

# Feminina<sup>®</sup>

Publicação oficial da Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 50, Número 7-2022

## Incontinência urinária

Quando solicitar o estudo  
urodinâmico e a importância  
do tratamento correto

**ENTREVISTA:** o papel do  
ginecologista no diagnóstico  
da incontinência urinária

## SIMULAÇÃO MÉDICA

Como preparar o  
cenário adequado  
nos programas de  
Residência Médica

EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo EAD

Uma ação de inovação e tecnologia  
em educação da Febrasgo

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



Com  
emissão de  
**Certificado!**

febrasgo  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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

**E outras vantagens!**

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



Acesse:

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

febrasgo  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

## DIRETORIA

### PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

### DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

### DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

### DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

### DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

## DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

### PRESIDÊNCIA

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

### SECRETARIA EXECUTIVA

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

### EDITORIAL

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

### PUBLICIDADE

Renata Erlich  
gerencia@Febrasgo.org.br

[www.Febrasgo.org.br](http://www.Febrasgo.org.br)

## CORPO EDITORIAL

### EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

### COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

### EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

### EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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



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

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

## CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



## EDITORIAL

**F**emina me encanta! A cada volume parece melhor. Nossos revisores também nos sensibilizam. Estão envolvidos e empenhados na entrega de *Femina* com alta qualidade. O tema de capa deste mês examina e mistura as atuações de urologistas e ginecologistas em relação ao estudo urodinâmico e, por sua relevância, é introduzido ao leitor pelo professor Marcos Felipe. O texto, elaborado por professores de Minas Gerais, está irretocável! E, na sequência, uma entrevista detalhando três pontos tidos como mais importantes na assistência a portadores de incontinência urinária, com sistematização de forma clara feita pela jornalista Letícia. Um texto completo sobre o papel da simulação no ensino da Medicina, aqui dedicado aos residentes de Ginecologia e Obstetrícia, elaborado por professores paranaenses, enriquece este volume. Aprender Medicina ficou mais fácil! Ganham nossos residentes. A Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo traz texto que destaca a decisão do Conselho Regional de Medicina do Piauí sobre a autonomia de obstetras e pacientes na assistência ao parto. Nos tempos atuais, a relação de confiança tem sido quebrada de modo inadmissível. Daí a relevância do texto. Exemplifico com um caso recente ocorrido em Cuiabá, no qual a paciente, após ser hospitalizada com óbito fetal intrauterino na 32ª semana de gravidez, fez Boletim de Ocorrência em delegacia contra o médico, pela conduta de induzir o parto. Ela queria que o médico fizesse cesariana e se julgava mal tratada pela indução! Uma violência! De quem?

Manejo da distocia de ombro. Crucial no aprendizado do obstetra. Este editor já viu de tudo, até a recomendação de fraturar a clavícula antes de qualquer outra manobra! Esse texto, elaborado pela Comissão de Urgências Obstétricas, me seria muito útil quando me dedicava à obstetrícia! É magistral e deve ser guardado em separado, em todas as salas de parto! Quero parabenizar a Comissão pela qualidade do texto e pelas ilustrações, mesmo assim não consigo premiar os esforços dos autores! Como este editor não faz mais parto, o texto trouxe um raio de saudade! Artigo de revisão publicado por professor de Uberlândia, MG, abordando a estimativa de risco para a mulher com neoplasia intraepitelial escamosa cervical destaca a importância do rastreamento adequado, incluindo a genotipagem do HPV nos casos positivos. Está atualizado e riquíssimo em detalhes. Leitura agradávelíssima. Outro artigo de revisão, escrito por professora de Santa Catarina, examina em detalhes as causas do desmame precoce. O texto tem quadros ilustrativos e provê dez passos para o sucesso do aleitamento. Ganha muito nosso leitor! Para fechar o volume, professores do ABC de São Paulo relatam um caso de histerectomia radical, após parto cesáreo, por adenocarcinoma cervical. Além de bem descrito, fornece belas ilustrações.

Os editores de *Femina* estão gratos a todos que fazem desta uma revista útil à prática da Ginecologia e Obstetrícia. Ganhamos todos! Fortalece-se a Febrasgo!

Boa e prazerosa leitura, como eu tive.

**Sebastião Freitas de Medeiros**

EDITOR

# SUMÁRIO

**390** Capa

## Uso do estudo urodinâmico por ginecologistas e urologistas no Brasil

**397** Entrevista

## Três pontos importantes sobre incontinência urinária





**402**

Federada

**Sogirgs**

**As ações não param**

**403**

Residência Médica

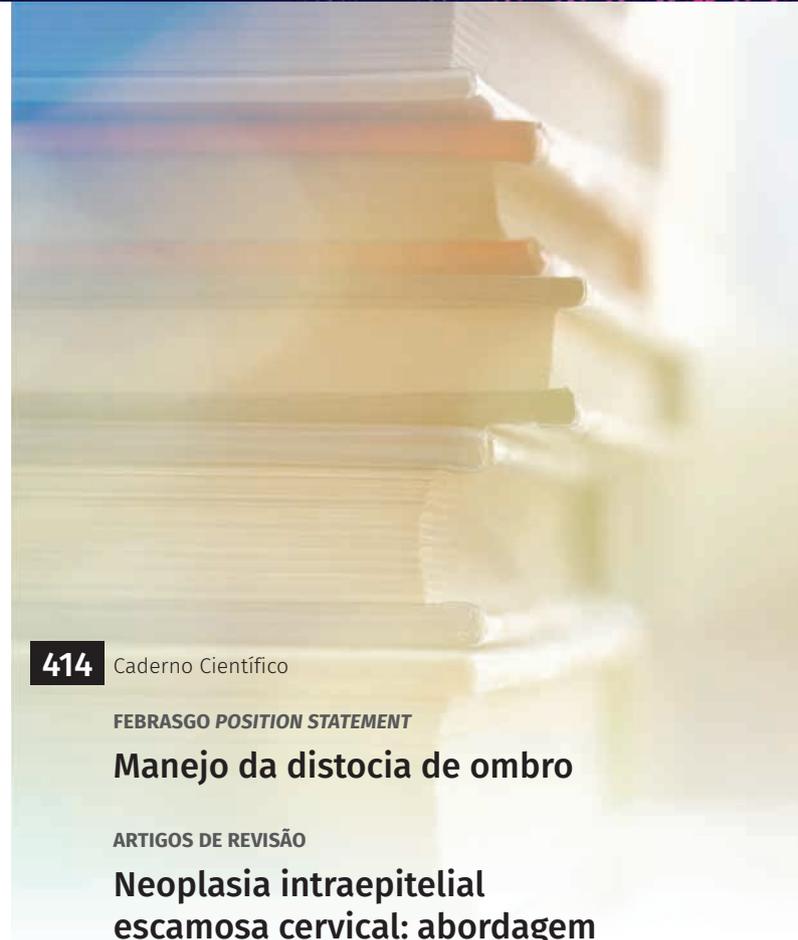
**Inserção da simulação  
nos Programas de  
Residência Médica em  
Ginecologia e Obstetrícia  
Como preparar um bom  
cenário de simulação**



**410**

Defesa e Valorização Profissional

**Conselho Regional  
de Medicina do Piauí  
publica resolução sobre  
a autonomia do médico e  
da paciente nos cenários  
de assistência ao parto**



**414**

Caderno Científico

**FEBRASGO POSITION STATEMENT**

**Manejo da distopia de ombro**

**ARTIGOS DE REVISÃO**

**Neoplasia intraepitelial  
escamosa cervical: abordagem  
por estimativas de risco**

**Causas do desmame precoce em  
lactentes: uma revisão integrativa**

**RELATO DE CASO**

**Histerectomia radical após parto  
cesáreo por adenocarcinoma  
de colo uterino: relato de caso**

Os avanços nos métodos propedêuticos de avaliação de pacientes com problemas uroginecológicos são marcados pelo advento dos estudos urodinâmicos (EUD) na prática clínica. O método vem sendo utilizado na propedêutica uroginecológica, tendo sido estabelecidos protocolos para o seu uso pelas principais sociedades da especialidade em todo o mundo, procurando evitar o abuso dessa metodologia na rotina diária da especialidade. Em nosso meio, podem ser citados os protocolos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e, internacionalmente, da *European Association of Urology* (EAU), do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG).

Entretanto, nem sempre os protocolos têm sido seguidos pelos profissionais que atuam nessa área. Essa observação motivou a realização da pesquisa “Uso do estudo urodinâmico por ginecologistas e urologistas no Brasil”, na qual um grupo de pesquisadores, por meio de um questionário semiestruturado, procurou saber a opinião de ginecologistas e urologistas no Brasil sobre o emprego do EUD nas suas rotinas. O questionário foi composto por perguntas sobre a prática clínica e solicitações do EUD na abordagem da incontinência urinária feminina, sendo enviado por *e-mail* pela Febrasgo e pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

O número de respondedores foi pequeno para o universo de profissionais de ambas as especialidades convidados a participar. Por outro lado, no grupo de profissionais que responderam ao questionário, verifica-se que o EUD está disponível para a grande maioria deles (98,7% dos ginecologistas e 100% dos urologistas). Provavelmente, os participantes foram aqueles que possuem mais experiência ou interesse no assunto, principalmente entre os ginecologistas, que compuseram a maioria dos participantes. Verificou-se, entretanto, que em diversas situações clínicas existem diferenças importantes entre os especialistas nas indicações e na forma de realização do EUD.

Portanto, a motivação para a introdução deste trabalho como tema de *Femina* neste mês se deve à falta de uniformidade na aplicação do EUD, apesar dos protocolos propostos pelas grandes sociedades internacionais da especialidade e pela própria Febrasgo, entre nós. O tema é debatido por especialistas da Comissão Nacional Especializada de Uroginecologia da Febrasgo e pelos autores do trabalho. Com isso, *Femina* procura chamar a atenção para a importância do debate sobre temas que, embora consensuados pelas sociedades de especialidade, não são unanimidade entre os profissionais nas suas práticas diárias.

Marcos Felipe Silva de Sá  
Coeditor de *Femina*



# Uso do estudo urodinâmico por ginecologistas e urologistas no Brasil

Mucio Barata Diniz<sup>1</sup>, Marina Franklin Ribeiro<sup>2</sup>, Luísa Aguiar Monteiro Dias<sup>2</sup>, Marilene Vale de Castro Monteiro<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** O estudo urodinâmico (EUD) é um conjunto de exames que estuda o armazenamento e o esvaziamento da urina e é amplamente utilizado por ginecologistas e urologistas na abordagem da incontinência urinária (IU) feminina, apesar da discussão sobre suas indicações. Os objetivos do estudo foram verificar se a urodinâmica é utilizada rotineiramente na abordagem conservadora e cirúrgica da IU feminina, e quais outras indicações clínicas, comparando as respostas entre ginecologistas e urologistas brasileiros. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de opinião por meio de um questionário semiestruturado, composto por perguntas sobre a prática clínica em IU, enviado por *e-mail* a ginecologistas e urologistas, e realizada entre agosto de 2020 e janeiro de 2021. As respostas foram comparadas por meio de análises estatísticas. **Resultados:** Dos 329 participantes, 238 (72,3%) eram ginecologistas e 91 (27,7%), urologistas. A maioria dos ginecologistas (73,5%) e urologistas (86,6%) não solicita EUD antes do tratamento conservador da IU, mas o EUD é indicado rotineiramente no pré-operatório de cirurgias anti-incontinência. A maioria dos participantes indica EUD na abordagem inicial da bexiga hiperativa (88,2% vs. 96,7%) e há maior chance de o urologista solicitar mais EUD nessa situação (OR = 3,9). Para a maioria dos participantes, é necessário solicitar a urocultura antes do EUD. **Conclusão:** A maioria dos ginecologistas e urologistas brasileiros não solicita o EUD antes do tratamento conservador da IU, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, e muitas vezes solicita antes do tratamento cirúrgico da IU feminina. A indicação desse exame na abordagem inicial da bexiga hiperativa idiopática deve ser revisada pelos participantes.

## Descritores

Urodinâmica; Incontinência urinária feminina; Bexiga hiperativa

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

2. Vila da Serra Hospital, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

## Autor correspondente:

Marilene Vale de Castro Monteiro  
Av. Professor Alfredo Balena, 190,  
2º andar, 30130-100, Belo Horizonte,  
MG, Brasil  
marilene.vale@gmail.com

## Como citar:

Diniz MB, Ribeiro MF, Dias LA, Monteiro MV. Uso do estudo urodinâmico por ginecologistas e urologistas no Brasil. *Femina*. 2022;50(7):390-6.

\*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Use of Urodynamics by Gynecologists and Urologists in Brazil", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(7):654-9.

## INTRODUÇÃO

O estudo urodinâmico (EUD) é um conjunto de exames que estuda o armazenamento e o esvaziamento da urina e é amplamente utilizado por ginecologistas e urologistas na abordagem da incontinência urinária (IU) e na avaliação da função do trato urinário inferior. O objetivo do EUD é reproduzir os sintomas do paciente e fazer a correlação fisiopatológica, identificando os fatores que contribuem para a disfunção do trato urinário.<sup>(1,2)</sup> A *International Continence Society* (ICS) recomenda a realização de pelo menos três etapas desse exame, que são fluxometria, cistometria e estudo de pressão-fluxo.<sup>(3,4)</sup>

A abordagem da IU feminina é dividida em inicial e especializada.<sup>(5)</sup> A abordagem inicial deve incluir: anamnese, exame físico com teste de esforço, urinálise, diário urinário e avaliação do volume urinário residual.<sup>(6)</sup> As diretrizes atuais sugerem que, quando o tratamento conservador falha ou quando a IU é classificada como complicada, são necessários exames complementares, sendo o EUD o principal.<sup>(6-9)</sup> Pacientes com IU complicada são aqueles com perda urinária associada a prolapso ou urgência, pacientes com sintomas de esvaziamento vesical incompleto, após cirurgia pélvica radical ou radioterapia, nas recidivas cirúrgicas e nos casos em que a abordagem

inicial não conseguiu chegar ao diagnóstico.<sup>(5,9,10)</sup> Apesar de seu importante papel como teste funcional, a indicação do EUD na avaliação de pacientes do sexo feminino com incontinência continua a ser um assunto debatido. A principal discussão é sobre quando o EUD deve ser indicado.<sup>(11)</sup>

Para conhecer as indicações do EUD por ginecologistas e urologistas no Brasil, em que não há área de atuação em uroginecologia formalizada, realizamos um estudo tipo *survey* ou opinião (por meio de questionário). Os objetivos do estudo foram verificar se o EUD é utilizado rotineiramente na abordagem conservadora e cirúrgica da IU feminina e em quais outras situações clínicas é solicitado pelos participantes, comparando as respostas entre ginecologistas e urologistas.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de opinião destinada a ginecologistas e urologistas no Brasil, por meio de um questionário semiestruturado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 34191120.5.0000.5149) e foi realizado entre agosto de 2020 e janeiro de 2021. O questionário foi enviado por *e-mail* pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), para 30.000 ginecologistas e urologistas, e antes de responder, aqueles que se dispuseram a participar, assinaram o termo de consentimento e não foram identificados após a resposta.

O questionário foi composto por perguntas sobre a prática clínica e solicitações do EUD na abordagem da IU feminina e foi elaborado por dois especialistas em ginecologia e urologia.

O principal desfecho foi verificar o percentual de participantes que solicitaram o EUD de rotina antes de iniciar o tratamento conservador e cirúrgico da IU feminina. Outros desfechos foram: confirmar se o EUD é solicitado no pré-operatório para tratamento cirúrgico da IU feminina; verificar em quais principais condições clínicas os participantes solicitam o EUD; avaliar a disponibilidade do EUD no local do participante; identificar se o tratamento cirúrgico da IU foi baseado na pressão da perda urinária e se houve diferença nas indicações do EUD entre ginecologistas e urologistas. O cálculo amostral não foi realizado, por se tratar de uma pesquisa de opinião.

As variáveis numéricas são apresentadas em termos de seus valores de tendência central e variabilidade, considerando a natureza de sua distribuição. As variáveis categóricas serão descritas em termos de frequência absoluta e relativa. Para a análise descritiva das variáveis com distribuição normal, os resultados foram expressos em média ( $\pm$  desvio-padrão). Para comparar as respostas entre ginecologistas e urologistas, foi utilizado o teste *t* de Student, após a realização do teste de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias

por grupo. Para as variáveis categóricas, o teste do qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) e o teste exato de Fisher também foram utilizados para cada situação. Nos casos de associação significativa entre duas variáveis de interesse, o *odds ratio* foi avaliado. O intervalo de confiança foi de 0,95. A análise estatística foi realizada pelo *software* SPSS versão 21.0.

## RESULTADOS

Dos 30.000 questionários enviados, apenas 329 foram respondidos (1,1%). Desses 329 participantes, 238 eram ginecologistas (72,3%) e 91 urologistas (27,7%). Quanto ao tempo de atuação na especialidade, a média foi de 21,2 anos no grupo de ginecologistas, e a maioria era do sexo feminino (60,9%), e de 17,5 anos no grupo de urologistas (93,4% do sexo masculino), configurando uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,023$  para tempo de experiência profissional e  $p = 0,001$  para sexo). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à qualificação profissional (pós-graduação e especialização). Quanto ao local de atuação, a maioria dos ginecologistas atua na capital de seus estados (55,5%), ao contrário dos urologistas, com apenas 39,6% atuando na capital ( $p = 0,023$ ) (Tabela 1).

O EUD está disponível para a grande maioria dos participantes (98,7% dos ginecologistas e 100% dos urologistas), e 73% dos ginecologistas e 88% dos urologistas indicam o EUD no pré-operatório de cirurgias anti-incontinência, não havendo diferença estatística entre os dois grupos; 53,4% dos ginecologistas e 62,6% dos urologistas não indicam o EUD no pré-operatório de cirurgia para prolapso genital, sem diferença estatística entre os grupos. A maioria dos ginecologistas (73,5%) e urologistas (86,6%) não solicita o EUD antes de iniciar o tratamento conservador da IU (Tabela 2).

Quando questionados sobre a indicação do EUD na IU mista, 54,2% dos ginecologistas e 52,7% dos urologistas indicaram esse exame. Houve diferença estatística quanto à indicação do EUD na abordagem da bexiga hiperativa idiopática, pois os urologistas indicaram menos que os ginecologistas – 3,3% e 11,8%, respectivamente (Tabela 2). A maioria dos urologistas indica o EUD (71,4%) nos casos de bexiga hiperativa, em oposição aos ginecologistas (27,7%), o que foi estatisticamente significativo, com  $p = 0,001$ . Entre os participantes que fazem EUD, a maioria utiliza dois cateteres uretrais e aparelho nacional e realiza os três principais exames que fazem parte do EUD (urofluxometria, cistometria e estudo de pressão-fluxo). Quando avaliamos o protocolo para a realização do EUD, houve diferença apenas quanto ao uso de antibiótico profilático, que foi maior no grupo de urologistas. O principal dado do EUD para indicação da cirurgia anti-incontinência foi a pressão de perda urinária, tanto para ginecologistas quanto para urologistas (Tabela 3).

Tabela 1. Características dos participantes

Características	Ginecologistas n (%)	Urologistas n (%)	Valor de p
<b>Número de participantes</b>	238 (72,3)	91 (27,7)	
Mulheres	145 (60,9)	6 (6,6)	0,001
Homens	93 (39,1)	85 (93,4)	
<b>Tempo de experiência profissional (em anos)</b>	21,2 anos	17,5 anos	0,023**
<b>Pós-graduação e/ou especialização</b>	63 (26,5)	19 (20,9)	0,294
<b>Cidade de atuação</b>			
Capital	132 (55,5)	36 (39,6)	0,023*
Interior	99 (41,6)	50 (54,9)	
<b>O EUD está disponível na sua região?</b>			
Sim	235 (98,7)	91 (100)	0,564*
Não	3 (1,3)	- (-)	

p: Teste qui-quadrado de Pearson. \* Teste de Fisher. \*\* Teste t de Student.

Tabela 2. Indicações dos estudos urodinâmicos

Indicações	Ginecologistas n = 238 n (%)	Urologistas n = 91 n (%)	Valor de p
<b>Você solicita o EUD no pré-operatório das cirurgias anti-incontinência?</b>			
Sim	175 (73,5)	75 (82,4)	0,091
Não	63 (26,5)	16 (17,6)	
<b>Por que você solicita o EUD no pré-operatório das cirurgias anti-incontinência?</b>			
Para liberação do <i>kit sling</i>	84 (35,3)	38 (41,8)	
Porque faz parte do protocolo	25 (10,5)	8 (8,8)	
Para decisão compartilhada com a paciente	97 (40,8)	57 (62,2)	
Por segurança e preocupação com processos jurídicos	64 (26,9)	48 (52,7)	
<b>Você solicita o EUD em pacientes com prolapso genital e com indicação de tratamento cirúrgico?</b>			
Sim	111 (46,6)	34 (37,4)	0,130
Não	127 (53,4)	57 (62,6)	
<b>Você solicita o EUD em pacientes com incontinência mista?</b>			
Sim	129 (54,2)	48 (52,7)	0,813
Não	109 (45,8)	43 (47,3)	
<b>Você solicita o EUD na abordagem inicial da bexiga hiperativa idiopática?</b>			
Sim	210 (88,2)	88 (96,7)	<0,001
Não	28 (11,85)	3 (3,3)	OR = 3,9
<b>Você solicita o EUD antes do tratamento conservador da IU?</b>			
Sim	63 (26,5)	12 (13,2)	0,010
Não	175 (73,5)	79 (86,6)	OR = 2,4
<b>Os resultados do EUD interferem no tipo de cirurgia anti-incontinência indicada?</b>			
Sim	115 (48,3)	22 (24,2)	
Algumas vezes	76 (32)	36 (39,5)	0,001
Não	31 (13)	33 (36,3)	
Não indico cirurgia anti-incontinência	16 (6,7)	- (-)	

p: Teste qui-quadrado de Pearson. OR: *odds ratio* ou razão de chance.

Tabela 3. Rotina do estudo urodinâmico

Rotina	Ginecologistas n = 238 n (%)	Urologistas n = 91 n (%)	Valor de p
<b>Você realiza EUD?</b>			0,001
Sim	66 (27,7)	65 (71,4)	
Não	172 (72,3)	26 (28,6)	
<b>Qual tipo de cateter vesical você utiliza?</b>			
Dois cateteres de alívio	44 (78,6)	49 (75,4)	
Cateter de dupla luz	12 (21,4)	16 (24,6)	
<b>Seu aparelho do EUD é:</b>			
Nacional	57 (83,3)	63 (96,9)	
Importado	9 (13,7)	2 (3,1)	
<b>Informe o que faz parte do seu protocolo de realização do EUD</b>			
Urocultura prévia	58 (87,9)	58 (89,2)	
Anamneses	60 (90,9)	62 (95,4)	
Antibiótico profilático	24 (36,4)	37 (56,9)	
Questionários de qualidade de vida em IU validados	39 (59,1)	37 (56,9)	
<b>Quais testes do EUD você realiza rotineiramente?</b>			
Urofluxometria	57 (100)	56 (86,2)	
Cistometria	57 (100)	61 (93,8)	
Medida do volume residual após urofluxometria	46 (80,7)	54 (83,1)	
Perfil pressórico uretral	9 (15,8)	2 (7,7)	
Estudo miccional/estudo de pressão/fluxo	52 (91,2)	64 (98,5)	
	9	9	
<b>Qual o principal dado do EUD para indicar cirurgia anti-incontinência?</b>			
Pressão de perda urinária	174 (73,1)	68 (74,7)	
<b>Qual o custo médio do EUD ?</b>	R\$ 397,00	R\$ 503,00	

p: Teste qui-quadrado de Pearson.

