e, no Brasil, não há disponibilidade de eritromicina para administração endovenosa.

Novos trabalhos apontam os benefícios de uma terapia adjuvante com sulfato de magnésio em RPM pré-termo. A terapêutica mais fundamentada é a administração endovenosa de sulfato de magnésio naquelas mulheres com idade gestacional entre 24 semanas e 31 semanas e 6 dias que apresentem dilatação cervical avançada.

Fazendo prever que o parto ocorra dentro do período de 3h a 24h após a administração do medicamento, a dose mais recomendada é de 6g de sulfato de magnésio em infusão endovenosa ao longo de 30 minutos (dose de ataque) e 2g/hora até o parto ou por 12h no máximo. Readministrações do sulfato de magnésio podem eventualmente serem feitas após 12h, caso ainda não tenho ocorrido o parto, no entanto, com dose menor (4g como dose de ataque e 1g/hora até um máximo de 24h ou até o parto ocorrer).[8,21,22]

A importância de tal terapia encontra-se no fato de que a paralisa cerebral é a causa de deficiência motora mais comum na infância, tendo como os principais responsáveis pela morbimortalidade, em nível global, os fatores associados à prematuridade, principalmente quando a idade gestacional é inferior a 28 semanas.

Ainda são necessários mais estudos a longo prazo, com seguimento dessas crianças até pelo menos a idade escolar; no entanto, atualmente, existem menos dúvidas de que o sulfato de magnésio tem um efeito neuroprotetor em situações de extrema prematuridade. Além disso, não existem óbvios efeitos letais, pediátricos, com essa terapêutica.[21,22]

CONCLUSÃO

Com base nas evidências científicas disponíveis até este momento, o diagnóstico de RPM é feito em 90% dos casos com a clínica e exame físico.

Quando ainda existirem dúvidas, usa-se tradicionalmente testes como o da nitrazina e o da cristalização do conteúdo vaginal. Entretanto, estes possuem altos índices falso positivos e negativos, tornando-os pouco confiáveis. Já métodos mais específicos, como a pesquisa de agentes bioquímicos do líquido amniótico, são caros, complexos ou apresentam baixa evidência científica até o momento.

Além disso, nota-se que não há um consenso cientificamente estabelecido que norteie a escolha entre a conduta expectante, conservadora e ativa. A interrupção da gestação é consenso somente na presença de corioamnionite e/ou sofrimento fetal.

Na ausência destes, deve-se individualizar cada caso em sua clínica, idade gestacional e fatores de risco associados para somente, então, tomar a decisão de qual conduta seguir, sempre visando o melhor risco benefício para o binômio materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J. Rotura prematura das membranas. In: Rezende J, Rezende Filho J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 283-287.
2. Golino PS, Chein MB, Brito LMO. Ruptura prematura de membranas: fisiopatologia, diagnóstico e conduta. Femina. 2006; 34: 711-717
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rotura prematura de membranas. Projetos Diretrizes. Brasília: ABM; CFM; 2008.
4. Tigga M, Malik S. Various biomarkers in diagnosing premature rupture of membranes: a cost effective analysis. Internet J Gynecol Obstet. 2014;19(01):1–6
5. Dartibale CB, et al. Determinação qualitativa de gonadotrofina coriônica humana no lavado vaginal para o diagnóstico precoce de ruptura prematura de membranas fetais. Rev Bras Ginecol Obstet 2017;39:317–321.
6. Strevens H, Allen K, Thornton JG. Management of premature prelabor rupture of the membranes. Ann N.Y. Acad Sci 2010; 1205: 123-129.
7. National Institute of Health and Care Exellence. Guideline for preterm labour and birth. Published: 20 November 2015 nice.org.uk/guidance/ng25.
8. Practice Bulletin No. 172 Summary: Premature Rupture of Membranes. Obstetrics & Gynecology: October 2016 - Volume 128 - Issue 4 - p 934–936
9. Bond DM et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004735. DOI: 10.1002/14651858.CD004735.pub4.
10. CDC. Prevention of Perinatal Group B Strepyococcal Disease Revised Guidelines from CDC, 2010. MMWR.2010; 59 (RR-10): 1-27.
11. Freitas FT, Romero GA. Early-onset neonatal sepsis and the implementation of group B streptococcus prophylaxis in a Brazilian maternity hospital: a descriptive study. Braz J Infect Dis. 2016: 21(1): 92-97.
12. Lorthe E, et al. Impact of Latency Duration on the Prognosis of Preterm Infants after Preterm Premature Rupture of Membranes at 24 to 32 Weeks' Gestation: A National Population-Based Cohort Study. The Journal of Pediatrics ,e2. 2017: (182): 47-52.
13. Silva SALC, Moraes Filho OB, Ferreira Neto PP, Silva AFS, Andrade RTC, Cavalcante A. Tratamento da ruptura prematura de membranas – técnicas experimentais. FEMINA 2008; 36: 419-423
14. Crowley AE, Grivell RM, Dodd JM. Sealing procedures for preterm prelabour rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD010218. DOI: 10.1002/14651858.CD010218.pub2.
15. Wagner P et al. Outcome of pregnancies with spontaneous PPROM before 24 + 0 weeks' gestation. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2017: (203): 121–126.
16. Tita AT, Andrews WW. Diagnossis and management of clinical chorioamnionitis. Clin Perinatal 2010; 37(2): 339-354
17. Lajos G, et al. Colonização bacteriana do canal cervical em gestantes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2008 Aug [cited 2017 Nov 07] ; 30(8): 393-399. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000800004&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032008000800004.
18. Lorthe, E et al. Tocolysis after preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome: a propensity-score analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2017: (217): Issue 2 , 212.e1 - 212.e12
19. Committee Opinion No. 713 Summary: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. Obstetrics & Gynecology: August 2017 - Volume 130 - Issue 2 - p 493–494
20. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev 2013.
21. Castro JS, Gameiro M, Araújo C, Pinto A, Teles TP. Sulfato de magnésio para a neuroproteção fetal, uma revisão de literatura. Acta Obstet Ginecol Port 2014; 8(4): 391-397.
22. Coutinho T, Coutinho CM, Coutinho LM. Sulfato de Magnésio: um avanço na neuroproteção fetal? FEMINA 2013; 41: 165-162.