## DISCUSSÃO

A maioria dos ginecologistas e urologistas brasileiros participantes deste estudo não solicita EUD antes de iniciar o tratamento conservador da IU. Essa abordagem está de acordo com os principais protocolos e diretrizes, que mostram que não há evidências de que a realização do EUD antes do tratamento conservador resulte em menores taxas de IU subsequente.<sup>(12,13)</sup> No entanto, os ginecologistas indicam mais o EUD nessa situação do que os urologistas, com *odds ratio* (OR) = 2,4. Há consenso de que esse exame não deve ser indicado na avaliação inicial da IU feminina não complicada.<sup>(6-8,11)</sup>

Por outro lado, a maioria dos participantes indica o EUD antes do tratamento cirúrgico da IU feminina, não havendo diferença estatística entre ginecologistas e urologistas (73% x 88%). Embora as indicações do EUD sejam controversas, ele pode ser omitido no pré-operatório de casos de IU não complicada, como demonstrado no estudo de Nager *et al.*,<sup>(14)</sup> que não observaram diferenças significativas nos resultados cirúrgicos entre

os pacientes que fizeram ou não o exame. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a *European Association of Urology* (EAU), o *National Institute of Excellence in Health and Care of England* (NICE) e o *American College of Gynecology and Obstetrics* (ACOG) não recomendam o EUD de rotina no pré-operatório da IU de esforço não complicada.<sup>(7,10,13,15)</sup> Outros autores apontam que há situações em que o EUD fornece informações adicionais à avaliação clínica, mesmo em casos de IU de esforço não complicada, e que esse exame deve ser solicitado principalmente nos casos de suspeita de disfunção do esvaziamento vesical.<sup>(16-18)</sup> Ao listar os principais motivos da solicitação do EUD antes do tratamento cirúrgico, os participantes responderam: para autorização do *kit sling* (tanto na rede privada quanto na rede pública), porque faz parte do protocolo de sua instituição, por compartilhar decisões com o paciente e por questões legais. Outras indicações clínicas para o EUD avaliadas neste estudo foram prolapso genital, bexiga hiperativa e incontinência mista.

Em relação ao prolapso genital, 53% dos ginecologistas e 62% dos urologistas solicitam o EUD antes do tratamento cirúrgico, sem diferença estatística entre os grupos. Não foi possível identificar o principal motivo dessa solicitação, mas pode estar relacionado à investigação de IU oculta e à indicação de cirurgia anti-incontinência no mesmo ato cirúrgico.<sup>(19-21)</sup> O EUD, nesses casos, seria indicado para pacientes com queixa de perda de urina concomitante ao prolapso ou para diagnóstico de IU oculta.<sup>(17,19)</sup>

A maioria dos ginecologistas e urologistas indica o EUD na abordagem inicial da bexiga hiperativa (88,2% x 96,7%), e houve diferença estatística entre os grupos ( $p = 0,001$ ). Há uma chance maior de o urologista solicitar o EUD nessa situação em relação ao ginecologista (OR = 3,9). Não há indicação do EUD na abordagem inicial da bexiga hiperativa idiopática.<sup>(6,7,16,21)</sup> Esse achado sugere a necessidade de revisão dos protocolos de atendimento à bexiga hiperativa idiopática pelos participantes.

Embora a maioria dos ginecologistas e urologistas (54,2% x 52,7%) indique o EUD na abordagem da IU mista, observamos que mais de 40% dos participantes não o solicitam nessa condição clínica. A não caracterização da IU mista como IU complicada, no questionário aplicado, pode ter contribuído para esse achado e pode haver correlação com o fato de a maioria dos participantes solicitar o EUD para bexiga hiperativa.<sup>(11)</sup>

No geral, o EUD está disponível para a maioria dos participantes. Comparando o grupo de ginecologistas e urologistas, há mais mulheres na ginecologia (60,9%) do que na urologia (6,6%). A maioria dos participantes eram ginecologistas. Apesar da amostra aleatória voluntária, os ginecologistas provavelmente atendem mais mulheres com IU do que os urologistas e, portanto, tiveram maior participação no questionário. No entanto, os urologistas (71%) realizam mais EUD do que os ginecologistas (27%).

O ideal seria que a cistometria e o estudo de pressão-fluxo fossem realizados com cateter de duplo lúmen, mas uma minoria dos participantes utiliza esse tipo de cateter (21,4% dos ginecologistas e 24,6% dos urologistas), provavelmente porque esse cateter é 15 vezes mais caro que os dois cateteres uretrais de alívio.<sup>(3)</sup> O registro da pressão de perda durante a cistometria foi o principal dado do EUD para indicação de cirurgia anti-incontinência pela maioria dos participantes (73,1% dos ginecologistas e 74,7% dos urologistas).

A infecção do trato urinário é a complicação mais comum após o EUD, estimada em 8,4% dos casos, e os principais fatores de risco são idade avançada, *diabetes mellitus*, prolapso genital, cirurgia anti-incontinência prévia e infecção urinária recente.<sup>(20,21)</sup> O ACOG não recomenda a profilaxia antibiótica no EUD; uma revisão sistemática recente concluiu que não há estudos suficientes para recomendar seu uso rotineiro.<sup>(20,21)</sup> No entanto, Cameron *et al.*<sup>(22)</sup> recomendam uma dose oral única de antibiótico antes do EUD para mulheres com disfunção

neurogênica, alto volume residual pós-miccional, bacteriúria assintomática, imunossupressão, idade superior a 70 anos e uso de sonda vesical de demora ou cateterismo intermitente.<sup>(22,23)</sup> O uso de antibiótico profilático antes do EUD foi indicado por 36,4% dos ginecologistas e 56,9% dos urologistas deste estudo.

As principais limitações do estudo foram não classificar a IU complicada e não complicada para cada questão do questionário e não correlacionar a solicitação do EUD nos casos de prolapso genital com a investigação de incontinência oculta. Outra limitação importante é a participação de menos de 10% dos ginecologistas e urologistas registrados no Brasil. Provavelmente, os participantes foram aqueles que possuem mais experiência ou interesse na abordagem da IU feminina, principalmente os ginecologistas, que compuseram a maioria dos participantes. Esse é um fator limitante para estender nossa conclusão a todos os ginecologistas e urologistas do Brasil. A relevância do estudo foi caracterizar as principais indicações do EUD nessa amostra de ginecologistas e urologistas brasileiros.<sup>(24-27)</sup>

## CONCLUSÃO

A maioria dos ginecologistas e urologistas brasileiros, participantes deste estudo, não solicita o EUD antes do tratamento conservador da IU, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, e muitas vezes solicita esse exame antes do tratamento cirúrgico da IU feminina. A indicação desse exame na abordagem inicial da bexiga hiperativa idiopática deve ser revisada pelos participantes.

## REFERÊNCIAS

- Hosker G. Special investigations for female incontinence. *Womens Health Med.* 2005;2(6):15-9. doi: 10.1383/wohm.2005.2.6.15
- Baines G, Da Silva AS, Araklitis G, Robinson D, Cardozo L. Recent advances in urodynamics in women. *F1000Res.* 2020;9:F1000 Faculty Rev-606. doi: 10.12688/f1000research.24640.1
- Rosier PF, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S, et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(5):1243-60. doi: 10.1002/nau.23124
- Drake MJ, Doumouchsis SK, Hashim H, Gammie A. Fundamentals of urodynamic practice, based on International Continence Society good urodynamic practices recommendations. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(S6):S50-S60. doi: 10.1002/nau.23773
- Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women: a review. *JAMA.* 2017;318(16):1592-604. doi: 10.1001/jama.2017.12137
- Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40. doi: 10.1002/nau.20870
- Peate I. Urinary incontinence in women: treatment recommendations. *Br J Nurs.* 2019;28(22):1486-8. doi: 10.12968/bjon.2019.28.22.1486
- Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU Int.* 2020;125(5):638-55. doi: 10.1111/bju.14927

9. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(7):2271-2. doi: 10.1002/nau.23551
10. American Urogynecologic Society, American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion: evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014;20(5):248-51. doi: 10.1097/SPV.0000000000000113
11. Al Mousa RT, Al Dossary N, Hashim H. The role of urodynamics in females with lower urinary tract symptoms. *Arab J Urol.* 2019;17(1):2-9. doi: 10.1080/2090598X.2019.1589931
12. Clement KD, Lapitan MC, Omar MI, Glazener CM. Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults: a short version Cochrane systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2015;34(5):407-12. doi: 10.1002/nau.22584
13. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Incontinência urinária de esforço. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo nº 50/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
14. Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, Zyczynski HM, Varner RE, Amundsen C, et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1987-97. doi: 10.1056/NEJMoa1113595
15. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. EAU guidelines on surgical treatment urinary incontinence. *Eur Urol.* 2012;62(6):1118-29. doi: 10.1016/j.eururo.2012.09.023
16. Finazzi-Agro E, Gammie A, Kessler TM, van Koeveeringe G, Serati M, Solomon E, et al. Urodynamics useless in female stress urinary incontinence? Time for some sense – a European expert consensus. *Eur Urol Focus.* 2020;6(1):137-45. doi: 10.1016/j.euf.2018.07.031
17. Serati M, Topazio L, Bogani G, Costantini E, Pietropaolo A, Palleschi G, et al. Urodynamics useless before surgery for female stress urinary incontinence: are you sure? Results from a multicenter single nation database. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(7):809-12. doi: 10.1002/nau.22804
18. Digesu GA, Hendricken C, Fernando R, Khullar V. Do women with pure stress urinary incontinence need urodynamics? *Urology.* 2009;74(2):278-81. doi: 10.1016/j.urology.2009.01.089
19. Maher CM, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J.* 2011;22(11):1445-57. doi: 10.1007/s00192-011-1542-9
20. Yip SK, Fung K, Pang MW, Leung P, Chan D, Sahota D. A study of female urinary tract infection caused by urodynamic investigation. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(5):1234-40. doi: 10.1016/j.ajog.2003.12.028
21. Benseler A, Anglim B, Zhao ZY, Walsh C, McDermott CD. Antibiotic prophylaxis for urodynamic testing in women: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2021;32(1):27-38. doi: 10.1007/s00192-020-04501-3
22. Cameron AP, Campeau L, Brucker BM, Clemens JQ, Bales GT, Albo ME, et al. Best practice policy statement on urodynamic antibiotic prophylaxis in the non-index patient. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(4):915-26. doi: 10.1002/nau.23253
23. Altman AD, Robert M, Armbrust R, Fawcett WJ, Nihira M, Jones CN, et al. Guidelines for vulvar and vaginal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4):475-85. doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.039
24. Imamura M, Hudson J, Wallace SA, MacLennan G, Shimonovich M, Omar MI, et al. Surgical interventions for women with stress urinary incontinence: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2019;365:l1842. doi: 10.1136/bmj.l1842
25. Ballard AV, Meyer I, Varner RE, Gleason JL. Pelvic organ prolapse. In: Berek JS. *Berek and Novak's Gynecology.* 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwers; 2019. p. 1742-802.
26. Martin L, Ossin D, Schachar J, Devakumar H, Alas A, Davila GW, et al. Comparison of methods to identify stress urinary incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021;27(1):e127-32. doi: 10.1097/SPV.0000000000000858
27. He Q, Li B, Zhang C, Zhang J, Luo D, Wang K. Treatment for refractory overactive bladder: a systematic review of sacral neuromodulation and onabotulinumtoxinA. *Int Urogynecol J.* 2021;32(3):477-84. doi: 10.1007/s00192-020-04427-w

# Três pontos importantes sobre incontinência urinária

Uso do estudo urodinâmico sem critérios específicos pode retardar o início do diagnóstico e do tratamento

Por Letícia Martins



**É** bom saber que a provocação do título chamou a sua atenção! A leitura desta matéria certamente trará muitas reflexões e informações úteis para a sua prática clínica, afinal, há, pelo menos, três pontos importantes sobre esse problema que afeta muitas mulheres e ainda não é abordado com a devida relevância.

Para nos ajudar nesta missão exploratória sobre a incontinência urinária feminina, convidamos cinco membros da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) para uma entrevista. Confira a seguir o resultado desse debate.

## PONTO Nº 1

### A incontinência urinária (IU) é um problema subestimado

Ela existe, atinge grande parte da população, reduz significativamente a qualidade de vida e tem tratamento. No entanto, muitas pessoas, especialmente as mulheres, ainda sofrem em silêncio.

Uma revisão sistemática publicada em 2019, que incluiu 11 estudos sobre a prevalência de IU em idosos no Brasil, demonstrou taxas variáveis entre 29,4% e 65%. Idade avançada, múltiplos partos normais, diabetes e obesidade são os principais fatores de risco para a IU. Pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) também têm maior incidência do problema.

“A prevalência da IU tende a aumentar com a idade, e o sexo feminino é o mais afetado, devido às diferenças anatômicas da região pélvica, às mudanças induzidas pelas gestações e partos, bem como pelas alterações secundárias ao hipoestrogenismo na pós-menopausa. Nos homens, a IU é mais comumente atribuída a alterações na próstata”, explica a ginecologista e obstetra Daniela Siqueira Prado, professora adjunta da Universidade Federal de Sergipe e membro do corpo clínico da Clínica Santa Helena.

Entre os impactos negativos causados pela IU na qualidade de vida da mulher, estão a perda da autoestima, a insegurança para frequentar locais públicos e trabalhar fora de casa, além de dificuldades no relacionamento, já que o escape involuntário de urina pode ocorrer

durante a relação sexual. Apesar de tudo isso, ainda se fala pouco sobre o assunto.

As sociedades de ginecologia e urologia realizam campanhas de conscientização, mas infelizmente as informações ainda não chegam a todas as mulheres. “As taxas de procura por assistência médica encontradas em diferentes estudos são inferiores às de prevalência”, aponta a Dra. Daniela. “Muitas mulheres não procuram assistência médica por acreditarem que a incontinência urinária é uma condição normal e resultante do processo de envelhecimento”, completa a médica de Sergipe.

Outras razões comuns para a falta de procura de tratamento são a vergonha de falar sobre o problema, a baixa expectativa a respeito dos benefícios do tratamento e o desconhecimento de onde buscá-lo.

### O que o médico pode fazer então?

Na anamnese, o médico sempre deve questionar a mulher sobre a existência ou não de perda de urina. Essa conduta é fundamental para o diagnóstico, garante o Dr. Aljerry Dias do Rêgo, superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá (HU-Unifap) e professor auxiliar da Unifap. “Em uma consulta de ginecologia geral, pergunte se a paciente tem queixas de perdas urinárias durante uma atividade física ou ao fazer algum esforço, como espirrar e tossir. Questione se essa perda de urina ocorre mesmo após mínimos esforços, por exemplo, ao se levantar de uma cadeira ou da cama”, recomenda.

Ele esclarece que, além da incontinência de esforço, existe a síndrome da bexiga hiperativa, caracterizada pela urgência miccional, na qual a pessoa tem a necessidade súbita e inadiável de urinar, aumento na frequência urinária (mais de sete vezes em 24 horas) e noctúria, isto é, ela acorda à noite devido a um forte desejo miccional.

“Em todos os casos, são sintomas que realmente limitam o dia a dia das pacientes, sobretudo durante uma viagem, uma festa ou um compromisso de trabalho. Porém, muitas mulheres, principalmente na faixa etária mais avançada, acreditam que isso é normal e que não tem tratamento. Por isso, tanto os ginecologistas quanto os urologistas precisam falar para suas pacientes sobre os sintomas e possíveis tratamentos da incontinência

urinária”, afirma o Dr. Aljerry, corroborando a declaração da Dra. Daniela.

Na maioria das vezes, o diagnóstico é clínico. Em algumas situações, o médico pode solicitar exames complementares. “Começamos com exames de urina e urocultura, para descartar infecção urinária, que pode piorar esses sintomas. Avaliação do resíduo pós-miccional e teste do absorvente (Pad-Test) também são ferramentas importantes nessa investigação. Já o estudo urodinâmico deve ser solicitado no pré-operatório de cirurgias anti-incontinência, especialmente nos casos de incontinência urinária de esforço complicada ou nas recidivas”, apontou o médico do HU-Unifap.

O tratamento vai depender de como e quanto a vida social, amorosa ou psicológica dessa mulher é prejudicada pelo escape involuntário de urina. “Há mulheres que perdem urina ocasionalmente e isso não traz a elas nenhuma perda de qualidade de vida. Por outro lado, para algumas, a perda de urina gera um grande transtorno. Assim, é esperado que essa mulher com sintomas que incomodam procure atendimento mais rapidamente”, avalia a presidente da CNE de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal, Dra. Marair Gracio Ferreira Sartori, professora titular e chefe do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

A Dra. Marair completa: “O importante é esclarecer que perder urina não é normal e que a mulher não precisa ter vergonha de falar com seu médico sobre isso. Para aquelas em que a perda urinária é significativa, o tratamento deve ser oferecido, começando com medidas não cirúrgicas, como a reabilitação funcional do assoalho pélvico, podendo haver necessidade de cirurgia corretiva. A mulher decide quando e como quer ser tratada da perda urinária”, afirma a Dra. Marair, que também é vice-presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp).

A falta de tratamento pode agravar os sintomas e, conseqüentemente, levar à piora da qualidade de vida.

### PONTO Nº 2

## O tratamento da IU pode ser realizado tanto por ginecologistas quanto por urologistas, por isso é importante que médicos de ambas as especialidades participem de pesquisas organizadas pelas sociedades que os representam

Entre agosto de 2020 e janeiro de 2021, a Febrasgo e a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) realizaram uma pesquisa de opinião, inédita e *on-line*, com seus associados para verificar com qual frequência o estudo urodinâmico (EUD) é utilizado na abordagem conservadora e cirúrgica da IU feminina. “A CNE de Uroginecologia da Febrasgo já publicou diretrizes sobre o tratamento da



**“O importante é esclarecer que perder urina não é normal e que a mulher não precisa ter vergonha de falar com seu médico sobre isso”, afirmou a Dra. Marair Sartori.**

incontinência urinária, com um capítulo dedicado ao EUD. Portanto, nosso objetivo com a pesquisa *on-line* foi justamente verificar se esses critérios de solicitação estavam sendo adotados pelos colegas e também pelos urologistas”, esclareceu a Profa. Marilene Vale de Castro Monteiro, coordenadora do Serviço de Uroginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e uma das autoras do artigo de capa desta edição de *Femina*, do qual recomendamos a leitura por trazer os detalhes da pesquisa.

O Dr. Lucas Schreiner, professor da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e coordenador do *Fellowship* em Cirurgia Ginecológica Avançada do Hospital Moinhos de Vento, avalia positivamente a iniciativa da Febrasgo e da SBU em promover a pesquisa. “Sempre que há algum problema ou condição clínica em que mais de uma área especializada esteja envolvida, é necessário ouvir a opinião de todos. Quando enviados e endossados por entidades médicas reconhecidas, como a Febrasgo e a SBU, esses questionários são absolutamente seguros e bastante importantes para que se tenha conhecimento em relação às práticas dos profissionais. Isso pode auxiliar no foco dos treinamentos de cada subárea”, declarou.

O estudo chegou à conclusão de que a maioria dos ginecologistas e urologistas brasileiros não solicita o EUD antes do tratamento conservador da IU, conduta que está de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, mas muitas vezes o solicita antes do tratamento cirúrgico da IU feminina.

Segundo a Dra. Marair Sartori, é plausível avaliar esses resultados de duas maneiras. “Diversos eventos científicos são realizados todos os anos pelas nossas sociedades, como a Febrasgo, em que as diretrizes nacionais ou internacionais são discutidas. Assim, os ginecologistas que frequentam os eventos estão ouvindo as recomendações e aplicando-as no seu dia a dia de consultório”, declarou a presidente da CNE de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal em relação às respostas dos participantes. “Por outro lado, podemos imaginar que os ginecologistas que responderam a essa pesquisa são aqueles mais afeitos à uroginecologia e estão mais acostumados com as diretrizes e recomendações”, ponderou.



**“Pesquisas *on-line* são uma forma fidedigna e objetiva de obter um panorama sobre a realidade da prática clínica dos profissionais”,** expôs a Dra. Marilene Monteiro.



**“É necessário ouvir a opinião de todos sempre que há algum problema ou condição clínica em que mais de uma área especializada esteja envolvida”,** declarou o Dr. Lucas Schreiner.

Essa segunda análise poderia explicar, em parte, a baixa participação na pesquisa *on-line*. Enviada por *e-mail* para 30 mil médicos associados da Febrasgo e da SBU, apenas 329 responderam, sendo 72,3% ginecologistas e 27,7% urologistas, ou seja, menos de 1%. O *e-mail* foi disparado cinco vezes, em ocasiões diferentes. “É esperado que haja uma perda no número de respondedores desses serviços que são enviados por *e-mail*. No entanto, nesta pesquisa, em específico, a perda foi expressiva”, analisou o Dr. Lucas.

“Um possível motivo para a baixa participação é o fato de que a incontinência urinária não é tratada por todos os urologistas nem por todos os ginecologistas obstetras. Logo, um grupo grande de médicos das duas especialidades talvez não tenha respondido simplesmente porque não trata essa condição”, argumentou o professor da PUCRS. Outra hipótese levantada por ele pode ter sido a insegurança dos associados em clicar em *links*. Por isso, o Dr. Lucas recomenda que, em paralelo ao disparo de *e-mail* aos associados, sejam feitas ações de reforço sobre a realização da pesquisa nos sites, redes sociais e canais oficiais das instituições e que, na dúvida, os médicos consultem essas fontes.

A Dra. Marilene também pondera a questão cultural do Brasil, onde a maioria não tem o costume de responder a pesquisas virtuais, e os obstáculos que travam a participação das pessoas em inquéritos *on-line*. “Acredito que alguns colegas tenham receio de ser identificados. Mas é preciso esclarecer que esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, que assegura o sigilo dos dados dos respondentes, ou seja, os participantes não podem ser identificados. As sociedades médicas e os autores do estudo levam isso muito a sério.”

O resultado pouco expressivo limita a repercussão da pesquisa e impede o avanço de iniciativas importantes. “A Febrasgo sempre submete artigos para publicação em revistas internacionais. No entanto, desta vez, as três revistas para as quais enviamos os resultados da pesquisa não aceitaram a publicação alegando falta de representatividade de classe”, expôs a Dra. Marilene, que destaca: “Pesquisas *on-line* são uma forma fidedigna e objetiva de obter uma resposta e um panorama sobre a realidade da prática clínica dos profissionais sem precisar ir *in loco*. Por isso, é muito importante que todos os colegas respondam aos questionários enviados pelas sociedades médicas”.

**PONTO Nº 3****Há consenso de que o EUD não deve ser indicado na avaliação inicial da IU feminina não complicada**

O EUD é muito solicitado por todos os profissionais envolvidos na abordagem da IU feminina. Esse exame imita a fase de armazenamento e de esvaziamento da bexiga, permitindo avaliar diferentes variáveis como a sensibilidade da bexiga, o seu volume de enchimento máximo, as propriedades elásticas, a presença de contrações involuntárias e a sua capacidade para se esvaziar.

“Porém, embora o risco de infecção urinária seja muito pequeno, inferior a 10%, segundo alguns estudos, o EUD é um exame invasivo, muito desconfortável e dispendioso para a paciente”, explica a médica. Algumas mulheres relatam dor e constrangimento ao urinar com uma sonda dentro da uretra, imagina ter que fazer isso na presença do examinador? “Por essas características, os critérios de solicitação são mais restritos”, explica a Dra. Marilene.

Assim, o EUD não é necessário antes da abordagem inicial da incontinência urinária de esforço (IUE) ou da síndrome da bexiga hiperativa com medidas gerais, fisioterapia e/ou tratamento medicamentoso. “Ele deve ser indicado após falha do tratamento clínico ou antes de tratamento invasivo da síndrome da bexiga hiperativa”, informa a Dra. Daniela Prado.

Já no pré-operatório de correção de IU de esforço, o EUD deve ser solicitado, segundo a maioria dos *guidelines*, nos casos de:

- IUE complicada, que seria aquela associada a prolapsos genitais;
- Urgência/urge-incontinência (IU mista);
- Sintomas de dificuldade de esvaziamento;
- Resíduo pós-miccional superior a 150 mL;
- Cirurgias pélvicas radicais ou radioterapia prévias;
- IUE recidivada após cirurgia ou quando o teste de esforço, no exame físico, não foi capaz de demonstrar a perda.



**“Muitas mulheres não procuram assistência médica por acreditarem que a incontinência urinária é uma condição normal e resultante do processo de envelhecimento”,** analisou a Dra. Daniela Prado.



**“Tanto os ginecologistas quanto os urologistas precisam falar para suas pacientes sobre os sintomas e possíveis tratamentos da incontinência urinária”,** disse o Dr. Aljerry Dias Rêgo.

“Em pacientes com dificuldade de esvaziamento vesical, mesmo sem incontinência, esse exame é indicado para diagnóstico diferencial entre obstrução infravesical e hipococontratibilidade detrusora”, completa a Dra. Daniela.

**Desafios do tratamento da IU feminina**

No Brasil, muitos médicos solicitam a análise urodinâmica para conseguir autorização das operadoras de planos de saúde e até mesmo do Sistema Único de Saúde (SUS) para o procedimento cirúrgico. Contudo, essa solicitação, sem critérios, pode retardar o diagnóstico e o início do tratamento. “Nem sempre a paciente consegue agendar esse exame, realizá-lo, pegar o laudo, marcar uma consulta de retorno e mostrar para o médico que o solicitou em tempo hábil”, argumenta a Dra. Marilene.

“O acesso ao EUD na rede suplementar é mais factível, apesar de haver espera de alguns meses para a realização do exame. No SUS, no estado de Sergipe, é muito raro uma paciente conseguir marcar o exame. No hospital universitário, por exemplo, serviço terciário de maior complexidade, esse exame não é realizado”, comenta a Dra. Daniela.

Em hospitais de cidades pequenas, existem também dificuldades de acesso à fisioterapia e déficit de fisioterapeutas pélvicos aptos a tratar pacientes com sintomas relacionados à IU.

“Além disso, não é sempre que o sistema público tem disponíveis anticolinérgicos seletivos, que são muito utilizados no tratamento da síndrome da bexiga hiperativa”, acrescenta o Dr. Lucas.

Portanto, embora a taxa de resposta à pesquisa tenha sido baixa e a amostra talvez não reflita todos os pontos do país, o lado positivo é que, entre os respondentes, a adesão aos protocolos para a realização da urodinâmica é boa. “A Febrasgo, por meio da CNE de Uroginecologia, continua com a sua missão de disseminar conhecimentos aos ginecologistas de todo o Brasil. Por isso, é tão importante que haja estudos desse tipo para entender onde estão e quais são as necessidades de informação, a fim de que elas sejam utilizadas para direcionar os temas dos próximos eventos científicos”, declarou a Dra. Marair.



Nova área do portal da Febrasgo

# FLUXOGRAMA INTERATIVO

## 1 O QUE É ?

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é uma peça chave para determinar a sequência de atendimento, através de uma representação gráfica CLICÁVEL que demonstra a direção do fluxo das atividades relacionadas ao atendimento de uma paciente.

## 2 IMPORTÂNCIA

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é útil para estabelecer um diagnóstico ou conduta de forma ágil, a partir dos sintomas relatados pela paciente.

## 3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

- Falta de padrão no atendimento
- Falta de conhecimento a respeito dos papéis dos envolvidos na atividade
- Atrasos nos diagnósticos e retrabalhos

## 4 COMO VAI FUNCIONAR?

A partir do estado físico em que se encontra a paciente e a cada clique você será orientado a uma continuidade de ações. Você deverá clicar nos "botões" que irão te direcionar às informações sequenciais e a conduta ideal. Clique nos botões "Sim" ou "Não", e serão sugeridas ou não próximas etapas da atividade. Além disso, serão demonstrados através de imagens (📷) ou vídeos (📺) exemplos relacionados a prática clínica ou cirúrgica do assunto em questão. Clique também para visualizar na tela do seu celular ou computador.



Confira as publicações em nosso portal!

[www.febrasgo.org.br/febrasgo-online/fluxogramas](http://www.febrasgo.org.br/febrasgo-online/fluxogramas)

# As ações não param

Eventos *on-line*, desenvolvimento de aplicativos e novos projetos: os avanços da Sogirgs durante a pandemia para manter os associados atualizados

Por Letícia Martins

**M**ais de 40 webinários, cinco jornadas e dois congressos gaúchos promovidos totalmente *on-line*. Esses são alguns dos resultados do trabalho que a Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (Sogirgs) vem realizando desde 2020 para que os associados mantenham a sua atualização científica apesar da pandemia.

“Fomos uma das primeiras Federadas a desenvolver atividades *on-line*. Esta reestruturação necessária foi um grande desafio para toda a diretoria”, afirmou a presidente, Dra. Ana Selma Bertelli Picoloto.

Para além dos números expressivos, importam a satisfação e a adesão dos ginecologistas e obstetras, incluindo aqueles que atuam no interior do estado, que nem sempre tinham acesso às atividades presenciais em Porto Alegre. “O sucesso se traduz também no fato de que o número de colegas associados à Sogirgs aumentou, e segue crescente, desde o início da pandemia. No final de 2021 e início de 2022, realizamos algumas atividades híbridas e, em abril de 2022, tivemos o retorno às atividades totalmente presenciais com a Jornada Sogirgs Serra Gaúcha, em Bento Gonçalves, que reuniu mais de 120 participantes”, comemora a presidente.

A expectativa para o segundo semestre segue lá no alto, com as atenções voltadas para a realização do XX Congresso Sul-brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia presencial, adiado por dois anos por causa da pandemia. A 20ª edição acontecerá

na cidade de Gramado, em setembro, com as Federadas de Santa Catarina (Sogisc) e do Paraná (Sogipa).

## APLICATIVOS E CANAIS DE COMUNICAÇÃO

Outro avanço da Sogirgs no último biênio foi o aprimoramento dos canais de comunicação com os associados e o desenvolvimento de um canal de acesso direto aos médicos residentes, por meio do WhatsApp e de um aplicativo próprio. “O aplicativo Sogirgs compila ferramentas necessárias para a prática diária do ginecologista/obstetra, *logbook* para registro de procedimentos, registro de gestantes, calculadora de idade gestacional, e também dá acesso a todos os eventos *on-line* já realizados pela Sogirgs e aos protocolos assistenciais da Febrasgo”, detalha a Dra. Ana Selma.

## PARCERIAS E PROJETOS EM PROL DA SAÚDE DA MULHER

Posicionando-se de maneira firme a favor da vacinação das gestantes contra o SARS-CoV-2, a Sogirgs firmou parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, para atuar em conjunto com as entidades reguladoras. “Também fruto dessa parceria é o desenvolvimento de protocolos assistenciais, que abordam o manejo das causas mais críticas de mortalidade materna em nosso estado. Os protocolos de hemorragia puerperal, pré-eclâmpsia, entre outros, estão sendo desenvolvidos por membros



Dra. Ana Selma Bertelli Picoloto

da Sogirgs e serão utilizados pelas maternidades públicas do estado, visando aprimorar o manejo dessas condições, que ainda ceifam muitas vidas maternas”, completa a Dra. Ana Selma.

Para completar, a presidente compartilha mais uma iniciativa que ganhou força nesse período, o projeto Parto Seguro Sogirgs, que tem como lema: Mãe + Bebê Saudável = Família Feliz. “O nosso objetivo é desmistificar questões e procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto, levando informação de qualidade, embasada em evidências científicas, para as nossas gestantes.”

Para isso, a Sogirgs produziu uma série de vídeos animados, com personagens construídos para facilitar a comunicação com esse público. Um evento marcou o início da distribuição do material para todas as maternidades, públicas e privadas, do Rio Grande do Sul. Recentemente, o projeto recebeu o apoio da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

O material está disponível no canal da Sogirgs no YouTube ou pelo site [www.sogirgs.org.br](http://www.sogirgs.org.br).





# Inserção da simulação nos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia

## Como preparar um bom cenário de simulação

Karen Cristine Abrão<sup>1</sup>, Jan Pawel Andrade Pachnicki<sup>2,3,4,5</sup>

1. Centro Universitário Facens, Sorocaba, SP, Brasil.

2. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

3. Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

4. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

5. Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Jan Pawel Andrade Pachnicki  
Rua XV de Novembro, 1.299, Centro,  
80060-000, Curitiba, PR, Brasil  
janpawel@uol.com.br

### Como citar:

Abrão KC, Pachnicki JP. Inserção da simulação nos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Como preparar um bom cenário de simulação. *Femina*. 2022;50(7):403-9.

O uso de métodos de ensino inovadores tornou-se uma necessidade para o desenvolvimento da educação médica nos últimos anos devido à preocupação com a segurança do paciente. O desempenho insatisfatório de egressos das escolas de Medicina em habilidades clínicas e aplicação do conhecimento na resolução de problemas fez com que, rapidamente, o ensino baseado em simulação fosse considerado parte essencial do aprendizado prático.<sup>(1)</sup> Trata-se de um processo de aprendizagem ativo, ferramenta de ensino e avaliação capaz de fazer a mudança na educação, na formação, na melhoria da qualidade e na avaliação do desempenho dos estudantes de Medicina e médicos-residentes.<sup>(2)</sup>

Implementar a simulação nos Programas de Residência Médica, no entanto, apresenta muitos desafios. Entre as principais barreiras para essa implementação, podem-se citar o tempo e o treinamento do corpo docente. Um estudo de Acton *et al.*<sup>(3)</sup> mostrou aumento de 86% na carga do corpo docente de universidades americanas, entre o ano letivo de 2006 e 2010, o que foi amplamente atribuído à implementação de um novo currículo de simulação, bem como à participação em projetos de pesquisa baseados em simulação. Da mesma forma, um estudo sobre simulação em programas de treinamento

de pós-graduação em Medicina, no Canadá, descobriu que o tempo do corpo docente e o treinamento foram os principais obstáculos à implementação da simulação.<sup>(4)</sup> Assim, modelos para implementar currículos de simulação bem-sucedidos em serviços com mais condições financeiras e maior corpo docente já foram descritos anteriormente.<sup>(5)</sup> Todavia, pouco tem sido descrito sobre estratégias para implementar a simulação em programas com corpo docente limitado e poucos recursos. Isso representa uma barreira significativa para o desenvolvimento, implementação e sustentabilidade do currículo no Brasil, mas que deve ser vencida.

Atualmente existem vários tipos de simulação, que vão desde treinamento com simuladores mais simples, para habilidades específicas, até treinamento de habilidades múltiplas e complexas em ambientes imersivos, usando estratégias como realidade virtual, simulação cirúrgica e pacientes padronizados.<sup>(6)</sup> As tipologias permitem adaptar a simulação a diferentes níveis curriculares e incorporar variáveis relacionadas, como as competências a alcançar e os recursos disponíveis.

As simulações foram inicialmente classificadas como de baixa, média ou alta fidelidade. Fidelidade é o grau em que a simulação imita a realidade: quanto maior a fidelidade, maior a sensação de realismo. Simulações de baixa fidelidade são usadas para treinamento em habilidades específicas e por alunos iniciantes que não visualizam o contexto. Nesse sentido, a simulação deve ser baseada em pequenas tarefas de simples a complexas.<sup>(7)</sup> Em média fidelidade, outros elementos são adicionados e alguma interação com o ambiente já é possível. Em simulações de alta fidelidade, a imersão é completa, e a configuração dos cenários é mais complexa. Simulações de alta fidelidade são úteis para os participantes de níveis avançados ou competentes que já tenham passado por treinamento. Essas simulações são usadas para treinamento em mais habilidades complexas, como habilidades clínicas, comunicação, tomada de decisão, gestão de recursos de crise e pensamento crítico.<sup>(8)</sup> Existem também outras tipologias, como a proposta por Ziv *et al.*,<sup>(9)</sup> em que cinco categorias de simulação são contextualizadas de acordo com as ferramentas de ensino. São elas: (i) simuladores de baixa tecnologia ou treinadores de tarefas parciais, (ii) pacientes simulados/padronizados, (iii) simuladores de computador baseados em tela, (iv) treinadores de tarefas complexas e (v) simuladores de pacientes realistas.<sup>(9)</sup> Gaba<sup>(10)</sup> propõe uma classificação de acordo com as tecnologias disponíveis: (i) verbal (*role-play*), (ii) pacientes padronizados (atores), (iii) instrutores de tarefas parciais (físico; realidade virtual), (iv) paciente virtual (baseado em tela, mundo virtual etc.) e (v) paciente eletrônico (réplica de local clínico, baseado em manequim, realidade virtual completa).

A simulação na área da saúde não é um conceito monolítico e inclui experiências educacionais muito diferentes, daí as inúmeras classificações encontradas na literatura. Mas, independentemente de como classificá-

-la, a decisão de usar a simulação como meio de instrução deve-se basear na análise de duas características do evento específico, séries de eventos ou condições que são o foco desejado de treinamento: a acuidade e a oportunidade. A acuidade é definida como a gravidade potencial de um evento ou uma série de eventos e seu subsequente impacto sobre o paciente. A oportunidade é definida como a frequência na qual um determinado serviço ou indivíduo está ativamente envolvido na gestão do evento. Alternativamente, também inclui a probabilidade de descobrir um determinado problema. Um problema latente que não é facilmente descoberto no cenário real é semelhante a um evento que raramente ocorre.<sup>(11)</sup> A “zona de simulação” é aquela área na qual a simulação pode ser vantajosa em relação a outras mídias instrucionais. Dentro dessa zona, a simulação pode servir como um substituto aceitável ou complementar a outros métodos menos dispendiosos. A “zona de simulação” está exemplificada na figura 1.

O maior benefício da educação baseada em simulação é a capacidade de proporcionar uma experiência imersiva que envolve os alunos em um ambiente artificial que captura sua atenção e os expõe a situações da prática profissional, permitindo aprimorar seu desempenho de maneira segura e reflexiva.<sup>(12)</sup>

Mas, para que essa aprendizagem possa de fato acontecer, é importante o planejamento adequado das atividades simuladas. Entre as modalidades de simulação, os cenários são os que requerem maior tempo de planejamento. Há estudos que ressaltam a importância de criar roteiros para a elaboração de cenários de simulação e que a padronização desses elementos contribui não apenas para a qualidade das simulações realizadas, como também para a ampliação do uso da simulação nas instituições.<sup>(13)</sup>

O uso de roteiros para a elaboração de cenários permite ainda maior reprodutibilidade deles entre diferentes grupos de participantes e diferentes instrutores, e acelera a curva de desempenho de facilitadores iniciantes, que se sentem mais seguros executando cenários a partir de um planejamento prévio detalhado.<sup>(13,14)</sup>



**Figura 1.** Zona de simulação

**Fonte:** Chiniara G, Cole G, Brisbin K, Huffman D, Cragg B, Lamacchia M, et al. Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Med Teach.* 2013;35(8):e1380-95.<sup>(11)</sup>

Outro benefício dos roteiros é documentar as atividades educativas, facilitando a comunicação entre diferentes membros da equipe envolvida com o ensino, incluindo aqueles responsáveis pelos aspectos operacionais de centros ou espaços de simulação, tais como a compra de material, a contratação de atores e a disponibilização de recursos. Adicionalmente, seu uso pode resultar em economia de tempo para o planejamento de novas atividades e garantir a manutenção de registros para fins regulatórios dos programas educacionais.<sup>(13,14)</sup>

Algumas etapas fundamentais são necessárias para a elaboração de bons cenários de simulação.

### 1. Identificação do público-alvo

Nesta etapa, deve-se considerar o nível de desenvolvimento cognitivo e de habilidades dos estudantes que participarão do cenário, de maneira que a execução do cenário possa ser completa e adequada.

### 2. Estabelecimento dos objetivos

Os objetivos do cenário representam as habilidades e competências necessárias para a resolução da situação clínica apresentada. Eles devem ser claros e relacionados com as competências a serem atingidas por aquele público-alvo, considerando a sua experiência prévia e o desempenho esperado para aquelas determinadas tarefas. Os objetivos podem ser divididos em primários e secundários de acordo com a importância de cada uma das competências para a resolução do problema. Bons cenários de simulação compreendem objetivos técnicos e também comportamentais, uma vez que a potencialidade do método está em trabalhar a competência em suas diferentes dimensões. Quanto maior o nível de complexidade do cenário, maior a diversidade de objetivos a serem atingidos, no entanto, um bom cenário, em geral, não apresenta muito mais do que três objetivos de aprendizagem, uma vez que o excesso de objetivos pode gerar distrações dos pontos principais a serem enfocados. É sempre importante listar objetivos que estejam relacionados a habilidades já desenvolvidas pelos participantes do cenário.

### 3. Detalhamento da situação clínica

A partir do estabelecimento dos objetivos, constroem-se os detalhes do caso a ser simulado, tais como o local onde ele acontecerá (ambulatório, enfermaria, UTI), os recursos que serão necessários, as características do paciente e sua história clínica, os dados do exame físico e o algoritmo do cenário.

O algoritmo do cenário representa a sequência de eventos que deve suceder o quadro inicial, especificando as respostas ou reações a cada uma das possíveis ações dos estudantes ao longo da simulação. Nessa etapa, é importante considerar todos os possíveis desfechos a partir do cenário inicial, inclusive os erros comuns que os participantes podem cometer e

as reações a esses erros. Essa etapa, em geral, é a que toma mais tempo no planejamento de um cenário, e o cuidado nesse detalhamento é o cerne de uma boa simulação. Um bom planejamento nessa etapa ajuda a compreender se será possível executar de maneira fidedigna a simulação, posto que a fidelidade é um elemento essencial para a simulação realística. Isso não significa que um cenário será exatamente igual à realidade, porém devem-se evitar cenários nos quais os estudantes terão que simplesmente imaginar a situação clínica pretendida. Cabe destacar que o cenário deve estar fundamentado nos objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos e representar uma situação clínica real e relevante para aquele grupo de estudantes.

### 4. Identificação dos recursos necessários

Após o delineamento do caso clínico, devem ser identificados todos os recursos materiais e humanos necessários à sua adequada execução. Devem-se detalhar os equipamentos, materiais de consumo, exames diagnósticos, *moulage* e outros preparativos. O professor deve identificar se o cenário necessita de atores ou simuladores de pacientes de média ou alta fidelidade, criar detalhes que aumentem a fidelidade do cenário, tais como a vestimenta do paciente e a posição dos equipamentos, e incluir um exame de imagem de um paciente real, um prontuário fictício ou participantes adicionais que representarão familiares ou outros profissionais de saúde parte da equipe multidisciplinar. Isso melhora a experiência e a torna mais imersiva.

### 5. Criação de um roteiro para o briefing

Após a criação da situação clínica do cenário, deverão ser listadas as informações necessárias para o *briefing* dos estudantes que participarão do cenário. Deve-se equilibrar a quantidade de informações necessárias para que os estudantes saibam por onde começar, porém sem revelar os objetivos finais ou a solução do caso. Além do *briefing* dos participantes, quando o cenário emprega atores ou voluntários, deve-se criar um roteiro para instruí-los. Esse roteiro deverá ser o mais completo possível, para que eles possam reagir e responder de maneira fidedigna e alinhada com os objetivos propostos.

### 6. Identificar pontos importantes para o debriefing

A próxima etapa é a preparação do *debriefing*, identificando-se os pontos mais importantes para a discussão e relacionando-os com os objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos. Embora cada *debriefing* seja único e direcionado para aquilo que ocorreu durante a simulação em questão, é bastante útil ter uma estrutura de apoio, identificando previamente os maiores desafios esperados para aquele cenário e os tipos de erros mais comuns em

situações semelhantes. É interessante criar uma lista de perguntas ativadoras que podem auxiliar no direcionamento e otimização dessa etapa da simulação. Essa lista não deve, no entanto, se transformar em um roteiro a ser seguido pelo facilitador, e sim ser um elemento de apoio, que é habitualmente muito útil para facilitadores menos experientes. Durante essa etapa, o facilitador deverá direcionar a discussão em relação ao que aconteceu em cada simulação e o que foi discutido pelo grupo.

### 7. Teste do cenário

Após a construção e a revisão de um cenário, é ideal realizar um teste com voluntários ou até mesmo com outros facilitadores. Esse passo é de extrema importância para verificar a fidelidade do cenário e o cumprimento dos objetivos propostos e identificar elementos que faltam para a aplicação do cenário (Figura 2).

Na próxima página, apresenta-se um modelo de roteiro para a elaboração de cenários de simulação, que pode ser adotado em qualquer etapa da formação e que permite compreender melhor como se aplicam as etapas de preparação aqui apresentadas a um cenário de distúrcia de ombro.

## CONCLUSÃO

A simulação já é parte integrante da educação médica e provavelmente desempenhará um papel ainda maior e mais importante num futuro próximo. Com os avanços contínuos da tecnologia, é inevitável que se observem aumento de fidelidade e redução do custo da educação baseada em simulação, de maneira a ampliar o uso dessa modalidade de ensino. A padronização das práticas de treinamento poderá otimizar os resultados da simulação. Reconhecem-se todos os desafios para implementar a simulação nos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, mas, protegendo o tempo do educador, por meio de modelos e supor-

te na jornada, e entendendo os recursos disponíveis, é possível a criação de currículos viáveis em prol de uma melhor qualidade de ensino médico.