Omega 3 during pregnancy and its benefits

Ômega 3 na gestação e seus benefícios

Mariana Barros da Costa Marques[1]
Paulo Roberto Dutra Leão[2]
Oacir Monteiro da Silva Júnior[3]

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é levantar a literatura científica sobre os benefícios do Ômega-3 na gestação, que se deu pelas bases de dados Scientifc Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências de Saúde (Medline) e National Library of Medicine (Pubmed) e Cochrane em literaturas nacionais e internacionais. Nesta pesquisa pode-se verificar que o ácido docosahexaenoico (DHA) é considerado como o principal tipo de Ômega-3 pelo fato de proporcionar benefícios para a saúde, que vão desde o desenvolvimento do cérebro e da retina do bebê, os quais têm início a partir da suplementação da mãe já na gestação. O acúmulo do Ômega-3 ocorre no último trimestre da gestação e o transporte se dá através da placenta, sendo depositado no cérebro e na retina do concepto. Ocorre também um acúmulo simultâneo nas glândulas mamárias durante esta fase. O recomendado pelo consenso é de 200mg/dia, independentemente da fonte utilizada para suplementação. O adequado aporte de Ômega-3 na gestação e no pós-natal tem influência positiva no desenvolvimento visual e do sistema nervoso do recém-nascido, influenciando também na inteligência e na intelectualidade do indivíduo na vida adulta. O Ômega-3 é importante também na prevenção e tratamento de diversas doenças como obesidade, doenças cardiovasculares, imunológicas, câncer de cólon, entre outras.

Descritores:
Gestação;
Ômega 3;
Ácido alfa-linolênico;
Àcido eicosapentaenoico;
Ácido docosahexaenoico

ABSTRACT

The objective of this research is to raise the scientific literature on the benefits of omega-3 during pregnancy, which occurred in research in databases Scientifc Electronic Library Online (Scielo), Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs) , International Literature in Health Sciences (MEDLINE) and national Library of Medicine (PubMed) and the Cochrane in national and international literature, which can be seen that docosahexaenoic acid (DHA) is considered as the main type of Omega-3, the fact provide health benefits ranging from brain development and the baby's retina, which begins from the mother during pregnancy supplementation already. The Omega-3 accumulation occurs in the last trimester of pregnancy and the transport is through the placenta being deposited in the brain and retina of the fetus. It is also a simultaneous accumulation in the mammary glands during this phase. The recommended by consensus is 200 mg / day, regardless of the source used for supplementation. Adequate intake of omega-3 during pregnancy and in the postnatal has positive influences on visual development and the nervous system of the newborn, influencing also the intelligence and the individual intellect in adulthood. The Omega-3 is also important in the prevention and treatment of various diseases as obesity, cardiovascular, immune disorders, colon cancer, among others.

Keywords:
Pregnancy;
Omega-3;
Alpha-linolenic acid;
Eicosapentaenoic acid;
Docosahexaenoic acid

1. Residente em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Cuiabá - UNIC, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **2.** Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Cuiabá e Professor de Ginecologia e Obstetrícia da FACIMED, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **3.** Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Cuiabá – UNIC, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.. **Autor correspondente:** Paulo Roberto Dutra Leão. Rua Thogo da Silva Pereira, 427 - apto. 801 - 78020-500. Centro Sul, Cuiabá, MT. leaopauol@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período determinante para a saúde não apenas da mulher, mas, principalmente, do bebê. Por este motivo, é muito importante que a mãe receba uma alimentação saudável e equilibrada, incluindo os ácidos graxos poli-insaturados.

Os ácidos graxos poli-insaturados, mais especificamente o alfa-linolênico, por não ser sintetizado pelo organismo, constitui em ácido graxo essencial (AGE). É considerado como um nutriente fundamental para o perfeito desenvolvimento cerebral do bebê, tanto antes quanto após o nascimento.

O Ômega-3 tem importante função na parte neurológica, formação da retina, desenvolvimento físico e cognitivo do bebê. Pelo fato do leite materno ser uma das fontes principais desses ácidos, pode-se observar que os bebês amamentados possuem um desenvolvimento mais saudável em comparação com os não amamentados.

A teoria acima, por si só, justifica a opção pelo tema aqui proposto, o qual tem como principal objetivo, levantar a literatura científica sobre os benefícios do Ômega-3 na gestação.

Foi realizada uma revisão de literatura, com ajuda dos seguintes descritores: gestação, Ômega 3, ácido alfa-linolênico, ácido eicosapentaenoico, ácido docosahexaenoico, em português e *pregnancy*, *omega-3*, *alpha-linolenic acid*, *eicosapentaenoic acid*, *docosahexaenoic acid*, em inglês.

As seguintes bases de dados nas literaturas em português e em inglês foram utilizadas: Scientifc Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências de Saúde (Medline) e National Library of Medicine (Pubmed) e Cochrane Library.

Foi priorizada literatura dos últimos 10 anos (2005-2015). As literaturas anteriores ao período delimitado não puderam ser descartadas pela sua importância dentro do contexto aqui pesquisado.

ÁCIDOS GRAXOS POLI-INSATURADOS

Entende-se, por ácidos graxos, os ácidos carboxílicos de longas cadeias de hidrocarbonetos acíclicas, sem ramificações e não polares. Suas classificações são dependentes do número de carbonos na cadeia, o número de ligações duplas e a posição que a primeira ligação dupla ocupa na cadeia carbônica. Já os ácidos graxos saturados são os que não possuem duplas ligações, monoinsaturados, possuem dupla ligação, e poli-insaturados possuem mais de uma dupla ligação. Os Ômegas-3 são ácidos graxos poli-insaturados.[1]

Os ácidos graxos poli-insaturados desempenham funções importantes nos processos metabólicos e na estrutura das membranas celulares. Entre esses ácidos, se encontram os ácidos essenciais (que não podem ser sintetizados pelo organismo), sendo necessária a suplementação através da alimentação. Temos, portanto, a família do Ômega-3 (alfa-linolênico – ALA, eicosapentaenoico – EPA e docosahexaenoico – DHA) e a família Ômega-6 (ácido linoleico – LA e ácido araquidônico - AA) (figura 1).[2,3,4,5]