## REFERÊNCIAS

1. Elshama SS. How to apply Simulation-Based Learning in Medical Education? *Iberoame J Med.* 2020;2:79-86. doi: 10.5281/zenodo.3685233
2. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Med Educ.* 2010;44(1):50-63. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x
3. Acton RD, Chipman JG, Lunden M, Schmitz CC. Unanticipated teaching demands rise with simulation training: strategies for managing faculty workload. *J Surg Educ.* 2015;72(3):522-9. doi: 10.1016/j.jsurg.2014.10.013
4. Russell E, Hall AK, Hagel C, Petrosoniak A, Dagnone JD, Howes D. Simulation in Canadian postgraduate emergency medicine training – a national survey. *Can J Emerg Med.* 2018;20(1):132-41. doi: 10.1017/cem.2017.24
5. Sawaya RD, Mrad S, Rajha E, Saleh R, Rice J. Simulation-based curriculum development: lessons learnt in Global Health education. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):33. doi: 10.1186/s12909-020-02430-9
6. Sainsbury B, Łacki M, Shahait M, Goldenberg M, Baghdadi A, Cavuoto L, et al. Evaluation of a virtual reality percutaneous nephrolithotomy (PCNL) surgical simulator. *Front Robot AI.* 2020;6:145. doi: 10.3389/frobt.2019.00145
7. Herrera-Aliaga E, Estrada LD. Trends and innovations of simulation for twenty first century medical education. *Front Public Health.* 2022;10:619769. doi: 10.3389/fpubh.2022.619769
8. El Khamali R, Mouaci A, Valera S, Cano-Chervel M, Pinglis C, Sanz C, et al. Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;320(19):1988-997. doi: 10.1001/jama.2018.14284
9. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Acad Med.* 2003;78(8):783-8. doi: 10.1097/00001888-200308000-00006
10. Gaba D. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13 Suppl 1:i2-10. doi: 10.1136/qhc.13.suppl.1.i2
11. Chiniara G, Cole G, Brisbin K, Huffman D, Cragg B, Lamacchia M, et al. Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Med Teach.* 2013;35(8):e1380-95. doi: 10.3109/0142159X.2012.733451
12. Romão GS, Abrão KC, Sá MF. O ensino por meio da simulação na residência médica. *Femina.* 2019;47(8):473-8.
13. Bambini D. Writing a simulation scenario: a step-by-step guide. *AACN Adv Crit Care.* 2016;27(1):62-70. doi: 10.4037/aacnacc2016986
14. Amatullah AF. Using interprofessional simulation-based training to improve management of obstetric emergencies: a systematic review. *Clin Simul Nurs.* 2018;14:45-53. doi: 10.1016/j.jcens.2017.10.014



Figura 2. Processo de execução e checagem

## ROTEIRO DE CENÁRIO: DISTOCIA DE OMBRO

<b>Data de criação:</b>	28/01/2016
<b>Última revisão:</b>	18/04/2019
<b>Público-alvo:</b>	Residentes de Ginecologia Obstetrícia
<b>Autor(es):</b>	Dra. Karen Abrão
<b>Especialidades:</b>	Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Anestesiologia

### Duração da Atividade

Briefing	Cenário	Debriefing
5 minutos	10 minutos	30 minutos

### Objetivos de Aprendizagem

- Reconhecer uma distocia de ombro.
- Ser capaz de comunicar à equipe as tarefas críticas que devem ser executadas quando essa complicação ocorre.
- Demonstrar a técnica adequada das manobras para aliviar uma distocia de ombro.
- Ser capaz de comunicar-se de forma eficaz durante um parto complicado por distocia de ombro.

### Inserção Curricular

#### Pré-requisitos de Aprendizagem

- Conhecimento:
  - Fatores de risco para distocia de ombro, fisiopatologia da condição, anatomia pélvica e protocolo de distocia.
- Habilidades:
  - Manobras de alívio da distocia de ombro;
  - Comunicação com a paciente/familiar sobre as intervenções a serem realizadas para distocia de ombro;
  - Comunicação em alça fechada com a equipe multiprofissional sobre as intervenções a serem realizadas para a correção da distocia de ombro.

### Participantes do Cenário

- Gestante (manequim simulador obstétrico – instrutor faz a voz)
- Marido da gestante (acompanhante) – ator
- Residente 1 – obstetra plantonista 1
- Residente 2 – obstetra plantonista 2
- Residente 3 – anestesiolista
- Residente 4 – enfermeira obstétrica

### Recursos Necessários

#### Simulador

Manequim simulador de parto com módulo automático, manequim fetal, monitor materno e fetal. Alternativamente, híbrido (ator + meio corpo de manequim de habilidade de parto).

### Equipamentos

- Cama hospitalar com perneira (preferência cama de LDR)
- Banqueta
- Foco para iluminação
- Suporte para soro
- Bomba de infusão (se possível)
- Mesa cirúrgica
- Caixa de instrumental para parto vaginal (porta-agulhas, pinça Cheron, pinça anatômica e pinça dente de rato, tesoura de fio, tesoura de Metzenbaun, bisturi e lâmina 23, duas pinças Kelly)
- Carrinho de parada (se possível)
- Carrinho de anestesia (se possível)

### Materiais descartáveis

- Luvas cirúrgicas
- Jelcos
- Agulhas
- Seringas
- Frasco de ocitocina (simulado)
- Equipo de soro
- Soro fisiológico, ringer lactato, soro glicosado
- Esparadrapo e curativo para simular cateter para analgesia nas costas da paciente
- Gazes
- Compressas
- Campos cirúrgicos
- *Clamps* de cordão
- Fios cirúrgicos (não serão usados; apenas para compor o cenário)
- Frasco de clorexidina aquosa

### Prontuário

- Cartão de pré-natal da gestante
- Partograma

### Moulage

Não é necessária.

### Vestuário

- Camisola hospitalar para a paciente/simulador, *scrub* para o marido da paciente, touca e máscara.
- Gravação para *videodebriefing* (se possível).

### Descrição Detalhada do Cenário

Paciente primigesta de termo, diabética gestacional, que entrou em trabalho de parto espontâneo e evoluiu adequadamente até o segundo período, no qual se encontra há aproximadamente uma hora, com analgesia.

Logo no início do cenário, ocorre o desprendimento da cabeça, com retenção dos ombros. Espera-se que os residentes realizem o diagnóstico da distocia de ombro e o manejo adequado da condição, incluindo:

- Verbalizar o diagnóstico de distocia de ombro;
- Solicitar ajuda do segundo obstetra e da enfermagem;
- Chamar a equipe da pediatria;
- Pedir que alguém marque o tempo até o nascimento (ou marcar ele próprio);
- Realizar tração adequada do ombro;
- Fazer a manobra de McRoberts;
- Solicitar a realização da pressão suprapúbica;
- Realizar episiotomia;
- Fazer tentativa de delineamento do ombro posterior.
- Além do manejo técnico da distocia, deve-se observar:
  - Interação entre os membros da equipe;
  - Perfil da liderança;
  - Comunicação dos membros da equipe;
  - Comunicação com a paciente e acompanhante.

### Organização do Ambiente



- Ambiente organizado como sala de parto ou LDR.
- Paciente deitada no leito e acompanhante sentado em banco na cabeceira.
- Paciente monitorizada (monitorização materna e fetal).
- Materiais de parto sobre a mesa de instrumental cirúrgico (fechados).
- Outros materiais e medicamentos nos carrinhos ou bancadas, identificados.

### Programação do Manequim

Dados vitais maternos no início do cenário:

- PA: 130/82 mmHg;
- FC: 92 bpm;
- SPO<sub>2</sub>: 96%.

Dados da cardiotocografia no início do cenário:

- Linha de base da FCF: 136 bpm;
- Padrão FCF normal;
- Atividade uterina: 4 contrações de 40 segundos em 10 minutos.

### Algoritmo do Caso

#### Tempo aproximado

##### Primeiro minuto

#### Eventos ou ações do manequim/ator

Quando os participantes entram no cenário, o marido comunica que a paciente está com a dor aumentando e com

vontade de fazer força. A paciente (voz do instrutor) também relata a mesma coisa.

#### Intervenções esperadas

Os participantes se apresentam para a paciente e o marido e avaliam a paciente, observando a dilatação total, a apresentação em OEA e o plano positivo. Eles orientam a paciente a fazer força e preparam a mesa de parto.

#### Deixas ou pistas que podem ser usadas

Se os participantes estiverem demorando muito na avaliação, o marido e a paciente devem criar a urgência, com frases como “Acho que vai nascer” ou “A dor está aumentando muito”.

#### Tempo aproximado

##### Segundo minuto em diante

#### Eventos ou ações do manequim/ator

No segundo puxo, a cabeça fetal é liberada, mas os ombros ficam retidos.

#### Intervenções esperadas

O obstetra auxilia no desprendimento do polo cefálico. A seguir, diagnostica distocia de ombro e inicia a conduta.

#### Deixas ou pistas que podem ser usadas

Após alguns segundos de manobras, o marido da paciente pode comentar: “Ainda não saiu?” ou “O bebê está ficando roxo?”.

#### Tempo aproximado

##### Até cinco minutos após o início das manobras

#### Eventos ou ações do manequim/ator

Liberar os ombros quando realizada a manobra de desprendimento do ombro posterior. Caso não seja realizada, manter a obstrução até que seja iniciada a manobra de Zavanelli ou até que cinco minutos tiverem se passado (o que ocorrer antes).

Quando os ombros forem liberados e os obstetras iniciarem a avaliação do bebê, deve-se comunicar o fim do cenário.

#### Intervenções esperadas

Espera-se que um dos obstetras assuma a liderança do caso, use comunicação de alça fechada, peça ajuda, inicie e realize as manobras com a técnica adequada, em sequência, até a resolução do caso.

Ainda, espera-se que o obstetra se comunique brevemente, porém de maneira clara, com a paciente e seu acompanhante.

#### Deixas ou pistas que podem ser usadas

Ao observar a conduta da equipe, a paciente e seu marido deverão inquirir sobre o que está acontecendo e por que estão sendo realizados os procedimentos. Caso a equipe não tenha boa comunicação, a manifestação deve ser de maior ansiedade.

### Briefing dos participantes

Vocês são a equipe de plantão em uma maternidade e acabam de chegar ao plantão. O colega lhes passa o caso da paciente Renata Alves, de 25 anos de idade, primigesta de 39+5 semanas de gestação, com diagnóstico de diabetes gestacional controlado com dieta e sem outras complicações no pré-natal. A paciente se internou há 10 horas em trabalho de parto espontâneo, com 4 cm de dilatação. Fez analgesia obstétrica com 6

cm, logo após a rotura espontânea de membranas, com líquido amniótico claro com grumos. Há uma hora, evoluiu para dilatação total e começou os esforços expulsivos. Está atualmente com quatro contrações fortes em 10 minutos, apresentação em OEA e plano +2 de deLee. O traçado da cardiocografia tem sido normal durante todo o trabalho de parto. O pai do bebê está como acompanhante.

A paciente é um simulador de alta fidelidade, que permite a realização do parto de maneira realística, bem como a monitoração materna e da cardiocografia fetal. Ao toque vaginal, vocês podem identificar a dilatação, a progressão da apresentação e a variedade de posição. O monitor fetal mostra a cardiocografia.

O simulador mostra os dados vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, pulso e saturação de oxigênio) no monitor (lembrem-se de que a paciente está com analgesia de parto). Se quiserem obter nova aferição, podem clicar no monitor para tirar novas medidas.

Possui ausculta cardíaca e pulmonar e acessos venosos e local para aplicação de medicação intramuscular e subcutânea. Estão disponíveis as medicações ocitocina, soro fisiológico, ranger lactato e soro glicosado, bem como os respectivos insumos para aplicação. Sempre que forem aplicar uma medicação, verbalizem o que está sendo feito.

O feto está sendo monitorado com cardiocografia contínua; se quiserem, podem interrompê-la ou mantê-la. A contração uterina não pode ser verificada pela palpação do abdome, mas pode ser analisada pelo traçado da cardiocografia. Usem equipamento de proteção individual (luvas etc.) conforme necessário. Usem lubrificante nas luvas. Para realizar o parto, realizem todas as manobras normais da assistência obstétrica. Se houver a necessidade de episiotomia, não cortem o períneo, apenas indiquem que vão fazê-lo.

Trate o cenário da maneira mais real possível, mesmo que em alguns momentos ocorrer falha de fidelidade. Se precisarem de mais algum recurso ou membro na equipe, solicitem em voz alta.

Lembrem-se que estamos aqui para aprender, e erros e acertos são esperados e fazem parte do processo de ensino-aprendizagem, não gerando qualquer repercussão negativa futura.

### Instruções para Atores (Pacientes Padronizados)

Carlos é marido de Renata, uma mulher de 25 anos de idade, grávida do primeiro bebê, que vai se chamar André. Ele está acompanhando a esposa no trabalho de parto. Renata é saudável. Durante a gestação, ela teve apenas diabetes gestacional, mas tudo correu bem até o momento. A relação de ambos é ótima.

Carlos trouxe a esposa para a maternidade hoje, porque ela entrou em trabalho de parto. A equipe médica que os atendeu até a troca de plantão foi muito atenciosa, mas eles estão um pouco preocupados, porque já faz mais de uma hora que Renata está fazendo força e o bebê não nasce.

A marido intercala comportamento ansioso sobre o nascimento do bebê com a tentativa de acalmar e ajudar a esposa. O marido pode usar frases, como:

- Para a esposa: "Vai dar tudo certo, amor. Só mais uma força. O André já está chegando".
- Para a equipe: "Está tudo bem, doutor? Tudo bem o bebê demorar tanto? Não é melhor uma cesárea?".

Depois que a cabeça do bebê sair, o marido pode sair do lado da cabeceira e ver o bebê. Ao perceber que está demorando para completar o parto, ele deve manifestar preocupação: "Está tudo bem? Por que ele não sai? Ele não está ficando roxo?".

Caso seja usado o modo manual de parto, o marido da paciente deverá empurrar o bebê até o nascimento da cabeça durante uma contração, ao final do primeiro minuto do cenário. A seguir, ele deverá segurar o bebê com os ombros para dentro do manequim até que os participantes completem a sequência de manobras para alívio da distocia de ombro.

### Debriefing

#### Descrição/Reação

Alguém pode descrever o que aconteceu nessa simulação (sempre começando pelos participantes)? Como vocês se sentiram atuando nesse cenário? De que maneira isso afetou as decisões e ações que foram tomadas/resultado? Qual foi a primeira coisa que vocês notaram ao entrar no cenário? Quando o parto começou a não evoluir normalmente, no que vocês estavam pensando?

#### Análise/Compreensão

Vocês acham que pediram ajuda no momento correto? Quais das ações para distocia de ombro foram tomadas? Elas foram tomadas no momento correto? O que vocês gostariam de ter feito diferente? Como foi a comunicação do grupo? Como ela poderia ter sido melhor? Como foi a comunicação com a paciente e o marido? O que poderia ter sido melhor? Quais foram os pontos positivos do trabalho da equipe? Alguém assumiu a liderança do caso? Quem? Como os demais se comportaram? Alguém se sentiu/esteve sobrecarregado? O que fazer nessa situação?

Quais são as melhores maneiras de se comunicar em uma situação de crise como essa (revisar comunicação em alça fechada).

Quando chamarem ajuda externa (obstetra ou enfermeira adicional), pergunte a esse participante: Você sentiu que tinha a informação necessária ao chegar no cenário? Quando você chegou no cenário, o que viu?

Caso haja *videodebriefing*: use pontos críticos da gravação a cada manobra e pergunte ao grupo: qual a avaliação de vocês neste momento? E questione os participantes sobre os próximos momentos também.

#### Síntese/Avaliação

O que vocês aprenderam com este cenário? Em que este cenário irá ajudá-los na vida real?

Se houver tempo e o grupo desejar, você pode permitir que todos retrainem as habilidades novamente após o *debriefing*.

### Variantes de Cenário

Inclua possibilidades do mesmo cenário com variações de desfecho ou complexidade.

#### Exemplo:

Um caso de distocia comum que se resolve com as manobras esperadas pode gerar um cenário 2 de uma distocia que não se resolve e necessita de manobra de Zavanelli ou um cenário 3 de uma rotura uterina após as manobras.

### Referências usadas para este cenário

1. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder Dystocia. RCOG Green-top Guideline No. 42. Março, 2012.
2. Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 3ª ed. Barueri-SP: Manole; 2016.
3. Advanced Life Support in Obstetrics – ALSO. Distocia de ombro. Advisory Board, 6ª edição; 2009.

# Conselho Regional de Medicina do Piauí publica resolução sobre a autonomia do médico e da paciente nos cenários de assistência ao parto



Maria Celeste Osório Wender<sup>1</sup>, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio<sup>2</sup>, Ana Cláudia Louçana da Costa Araújo Pires<sup>3</sup>, André Ricardo de Holanda Sousa<sup>4</sup>, Ricardo Abdala Cury<sup>4</sup>, Miriam Palha Dias Parente<sup>5</sup>, Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes<sup>6</sup>, Dagoberto Barros da Silveira<sup>7</sup>

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional e Conselheira Efetiva do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí (CRM-PI).

3. Conselheira Efetiva e Secretária-geral do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí (CRM-PI).

4. Assessor Jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí (CRM-PI).

5. Vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí (CRM-PI).

6. Presidente da Associação Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia (Sopigo).

7. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí (CRM-PI).

O termo “obstetrícia” deriva do verbo em latim *obstare* (“ficar ao lado de”), fazendo jus à essência dessa especialidade: acompanhar a mãe e o feto durante toda a gestação, parto e puerpério. O significado desse termo transcende sua etimologia, alcançando um sentido muito mais profundo e humano, com nuances diferentes conforme as experiências de cada profissional.

As evoluções na área da Obstetrícia têm permitido avanços e conquistas que eram considerados ficção científica há poucas décadas, sobretudo no que se refere à sobrevivência bem-sucedida de mães e recém-nascidos em condições que antes eram quase que fatalmente malsucedidas.

Ao lado de toda essa evolução e possibilidades tecnológicas, a medicina baseada em evidências vem demonstrando gradativamente que é possível fornecer assistência menos intervencionista, mais respeitosa e dentro dos critérios éticos da autonomia, mantendo ou melhorando os resultados perinatais. Há crescente e adequada valorização do protagonismo da mulher e de

sua família por toda a equipe multiprofissional e pelos seus eventuais acompanhantes de qualquer natureza, tendo como pilar inegociável a segurança do binômio materno-fetal. Essa evolução peculiar de conceitos e diretrizes, usual, porém restrita a qualquer área da saúde, tem sido apropriada por determinados segmentos de forma desrespeitosa e preconceituosa, sobretudo em relação à atividade médica, como se ser médico significasse, em algum momento, nunca considerar as preferências da paciente; como se ser médico fosse sinônimo de arrogância ou falta de comunicação; como se o uso de práticas que anteriormente eram consagradas e podem naturalmente evoluir ou mudar, de acordo com as evidências científicas, fosse um erro pessoal, e não um mecanismo natural de atualização na assistência.

Todas as áreas, e de forma muito especial a Medicina e a Obstetrícia, evoluem e se modificam continuamente de acordo com as descobertas e as análises de resultados e experimentos, podendo qualquer prática ser (e continuamente o é) repensada, redimensionada, aprimorada ou modificada. Nessa

mesma linha de raciocínio, qualquer definição passional ou condenação absoluta de uma conduta técnica, intervenção ou procedimento apresenta grave vício de origem, pois a complexidade das situações e os casos concretos podem significar um bom uso da prática, nos termos do conhecimento científico, do raciocínio clínico e das normas vigentes.

Muitas condutas médicas podem ser consideradas, aos olhos leigos, desnecessárias e descomedidas, mas podem ser inerentes à praxis médica, como ocorre também em inúmeros procedimentos cotidianos que não têm a mesma visibilidade, apelo emocional e midiático e participação de leigos conjuntamente como ocorre na Obstetrícia.

Quando um paciente entra para uma cirurgia neurológica ou cardiológica, há, em geral, maior consciência da gravidade, possibilidades de complicações, valorização da atuação da equipe médica e anseio pela sobrevivência. Quando uma paciente entra para um parto vaginal ou uma cesárea, uma mulher em geral jovem e saudável, a expectativa não é de sobrevivência, mas de 200%, como afirma o Prof. Dr. Mário Macoto Kondo: uma entrega de mãe 100% e filho 100% saudáveis e felizes, o que ocorre de maneira gratificante e tranquila na imensa maioria dos casos. Entretanto, à luz dos conhecimentos em saúde, há também riscos envolvidos e possibilidades de complicações, por isso a necessidade de assistência de qualidade e equipe técnica completa para a devida assistência a eventuais intercorrências, que são imprevisíveis em muitos casos e podem ser extremamente graves. A assistência à maternidade significa o cuidado de duas ou mais vidas – a mãe e seu filho(a) ou filhos(as) – e, em muitas situações, surgem conflitos de interesses em relação a ambos quando uma decisão tem que ser tomada em detrimento de um para benefício do outro.

No contexto de tantas dificuldades no âmbito da assistência obstétrica no Brasil, como, por exemplo, ausência de equipamentos, de recursos materiais, de medicamentos e de insumos, subdimensionamento das equipes de trabalho, falta de profissionais especializados em quantidade necessária, entre outros, a figura do médico obstetra ainda tem sido vilipendiada como se ele fosse o responsável por todas as dificuldades e insucessos relacionados a gestação, parto e puerpério, o que afasta muitos colegas da prática ou da opção pela especialidade.

Cabe lembrar que o médico possui responsabilidades ética, civil, administrativa e penal bem definidas na assistência à saúde e no atendimento de emergências. Da mesma forma, todos os envolvidos na assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido, sejam ou não profissionais de saúde, assumem as responsabilidades ética, penal, civil e criminal pelos seus atos, inclusive em danos causados por eventuais atrasos na assistência especializada ou mesmo exercício ilegal da Medicina.

Diante desse cenário e considerando que a necessidade de expandir e atualizar a regulamentação ética

acerca da autonomia na relação médico-paciente sempre se mostra atemporal e fundamental, o CRM-PI vislumbrou a necessidade da edição da Resolução CRM-PI nº 109/2022,<sup>(1)</sup> que aqui apresentamos, por entendermos que traz, para o panorama da assistência obstétrica, a reafirmação de princípios basilares do exercício da Medicina: a responsabilidade profissional, pessoal e intransferível; a obrigação do médico de agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; o respeito à autonomia da paciente, com acolhimento e valorização das suas preferências; e também o respeito à autonomia, dignidade e prerrogativas profissionais do médico. A leitura atenta da resolução na íntegra, inclusive de seus considerandos, traz aos nossos associados valiosos princípios vigentes referentes, do ponto de vista ético, à autonomia do médico e da paciente e pareceres sobre aspectos relativos ao panorama de assistência a gravidez, parto e puerpério.

### RESOLUÇÃO CRM-PI Nº 109/2022

(Publicada no DOE em 8 de julho de 2022, edição nº 131, p. 22)

Dispõe sobre a autonomia e objeção de consciência do médico no acompanhamento da gestante; veda ao médico aderir e/ou subscrever a quaisquer documentos que restrinjam a autonomia do médico na assistência materno-fetal; dispõe sobre o direito da parturiente à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; dispõe sobre a aceitação ou não das preferências e recusas terapêuticas da gestante pelo médico.

O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e o Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009;

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO** que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

**CONSIDERANDO** a busca pelo melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade e a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

**CONSIDERANDO** que, no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com os ditames da sua

consciência e as previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte;

**CONSIDERANDO** que o médico deverá atuar com autonomia, sem renunciar à sua liberdade profissional, auxiliando o paciente no processo de tomada de decisões de acordo com os ditames de sua consciência, observando as previsões legais e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

**CONSIDERANDO** que constitui direito do médico manifestar sua objeção de consciência no sentido de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente ou diante de atos médicos com os quais não concorda, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência, ressalvados os casos de risco de morte do paciente, devendo sempre que possível encaminhá-lo para outro colega;

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico permitir que interesses de terceiros interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade;

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios científicos disponíveis à realização de diagnóstico e tratamento do paciente;

**CONSIDERANDO** que a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, conforme disposto no artigo 3º da Lei nº 9.263/1996, que trata do planejamento familiar;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 2.217/2018, que aprova o Código de Ética Médica;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 2.232/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 2.284/2020, que dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes;

**CONSIDERANDO** o Parecer CFM nº 32/2018, cuja ementa informa que a expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetria, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética;

**CONSIDERANDO** a Resolução CREMERJ nº 293/2019, que dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal;

**CONSIDERANDO** o Parecer CREMEB nº 03/2022, cuja ementa informa que a parturiente tem direito a um acompanhante conforme determina a lei; que o médico e os serviços de saúde podem definir a quantidade de pessoas na sala de parto, incluindo membros da equipe multiprofissional, em prol da segurança do binômio materno-fetal;

**CONSIDERANDO** as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal e Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), do Ministério da Saúde, 2017, alteradas pela Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022;

**CONSIDERANDO**, por fim, o decidido em Sessão Plenária do dia 4 de julho de 2022,

## RESOLVE:

**Art. 1º.** Todo paciente é internado sob os cuidados e a responsabilidade de um médico que não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar sua responsabilidade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção do seu trabalho.

**§ 1º** A necessidade de autonomia é justificada pelo interesse do paciente e o médico tem o dever de supervisionar o restante da equipe multiprofissional e contraindicar, eventualmente, que parte da equipe participe de algumas atividades assistenciais.

**Art. 2º** É vedado ao médico aderir e/ou subscrever a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde do binômio materno-fetal, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.

**§ 1º** A construção de quaisquer documentos relativos às escolhas manifestadas pela paciente e pela sua equipe, em relação a procedimentos eletivos, deve ser realizada com respeito às orientações e prerrogativas da equipe obstétrica multiprofissional, bem como de acordo com as normativas éticas e legais vigentes sobre autonomia, recusa terapêutica e diretrizes antecipadas de vontade.

**Art. 3º.** A parturiente tem direito à presença de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito dos servi-

ços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, nos termos da Lei nº 11.108/2005, que alterou a Lei nº 8.080/1990.

**§ 1º** As demandas da gestante pela presença de mais acompanhantes na sala de parto, normal ou cirúrgico, devem ser contrapostas pela equipe obstétrica multiprofissional ao impacto sobre a privacidade e as condições de trabalho e, principalmente, sobre a garantia da segurança da mãe e do recém-nascido. Sendo parto cirúrgico, menos pessoas devem estar presentes por conta do maior risco de infecção do sítio cirúrgico. Sendo parto natural, há menos risco de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), mas deve-se considerar também o tamanho, usualmente menor, das salas de parto normal e, em todos os casos, devem ser consideradas as normas administrativas estabelecidas por cada serviço de saúde.

**§ 2º** O médico que conduz o parto deve esclarecer à gestante as limitações e riscos associados a uma quantidade maior de pessoas no ambiente do parto, uma vez que o próprio médico assistente tem autonomia para, em casos específicos, quando julgar necessário, definir a quantidade de pessoas na sala de parto em prol da segurança do binômio materno-fetal.

**Art. 4º** As preferências e recusas terapêuticas da gestante devem ser consideradas. Entretanto, em situações de risco relevante à saúde da parturiente, do feto ou de ambos, o médico não deve aceitar as preferências e recusas terapêuticas da gestante, principalmente quando colocarem em risco a própria saúde da mãe e/ou do feto, caracterizando abuso de direito, na forma da legislação vigente. Tais fatos devem ser registrados pelo médico no prontuário da paciente e comunicados ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes.

**§ 1º** O médico pode manifestar sua objeção de consciência diante das preferências manifestadas pela parturiente, no sentido de se abster do atendimento, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

**§ 2º** A interrupção da relação do médico com a paciente por objeção de consciência impõe ao médico o dever de comunicar o fato ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, visando garantir a continuidade da assistência por outro médico, dentro de suas competências.

**§ 3º** Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando as manifestações e preferências da parturiente puderem trazer danos previsíveis à saúde dela e/ou do feto, a relação com ela não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente do manifestado pela paciente.

**§ 4º** Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente risco de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida da paciente e/ou do feto, independentemente das manifestações apresentadas pela paciente.

**§ 5º** Todo o processo decisório e as ponderações necessárias entre autonomia do médico e da paciente devem incluir as orientações técnicas relativas a riscos e benefícios e ter como fim assegurar ao binômio materno-fetal acesso ao cuidado seguro, respeitoso, integral e de qualidade no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério.

**Art. 5º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Teresina-PI, 04 de julho de 2022.

**Dagoberto Barros da Silveira**  
Presidente

**Ana Cláudia Louçana da C. P. A. Ferreira**  
Secretária-geral

Vale destacar que a relação médico-paciente se estabelece sob a ótica da confiança e da autonomia de ambos, de forma bilateral e com direitos e deveres recíprocos. Sob a ótica do médico, este é detentor do direito de exercer livremente seu ofício, decidindo, com base na técnica, pelo melhor a ser utilizado em benefício de seu paciente. Já sob a perspectiva do paciente, sua autonomia assegura-lhe condições de decidir livre e conscientemente sobre a aceitação ou recusa de quaisquer procedimentos a serem utilizados no tratamento, prevenção ou recuperação dos agravos à sua saúde.

A Febrasgo e a sua Diretoria de Defesa e Valorização Profissional entendem o valor da discussão e a importância de toda a equipe multiprofissional num parto seguro e respeitoso. A segurança do binômio materno-fetal, tão citada e valorizada na resolução do CRM-PI, deve sempre abranger também os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos nesse momento tão ímpar para as mulheres e suas famílias, sem qualquer visão dicotômica ou centralizada. A divulgação das manifestações das entidades médicas sobre o tema em todo o país pode ajudar os nossos associados para que se posicionem e também se manifestem, de acordo com as suas convicções e à luz das normativas legais e éticas. O fim precípuo deve ser oferecer cuidado seguro, respeitoso, integral e de qualidade no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério, tendo como fundamento basilar a necessária confiança entre paciente e médico.

## REFERÊNCIA

1. Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí – CRM-PI. Resolução CRM-PI nº 109/2022. Dispõe sobre a autonomia e objeção de consciência do médico no acompanhamento da gestante; veda ao médico aderir e/ou subscrever a quaisquer documentos que restrinjam a autonomia do médico na assistência materno fetal; dispõe sobre o direito da parturiente à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; dispõe sobre a aceitação ou não das preferências e recusas terapêuticas da gestante pelo médico. Diário Oficial do Estado do Piauí [Internet]. 2022 Jul. 8 [cited 2022 Jul 15];Seq. 1:22-23. Available from: <http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario.php?dia=20220708>

# CADERNO CIENTÍFICO

# Femina®

## CORPO EDITORIAL

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

**COEDITOR:** Gerson Pereira Lopes

**EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA:** Jean Claude Nahoum

**CONSELHO EDITORIAL:** Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibalde Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, Jorge Fonte de Rezende Filho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieke Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

## SUMÁRIO

### FEBRASGO POSITION STATEMENT

#### 415 Manejo da distocia de ombro

Álvaro Luiz Lage Alves, Alexandre Massao Nozaki, Carla Betina Andreucci Polido, Roxana Knobel

### ARTIGOS DE REVISÃO

#### 428 Neoplasia intraepitelial escamosa cervical: abordagem por estimativas de risco

Roberto de Oliveira Galvão

#### 435 Causas do desmame precoce em lactentes: uma revisão integrativa

Adriana Budelon de Macedo

### RELATO DE CASO

#### 444 Histerectomia radical após parto cesáreo por adenocarcinoma de colo uterino: relato de caso

Amanda Pereira Labadessa, Marina Martinelli Sonnenfeld, Fábio Nogueira Liguori Alves, Milucci Messias de Gatti Mello, César Eduardo Fernandes, Caetano da Silva Cardial

# Manejo da distocia de ombro

*Número 7 – Julho 2022*

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

## PONTOS-CHAVE

- A distocia de ombro é um evento predominantemente imprevisível e não prevenível.
- A incidência progressiva de obesidade e diabetes determinou o aumento contemporâneo da incidência de distocia de ombro.
- Os principais fatores de risco para distocia de ombro são a macrosomia fetal, o *diabetes mellitus*, as distocias nos períodos funcionais do parto e o parto vaginal operatório.
- Os exames de imagem e a pelvimetria clínica não são úteis para identificar mulheres com risco aumentado para distocia de ombro.
- O diagnóstico e a gravidade da distocia de ombro são subjetivos. A falha da manobra cabeça-ombro e o sinal da tartaruga são os principais critérios diagnósticos. A necessidade de múltiplas manobras de delivramento e a ocorrência de lesões maternas e/ou neonatais evidenciam melhor a gravidade dos casos.
- Os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem estar preparados para reconhecer a distocia de ombro e imediatamente executar uma sequência de manobras que permitam a sua correção em tempo hábil.
- O controle do peso corporal e dos níveis glicêmicos é a principal estratégia passível de reduzir o risco de distocia de ombro.
- As complicações maternas graves mais comuns da distocia de ombro são a hemorragia pós-parto e as lacerações perineais complicadas.
- A complicação neonatal mais frequente da distocia de ombro é a paralisia transitória do plexo braquial.
- O treinamento de habilidades e a simulação propiciam melhorias na assistência e na documentação da distocia de ombro, promovendo o manejo baseado em evidências científicas e reduzindo as lesões transitórias do plexo braquial.

## RECOMENDAÇÕES

- Nas gestações com diabetes e peso fetal estimado acima de 4.500 gramas (g) e nas sem diabetes e estimativa de peso fetal acima de 5.000 g, a cesárea parece prevenir distocia de ombro.
- No prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto de parturientes diabéticas com estimativa de peso fetal entre 4.000 e 4.500 g, assim como das não diabéticas com peso fetal estimado entre 4.500 e 5.000 g, a cesárea para prevenção de distocia de ombro também se aplica.
- No período pélvico prolongado de fetos com peso estimado acima de 4.500 g, a cesárea intraparto para prevenção da distocia de ombro é preferível ao parto vaginal operatório baixo ou de alívio. Similarmente, o parto vaginal operatório com a cabeça fetal na pelve média deve ser evitado em fetos com peso estimado acima de 4.000 g, estando indicada a cesárea intraparto. Nessas situações, a instrumentação do parto deve ser considerada apenas diante da presença de operadores experientes, mediante avaliação individualizada da posição e tamanho fetais, da história dos partos anteriores e dos hábitos maternos.
- A indução do parto para prevenir distocia de ombro está indicada nas gestantes com diabetes gestacional, 39 semanas e peso fetal estimado entre 4.000 e 4.500 g. Nas gestantes sem diabetes, a indução também pode ser oferecida com 39 semanas diante da estimativa de peso fetal entre 4.000 e 5.000 g, mas a conduta expectante também é alternativa razoável.

- Para o tratamento da distocia de ombro, deve-se adotar uma sequência de manobras, que pode variar de acordo com a posição da parturiente. Na posição de litotomia, sugere-se que a primeira manobra específica seja a de McRoberts, podendo ser associada a pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I).
- Na posição de litotomia, diante da falha das manobras iniciais, as principais manobras secundárias são as de Gaskin (quatro apoios), a liberação do braço posterior e as rotatórias internas (Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa). A tração axilar para a liberação do ombro posterior também pode ser uma alternativa viável.
- Em posições verticais, o sequenciamento recomendado é aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada), pressão suprapúbica externa, posição de quatro apoios (Gaskin), manobras internas e desprendimento do braço posterior. A tração axilar do ombro não impactado também pode ser uma alternativa.
- As manobras de resgate para correção da distocia de ombro incluem a tentativa de fratura da clavícula fetal e a extração do ombro posterior com o auxílio de uma tipoia axilar. Em caso de insucesso, as manobras de última instância são a de Zavanelli, o resgate abdominal e a sinfisiotomia. Devido à morbidade materna associada ao procedimento, a sinfisiotomia deve ser precedida de avaliação dos riscos e benefícios e restrita a locais onde não é possível realizar o resgate abdominal por ausência de salas cirúrgicas.
- A documentação da distocia de ombro deve detalhar a assistência prestada, o ombro fetal impactado, o tempo até a resolução e as complicações associadas, sendo importante para o aconselhamento das pacientes e dos seus cuidadores, assim como para assuntos legais. É importante estabelecer uma comunicação eficaz com a parturiente e seus acompanhantes durante toda a assistência, detalhando as manobras realizadas, assim como as complicações ocorridas.
- Instituir protocolos e metodologias ativas de ensino propicia o manejo baseado em evidência científica e o melhor desempenho das equipes assistenciais no tratamento da distocia de ombro.

## CONTEXTO CLÍNICO

A distocia de ombro (DO) é uma emergência obstétrica caracterizada pela necessidade de manobras tocúrgicas adicionais à suave tração descendente, exercida para desprendimento dos ombros fetais (manobra cabeça-ombro). O evento ocorre devido à impactação do ombro fetal anterior atrás da sínfise púbica materna, após a exteriorização do polo cefálico. A impactação simultânea do ombro fetal posterior no promontório sacral pode agravar a distocia. Uma vez que a maioria dos casos ocorre na ausência de fatores de risco pré-natais ou intraparto, o evento é frequentemente imprevisível e não prevenível. Portanto, os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem estar preparados para reconhecer o evento e imediatamente executar uma sequência de manobras que permitam a sua correção em tempo hábil.<sup>(1)</sup> O principal objetivo do tratamento da DO é prevenir asfixia fetal e paralisia braquial permanente ou morte. Outras lesões neonatais (fraturas) e as lacerações do trajeto também devem ser evitadas. Para isso, a atuação organizada da equipe e o sequenciamento rápido e hábil das manobras de delivramento são imprescindíveis.<sup>(1)</sup>

## QUAL A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA DO?

A incidência progressiva de obesidade e diabetes, os fatores de risco para macrossomia e o aumento do peso ao nascimento determinaram o aumento

contemporâneo da DO.<sup>(2)</sup> O evento ocorre em 0,2% a 3,0% dos partos, e as variações se relacionam tanto com a subjetividade do seu diagnóstico quanto com a prevalência de macrossomia e diabetes nas populações.<sup>(1)</sup> Estima-se que um recém-nascido com encefalopatia isquêmica hipóxica secundária à DO ocorra a cada 22.000 partos vaginais a termo.<sup>(3)</sup>

## QUAL A FISIOPATOLOGIA DA DO E COMO DEVE SER O SEU DIAGNÓSTICO?

A DO ocorre pela falha da rotação normal dos ombros para o diâmetro oblíquo, no momento da entrada do diâmetro biparietal na pelve. A falha rotacional pode ocorrer pela resistência entre a pele fetal e as paredes vaginais, por um parto precipitado ou pela resistência de um tórax de dimensões proporcionalmente maiores em relação ao diâmetro biparietal. Sendo assim, os ombros anterior e posterior permanecem no diâmetro anteroposterior da pelve materna durante a descida e/ou descem simultaneamente, alterando o processo fisiológico em que o ombro posterior, em um diâmetro oblíquo, desce na frente do ombro anterior.<sup>(4)</sup> É marcante a subjetividade do diagnóstico e da gravidade da DO. O evento fica mais evidente diante da falha da manobra cabeça-ombro (Figura 1) e/ou da retração da cabeça fetal para o períneo, determinada pela tração reversa do ombro impactado na entrada da pelve (sinal da tartaruga). Retrospectivamente, a necessidade de



**Figura 1.** Manobra cabeça-ombro (seta azul: impactação do ombro anterior atrás da sínfise púbica; seta vermelha: pressão inferior exercida no polo cefálico na manobra cabeça-ombro)  
Ilustração: Felipe Lage Starling.

múltiplas manobras e a ocorrência de lesões maternas e/ou neonatais evidenciam melhor a gravidade da DO. Critérios mais objetivos, tais como intervalo superior a 60 segundos entre o desprendimento da cabeça e dos ombros, ainda necessitam de estudos de validação, tanto para o diagnóstico quanto para a previsão de resultados neonatais adversos.<sup>(5)</sup>

### QUAIS OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA A DO E AS ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR SUAS INCIDÊNCIAS?

São vários os fatores de risco para a DO, tanto anteparto quanto intraparto, e reconhecê-los permite discutir a possibilidade de cesáreas eletivas e/ou determinar uma vigilância individualizada e atenta do período pélvico. Os principais fatores de risco anteparto são macrossomia fetal, *diabetes mellitus*, história pregressa de DO, gestação pós-termo, sexo fetal masculino, obesidade materna/ganho excessivo de peso gestacional e idade materna. Desses, o principal é a macrossomia fetal; e a obesidade materna, o diabetes e a idade materna avançada também se relacionam ao alto peso ao nascer. Entretanto, apesar de a DO aumentar progressivamente nos nascimentos de fetos com mais de 4.000 g e a morbimortalidade neonatal devido à DO também aumentar significativamente entre os recém-natos pesando mais de 4.500 g, o peso fetal não possui bom valor de predição para a DO.<sup>(6)</sup> A maioria dos fetos macrossômicos não evolui com DO; aproximadamente metade das DOs ocorre em recém-natos com peso ao nascer inferior a 4.000 g, e tanto a ultrassonografia quanto a avaliação clínica (manobras de Leopold, regra de Jonhson) possuem baixa sensibilidade para estimar o peso ao nascer.<sup>(7)</sup>

Com relação ao *diabetes mellitus*, além da sua associação com a macrossomia fetal, as medidas antro-

pométricas dos fetos de mães diabéticas favorecem a ocorrência de DO. Fetos de mães diabéticas com mau controle glicêmico, além de grandes, são desproporcionais, devido ao depósito centrípeto de gordura corporal. Sendo assim, suas relações tórax-cabeça e ombro-cabeça se encontram aumentadas, elevando o risco para DO, mesmo naqueles com peso inferior a 4.000 g.<sup>(8)</sup>

Apesar de a recorrência da DO ser subestimada pelas escolhas subsequentes por cesárea eletiva, seu risco é de pelo menos 10%, podendo alcançar 25%. A recorrência concomitante de macrossomia fetal é frequente. O ganho de peso ao nascer secundário ao avanço da gestação explica o risco de DO inerente às gestações pós-termo. O sexo masculino como fator de risco para DO parece ser explicado pelas medidas antropométricas e maior prevalência de macrossomia entre os homens. Outros fatores de risco favorecedores da macrossomia e do diabetes, e consequentemente da DO, são a obesidade e o ganho excessivo de peso materno. A demografia materna contemporânea, com maior prevalência de gestantes em idade acima de 35 anos, configura risco para a DO, em associação com maior prevalência de diabetes, de excesso de peso e de multiparidade entre essas pacientes.<sup>(9-11)</sup>

Os principais fatores de risco intraparto são as distícias nos períodos funcionais do parto (dilatação e pélvico) e o parto vaginal operatório. Isoladamente, as anormalidades do período pélvico (período pélvico prolongado e parada secundária da dilatação) não são preditores úteis de DO. Porém, quando combinados a peso fetal estimado maior que 4.000 g e a parto vaginal operatório, associam-se ao aumento da incidência de DO.<sup>(12)</sup>

Parto vaginal operatório se relaciona a DO. Porém, não existe evidência de que a tração fetal executada por fórcepe ou vácuo-extrator aumente o risco de impactação do ombro ou de que o mau posicionamento prévio do ombro iniba a descida fetal, resultando na necessidade da instrumentação do parto. Aparentemente, os riscos para DO são semelhantes para o fórcepe e o vácuo-extrator.<sup>(13)</sup>

Apesar da diversidade de fatores de risco para a DO, poucos deles são modificáveis. O controle do peso corporal antes e na vigência da gestação e o controle dos níveis glicêmicos entre as diabéticas são as principais estratégias passíveis de reduzir o risco. Portanto, as intervenções na dieta e no estilo de vida podem reduzir os índices de fetos macrossômicos e de DO, principalmente entre as gestantes diabéticas.<sup>(14)</sup>

### QUAIS CONDUTAS OU PROCEDIMENTOS SÃO EFICIENTES NA PREVENÇÃO DA DO?

Uma vez que a DO ocorre predominantemente em parturientes com dimensões pélvicas normais, os exames de imagem e a pelvimetria clínica não são úteis para iden-

tificar mulheres com risco aumentado, exceto nos casos raros de anormalidades pélvicas ou fetais graves.<sup>(6)</sup>

A biometria fetal levemente anormal não é preditiva de DO. Os diversos parâmetros biométricos fetais (diferença entre os diâmetros abdominal e biparietal, circunferência torácica, razão circunferência cefálica/circunferência abdominal, razão comprimento femoral/circunferência abdominal, distância úmero-espinhal, diâmetro bochecha a bochecha, largura do ombro) ou não foram testados em grandes estudos prospectivos ou não provaram ser úteis para a predição da DO.<sup>(15)</sup>

Apesar do consenso de que a cesárea planejada para fetos macrossômicos é apropriada para reduzir a DO, essa conduta não tem provado ser vantajosa, pois a maioria dos casos de DO e de lesão de plexo braquial não podem ser previstos ou evitados, acarretando elevação injustificada das taxas de cesariana. Entretanto, para fetos de mães diabéticas com peso estimado acima de 4.500 g, assim como para os com mais de 5.000 g na ausência de diabetes, avaliados dentro de uma semana do parto, a cesárea parece ser capaz de reduzir a DO e a morbidade associada.<sup>(1)</sup>

O princípio da cesárea para prevenir a DO também se aplica diante do prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto (primíparas com analgesia: quatro horas; primíparas sem analgesia: três horas; múltiparas com analgesia: três horas; múltiparas sem analgesia: duas horas) em parturientes diabéticas com estimativa de peso fetal entre 4.000 e 4.500 g, assim como em parturientes não diabéticas com peso fetal estimado entre 4.500 e 5.000 g. Cesárea intraparto em vez de parto vaginal operatório baixo ou de alívio é sugerida para fetos com peso estimado acima de 4.500 g e período pélvico prolongado. Cesárea intraparto em vez de parto vaginal operatório na pelve média também é sugerida diante de fetos com peso estimado acima de 4.000 g, na vigência de período pélvico prolongado. Entretanto, o parto vaginal operatório nessas situações pode ser considerado diante da presença de operadores experientes, da avaliação individualizada da posição e tamanho fetais, da história dos partos anteriores e dos hábitos maternos.<sup>(16)</sup>

A indução do parto dos fetos macrossômicos como medida de prevenção da DO também é conduta limitada, pela baixa acurácia dos métodos de estimativa do peso fetal, pela relação desfavorável entre o número de induções necessárias para prevenir os resultados adversos, pelas consequências maternas e neonatais relacionadas ao processo de indução e pela falta de evidências científicas da eficácia dessa conduta. A indução do parto pode ser oferecida para as gestantes sem diabetes, com 39 semanas e peso fetal estimado entre 4.000 e 5.000 g, mas a conduta expectante é alternativa razoável. Já a indução com 37 ou 38 semanas nessa situação está desaconselhada, uma vez que, apesar de potencialmente promover maior redução na

DO, cursa com aumento das morbidades neonatais comuns (hiperbilirrubinemia, problemas respiratórios).<sup>(17)</sup> Para mulheres com diabetes pré-gestacional, a definição do momento do parto deve ser baseada nos riscos maternos e nos demais riscos perinatais associados à doença, com pouco benefício na manutenção da gestação além de 39 semanas e necessidade de interrupção prematura diante de vasculopatia e/ou mau controle glicêmico. Entre mulheres com diabetes gestacional e peso fetal estimado entre 4.000 e 4.500 g, a indução do parto realizada com 39 semanas potencialmente reduz a DO, com riscos maternos e demais riscos neonatais (dificuldade respiratória, terapia intensiva) em menor incidência. Devem ser avaliados o peso fetal, o controle glicêmico ao longo da gestação, o peso ao nascer e resultados dos partos anteriores, e as características físicas da parturiente (estatura, peso, índice de massa corpórea, pelvimetria).<sup>(18)</sup> A indução do parto na 41ª semana de gestação reduz o nascimento de recém-natos com mais de 4.000 g, com potencial redução da DO.<sup>(19)</sup>

Nas pacientes com história de DO prévia, principalmente com lesão neonatal grave, o risco potencial de recorrência (10% ou mais) e os fatores de risco da gestação atual (peso fetal estimado, glicemia) devem ser considerados na tomada de decisão da via de parto.<sup>(9)</sup>

## COMO DEVE SER O MANEJO INICIAL DA DO?

O manejo da DO tem o objetivo de completar o desenvolvimento fetal com segurança, antes da asfixia e lesão cortical decorrentes da compressão do cordão umbilical e do impedimento da inspiração, evitando lesões neurológicas periféricas ou outros traumas fetais e/ou maternos. O tempo-limite que antecede o aumento do risco de lesão por asfixia é de cinco minutos, o que impõe a necessidade instantânea de organização e atuação efetiva da equipe.<sup>(20)</sup>

Imediatamente após a suspeita de DO, a parturiente e seu acompanhante devem ser comunicados e as seguintes ações devem ser implementadas: solicitação de ajuda aos demais profissionais (enfermagem assistencial e obstétrica, obstetras, pediatras e anestesistas); documentação do momento do diagnóstico e cronometragem da assistência; orientação contrária aos puxos voluntários. As seguintes condutas são imprescindíveis:

1. Não exercer tração excessiva para liberação dos ombros e não pressionar o fundo uterino, uma vez que essas ações se associam ao estiramento do plexo braquial, agravamento da impactação e rotura uterina.
2. Não seccionar o cordão umbilical antes da liberação dos ombros, pois essa ação não contribui para a resolução da DO e reduz ainda mais a oxigenação do feto. Se presentes, as circulares de cordão devem ser liberadas sem secção.