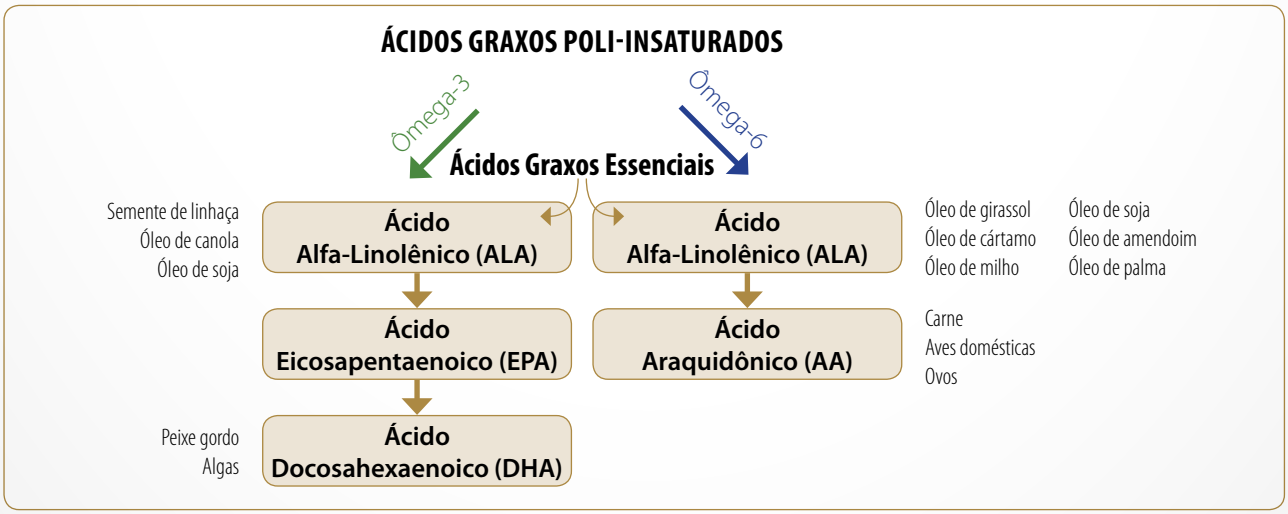


Figura 1. Classificação dos ácidos graxos poli-insaturados. Fonte: Huffman et al.[6]

Esses ácidos não são produzidos endogenamente no organismo humano e de alguns animais devido à ausência de enzimas delta-12 e delta-15 dessaturases, com capacidade de inserir duplas ligações nos carbonos 3 e 6, a partir do radical metil da molécula dos ácidos carbosílicos.[5]

As recomendações em relação ao consumo adequado de ácidos graxos essenciais são divergentes. Alguns autores afirmam que deve ser consumido cerca de 3% do total calórico ingerido; já outros autores afirmam ser até 10% da ingestão de energia composta por ácidos graxos poli-insaturados.[3]

É sabido que crianças, principalmente, as mais jovens, não conseguem converter todo o DHA necessário ao seu desenvolvimento a partir do ácido alfa-linolênico devido à sua imaturidade enzimática.[7]

Nos seres humanos, o ácido alfa-linolênico (18:3n-3, AAL) é necessário para manter, sob condições normais, as funções cerebrais, as membranas celulares e a transmissão de impulsos nervosos.[2] Esses ácidos participam também da transferência de oxigênio atmosférico para o plasma sanguíneo, da síntese de hemoglobina e da divisão celular.

ÔMEGA-3

Os ácidos graxos Ômega-3 importantes para o ser humano são: o alfa-linolênico, o ácido eicosapentaenoico (EPA) e o ácido docosahexaenoico (DHA).

O ácido alfa-linolênico é um ácido graxo (AG) pertencente à família Ômega-3, precursor dos ácidos DHA e EPA, além de ser essencial ao organismo. Esse ácido graxo é primordial para a síntese de leucotrienos, prostaglandinas e tromboxanos; possui atividades anticoagulante, anti-inflamatória, vasodilatadora e antiagregante.[5,8]

Esses ácidos podem ser encontrados em alimentos de origem vegetal (óleo de canola, óleo de linhaça, nozes e vegetais de folha verde escura). Tanto o EPA quanto o DHA são encontrados em peixes (sardinha, hadoque, cavala, salmão, arenque entre outros).

Mesmo considerando que o ácido alfa-linolênico, no ser humano, seja convertido em EPA e DHA, ainda não é conhecido qual porcentagem é convertida realmente, mas há estimativas de que seja bastante baixa, da ordem de 5% para EPA e 0,5% para DHA.[9,10]

Em relação à concentração de Ômega-3, o consumo de peixe é altamente benéfico pelo fato de não haver necessidade de enzimas dessaturases, pois esse alimento já contém ácido eicosapentaenoico, substrato para produção de eicosanoides anti-inflamatórios (prostaglandinas 3, leucotrienos da série 5 e tromboxanos A3).[3,8]

O efeito da suplementação na gestação com DHA pode não ser imediato em relação ao desenvolvimento do sistema visual do bebê, logo após o nascimento. Mas pode influenciar no desenvolvimento visual precoce de crianças a termo.[11]

Gestantes e lactantes que receberam suplementação alimentar com DHA + EPA, a partir da 18ª semana de gestação até o terceito mês pós-parto, mostraram desenvolvimento tardio favorável.[12]

BENEFÍCIOS DO ÔMEGA-3 NA GESTAÇÃO

No período gestacional, existem algumas situações que podem alterar o aporte dos ácidos graxos, como, por exemplo, nutrição inadequada, consumo de óleos e gordura com alto teor de Ômega-6, aporte muito baixo de Ômega-3, gestações frequentes e múltiplas.[13]

Complementando a teoria acima, Dias *et al.*[14] referem que a necessidade de inserir Ômega-3 na alimentação das gestantes é devido ao consumo inadequado de alimentos, fontes desses nutrientes na dieta. Por este motivo, diversos medicamentos à base de óleo de peixes e/ou derivados surgiram, não apenas no mercado local, mas, principalmente, no mercado internacional.

Além da reposição dessa carência com medicamentos, o enriquecimento da dieta com alimentos ricos em Ômega-3 é a melhor alternativa para corrigir os níveis de ácidos graxos poli-insaturados.

A dieta da mulher na gestação é de suma importância; o transporte do Ômega-3 se dá através da placenta, sendo depositado no cérebro e na retina do concepto. Ocorre também um acúmulo simultâneo nas glândulas mamárias durante esta fase.[15]

O depósito de DHA na retina e no córtex cerebral, em geral, no último trimestre de gestação e nos primeiros seis meses de vida intra-uterina, pode estender-se até os dois primeiros anos de vida do bebê.[15-18]

A suplementação com alimentos contendo Ômega-3 na gestação pode reduzir as taxas de parto prematuro e melhorar de maneira significativa o peso do bebê ao nascer. Além disso, os ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (AGPICL) no cordão umbilical têm relação direta com o consumo destes ácidos pela mãe na gestação.[19]

O feto não possui capacidade para sintetizar ácidos graxos essenciais, sendo que esse suprimento é feito exclusivamente através da placenta. O fornecimento ideal de ácidos graxos é fundamental para o crescimento cerebral, principalmente, no primeiro trimestre de gravidez, período em que esse processo é maior.[20,21]

Alguns autores acreditam que o consumo de DHA por gestantes também influencia de forma positiva na melhora da imunidade e da resposta do sistema nervoso autônomo.[22-24]

A gestante deve receber uma alimentação com aporte adequado de AGPICL, uma vez que este período é caracterizado como vulnerável para a deficiência desses ácidos, devendo, portanto, a gestante ingeri-los em sua dieta para satisfazer suas necessidades e as do feto.[24]

No período de amamentação, a mãe continua sendo a fonte de AGPICL, pois o leite materno apresenta três vezes mais DHA que o leite de vaca. Alguns neonatos são mais vulneráveis para desenvolver deficiência de AGPICL (recém-nascidos pré-termo e alimentados com fórmulas industrializadas sem a presença desses ácidos graxos).

Os AGPICL são essenciais em bebês prematuros com pouca reserva lipídica; por conta da limitada reserva calórica, estes deverão mobilizar parte dos ácidos graxos para atender suas necessidades quando o aporte exógeno for inadequado. Isso poderá ocasionar transtornos, como: crescimento inadequado, dermatites, aumento da susceptibilidade de infecções, entre outras.[21]

Outro problema que pode ser favorecido com a ingestão de Ômega-3 é a depressão pós-parto, que afeta o binômio mãe-bebê, além do desenvolvimento cognitivo e comportamental.[25-,27] Alguns teóricos acreditam que muito provavelmente o DHA é mobilizado na circulação materna durante a gestação; e se o DHA é liberado do cérebro da mãe para o feto, isto contribui para o desenvolvimento da depressão.[27,38]

Alguns teoricos acreditam que a suplementação da dieta com Ômega-3 pode prevenir o aparecimento de sintomas depressivos no pós-parto.

CONCLUSÃO

Os benefícios dos ácidos graxos essenciais, mais precisamente do Ômega-3 para a saúde humana, independentemente da fase, são evidentes.

Na gestação, período neonatal e toda a fase de crescimento do bebê, a oferta dos ácidos graxos em quantidades adequadas é de fundamental importância. O adequado aporte de Ômega-3 na gestação no pós-natal tem influência positiva no desenvolvimento visual e no sistema nervoso do recém-nascido, influenciando também na inteligência e na intelectualidade do indivíduo na vida adulta.

Os resultados encontrados em nossa pesquisa não deixam dúvida em relação aos benefícios da dieta rica em Ômega-3 não apenas na gestação, mas também no período de lactação, refletindo não apenas na vida do bebê, mas também na sua vida adulta.

REFERÊNCIAS

1. Martins MB, Suaiden AS, Piotto RF, Barbosa M. Properties of Omega-e polyunsaturated fatty acids obtained of fish oil and flaxseed oil. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008; 26(2):4.
2. Martin CA, Almeida VV, Ruizi MR, Visentainer JEL, Matshushita M, Souza NE, et al. Ácidos graxos poliinsaturados ômega-3 e ômega-6: importância e ocorrência em alimentos. Revista de Nutrição, Campinas, 2006; 19(6):761-770.

3. Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de Nutrientes. São Paulo: Manole; 2007.

4. Carmo MCNS, Correia MITD. A Importância dos Ácidos Graxos Ômega-3 no Câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, Belo Horizonte, 2009; 55(3): 297-287.

5. Dolinsky M. Nutrição Funcional. São Paulo: Roca; 2009.

6. Huffman SL, Harika RK, Eilander A, Osendarp SJ. Essential fats: how do they affect growth and development of infants and young children in developing countries? A literature review [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. Maternal & child nutrition. 2011; 7 Suppl 3:44-65.

7. Agostoni C. Role of long-chain polyunsaturated fatty acids in the first year of life. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2008; 47(Suppl 2):S41-S44.

8. Costa NMB, Rosa COB. Alimentos funcionais – componentes bioativos e efeitos fisiológicos. Rio de Janeiro: Roca; 2010.

9. Burdge GC. Metabolism of alpha-linolenic acid in humans. Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids. 2006; 75(3): 161-168.

10. Kus MMMM-F J. Ácidos graxos: EPA e DHA. ILSI Brasil; 2010.

11. Malcolm CA, McCulloch DI, Montgomery C, Shepherd A, Weaver LT. Maternal docosahexaenoic acid supplementation during pregnancy and visual evoked potential development in term infants: a double blind, prospective, randomised trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003; 88:383-90.

12. Helland IB, Smith L, Saarem K, Saugstad OD, Drevon CA. Maternal supplementation with very-long-chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation augments children`s IQ at 4 years of age. Pediatrics. 2003; 111:39-44.

13. Innis SM. Impact of maternal diet on human milk composition and neurological development of infants. The American Journal of Clinical Nutrition. 2014; 99(3):734s-41s.

14. Dias LPP, Martins ICVS, Cordeiro KS, Nunes JDC. Ácidos graxos essenciais Ômega-3 e Ômega-6 no leite materno e sua associação com o desenvolvimento infantil: revisão de literatura. FEMINA, 2014; 42(5):225-228.

15. Hayat L, Al-Sughayer M, Afzal M. A comparative study of fatty acids in human breast milk and breast milk substitutes in Kuwait. Nutr Res. 1999;19:827-41.

16. Innis SM, Gilley J, Werker J. Are human milk long-chain polyunsaturated fatty acids related to visual and neural development in breast-fed term infants? J Pediatr. 2001; 139: 532-7

17. Gaete MG, Atalah ES, Araya JA. Efecto de la suplementación de la dieta de la madre durante la lactancia con ácidos grasos omega 3 en la composición de los lípidos de la leche. Rev Chil Pediatr. 2002; 73:239-47.

18. Valenzuela AB, Nieto SK. Ácidos grasos omega-6 y omega-3 en la nutrición perinatal: su importância em el desarrolo del sistema nervioso y visual. Rev Chil Pediatr. 2003;74:149-57.

19. Gaete MG, Atalah ES. Niveles de LC-PUFA n-3 en la leche materna después de incentivar el consumo de alimentos marinos. Rev Chil Pediatr. 2003; 74:158-65.

20. Patin RV, Vítolo MR, Valverde MA, Carvalho PO, Pastore GM, Lopez FA. Influência da ingestão de sardinha nos níveis de ácidos graxos poliinsaturados da série Ω3 no leite materno. Jornal de Pediatria, Porto Alegre. 2006; 82(1).

21. Silva DRB, Miranda Júnior PFM, Soares EAS. A importância dos ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa na gestação e lactação. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife. 2007; 7(2):123-133.

22. Carlson SE. Docosahexaenoic acid supplementation in pregnancy and lactation. The American Journal of Clinical Nutrition. 2009; 89(2):678S-84S.

23. Imhoff-Kunsch B, Stein AD, Martorell R, Parra-Cabrera S, Romieu I, Ramakrishnan U Prenatal docosahexaenoic acid supplementation and infant morbidity: randomized controlled trial. Pediatrics. 2011; 128(3):e505-512.