3. Evitar a realização de episiotomia, uma vez que o procedimento não resolve a DO, que é resultante de impactação óssea. Entretanto, diante da necessidade de manobras internas, a episiotomia pode ser necessária nos casos em que a resistência perineal dificulta a execução das manobras. A sondagem vesical também pode ser necessária.
4. Promover comunicação eficiente dos membros da equipe assistencial, que devem receber informações claras e objetivas das ações realizadas e dos desfechos, evitando repetição desnecessária de manobras e otimizando o manejo em tempo oportuno.<sup>(21)</sup>

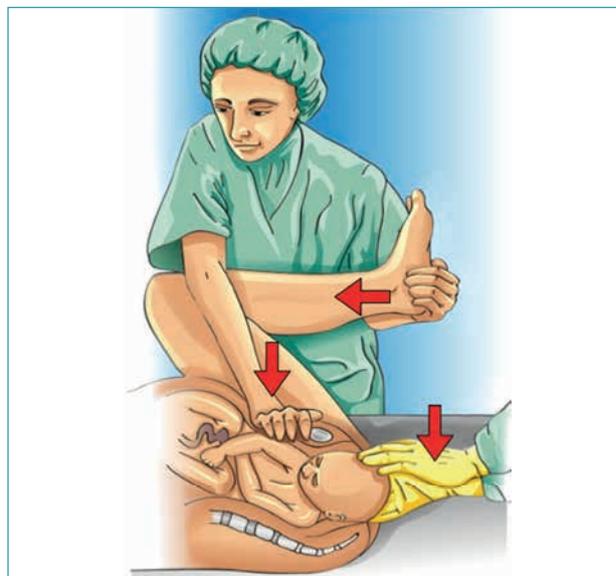
As evidências sobre a eficácia e o sequenciamento das diversas manobras são escassas. Portanto, não existe definição sobre qual manobra é superior a outra e nem sobre qual é a sequência de manobras ideal. As manobras tentam resolver a DO por meio de três mecanismos:

1. Ampliação das dimensões pélvicas maternas.
2. Redução do diâmetro biacromial fetal por meio da adução dos ombros ou da remoção do braço posterior.
3. Modificação na relação entre o diâmetro biacromial do feto e a pelve óssea materna, girando o tronco fetal para o diâmetro oblíquo da pelve (mais amplo) e descompactando o ombro anterior por trás da sínfise púbica ou liberando o braço e/ou ombro posteriores.<sup>(21)</sup>

## COMO DEVE SER O MANEJO DA DO NA POSIÇÃO DE LITOTOMIA?

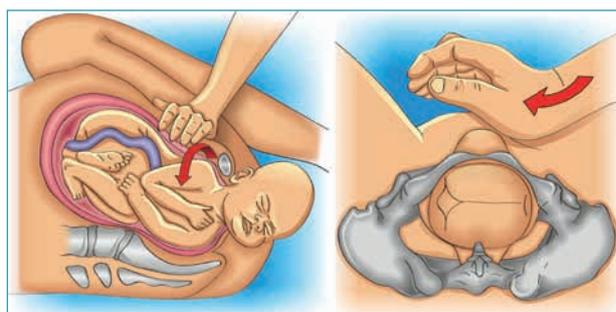
Em litotomia, a parturiente deve ser posicionada com as nádegas rente à borda da cama ou maca de parto. A tração para liberação dos ombros deve ser axial e alinhada com a coluna cervicotorácica fetal, em um componente descendente ao longo de um vetor que não ultrapasse 45° abaixo do plano horizontal da parturiente. A falha da manobra cabeça-ombro, efetuada com força habitual, é indicativa de DO. Portanto, a percepção de força excessiva para liberação dos ombros é indicativa da necessidade de manobras específicas.<sup>(1)</sup>

Sugere-se que a primeira manobra específica a ser aplicada seja a de McRoberts, que pode ser associada à manobra de Rubin I (Figuras 2 e 3). Essas manobras são eficientes e menos invasivas. Na manobra de McRoberts, os membros inferiores são flexionados contra o abdome (hiperflexão das pernas e das coxas), devendo ser previamente removidos quando acomodados em perneiras. Essa posição promove o alinhamento vertical da pelve materna, com rotação cefálica da pube, redução da lordose lombar, retificação do promontório, giro da sínfise púbica sobre o ombro



**Figura 2.** Manobras de McRoberts e de Rubin I

Ilustração: Felipe Lage Starling.



**Figura 3.** Manobra de Rubin I

Ilustração: Felipe Lage Starling.

impactado, flexão da coluna fetal e queda do ombro posterior na concavidade do sacro. Além disso, ocorrem aumento e redirecionamento da força expulsiva, que se torna perpendicular ao plano de saída. A manobra de Rubin I, executada simultaneamente com a de McRoberts, otimiza a liberação do ombro por meio da sua adução. Nas pacientes com obesidade importante, esse é um passo que pode ser omitido. A manobra é realizada por um auxiliar que, posicionado do lado do dorso fetal, realiza uma compressão suprapúbica em direção inferomedial. A compressão deve ser realizada com as mãos espalmadas, posicionadas de forma semelhante à massagem cardíaca. Sob o comando do obstetra que efetua a tração inferior na cabeça fetal, a manobra de Rubin I deve ser iniciada imediatamente antes da manobra cabeça-ombro. Assim que se inicia a compressão suprapúbica, a cabeça é tracionada inferiormente, promovendo a liberação do ombro.<sup>(1,22)</sup>

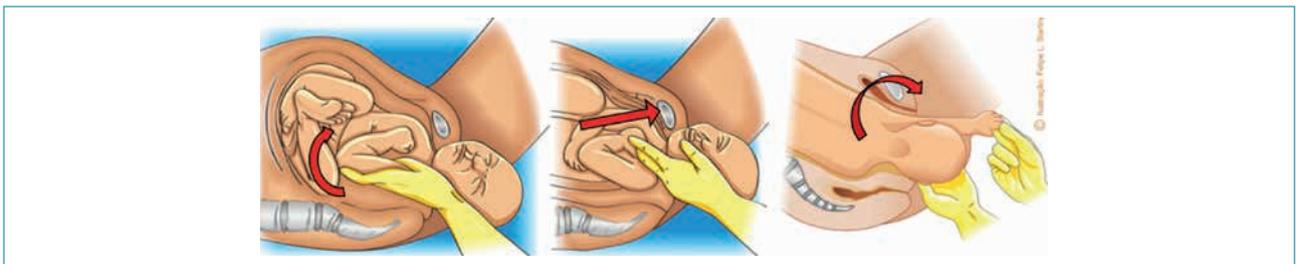
Diante da falha das manobras de McRoberts e de Rubin I, o sequenciamento das manobras deve progredir para o desprendimento completo do braço posterior

ou para a liberação do ombro posterior. Embora mais invasiva, a manobra para o desprendimento completo do braço posterior (manobra de Jacquemier) apresenta alta taxa de sucesso na resolução da DO.<sup>(1,22)</sup> O obstetra deve apreender o braço posterior adiante do tórax fetal. Portanto, se o dorso fetal estiver voltado para o lado materno direito, a mão direita do operador deverá executar a manobra pelo lado esquerdo da pelve materna, e vice-versa. A manobra é executada em três tempos e uma episiotomia pode ser necessária para facilitar o procedimento. Primeiramente, a mão é introduzida na vagina, progride através do vazio sacral e apreende o braço posterior, com os dedos posicionados paralelamente ao úmero. Em um segundo tempo, o braço é deslocado adiante do tórax fetal. Se o braço fetal estiver estendido, é necessário executar uma pressão na fossa antecubital para otimizar o deslocamento. Em um terceiro passo, o antebraço e a mão são apreendidos e tracionados para fora da vagina, passando adiante do tórax fetal, promovendo a rotação anterior do tronco fetal e, subsequentemente, a liberação do antebraço, braço e ombro posteriores pelo espaço anterior da pelve materna (Figura 4). A remoção do braço posterior promove redução de 2 a 3 cm no diâmetro biacromial, transformando-o em um diâmetro axiloacromial, de 10 a 11 cm, e possibilitando a resolução da DO.<sup>(3)</sup> Diante da dificuldade para apreensão e deslocamento anterior do braço posterior (braço estendido ou posicionado atrás do dorso fetal), a manobra de Shrug é uma alternativa eficiente à manobra de Jacquemier. Nessa manobra, a mão do operador apreende a axila posterior do feto, entrelaçando os dedos polegar e indicador no cavo axilar.

A axila é deslocada em direção à cabeça fetal, posicionando o ombro posterior em um nível inferior ao da sínfise púbica. Simultaneamente, a outra mão segura a cabeça do feto. A cabeça e o ombro são girados juntos em 180°, em direção à face fetal, liberando o ombro posterior, anteriormente na pelve. Alocado posteriormente após a rotação do tronco fetal, o ombro anterior é o último a se desprender (Figura 5).<sup>(23)</sup>

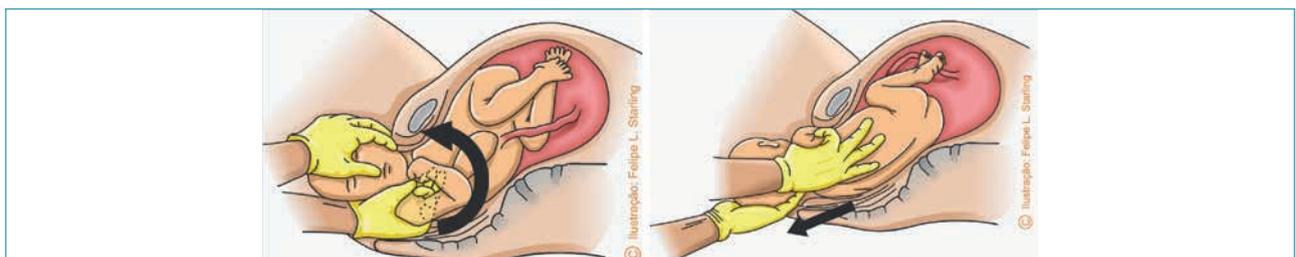
Diante da falha em remover o braço posterior, imposta pela dificuldade em alcançar o cotovelo ou o antebraço, outra estratégia é executar tração axilar para descida ou liberação do ombro posterior (manobra de Menticoglou).<sup>(24)</sup> A manobra é realizada por meio do entrelaçamento dos dedos médios de cada mão do operador na axila posterior do feto. Enquanto um auxiliar flexiona a cabeça fetal em direção ao ombro anterior impactado, o operador introduz o dedo médio da sua mão esquerda no lado direito da pelve materna e o dedo médio direito no lado contralateral. Os dedos são entrelaçados no cavo axilar fetal e uma tração inferior é executada ao longo da curvatura sacral (Figura 6). Essa manobra também facilita uma nova tentativa de remoção completa do braço posterior ou a execução subsequente de uma manobra rotatória interna para desprendimento do ombro anterior impactado. Também, frequentemente, essa manobra promove a liberação espontânea do ombro anterior.<sup>(24)</sup>

Uma abordagem alternativa para o desprendimento do ombro posterior é realizar a apreensão da axila e tração inferior do ombro com mão única. Nessa situação, o dedo indicador envolverá a axila pelo dorso fetal e o polegar deslizará anteriormente ao ombro. As



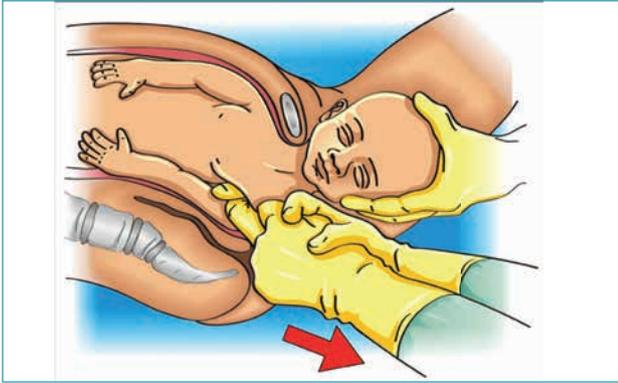
**Figura 4.** Desprendimento do braço posterior pela manobra de Jacquemier

Ilustração: Felipe Lage Starling.



**Figura 5.** Desprendimento do braço posterior pela manobra de Shrug

Ilustração: Felipe Lage Starling.



**Figura 6.** Desprendimento do ombro posterior pela manobra de Menticoglou

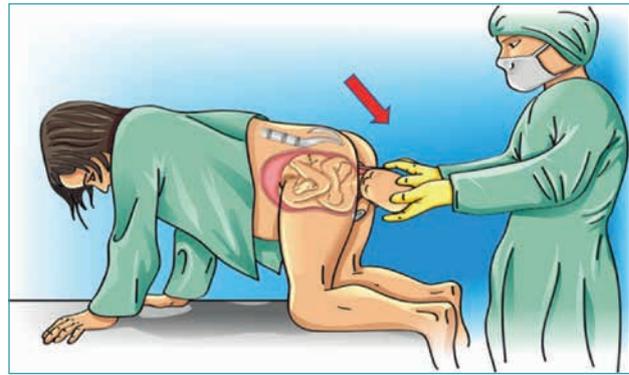
Ilustração: Felipe Lage Starling.

pontas dos dedos devem tocar-se no cavo axilar fetal. Subsequentemente, a tração inferior é executada.<sup>(25)</sup>

Diante da falha na abordagem inicial, manobras secundárias devem ser instituídas. As principais são a manobra de Gaskin e as manobras rotatórias internas (Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa).<sup>(1,22)</sup>

Na manobra de Gaskin, a parturiente é posicionada em “apoio nos quatro membros” (mãos e joelhos) (Figura 7). Alternativamente, pode-se adotar a posição de “largada de corrida”, em que o membro inferior homolateral ao dorso fetal será flexionado e deslocado anteriormente à pelve materna, enquanto a outra perna permanece estendida posteriormente (Figura 8). Essas posições ampliam o espaço na concavidade do sacro e são beneficiadas pela gravidade (verticalização do tronco materno). A tração pode ser efetuada em direção inferior (liberação do ombro posterior) ou superior (liberação do ombro anterior). Essas manobras são opções interessantes devido à alta eficácia e à baixa morbidade, principalmente para parturientes sem analgesia e/ou assistidas em camas de parto. Também podem, opcionalmente, anteceder a tentativa de remoção do braço ou ombro posterior, manobras tecnicamente mais difíceis.<sup>(26)</sup>

As manobras rotatórias internas devem ser aplicadas em sequenciamento (Figura 9). A primeira tentativa deve ser a adução do ombro anterior impactado, por meio da manobra de Rubin II. A mão do operador a efetuar a manobra deve ser a do lado correspondente ao do dorso fetal. A mão deve ser introduzida pelo vazio sacral homolateral ao do dorso fetal, ser deslocada superiormente e alocada atrás do ombro anterior impactado, para promover a sua adução. O objetivo é deslocar o ombro para o diâmetro oblíquo da pelve, de dimensões mais amplas. Diante da falha, a mão deve ser mantida atrás do ombro fetal anterior enquanto a outra mão é introduzida no vazio sacral contralateral e alocada adiante do ombro posterior. Assim, simultaneamente, a mão superior efetua com-



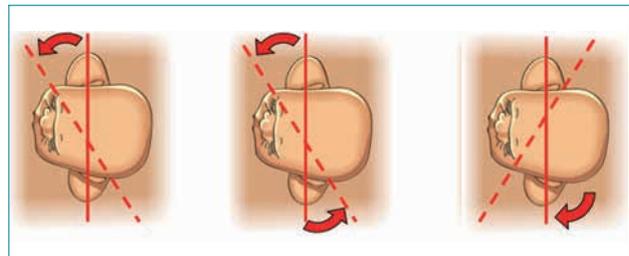
**Figura 7.** Manobra de Gaskin

Ilustração: Felipe Lage Starling.



**Figura 8.** Posição de “largada de corrida”

Ilustração: Felipe Lage Starling.



**Figura 9.** Sequenciamento das manobras rotatórias internas de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa

Ilustração: Felipe Lage Starling.

pressão posterior de adução do ombro impactado e a mão inferior comprime anteriormente o ombro posterior, abduzindo-o e otimizando a tentativa de deslocamento do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve. A manobra efetuada na frente do ombro posterior é denominada parafuso de Woods. Caso essa segunda tentativa seja frustrada, a mão inferior do operador é removida do trato genital e a mão superior é deslocada inferiormente, alocando atrás do ombro posterior para efetuar a manobra de Woods reversa, que também promove rotação interna do dorso fetal de 180°, invertendo os ombros fetais para uma posição oblíqua de desprendimento.<sup>(1,22,27)</sup>

O mnemônico ALEERTA é proposto para o treinamento profissional no manejo da DO na posição litotômica (Quadro 1). Após avisar a parturiente e providenciar ajuda e anestesista, o sequenciamento proposto inclui as manobras de McRoberts e Rubin I, a avaliação da necessidade de episiotomia, a remoção do braço posterior, as manobras internas e, por último, a alteração da posição para quatro apoios.<sup>(28)</sup>

**Quadro 1.** Mnemônico ALLERTA para o sequenciamento de manobras no tratamento da distocia de ombro

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesista a postos
L	Levantar os membros inferiores em hiperflexão (manobra de McRoberts)
E	Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)
E	Considerar episiotomia
R	Remover o braço posterior
T	Toque para manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)

Caso a DO não seja resolvida após as tentativas das manobras iniciais e secundárias descritas acima, a assistência deve progredir para as manobras de última instância (resgate).<sup>(1,22)</sup>

## COMO DEVE SER O MANEJO DA DO NAS POSIÇÕES VERTICAIS?

O benefício evidente da liberdade de posição e das posições verticais tem contribuído para maior adoção das posições de cócoras, Gaskin e dos bancos de apoio na assistência ao segundo período do trabalho de parto. Nessas situações, a DO pode ser solucionada por meio de outro sequenciamento de manobras, visando evitar perda adicional de tempo.<sup>(29)</sup>

O mnemônico A SAÍDA (Quadro 2) é proposto para o treinamento profissional no manejo da DO em parturientes na posição vertical, livres de uma maca ou mesa cirúrgica. O sequenciamento se inicia com o aumento do agachamento materno, o que promoverá a hiperflexão dos membros inferiores, ampliando o diâmetro funcional da pelve, similarmente à manobra de McRoberts (manobra de McRoberts modificada). Se a hiperflexão isolada não for suficiente para resolver a DO, o próximo passo é exercer pressão suprapúbica externa, mantendo a parturiente em agachamento ampliado. A pressão é efetuada posicionando as mãos no abdome inferior materno, como na manobra de Rubin I. Diante da falha, o passo subsequente é alterar a posição da parturiente para quatro apoios (posições

de Gaskin ou de “largada de corrida”). Caso não ocorra a resolução, a parturiente será mantida em quatro apoios para tentativa subsequente das manobras internas. A sequência sugerida é a mesma da posição de litotomia: manobras de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa. A técnica adotada para execução das manobras também será praticamente a mesma. O que muda é que os ombros fetais estão invertidos pela alteração da posição materna, ou seja, o ombro anterior impactado na pube materna está situado inferiormente e o ombro posterior se encontra superiormente. Assim, comparando com a posição de litotomia, as manobras são efetuadas nos ombros contrários. Então, a manobra de Rubin II é realizada atrás no ombro posterior, agora posicionado superiormente; o parafuso de Woods é efetuado adicionando uma pressão com a outra mão adiante do ombro anterior, posicionado inferiormente; e a manobra de Woods reversa é realizada inferiormente, atrás do ombro anterior, após o operador deslocar a mão inferiormente. Diante da falha do sequenciamento das manobras internas, a próxima tentativa é o desprendimento do braço posterior (manobra de Jacquemier), aqui situado superiormente. A mão do operador penetra superiormente pelo vazio sacral e apreende e desloca o braço posterior anteriormente no tórax fetal. Em seguida, o operador desloca sua mão para apreensão da mão fetal, efetuando nela uma tração inferior e promovendo o giro do corpo fetal e o delivramento ordenado da mão, braço e ombro posteriores.<sup>(29)</sup> As figuras 10, 11 e 12 ilustram o sequenciamento das manobras de acordo com o mnemônico A SAÍDA.

**Quadro 2.** Mnemônico A SAÍDA para o sequenciamento de manobras no tratamento da distocia de ombro nas posições verticais

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesista a postos; Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada)
S	Pressão suprapúbica externa
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)
Í	Manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
D	Desprender o braço posterior
A	Avaliar manobras de resgate

Caso não ocorra a resolução com esse sequenciamento, a assistência deve progredir para as manobras de última instância (resgate).<sup>(29)</sup>



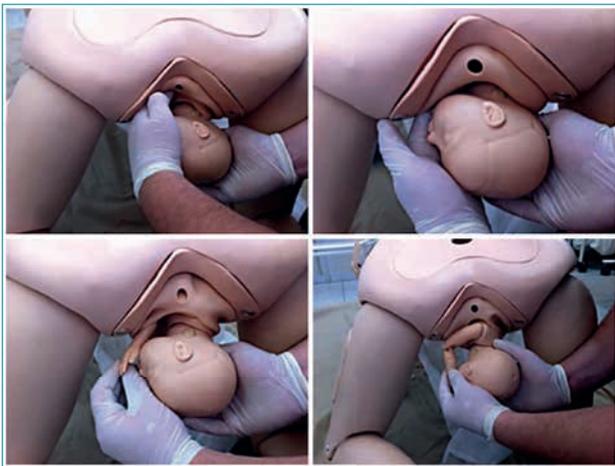
**Figura 10.** Sequenciamento inicial das manobras no mnemônico A SAÍDA. Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada); pressão suprapúbica e alterar a posição da parturiente (quatro apoios)

Fonte: Adaptada de Amorim et al. (2013).<sup>(29)</sup>



**Figura 11.** Sequenciamento intermediário das manobras no mnemônico A SAÍDA. Manobras de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa

Fonte: Adaptada de Amorim et al. (2013).<sup>(29)</sup>



**Figura 12.** Sequenciamento final das manobras no mnemônico A SAÍDA. Desprendimento do braço posterior em posição de quatro apoios (Gaskin)

Fonte: Adaptada de Amorim et al. (2013).<sup>(29)</sup>

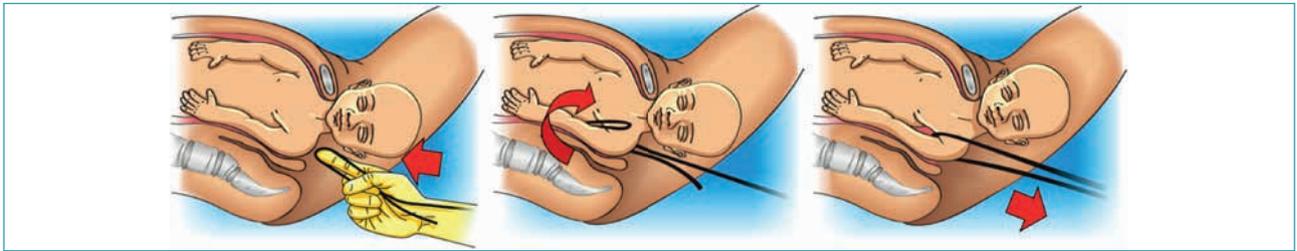
### QUAIS OUTROS SEQUENCIAMENTOS DE MANOBRAS PODEM SER ADOTADOS NO TRATAMENTO DA DO?