24. Swanson D, Block R, Mousa SA, Omega-3 fatty acids EPA and DHA: health benefits throughout life. Advances in Nutrition. 2012; 3(1):1-7.

25. Golding J, Steer C, Emmett P, Davis JM, Hibbeln JR. High levels of depressive symptoms in pregnancy with low omega-3 fatty acid intake from fish. Epidemiology. 2009; 20(4):598-603.

26. Strom M, Mortensen EL, Halldorsson TI, Thorsdottir I, Olsen SF. Fish and long-chain n-3 polyunsaturated fatty acid intakes during pregnancy and risk of postpartum depression: a prospective study based on a large national birth cohort. The American journal of clinical nutrition. 2009; 90(1):149-55.

27. Mozurkewich E, Chilimigras J, Klemens C, Keeton K, Allbaugh L, Hamilton S, et al. The mothers, Omega-3 and mental health study. BMC pregnancy and childbirth. 2011; 11:46.

28. Bonham MP, Duffy EM, Wallace JM, Robson PJ, Myers GJ, Davidson PW, et al. Habitual fish consumption does not prevent a decrease in LCPUFA status in pregnant women (the Seychelles Child Development Nutrition Study). Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids. 2008; 78(6):343-50.

Prevalência do transtorno de estresse pós-traumático em mães de recém-nascidos prematuros: atualização

Prevalence of post traumatic stress disorder in preterm infants's mothers: update

Jessica Rotondo[1]
Ricardo Porto Tesdesco[1]

RESUMO

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um agravo mental que pode ocorrer em resposta a eventos traumáticos na vida do indivíduo. Alguns estudos apontam que há relação do transtorno do estresse pós-traumático após o parto, quando este é considerado como parto de risco. O objetivo deste artigo é fornecer uma atualização da literatura sobre a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres que tiveram parto pré-termo. Para a identificação dos estudos, foram consultadas as bases de dados PubMed/Medline, Ibecs e Lilacs. Para os resultados da busca, a seleção inicial ocorreu pela leitura dos títulos encontrados, sendo descartados aqueles não tinham relação com o tema e período selecionados. O total de 18 estudos cumpriu com os critérios de inclusão deste artigo. A prevalência encontrada do Transtorno do Estresse Pós-Traumático após o parto foi entre 1,3% e 12,5%, e de 28% nos grupos de risco, como as mães de prematuros. O presente artigo de atualização aponta que há possível correlação entre o Transtorno do Estresse Pós-Traumático e o nascimento prematuro.

Descritores:
Transtornos de estresse pós-traumáticos (TEPT);
Prematuro;
Gravidez de alto risco;
Parto;
Prevalência

ABSTRACT

The Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental illness that can occur in response to traumatic events in an individual's life. Some studies indicate that there is a relationship between PTSD after childbirth, when it is considered as risk childbirth. The aim of this article is to provide an update of the literature about the prevalence of Post Traumatic Stress Disorder and Prematurity. To identify the studies, the PubMed / Medline, Ibecs and Lilacs databases were consulted. For the search results, the initial selection occurred by reading the titles found, being discarded those that had no relation with the theme and period selected. In the total 18 studies met the inclusion criteria of this article. The prevalence of posttraumatic stress disorder after childbirth was between 1,3 and 12.5%, and 28% in the risk groups, such as mothers of premature infants. The present update article points out that there is a possible correlation between posttraumatic stress disorder and premature birth.

Keywords:
Posttraumatic stress disorder (PTSD);
Preterm extreme;
Parturition;
Prevalence;
Stress disorder

1. Faculdade de Medicina da Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil. **Autor correspondente:** Jessica Rotondo. Rua Francisco Teles, 250, 13202-550, Vila Arens II, Jundiaí, SP, Brasil. rp.tedesco@yahoo.com.br/Jessica_rotondo@hotmail.com. **Data de Submissão:** 20/06/2017. **Data de Aprovação:** 02/10/2017

INTRODUÇÃO

A prematuridade tem se destacado dentre os principais problemas da saúde pública por ser considerada a principal causa de morbimortalidade neonatal e influir diretamente nas taxas de mortalidade infantil de uma determinada população.[1] O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um agravo mental que pode ocorrer em resposta a eventos traumáticos na vida do indivíduo.

Classicamente se caracteriza pela seguinte tríade: (1) revivência do trauma (como exemplo, pensamentos ou memórias intrusivas, pesadelos); (2) esquiva a estímulos que relembrem o evento traumático/entorpecimento emocional (como exemplo, evitar pensamentos, lugares ou situações que lembrem o evento traumático, não sentir mais afeto pela família); (3) hiperexcitabilidade (como exemplo, sobressaltar-se com facilidade, estar sempre hipervigilante).[2]

O TEPT foi descrito pela primeira vez em 1980 no DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) publicado pela APA (American Psychiatric Association).[3] O tema já havia sido citado anteriormente, em 1970, por dois psiquiatras americanos, Chaim Shatan e Robert J. Lifton, que estudaram pacientes envolvidos com a Guerra do Vietnã e listaram vinte e sete sintomas mais comuns de "neuroses traumáticas". Isso motivou a constituição dos critérios usados pelo DSM-III para a definição de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.[4]

Em 1994, o TEPT foi reavaliado para sua manutenção no DSM-IV e a maior modificação, a definição de trauma ou evento traumático.

Dessa forma, o DSM-IV enfatiza o quão ameaçador e aterrorizante foi o trauma para o indivíduo e os sintomas passam a ser divididos em três categorias (lembranças intrusivas, sintomas de evitação e falta de sensibilidade, e hiperexcitação fisiológica).[4]

Segundo a última edição do DSM-V (2014)[5], o evento traumático pode acontecer quando houver exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, grave ferimento ou abuso sexual em uma ou mais das seguintes situações: a própria pessoa experienciando o evento, presenciando evento traumático envolvendo outros, saber que o evento traumático ocorreu com algum ente próximo ou ainda ser exposto de forma repetida aos detalhes aversivos do evento traumático.

A perturbação não pode ser considerada se for devida a efeitos fisiológicos de uma substância (medicamento, álcool) ou outra condição médica.[5]

Assim, o TEPT é classificado como um transtorno de ansiedade que pode ocorrer após experiência pessoal direta a um evento que envolva morte real, ameaça, ferimento sério ou ameaça à integridade física de si mesmo ou de outros.[6] O DSM não apresenta especificamente o parto como um exemplo de TEPT. A associação entre o TEPT e o parto foi estudada por Bydlowski e Raoul-Duval em 1978.[7]

Diversos estudos (qualitativos e quantitativos) indicam sintomas de TEPT em mulheres após o parto. Estudos indicam que há relação entre diferentes fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento do TEPT após o parto, incluindo: histórico de problemas psicológicos, sensação de perda de controle e complicações com procedimentos obstétricos.[6]

Alguns estudos mostram que existem três diferentes grupos de preditores do TEPT após o parto.

O primeiro grupo o relaciona a vivências anteriores ao parto, como a gravidez ser do primeiro filho, histórico de trauma sexual e dificuldades durante a gravidez. Além desses fatores, ser mãe solteira foi associado a um nível elevado de angústia psicológica após o nascimento.

Para o segundo grupo, o foco está relacionado com a experiência do nascimento, preocupações da mãe com a própria vida ou preocupações com a vida do filho durante o parto, cesárea de emergência, complicações médicas relativas à mãe ou à criança após o nascimento e níveis de emoções negativas vivênciadas durante o nascimento.

Finalmente, o terceiro grupo se associa ao baixo apoio social. Dessa forma alguns pesquisadores consideram que

o trauma experimentado no momento do parto, ou por volta deste, pode resultar nos sintomas do TEPT.[8]

Embora alguns profissionais de saúde não percebam o parto como um evento traumático, mulheres relataram ter sentimento de desespero, medo intenso e perda de controle.[9]

Os indivíduos que desenvolvem o TEPT têm mais riscos de desenvolver outros transtornos, chamados de comorbidades. A vítima também pode desenvolver distorções cognitivas e, em resposta ao evento traumático, desenvolver sentimentos de culpa, incapacidade de confiar em outras pessoas, transtorno em relações interpessoais e baixa autoestima.[3]

As comorbidades podem estar diretamente ligadas ao TEPT e os indivíduos demonstram taxas significativas de outros transtornos psiquiátricos como: depressão, transtorno de pânico, ansiedade social, ansiedade generalizada, sintomas somáticos, doenças físicas, hipertensão, dor crônica e ideias suicidas.

A atividade social também fica comprometida, pois indivíduos que sofrem do TEPT têm mais dificuldade escolar, dificuldade no trabalho, e dificuldade no relacionamento interpessoal.[10]

Estudos também apontam a relação de depressão após o parto em 10%, tendo o TEPT e a depressão prognósticos semelhantes interagindo com o aumento do sofrimento. Porém, estudos mostram que o TEPT geralmente é o mais comum em reação a um evento traumático, seguido pela depressão.[11]

Para aferição do TEPT após o parto, em geral, os instrumentos utilizados para este levantamento são questionários e escalas baseadas nos critérios do DSM. Entrevistas são utilizadas para auxiliar no diagnóstico e alinhamento dos dados.

Alguns estudos apontam que há possibilidade do desenvolvimento do TEPT no pós-parto, principalmente, quando este é considerado como parto de risco.

O objetivo deste artigo é fornecer uma atualização da literatura sobre a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres que tiveram parto pré-termo. Alguns estudos mostram a prevalência do TEPT após o parto em 7%, e prevalência de 28% para o grupo de mulheres com partos prematuros ou natimorto.[12]

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de atualização sobre a prevalência do TEPT em mães de prematuros. Para a identificação dos estudos sobre o assunto abordado, foram consultadas as bases de dados PubMed/Medline, Ibecs e Lilacs.

A busca foi realizada pela combinação das palavras-chave "parto", "prevalência", "Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos" cadastrados nos Descritores em Ciência e Saúde (DeCS) e seus similares em inglês "*Parturition*", "*Prevalence*" e "*Posttraumatic Stress Disorder*" (de acordo com o MESH), sem restrição de língua. Os critérios de inclusão dos estudos para revisão foram: estudos publicados entre 2000 e 2016 e pesquisas feitas com humanos do sexo feminino.

Para os resultados da busca, a seleção inicial ocorreu pela leitura dos títulos encontrados, sendo descartados aqueles não tinham relação com o tema e período selecionados. Para os potencialmente elegíveis, os resumos foram avaliados em uma segunda etapa de seleção quanto à elegibilidade.

Os artigos que aparentemente cumpriam com os critérios de inclusão foram obtidos e analisados na íntegra, sendo então incluídos aqueles que contemplavam a proposta deste estudo de atualização. Adicionalmente, as listas de suas referências bibliográficas foram examinadas para busca de outros artigos ainda não rastreados pela busca eletrônica.

Para os estudos identificados que cumpriram os critérios de inclusão, foi construída uma tabela com suas características, autor, ano, local, método, instrumentos, participantes e resultados. Foram excluídos artigos de estudos com animais, livros e artigos que não relacionaram o TEPT com o parto.

RESULTADOS

O fluxograma (figura 1) mostra o método adotado para a busca bem como inclusão e exclusão dos artigos para este estudo. Dos 88 artigos identificados de acordo com a estratégia de busca utilizada, 76 artigos foram avaliados por título, 51 seguindo os critérios de inclusão deste presente estudo e 13 selecionados para avaliação na íntegra nesta revisão. Adicionalmente 10 artigos foram incluídos através das referências bibliográficas. Os totais de 18 artigos cumpriram com os critérios de inclusão da revisão.

O quadro 1 mostra as características dos estudos incluídos na análise. Quase em sua totalidade (83,3%), os estudos utilizaram a abordagem de coorte transversal para desenho de estudo e obtenção da prevalência do TEPT após o parto. As informações foram coletadas no período de pós-parto, em geral, no período de seis semanas após o parto. Frequentemente, nos estudos, foram realizadas entrevistas com os sujeitos das pesquisas e aplicação de questionários para levantamento do perfil sociodemográfico dos sujeitos e escalas para identificação dos sintomas e diagnóstico do TEPT, sendo todas as escalas baseadas nos critérios do DSM, como medida de aferição dos sintomas do TEPT. Apenas dois artigos incluídos na revisão foram originalmente publicados em língua portuguesa. Todos os demais em inglês.

Quanto à prevalência do TEPT, nota-se que há relação entre o transtorno e o pós-parto. Estudos mostraram a prevalência do TEPT entre 1,3 e 12,5% em mulheres no período de pós-parto. Já para o TEPT em mães de recém-nascidos prematuros ou natimorto, a maior prevalência nos estudos foi de 28%.

Modarres *et al.* (2012)[6] realizaram um estudo sobre as experiências de um parto traumático e possíveis fatores psicológicos associados em mulheres no período entre 6 e 8 semanas após o parto. Neste estudo, estimou-se a prevalência do TEPT com o parto traumático em uma amostra de 400 mulheres. A prevalência encontrada do TEPT foi de 20%. Deste total, 8,3% das mulheres tiveram partos prematuros e 6,4% tiveram recém-nascidos de baixo peso (<2,5kg).[6]

Ayers *et al.* (2008)[12] realizaram um estudo sobre TEPT após o parto e identificaram que as taxas de prevalência são mais elevadas em grupos de riscos, como mães de prematuros ou natimortos, com índices de até 26%.