Uma abordagem situacional pode ser adotada de acordo com a posição materna no momento da DO e com os movimentos da pelve. No sequenciamento proposto por Harder (2005),<sup>(30)</sup> antes das manobras internas, são executados movimentos para promover uma contranutação do sacro, levantando a articulação lombossacra contra a

gravidade e aumentando o diâmetro anteroposterior da pelve posterior. Aliada à movimentação corporal, a contranutação sacral ajuda a resolver a DO. Estando a parturiente em litotomia, as nádegas são deslocadas rente à borda da cama (ou maca) de parto e os membros inferiores são soltos abaixo do nível da pelve, em posição de Cruzat-Walcher, ampliando o estreito superior. Logo em seguida, a parturiente é posicionada em McRoberts. Esse mesmo movimento de contranutação do sacro também é proposto para outras posições adotadas no parto (Sims, joelhos, Gaskin).<sup>(30)</sup> O protocolo de Tully (2012)<sup>(31)</sup> propõe que as manobras sejam iniciadas com a parturiente na posição de Gaskin ou em “largada de corrida”. Realiza-se a manobra de Rubin II deslocando o diâmetro biacromial do feto para o diâmetro oblíquo da pelve materna e ampliando o espaço para inserção da mão que realizará a remoção do braço posterior.<sup>(31)</sup>

### QUAIS SÃO AS MANOBRAS DE ÚLTIMA INSTÂNCIA (RESGATE) NO TRATAMENTO DA DO?

A fratura da clavícula e a extração do ombro posterior com o auxílio de uma tipoia são manobras que podem ser tentadas imediatamente antes das manobras clássicas de última instância (Zavanelli, resgate abdominal e sinfisiotomia). No entanto, elas não se enquadram no manejo inicial da DO acima descrito, pois são associadas a maior morbidade neonatal.<sup>(22,32)</sup> A clavícula anterior pode ser intencionalmente fraturada, reduzindo o diâmetro biacromial e delivrando o ombro impactado.



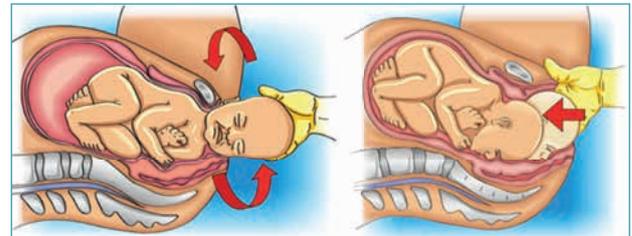
**Figura 13.** Desprendimento do ombro posterior com o auxílio de tipoia  
Ilustração: Felipe Lage Starling.

Na técnica, o operador deve utilizar os dedos para tracionar a clavícula para fora, até que se quebre. O procedimento pode ser tecnicamente difícil e se associar a lesões das estruturas vasculares e pulmonares fetais subjacentes. Entretanto, é um procedimento menos mórbido do que as manobras de última instância.<sup>(22)</sup> O ombro posterior pode ser extraído com o auxílio de uma tipoia aplicada na axila posterior. Fratura umeral parece ser a principal morbidade neonatal associada. Uma sonda urinária nº 12 ou 14 (ou um cateter de sucção) é dobrada em alça na extremidade do dedo indicador que será alocado atrás do ombro posterior. A alça é empurrada por detrás da axila posterior, até ser recuperada pelo outro dedo indicador, que é introduzido no lado contralateral da pelve, anteriormente ao tórax fetal. O laço é subsequentemente desdobrado, formando uma tipoia ao redor do ombro posterior. As extremidades da tipoia são apreendidas e uma tração inferior moderada é executada, até a liberação do ombro posterior (Figura 13). A tipoia também pode ser utilizada para promover uma rotação dos ombros em 180°, com o auxílio de uma contração efetuada atrás do ombro anterior.<sup>(32)</sup>

As manobras de última instância (Zavanelli, resgate abdominal e sinfisiotomia) apresentam maior morbidade, e seus riscos e benefícios devem ser avaliados considerando as condições fetais e as possibilidades locais para a realização das intervenções e tratamento das complicações. Relaxamento muscular (sedação, anestesia geral) e uterino otimiza o sucesso dessas manobras. São recomendadas a terbutalina (0,25 mg, via subcutânea) e a nitroglicerina (50 mcg a cada minuto até a obtenção do relaxamento; dose máxima 250 mcg).<sup>(33)</sup>

A manobra de Zavanelli (Gunn-Zavanelli-O'Leary) reposiciona a cabeça fetal na pelve para uma cesárea subsequente (Figura 14). O passo inicial é a reversão da rotação externa, posicionando o occipital anteriormente. A seguir, a cabeça é fletida e, por meio de pressão firme exercida com a palma de uma das mãos, empurrada superiormente na vagina, o mais alto possível. A outra mão pode deprimir o períneo simultaneamente, aliviando a compressão do cordão umbilical e facilitando o reposicionamento vaginal da cabeça.<sup>(33)</sup>

No resgate abdominal, a parturiente é submetida a laparotomia e histerotomia para a rotação manual



**Figura 14.** Manobra de Zavanelli  
Ilustração: Felipe Lage Starling.

transabdominal do ombro anterior. Efetuada a rotação do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve, a extração fetal é realizada por via vaginal por outro operador.<sup>(34)</sup>

Apesar de poder salvar vidas, a sinfisiotomia deve ser manobra de exceção, devido à falta de evidências quanto a sua eficácia e segurança, assim como pelas possíveis morbidades associadas, particularmente a instabilidade pélvica. A divisão cirúrgica da cartilagem da sínfise púbica amplia a abertura pélvica, desobstruindo o ombro. Apesar de poder solucionar a DO, deve ser realizada apenas diante da falha das demais manobras e em locais onde não é possível realizar o resgate abdominal por ausência de salas cirúrgicas. A técnica é realizada sob anestesia local, com a parturiente em litotomia e membros inferiores abduzidos. Após sondagem vesical, o anestésico deve ser infiltrado na pele e subcutâneos sobrejacentes à cartilagem púbica. O operador desvia a uretra lateralmente com uma das mãos e realiza uma incisão de 1 a 3 cm com uma lâmina de bisturi. A incisão deve ser suficiente para o afastamento dos ramos púbicos e delivramento do ombro impactado. Portanto, não é necessário incisar a espessura total da cartilagem. Após o procedimento, repouso absoluto está recomendado por dois dias, seguido de mobilização progressiva. Abdução dos membros inferiores deve ser evitada entre 7 e 10 dias.<sup>(35)</sup>

### QUAIS AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS ASSOCIADAS À DO?

As complicações maternas graves mais comuns da DO são a hemorragia pós-parto (atonía uterina e lesões do

trajeto) e as lacerações perineais complicadas. Outras complicações incluem a diástase da sínfise púbica, as lesões do trato urinário (uretra e bexiga) e a neuropatia cutânea femoral lateral transitória, secundária à manobra de McRoberts. As manobras de última instância podem se associar mais a rotura uterina, diástase da sínfise púbica e lesões do trato urinário.<sup>(36)</sup>

As lesões neonatais incidem em 5% das DOs. Podem ocorrer mesmo quando o tratamento é adequadamente instituído. A continuidade da descida da cabeça fetal simultânea à impactação do ombro promove o estiramento dos nervos do plexo braquial, com potencial agravamento das lesões determinado pelas manobras de delivramento executadas. Adicionalmente, a compressão dos vasos do cordão umbilical e do pescoço fetal e a estimulação vagal excessiva são eventos que resultam em asfixia neonatal. A complicação neonatal mais frequente é a lesão do plexo braquial. O estiramento do plexo braquial é significativamente mais incidente quando três ou mais manobras são realizadas. As lesões nas raízes C5 e C6 ou em C5, C6 e C7 (paralisia de Duchenne-Erb) são de melhor prognóstico e se recuperam dentro de seis meses em mais da metade dos infantes. Já as lesões envolvendo todas as raízes de C5 a T1 se restabelecem em cerca de 14% dos casos.<sup>(37)</sup>

Apesar de a DO e a força excessiva do operador serem fatores de risco importantes para o estiramento do plexo braquial, essas lesões frequentemente ocorrem na ausência de impactação do ombro, em cesáreas ou associadas a injúrias ocorridas no período pré-natal. Portanto, parece que as forças propulsoras, a posição fetal e os puxos maternos podem ser suficientes para ocasionar tração lesiva do plexo braquial.<sup>(38)</sup> Outras complicações neonatais graves são as fraturas da clavícula e do úmero, pneumotórax, encefalopatia hipóxico-isquêmica e óbito neonatal. Complicações neonatais mais raras incluem a paralisia diafragmática, a síndrome de Horner (paralisia óculo-simpática), a lesão do nervo facial, a fratura espiral do rádio e a paralisia do nervo laríngeo.<sup>(36)</sup>

## QUAIS OS PRINCIPAIS ASPECTOS NA DOCUMENTAÇÃO DA DO?

O registro dos eventos relacionados à DO, com detalhamento da assistência prestada e das complicações, é estritamente recomendado. A documentação adequada do evento é importante para o aconselhamento das pacientes e dos seus cuidadores quanto aos riscos futuros, assim como para assuntos legais. O uso de formulários padronizados propicia melhoria documental.<sup>(39)</sup>

A documentação deve citar os membros da equipe que participaram da assistência, assim como o tempo gasto até a chegada de cada um deles na cena do parto. A descrição deve detalhar qual ombro estava impactado e em quais foram realizadas as manobras de

delivramento. As manobras devem ser descritas conforme o sequenciamento ocorrido. Deve-se detalhar o tempo gasto em cada manobra, assim como o intervalo de tempo até a resolução.<sup>(39)</sup>

Também devem ser relatados a perda sanguínea estimada, os detalhes da revisão do canal de parto, o índice de Apgar, o pH do cordão umbilical e a avaliação neonatal.<sup>(39)</sup>

## QUAL O IMPACTO DO TREINAMENTO DE HABILIDADES E DA SIMULAÇÃO NO TRATAMENTO DA DO?

O treinamento de habilidades e a simulação propiciam melhorias no uso das manobras, na comunicação entre os membros das equipes e na documentação do evento. O uso de protocolos e de metodologias ativas de ensino promove o manejo baseado em evidências científicas e a redução das lesões transitórias do plexo braquial.<sup>(40)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imprevisibilidade e a potencial gravidade da DO, assim como a limitação do tempo para sua resolução sem sequelas, fazem desse evento um dos mais desafiadores da urgência em obstetrícia, exigindo dos cuidadores atuação conjunta e organizada, com instituição rápida e hábil de manobras tocúrgicas específicas. Contemporaneamente, o cenário epidemiológico da DO é marcado pelo aumento da sua incidência, determinado pela alta prevalência de obesidade e diabetes na gestação. Diante desses aspectos, podemos afirmar que todos os profissionais que assistem partos devem estar capacitados para o rápido reconhecimento e resolução desse evento, objetivando prevenir a asfixia e morte neonatal, a paralisia braquial permanente e as complicações maternas associadas. Uma vez que o treinamento de habilidades e a simulação otimizam a resolução clínica e a documentação da DO, instituir protocolos e metodologias ativas de ensino é imprescindível para propiciar o manejo baseado em evidência científica e o melhor desempenho das equipes assistenciais no enfrentamento desse “pesadelo obstétrico”.

## REFERÊNCIAS

1. Practice Bulletin No 178: shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2017;129(5):e123-33. doi: 10.1097/AOG.0000000000002043
2. Mackenzie IZ, Shah M, Lean K, Dutton S, Newdick H, Tucker DE. Management of shoulder dystocia: trends in incidence and maternal and neonatal morbidity. *Obstet Gynecol.* 2007;110(5):1059-68. doi: 10.1097/01.AOG.0000287615.35425.5c
3. Hoffman MK, Bailit JL, Branch DW, Burkman RT, Veldhusien PV, Lu L, et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2011;117(6):1272-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821a12c9
4. Gherman RB. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45(2):345-62. doi: 10.1097/00003081-200206000-00006

5. Beall MH, Spong C, McKay J, Ross MG. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179(4):934-7. doi: 10.1016/s0002-9378(98)70191-7
6. Vidarsdottir H, Geirsson RT, Hardardottir H, Valdimarsdottir U, Dagbjartsson A. Obstetric and neonatal risks among extremely macrosomic babies and their mothers. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(5):423.e1-e6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.12.036
7. Øverland EA, Vatten LJ, Eskild A. Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2,014,956 deliveries. *BJOG.* 2014;121(1):34-41. doi: 10.1111/1471-0528.12427
8. McFarland MB, Trylovich CG, Langer O. Anthropometric differences in macrosomic infants of diabetic and nondiabetic mothers. *J Matern Fetal Med.* 1998;7(6):292-5. doi: 10.1002/(SICI)1520-6661(199811/12)7:6<292::AID-MFM7>3.0.CO;2-A
9. Kleitman V, Feldman R, Walfisch A, Toledano R, Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(6):1161-6. doi: 10.1007/s00404-016-4139-1
10. Campbell MK, Ostbye T, Irgens LM. Post-term birth: risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):543-8. doi: 10.1016/s0029-7844(97)00049-5
11. Zhang C, Wu Y, Li S, Zhang D. Maternal prepregnancy obesity and the risk of shoulder dystocia: a meta-analysis. *BJOG.* 2018;125(4):407-13. doi: 10.1111/1471-0528.14841
12. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2014;124(1):57-67. doi: 10.1097/AOG.0000000000000278
13. Dall'Asta A, Ghi T, Pedrazzi G, Frusca T. Does vacuum delivery carry a higher risk of shoulder dystocia? Review and meta-analysis of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;204:62-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.07.506
14. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L. Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. *Ann Intern Med.* 2013;159(2):123-9. doi: 10.7326/0003-4819-159-2-201307160-00661
15. Robinson R, Walker KF, White VA, Bugg GJ, Snell KIE, Jones NW. The test accuracy of antenatal ultrasound definitions of fetal macrosomia to predict birth injury: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;246:79-85. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.01.019
16. Rodis JF. Shoulder dystocia: risk factors and planning birth of high-risk pregnancies [Internet]. 2022 [cited 2022 May 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/shoulder-dystocia-risk-factors-and-planning-birth-of-high-risk-pregnancies>
17. Practice Bulletin No. 216: macrosomia. *Obstet Gynecol.* 2020;135(1):e18-35. doi: 10.1097/AOG.0000000000003606
18. Witkop CT, Neale D, Wilson LM, Bass EB, Nicholson WK. Active compared with expectant delivery management in women with gestational diabetes: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009;113(1):206-17. doi: 10.1097/AOG.0b013e31818db36f
19. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;6(6):CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub3
20. Leung TY, Stuart O, Sahota DS, Suen SSH, Lau TK, Lao TT. Head-to-body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review. *BJOG.* 2011;118(4):474-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02834.x
21. Leung TY, Stuart O, Suen SS, Sahota DS, Lau TK, Lao TT. Comparison of perinatal outcomes of shoulder dystocia alleviated by different type and sequence of manoeuvres: a retrospective review. *BJOG.* 2011;118(8):985-90. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02968.x
22. Rodis JF. Shoulder dystocia: intrapartum diagnosis, management, and outcome [Internet]. 2022 [cited 2022 May 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/shoulder-dystocia-intrapartum-diagnosis-management-and-outcome>
23. Sancetta R, Khanzada H, Leante R. Shoulder Shrug maneuver to facilitate delivery during shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2019;133(6):1178-81. doi: 10.1097/AOG.0000000000003278
24. Menticoglou SM. A modified technique to deliver the posterior arm in severe shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2006;108(3 Pt 2):755-7. doi: 10.1097/01.AOG.0000232505.65290.04
25. Ansell L, Ansell DA, McAra-Couper J, Larmer PJ, Garrett NK. Axillary traction: an effective method of resolving shoulder dystocia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2019;59(5):627-33. doi: 10.1111/ajo.13029
26. Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-four maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med.* 1998;43(5):439-43.
27. Woods CE, Westbury NY. A principle of physics as applicable to shoulder delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1943;45(5):796-804. doi: 10.1016/S0002-9378(43)90948-2
28. Also Brasil: Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia: manual e programa de estudos. São Paulo: Sarvier; 2016.
29. Amorim MM, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina.* 2013;41(3):115-24.
30. Harder U. Sofortmaßnahmen bei Schulterdystokie. *Hebamme.* 2005;18(3):138-45. doi: 10.1055/s-2005-918607
31. Tully G. FlipFLOP: four steps to remember. *Midwifery Today Int Midwife.* 2012;(103):9-11.
32. Cluver CA, Hofmeyr GJ. Posterior axilla sling traction for shoulder dystocia: case review and a new method of shoulder rotation with the sling. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(6):784.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.025
33. Sandberg EC. The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience. *Obstet Gynecol.* 1999;93(2):312-7. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00340-8
34. O'Leary JA, Cuva A. Abdominal rescue after failed cephalic replacement. *Obstet Gynecol.* 1992;80(3 Pt 2):514-6.
35. Björklund K. Minimally invasive surgery for obstructed labour: a review of symphysiotomy during the twentieth century (including 5000 cases). *BJOG.* 2002;109(3):236-48. doi: 10.1016/s1470-0328(02)01214-4
36. Gachon B, Desseauve D, Fritel X, Pierre F. Is fetal manipulation during shoulder dystocia management associated with severe maternal and neonatal morbidities? *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(3):505-9. doi: 10.1007/s00404-016-4013-1
37. Foad SL, Mehlman CT, Ying J. The epidemiology of neonatal brachial plexus palsy in the United States. *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90(6):1258-64. doi: 10.2106/JBJS.G.00853
38. Johnson GJ, Denning S, Clark SL, Davidson C. Pathophysiologic origins of brachial plexus injury. *Obstet Gynecol.* 2020;136(4):725-30. doi: 10.1097/AOG.0000000000004013
39. Zuckerwise LC, Hustedt MM, Lipkind HS, Funai EF, Raab CA, Pettker CM. Effect of implementing a standardized shoulder dystocia documentation form on quality of delivery notes. *J Patient Saf.* 2020;16(4):259-63. doi: 10.1097/PTS.0000000000000305
40. Olson DN, Logan L, Gibson KS. Evaluation of multidisciplinary shoulder dystocia simulation training on knowledge, performance, and documentation. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021;3(5):100401. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100401

---

**Como citar:**

Alves AL, Nozaki AM, Polido CB, Knobel R. Manejo da distocia de ombro. *Femina*. 2022;50(7):415-27.

\*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Management of shoulder dystocia", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(7):723-35.

---

**Álvaro Luiz Lage Alves**

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Alexandre Massao Nozaki**

Hospital Maternidade Interlagos, São Paulo, SP, Brasil.

**Carla Betina Andreucci Polido**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

**Roxana Knobel**

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

**Conflitos de interesse:**

nada a declarar.

---

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

Álvaro Luiz Lage Alves

**Membros:**

Gabriel Costa Osanan  
Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad  
Adriana Amorim Francisco  
Alexandre Massao Nozaki  
Brena Carvalho Pinto de Melo  
Breno José Acauan Filho  
Carla Betina Andreucci Polido  
Eduardo Cordioli  
Frederico José Amedée Peret  
Gilberto Nagahama  
Laíses Braga Vieira  
Lucas Barbosa da Silva  
Marcelo Guimarães Rodrigues  
Rodrigo Dias Nunes  
Roxana Knobel

# Neoplasia intraepitelial escamosa cervical: abordagem por estimativas de risco

## *Cervical squamous intraepithelial neoplasia: risk estimation approach*

Roberto de Oliveira Galvão<sup>1</sup>

### Descritores

Neoplasia intraepitelial cervical; Rastreamento com citologia e testes de DNA-HPV; Abordagem por estimativas de risco; Colposcopia; Cirurgia de alta frequência

### Keywords

Cervical intraepithelial neoplasm; Cytology screening and HPV-DNA testing; Risk estimation approach; Colposcopy; Loop electrosurgical excision procedure

### Submetido

18/06/2021

### Aceito

14/03/2022

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

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Roberto de Oliveira Galvão  
Av. João Naves de Ávila, 2.121, Santa Mônica, 38408-100, Uberlândia, MG, Brasil  
galvao.roberto@yahoo.com.br

### Como citar:

Galvão RO. Neoplasia intraepitelial escamosa cervical: abordagem por estimativas de risco. Femina. 2022;50(7):428-34.

### RESUMO

As neoplasias intraepiteliais cervicais representam a fase pré-tumoral da neoplasia invasiva do colo uterino; são identificadas por citologia e testes de DNA-HPV e conduzidas por intervenções ambulatoriais. A perspectiva de estimativas de risco, para abordagem de tais lesões, constitui uma verdadeira mudança de paradigma, tendo em vista que as recomendações serão baseadas em riscos, não em resultados.

### ABSTRACT

*Cervical intraepithelial neoplasms represent the pre-tumor phase of invasive cervical cancer; identified by cytology, HPV-DNA testing and conducted by outpatient interventions. The perspective of risk estimates, to address such injuries, constitutes a true paradigm shift, considering that recommendations will be based on risks, not results.*

## INTRODUÇÃO

As neoplasias intraepiteliais escamosas cervicais, especificamente de alto grau (HSIL/NIC 2/3), vêm sendo abordadas, desde meados do século 20, por um conjunto de ações intervencionistas e/ou de seguimento, que de tempo em tempo passaram por modificações e ajustes, sancionados por evidências concretas, que tiveram como objetivo aprimorar o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado; esses aspectos são impactantes e com resultados imediatos na diminuição das doenças invasivas do colo uterino. Tais iniciativas foram marcadas por: invenção do colposcópico em 1921, por Hinselmann; desenvolvimento do teste de Papanicolaou em 1942; introdução do rastreamento para o câncer cervicouterino em 1955, nos Estados Unidos da América; identificação do agente etiológico, por biologia molecular, nas lesões intraepiteliais e invasivas cervicais; otimização de líquidos especiais para citologia em meio líquido e testes de DNA-HPV. Em resposta a essa corrida evolutiva, o tratamento com amputação cônica hospitalar, para tais lesões, cedeu espaço a técnicas excisionais em regime ambulatorio-hora, realizadas por cirurgia de alta frequência – exérese da zona de transformação (CAF-EZT).

## RASTREAMENTO

A abordagem das HSIL/NIC 2/3 em nosso país inicia-se, na imensa maioria das pacientes, por rastreamento oportunístico, no qual um grupo expressivo de mulheres, muitas vezes as mesmas, repetem a respectiva triagem, vez ou outra, antes do momento oportuno, em detrimento de um pequeno

grupo, possivelmente, de maior risco, que termina por preterir o respectivo exame, seja por limitações de natureza socioeconômica e cultural e/ou por decisões de foro íntimo. Dessa forma, o rastreamento ideal, de base populacional, deve ser implementado, a cada triênio, após dois ou três exames colpocitológicos anuais normais, obedecendo a normatizações que vão de uma adequada coleta de material do ectocérvix, endocérvix e paredes vaginais, com periodicidade regular, em grupos populacionais organizados, de 25 a 64 anos de idade, até uma avaliação citológica de excelência, tendo como objetivo final rigoroso controle de qualidade em todos os passos da cadeia e com perspectivas de uma cobertura máxima.