Em um estudo feito na Alemanha, Vossbeck-Elsebusch *et al.* (2014)[8] buscaram identificar a prevalência e potenciais preditores dos sintomas do TEPT após o parto. Como resultado, a percepção de baixos níveis de apoio do parceiro, culpa e fatores de vulnerabilidade pessoal estavam relacionados à experiência de sintomas do TEPT. A prevalência encontrada do TEPT foi de 12,5%.[8]

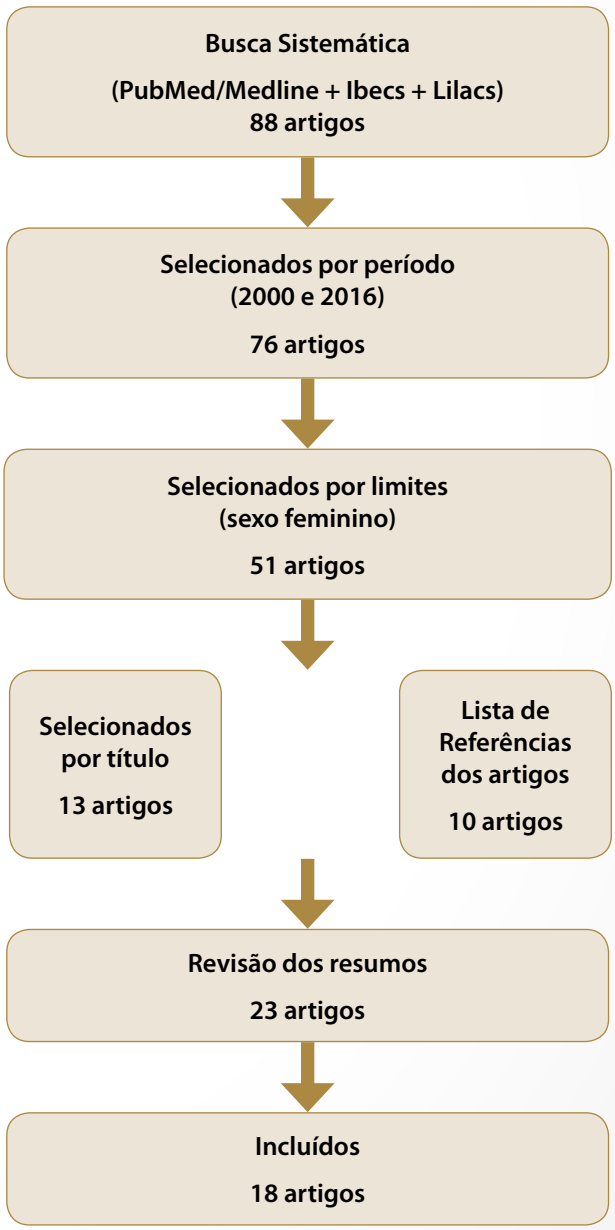


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos.

Quadro 1. Característica dos estudos incluídos.

Referência	Ano	Local	Desenho do Estudo	Resultado
Henriques *et al.*[15]	2015	Rio de Janeiro, Brasil	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 9,4%.
Vossbeck-Elsebusch *et al.*[8]	2014	Münster, Alemanha	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 12,5%.
Modarres *et al.*[6] (ref)	2012	Bushehr, Irã	Corte transversal	Dezoito mulheres (8,3%) tiveram partos prematuros e 14 mulheres (6,4%) tiveram recém-nascidos de baixo peso (<2,5 kg). No total, 80 mulheres (20%) preencheram os critérios para o TEPT pós-parto.
Andretto[14]	2010	São Paulo, Brasil	Corte transversal	Prevalência de TEPT PP foi de 10,04%.
Ayers *et al.*[16]	2009	Londres, UK	Corte transversal	Prevalência do TEPT foi em 2,5% das mulheres em amostras comunitárias e 21% das mulheres em amostras de internet.
Söderquist *et al.*[11]	2009	Suécia	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 1,3% e de 6,9% seis semanas após o parto.
Ayers *et al.*[12]	2008	Londres, UK	Estudo de discussão	Estudos de vários países sugerem uma prevalência entre 0 e 7% das mulheres preenchendo critérios diagnósticos para TEPT em algum momento após o nascimento. As taxas de prevalência são mais elevadas nos grupos de risco, como as mães de prematuros ou natimortos, com prevalência de até 26%.
Adewuya *et al.*[17]	2006	Osun State, Nigéria	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 5,9%.
Engelhard *et al.*[18]	2006	Limburgo, Holanda	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 26% em mulheres após aborto espontâneo ou natimorto.
Beck[19]	2004	EUA	Pesquisa Qualitativa	Sintomas identificados do TEPT após o parto. Pesadelos, *flashbacks* do nascimento, raiva, ansiedade, depressão e isolamento do mundo.
Soet *et al.*[20]	2003	Atlanta, EUA	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 1,9%.
Callahan *et al.*[21]	2002	EUA	Validação do Questionário PPQ (Perinatal PTSD Questionnaire)	Prevalência de TEPT em mães de alto risco, entre 7,7% e 3,5% na escala PPQ e entre 19,9% e 10,22% na escala IES.
Engelhard *et al.*[22]	2002	Limburgo, Holanda	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 28% após pré-eclâmpsia pré-termo.
Ayers *et al.*[23]	2001	Londres (UK)	Corte transversal	Pelo menos 1,5% das mulheres desenvolveram TEPT como resultado do parto.
Creedy *et al.*[24]	2000	Austrália	Corte transversal	Uma em cada três mulheres (33%) identificou o parto como traumático. Prevalência de 5,6% para TEPT.
Czarnocka e Slade[25]	2000	Sheffield, UK	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 3%.
Wijma *et al.*[26]	1997	Linköping, Suécia	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 1,7%.
Menage[25]	1993	Warwickshire, UK	Corte transversal	Prevalência de TEPT foi de 6%. 30 mulheres preencheram os critérios para TEPT.

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder;
TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático; UK - United Kingdom (Reino Unido)

Engelhard *et al.* (2002)[13] realizaram estudo com 113 sujeitos sobre a predisposição da pré-eclâmpsia em relação ao TEPT. A prevalência do TEPT foi de 17% no grupo de pré-eclâmpsia, de 28% no grupo de pré-eclâmpsia pré-termo e de 28% no grupo de parto prematuro.

Duas pesquisas foram realizadas no Brasil. Andretto *et al.* (2010)[14] buscaram estimar a prevalência do TEPT e Depressão Pós- Parto em puérperas do setor público e privado de São Paulo. A prevalência do TEPT foi de 10,04%. Henriques *et al.* (2015)[15] investigaram o TEPT em uma maternidade de alto risco no Rio de Janeiro e encontraram uma prevalência geral de 9,4% do TEPT após o parto.

De modo geral, os estudos utilizaram questionários com dados sociodemográficos para levantamento do perfil das mães, escalas como PTSD Symptom Scale (PSS-I), PTSD CheckList (PCL-C), State Trait Anxiety Inventory (STAI) para diagnóstico do TEPT, Beck Depression Inventory (BDI) para diagnóstico de depressão e Trauma History Questionnaire (THQ) para identificação de trauma.

DISCUSSÃO

Independentemente de a literatura ser limitada, os estudos nos mostram que mulheres que experimentam o parto como traumático podem desenvolver sintomas significativos para o diagnóstico do TEPT no período pós-natal.

Os dados sugerem que parece existir uma maior associação do TEPT e a ocorrência de um parto pré-termo. Quando se comparam as informações sobre a prevalência do TEPT após o parto e a prevalência do TEPT após o parto prematuro, as taxas aumentam em 16%.

As estratégias para coleta de dados são similares entre os estudos, utilizando entrevistas e aplicação de questionários. Os instrumentos utilizados variaram entre escalas e questionários, porém todos baseadas nos critérios do DSM em sua consistência.

A maioria dos estudos é de abrangência internacional, havendo em todos coerência entre as taxas de prevalência do TEPT após o parto. Segundo alguns estudos, destaca-se a ocorrência de eventos traumáticos anteriores à gestação para o desenvolvimento do TEPT.

CONCLUSÃO

Em sintese, a presente atualização aponta que há possível correlação entre o TEPT e nascimento prematuro, com prevalências entre 26 e 28%. Pela alta incidência e possibilidade de importante comprometimento da saúde física e emocional das mulheres, o TEPT deve ser uma condição mais valorizada na assistência à saúde obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Lajos GJ. Estudo multicêntrico de investigação em prematuridade no Brasil: implementação, correlação intraclasse e fatores associados à prematuridade espontânea [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
2. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Astin MC, Resick PA. Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In: Caballo EV, coordenador. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. Vol. 1, Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Ed. Santos; 2002. p. 171-209.
4. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin HL, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25 Supl 1:8-11. doi: 10.1590/S1516-44462003000500003
5. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. BMC Pregnancy Childbirth. 2012:12-88. doi: 10.1186/1471-2393-12-88
7. Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. Perspect Psychiatr. 1978;4:321-8.
8. Vossbeck-Elsebusch AN. Freisfeld C, Ehring T. Predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. BMC Psychiatry. 2014;14-200. doi: 10.1186/1471-244X-14-200
9. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. Br J Psychiatry. 1995;166(4):525-8.
10. Camara Filho JWS, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):221-8. doi: 10.1590/S1516-44462001000400009
11. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. BJOG. 2009;116(5):672-80. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x
12. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. J Psychosom Obstet Gynae-

col. 2008;29(4):240-50. doi: 10.1080/01674820802034631

13. Andretto DA. Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto e depressão pós-parto: prevalência e fatores associados em puérperas do setor público e privado da zona leste de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

14. Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. J Affect Disord. 2009;119(1-3):200-4. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.029

15. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth. 2001;28(2):111-8. doi: 10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x

16. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. BJOG. 2006;113(3):284-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x

17. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. Nurs Res. 2004;53(4):216-24.

18. Callahan JL, Hynan MT. Identifying mothers at risk for postnatal emotional distress: further evidence for the validity of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire. J Perinatol. 2002;22(6):448-54.

19. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth. 2000;27(2):104-11. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x

20. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003;30(1):36-46. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

21. Engelhard IM, van Rij M, Boullart I, Ekhart TH, Spaanderman ME, van den Hout MA, et al. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. Gen Hosp Psychiatry. 2002;24(4):260-4. doi: 10.1016/S0163-8343(02)00189-5

22. Engelhard IM, van den Hout MA, Schouten EG. Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(5):414-7.

23. Henriques T, Moraes CL, Reichenheim ME, Azevedo GL, Coutinho ESF, Figueira ILV. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31(12):2523-34. doi: 10.1590/0102-311X00030215

24. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. Br J Clin Psychol. 2000;39(Pt 1):35-51.

25. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedures. J Reprod Infant Psychol. 1993;11:221-8.

26. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. J Anxiety Disord. 1997;11(6):587-97. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00041-8

27. Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. Psychol Health Med. 2003;8(2):159-68.

CONFIRA OS ARTIGOS A SEREM PUBLICADOS NA PRÓXIMA FEMINA®

- Trombocitopenia na gravidez
- Violência na gestação: prevalência e perfil do agressor
- O feto é um ser alogênico de sucesso
- Tabagismo e gravidez
- Papel do Doppler do ducto venoso na restrição de crescimento intrauterino
- Esterilização tubária histeroscópica – Uma atualização sobre o dispositivo Essure®

E OUTRAS NOVIDADES! AGUARDEM!

Se você quiser publicar artigos na Femina®, use o e-mail: editorial.office@ febrasgo. org.br.
Participe da Femina®, a Revista Contemporânea de GO.

ANUIDADE 2018

Caro associado,

Pague sua anuidade até **31 de março** e garanta o recebimento da Revista FEMINA impressa e acesso ilimitado a todo o conteúdo disponível no portal, com todas as aulas dos workshops e videoaulas promovidas pela FEBRASGO.

NOVIDADE:

Em 2018 a FEBRASGO irá lançar 127 novos protocolos.
Serão disponibilizados apenas aos associados que estiverem quites com a anuidade de 2018.

1. Realize seu login no site da FEBRASGO;
2. Acesse "Meus Pagamentos" no menu superior;
3. Imprima seu boleto ou verifique seu recibo de pagamento.

Acesse: www.febrasgo.org.br

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Suplemento vitamínico

ofolato

L-Metilfolato de Cálcio + Vitamina E

O **melhor cuidado** para uma nova vida.

L-Metilfolato é a forma ativa do ácido fólico[1]

Formulação exclusiva

L-Metilfolato de Cálcio

(355mcg de ácido fólico)

+

Vitamina E - **10 mg**

Tamanho real do comprimido

Caixa com **30** comprimidos

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
0800 97 99 900

Material Técnico-científico destinado exclusivamente ao profissional de saúde. Proibida a reprodução total e/ou parcial e a distribuição a outros públicos. Referências bibliográficas: 1. Greenberg JA, et al. Multivitamin supplementation during pregnancy: emphasis on folic acid and l-Methylfolate. Rev Obstet Gynecol. 2011;4(3-4):126-7. Inserir: Produto isento de registro conforme ANVISA RDC 27/2010. FEV./2017.

Mantecorp Farmasa