**Teste de Papanicolaou** – Uma das mais expressivas genialidades, em medicina, daquela metade de século (em plena Segunda Guerra Mundial) é o recurso propedêutico que utilizamos, diuturnamente, com o objetivo de rastrear a neoplasia de colo e as respectivas lesões precursoras. Em que pese sua relativa facilidade de instalação e a adequação de custos (aspectos também responsáveis pela longevidade), começa a ficar evidente a não desprezível menor sensibilidade, quando comparada com recursos não morfológicos, tanto na triagem quanto no seguimento pós-tratamento. Ainda assim, não é o momento para ser preterida, ao contrário, a citologia é indispensável no manuseio dessas lesões HPV-induzidas, especificamente no diagnóstico oportuno e no seguimento pós-tratamento das HSIL/NIC 2/3, situações em que, associada aos testes de DNA-HPV, aumentam a sensibilidade, a praticidade e a segurança. A citologia em meio líquido, a despeito de sua praticidade para conservação conjunta de células para estudo morfológico, material para testes de DNA-HPV e outros marcadores para doenças sexualmente transmissíveis, não apresenta especificidade e sensibilidade maiores que a citologia convencional.<sup>(1)</sup>

**Testes de DNA-HPV** – Com sensibilidade melhor que a da citologia e alto valor preditivo negativo, identificam o agente etiológico de tais lesões escamosas; esse aspecto é importante na abordagem de uma patologia, sabidamente, de transmissão sexual, frequentemente transitória, mas, quando persistente, por um tipo de alto risco (aspecto identificado por genotipagem para HR HPV 16, 18), assume características genotípicas, citológicas, colposcópicas e anatomopatológicas compatíveis com lesões escamosas de alto grau e/ou doença invasiva, momento em que uma estimativa de risco<sup>(2)</sup> (subsidiada por testes de DNA-HPV e citologia atuais, confrontados com resultados progressos de triagem) permite recomendações baseadas em riscos, não apenas em resultados.<sup>(2)</sup>

- Rastreamento com testes de DNA-HPV, em mulheres com 30 anos ou mais, e normatizações que vão de particularidades técnico-científicas atualizadas a condições econômicas do ambiente médico-assistencial.

- Teste primário de HPV – rastreamento apenas com teste de DNA-HPV e/ou genotipagem para 16, 18, com elevadíssimo valor preditivo negativo, quase 100% (grande intervalo livre de doença, quando comparado com apenas citologia negativa), permitindo longo intervalo de rastreio; se negativo, poderá ser repetido em cinco anos.<sup>(3)</sup>
- Coteste – rastreamento concomitante com citologia e teste de DNA-HPV, amostrados num mesmo material; se ambos forem negativos (com resultados anteriores negativos), o intervalo de rastreio é de cinco anos.<sup>(4)</sup>
- Teste reflexo HPV – rastreamento com teste de DNA-HPV, pós-citologia ASC-US, no mesmo material amostrado.<sup>(3,4)</sup>
- Teste reflexo citologia – triagem com citologia, pós-teste primário de DNA-HPV positivo, independentemente do genótipo, na mesma amostra, para identificar pacientes que deverão ser referenciadas para colposcopia.<sup>(1,4)</sup>
- Genotipagem é a identificação individual, específica de um ou mais tipos de HPV, de um grupo de alto risco.
- Autocoleta de amostras – rastreamento para pacientes com dificuldades (de múltiplas causas) em se submeter ao exame especular, mas com ótima aceitação num contingente expressivo de mulheres; a amostragem da vagina com escova semelhante à cervical permite a coleta de material para testes de DNA-HPV; a escova é inserida, em seguida, em dispositivo (que mantém as cerdas imersas em líquido adequado para a conservação de material para a biologia molecular) que é devolvido à unidade de saúde.

**Colposcopia** – Recurso propedêutico indispensável pós-rastreamento por citologia, testes de DNA-HPV, quando são encontrados, respectivamente: HSIL, ASC-H, células glandulares atípicas (AGC) ou testes de DNA-HPV positivos/genotipagem positiva para HPV 16, 18, além de casos específicos de LSIL/ASC-US, também HPV positivos e/ou com antecedentes de triagem relevantes. Não se trata de método de triagem e nem obrigatório em todos os exames ginecológicos. Tem como premissa básica a identificação do local a ser biopsiado e/ou definir a geometria de ressecção em abordagens excisionais; para tanto, é fundamental um laudo conciso, elucidativo, abordando: posicionamento da junção escamocolumnar (JEC); extensão e localização da zona de transformação atípica – ZTA (ecto e/ou endocervical); além de características em superfície (bordas, relevo, grau de acetobranqueamento, descrição sumária de papilas, quando alteradas, e avaliação criteriosa de vasos). Todas essas características permitem, no máximo, um diagnóstico sugestivo, nunca patognomônico. Por outro lado, nos cenários em que há evidente dissociação citocolposcópica

(citologia HSIL, ASC-H, AGC e casos selecionados de LSIL, ASC-US) e colposcopia sem achados maiores, com JEC-ZTA, não adequadamente avaliáveis, o estudo do canal endocervical é indispensável, seja por escovação (técnica usual em nosso país, pela simplicidade e adequabilidade do material) ou curetagem endocervical, nos serviços que estão conseguindo material adequado com esse método. Não se deve esquecer que o padrão-ouro dessa avaliação de canal termina com a ressecção dele, a despeito da não desprezível possibilidade de morbidade obstétrica, que não poderá ser esquecida em pacientes jovens ou em outras com paridade não definida. A biópsia colposcópica, muitas vezes em número maior que um, dois e até mais de três fragmentos, tem sido sugerida em alguns protocolos, que perdem praticidade e qualidade de material quando confrontados com ressecções diagnósticas excisionais, que muitas vezes, quando bem indicadas, são também terapêuticas; logicamente, não se esquecendo de correlacionar idade, definição de paridade e extensão da ressecção.

### **Princípios básicos na abordagem das neoplasias intraepiteliais cervicais por estimativas de risco**

- Testes de DNA-HPV representam a base para estratificação da estimativa de risco, isolados (teste primário) ou associados à citologia (coteste), com melhor sensibilidade que a citologia e alto valor preditivo negativo, aspectos que permitem prolongamento nos intervalos de acompanhamento e adiamento da colposcopia para resultados de baixo risco.<sup>(2)</sup>
- A estimativa de risco é definida por resultados atuais de testes de DNA-HPV e citologia, confrontados com antecedentes progressos de rastreamento, resultados histopatológicos, idade da paciente e condições de imunossupressão, se presentes.<sup>(2)</sup>
- Abordagem de forma semelhante para riscos semelhantes, independentemente da combinação de resultados e/ou antecedentes que definem a estimativa de risco.<sup>(2)</sup>
- Avaliação criteriosa de risco-benefício, com vista ou uso parcimonioso de exames no rastreio e na vigilância e de métodos de tratamento na intervenção, quando da abordagem por estimativas de risco.<sup>(2)</sup>
- A abordagem se destina a pacientes assintomáticas com resultados anormais nos exames de rastreamento.<sup>(2)</sup>
- As estimativas de risco foram idealizadas nos EUA, onde são de domínio público.<sup>(2,5)</sup> Estão disponíveis gratuitamente em nosso país, de forma que a introdução de tais estimativas nas unidades de Colposcopia-CAF é dependente da disponibilidade de testes de DNA-HPV e citologia no serviço público, para rastreio e seguimento

pós-tratamento, situações em que os referidos testes são frequentemente indicados por pesquisadores brasileiros e associações médicas.

## **MÉTODOS**

### **A – Estimativas de risco da paciente**

Definidas pelo risco de NIC 3+ imediato (a paciente se apresenta com NIC 3+) e em cinco anos – probabilidade de desenvolver NIC 3+ nos cinco anos seguintes.<sup>(2,5-8)</sup> Tais estimativas foram geradas a partir de uma coorte longitudinal prospectiva com mais de 1,5 milhão de pacientes com idades entre 25 e 65 anos, usando teste de DNA-HPV (Captura Híbrida 2-Qiagen) e citologia, acompanhadas por mais de uma década (2003-2017) no programa de triagem *Kaiser Permanente Northern California* (KPNC).<sup>(2,5-8)</sup> Esse estudo permitiu o rastreamento, a intervenção e a vigilância em um número expressivo de pacientes, dando origem a um banco de dados de risco que contempla um número significativo de resultados mais relevantes vistos na prática clínica, de fácil acesso ao público, no formato de Tabelas de Estimativa de Riscos – em Egemen *et al.*<sup>(5)</sup> ou mais abrangentes –, disponíveis gratuitamente na *web* (<https://CervixCa.nlm.nih.gov/RiskTables>).<sup>(2,5,8)</sup> Os métodos estatísticos para as estimativas de risco de NIC 3+, nas inúmeras combinações de resultados de testes atuais e progressos, que ultrapassam os objetivos deste artigo, podem ser avaliados pelo leitor no artigo de Cheung *et al.*<sup>(6)</sup> Do ponto de vista prático, é importante ressaltar que a abordagem é definida pelo risco imediato e em cinco anos de NIC 3+; por outro lado, em algumas combinações raras de resultados, nos quais poucos pacientes desenvolveram NIC 3+, literatura, diretrizes anteriores e opinião de especialistas definiram recomendações.<sup>(2)</sup> Outras considerações são importantes nessa abordagem por estimativas de risco:

- Testes de DNA-HPV negativos reduzem o risco, exceto quando a citologia é HSIL+: combinação rara – 0,01% com risco imediato de NIC 3+ de 25%; risco em cinco anos de NIC 3+ de 27%;<sup>(5)</sup>
- Genotipagem do HPV em mulheres HPV-positivas e citologia pode melhorar a estratificação de risco;<sup>(8)</sup>
- Colposcopia para anormalidades de baixo grau, que afasta NIC 2+, reduz o risco;<sup>(5)</sup>
- Antecedentes de resultado de DNA-HPV positivo aumenta o risco, mesmo com resultado atual negativo;<sup>(5)</sup>
- Antecedentes citológicos isolados não são tão preditivos para NIC 3+, comparados aos testes de DNA-HPV, portanto a citologia, por si só, não é usada para modificar recomendações de abordagens subsequentes;<sup>(2)</sup>
- Tratamento prévio para NIC 2 e NIC 3 aumenta o risco.<sup>(5)</sup>

## B – Abordagem das pacientes com neoplasia intraepitelial escamosa por estimativas de risco

Tais pacientes são oriundas de rastreamento atual por citologia (Bethesda 2001), categorizada como: negativo para lesão intraepitelial ou malignidade (NILM); células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US); lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL); células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H); AGC e subcategorias; lesão intraepitelial escamosa de alto grau ou pior (HSIL+) e resultados inadequados. O status HPV foi definido como negativo versus positivo para qualquer um dos 13 tipos de HPV de alto risco agrupados (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68).<sup>(5)</sup> Resultados histológicos basearam-se na nomenclatura NIC,<sup>(2)</sup> lembrando-se que a Terminologia Escamosa Anogenital Inferior (LAST), que adota a mesma terminologia para resultados citológicos e histológicos, muitas vezes associada à terminologia NIC (HSIL/NIC 2; HSIL/NIC 3; HSIL NIC 2/3), recomenda o uso de imuno-histoquímica para P16 para melhor estratificação de NIC 2, em pacientes abaixo de 30 anos, nas quais medidas conservadoras serão mais facilmente implementadas com p16 negativa.<sup>(2)</sup>

## RESULTADOS

Pacientes com resultados atuais de teste de DNA-HPV e citologia, associados a história de triagem pregressa (nem sempre conhecida), juntamente com resultados histológicos, além de idade e condições de imunossupressão, se presentes, terão seus riscos atuais e em cinco anos de NIC 3+ identificados em Tabelas de Estimativas de Risco.<sup>(2,5-8)</sup>

O ponto de corte de 4% significa que pacientes com riscos imediatos de NIC 3+ iguais ou maiores a 4% serão submetidas a uma intervenção – colposcopia e/ou tratamento – o mais rápido possível; se menores que 4%, a uma vigilância – teste de acompanhamento (DNA-HPV ou coteste) – com intervalo de um, três e cinco anos, a depender do risco de NIC 3+ em cinco anos (Quadros 1 e 2).<sup>(2,5-8)</sup>

## DISCUSSÃO

O tratamento imediato/acelerado é obrigatoriamente excisional e poderá ser executado por CAF, sem nenhuma necessidade de biópsia colposcópica prévia, aos moldes do clássico “ver e tratar”; entretanto, a colposcopia não poderá ser preterida nessa abordagem, tendo em vista sua excelência na geometria da ressecção em abordagens excisionais (Quadro 3).<sup>(1,5-8)</sup> Por outro lado, o tratamento imediato/acelerado deve ser contra-indicado para pacientes menores de 25 anos e muito bem indicado para pacientes com paridade não definida, nas quais uma adequada relação médico-paciente e risco-benefício deverá ser considerada; daí que em condições particularizadas a colposcopia com biópsia pode ser indicada.<sup>(1)</sup>

Quadro 1. Abordagem por estimativas de risco

Risco imediato – NIC 3+ >= 4% → Intervenção → Colposcopia/tratamento imediato/acelerado
Risco imediato – NIC 3+ → 4%-24% → Colposcopia
Risco imediato – NIC 3+ → 25%-59% → Tratamento imediato/acelerado ou colposcopia
Risco imediato – NIC 3+ → 60%-100% → Tratamento imediato/acelerado
Risco imediato – NIC 3+ → <4% → Vigilância → Teste de DNA-HPV → Dependente do risco de NIC 3+ em 5 anos
Risco – 5 anos – NIC 3+ → <0,15% → Retorno em 5 anos
Risco – 5 anos – NIC 3+ → 0,15%-0,54% → Retorno em 3 anos
Risco – 5 anos – NIC 3+ → >=0,55% → Retorno em 1 ano

**Fonte:** Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmsow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31.<sup>(2)</sup> Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk estimates supporting the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):132-43.<sup>(5)</sup> Cheung LC, Egemen D, Chen X, Katki HA, Demarco M, Wiser A, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines: methods for risk estimation, recommended management, and validation. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):90-101.<sup>(6)</sup> Goodman A, Huh WK, Einstein MH. Cervical cancer screening: management of results [Internet]. 2021 [cited 2021 May 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-management-of-results><sup>(7)</sup> Demarco M, Egemen D, Raine-Bennedett TR, Cheung LC, Befano B, Poitras NE, et al. A study of partial human papillomavirus genotyping in support of the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):144-7.<sup>(8)</sup>

Quadro 2. Tratamento imediato/acelerado – indicações<sup>(1,5-8)</sup>

Pacientes com risco imediato de NIC 3+ = 60%-100%
Pacientes com HSIL/HPV 16-positivas – risco imediato de NIC 3+ = 60%
Pacientes subastreadas por mais de 5 anos com HSIL/HPV positivo – risco imediato de NIC 3+ = 64%
Pacientes com paridade definida e/ou dificuldade de seguimento

**Fonte:** Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmsow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31.<sup>(2)</sup> Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk estimates supporting the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):132-43.<sup>(5)</sup> Cheung LC, Egemen D, Chen X, Katki HA, Demarco M, Wiser A, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines: methods for risk estimation, recommended management, and validation. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):90-101.<sup>(6)</sup> Goodman A, Huh WK, Einstein MH. Cervical cancer screening: management of results [Internet]. 2021 [cited 2021 May 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-management-of-results><sup>(7)</sup> Demarco M, Egemen D, Raine-Bennedett TR, Cheung LC, Befano B, Poitras NE, et al. A study of partial human papillomavirus genotyping in support of the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):144-7.<sup>(8)</sup>

A colposcopia nessa abordagem poderá ter certo protagonismo quando caracterizada por alterações maiores, JEC/ZTA parcial ou totalmente identificadas, cenário que permitirá uma intervenção excisional (EZT), com ou sem biópsia colposcópica prévia. Por outro lado, nas discordâncias citocolposcópicas, nessas pacientes com risco expressivo, deve-se avaliar o canal, seja por escovação, curetagem endocervical ou até ressecção, padrão-ouro de avaliação nessas circunstâncias. Por fim, trata-se de um exercício de bom senso, associando-se

**Quadro 3. Tratamento imediato/acelerado ou colposcopia – indicações/exemplos**

Pacientes com risco imediato de NIC 3+ = 25%-59%
Pacientes HSIL/HPV positivo – risco imediato de NIC 3+ = 49% (histórico desconhecido)
Pacientes ASC-H/HPV positivo – risco imediato de NIC 3+ = 26% (histórico desconhecido)
Pacientes HSIL/HPV negativo – risco imediato NIC 3+ = 25% (histórico desconhecido)

**Fonte:** Bastos JF, Vale DB, Zeferino LC. Rastreamento do câncer do colo do útero. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 155-60.<sup>(1)</sup> Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk estimates supporting the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):132-43.<sup>(5)</sup> Demarco M, Egemen D, Raine-Bennedett TR, Cheung LC, Befano B, Poitras NE, et al. A study of partial human papillomavirus genotyping in support of the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):144-7.<sup>(6)</sup>

à experiência do médico: idade, definição de paridade, achados colposcópicos, resultados histológicos e desejo da paciente (Quadro 4).<sup>(1,5-8)</sup>

**Grupo especial – Pacientes com menos de 25 anos de idade**

Faixa etária em que não há indicação de rastreamento em nosso país, possivelmente já influenciada pela vacinação anti-HPV, que poderia apresentar números mais encorpados; ainda assim com números expressivos de infecções HPV-induzidas, transitórias; as lesões intraepiteliais cervicais, nesse grupo, são passíveis de expressivas taxas de regressão. A abordagem nessa faixa etária é um exercício de bom senso, levando-se em consideração a idade e suas possíveis taxas de regressão, relacionadas com a excisão e suas esperadas repercussões obstétricas, logicamente, valorizando-se resultados colposcópicos relevantes (achados colposcópicos maiores, posição e extensão da ZTA) e resultados histológicos compatíveis com HSIL/NIC 3+, não se esquecendo que um número não desprezível de NIC 2 comporta-se como lesões de baixo grau. Testes de DNA-HPV não têm indicação nessa população.

**Abordagem de pacientes com menos de 25 anos de idade<sup>(2,9-11)</sup>**

- Pacientes com citologia HSIL/NIC 2/3; ASC-H; AGC; AIS → Primeira abordagem – Colposcopia.
- Citologia LSIL; ASC-US/HPV positivo; ASC-US sem teste de HPV → Repetir citologia em um e dois anos.
- Colposcopia – achados maiores, JEC visível, ZT1/2 → Biópsia/Conduta pós-histologia.
- Colposcopia – achados menores/sem achados anormais/colposcopia vaginal normal → Citologia 6-12 m/2 a.
- Histologia – HSIL/NIC 2/3 → Tratamento EZT/ou observação.

**Quadro 4. Colposcopia – indicações/exemplos**

Pacientes com risco imediato de NIC 3+ = 4%-24%
Pacientes ASC-US/HPV positivo – risco imediato de NIC 3+ = 4,4% (histórico desconhecido)
Pacientes LSIL/HPV positivo – risco imediato de NIC 3+ = 4,3% (histórico desconhecido)
Pacientes ASC-H/HPV negativo – risco imediato de NIC 3+ = 3,4% (histórico desconhecido)
Pacientes NILM/HPV 16, NILM HPV 18, positivo – risco imediato para NIC 3+ = alto
Pacientes com risco imediato de NIC 3+ <4% → Frequência da vigilância → Risco de NIC 3+ em 5 anos
Pacientes com risco em 5 anos de NIC 3+ >= 0,55% → Vigilância em 1 ano → Teste de DNA-HPV
Pacientes NILM/HPV positivo (histórico desconhecido) – Risco de NIC 3+ em 5 anos → 4,8%
Pacientes LSIL, ASC-US, NILM e HPV-positivo/HPV pregresso negativo – Risco de NIC 3+ em 5 anos → 3,8%, 3,8% e 2,3%, respectivamente
Pacientes LSIL/HPV negativo (histórico desconhecido) – Risco de NIC 3+ em 5 anos → 2%
Pacientes com risco em 5 anos de NIC 3+ = 0,15%-0,54% → Vigilância em 3 anos → Teste de DNA-HPV
Pacientes ASC-US/HPV negativo (antecedentes desconhecidos) → Risco NIC 3+ em 5 anos → 0,4%
Pacientes ASC-US/HPV negativo (antecedentes HPV negativo) → Risco NIC 3+ em 5 anos → 0,36%
Pacientes com risco em 5 anos de NIC 3+ < 0,15% → Vigilância em 5 anos → Teste de DNA-HPV
Pacientes sem citologia HPV negativo → Risco NIC 3+ em 5 anos → 0,14%
Pacientes NILM/HPV negativo → Risco NIC 3+ em 5 anos → 0,12%

**Fonte:** Bastos JF, Vale DB, Zeferino LC. Rastreamento do câncer do colo do útero. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 155-60.<sup>(1)</sup> Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk estimates supporting the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):132-43.<sup>(5)</sup> Demarco M, Egemen D, Raine-Bennedett TR, Cheung LC, Befano B, Poitras NE, et al. A study of partial human papillomavirus genotyping in support of the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):144-7.<sup>(6)</sup>

- Histologia NIC 2 → Seguimento/citocolposcópico/semestral/2 anos; EZT/se seguimento inadequado.
- NIC 2 persistente/2 anos → EZT.
- Histologia NIC 3/JEC-ZTA não totalmente visíveis → EZT.
- Histologia NIC 3 – pacientes com menos de 20 anos → Seguimento citocolposcópico por dois anos.
- Histologia NIC 3 – pacientes com 21 a 24 anos → EZT ou seguimento citocolposcópico até 25 anos.
- A abordagem por estimativas de risco deverá ser implementada a partir de 25 anos de idade.

### Grupo especial – Abordagem na gestação<sup>(2,11,12)</sup>

No período grávido-puerperal, 1% a 3% das neoplasias invasivas do colo uterino são diagnosticadas – metade no pré-natal e o restante nos 12 meses pós-parto; daí a importância da continuidade do rastreio, por faixa etária, periodicidade, além de técnica adequada para a coleta de colpocitologia com delicada escovação do canal endocervical. O risco de progressão de lesões intraepiteliais de alto grau, para formas invasivas durante a gestação, é muito pequeno (0-0,4%), e a possibilidade de regressão, muitas vezes, pode ser considerada no pós-parto.

Grávidas com citologia ASC-H, HSIL e AGC serão referenciadas para colposcopia, onde poderão ser submetidas a biópsia, única e exclusivamente, se houver sinais citológicos e colposcópicos sugestivos de invasão; se houver evidências de lesão de alto grau, tais lesões serão tratadas a partir da oitava semana de puerpério; obviamente, havendo dúvidas ou piora da imagem colposcópica, a biópsia se impõe. Por outro lado, na ausência de sinais colposcópicos sugestivos de lesões de alto grau e/ou invasão, tais pacientes serão reavaliadas no puerpério.

Na gestação, a indicação de procedimento diagnóstico excisional (CAF/conização), geralmente pós-biópsia com microinvasão ou adenocarcinoma *in situ*, só terá indicação quando a definição do diagnóstico impactar o momento, o tipo de parto e a decisão da continuidade ou não da gestação; caso contrário, essa decisão é transferida ao puerpério; nas poucas indicações do procedimento excisional, o segundo trimestre (14ª a 20ª semana) é o período ideal. Finalizando, em gestantes com HSIL/NIC 2/3, a via de parto é de indicação, absolutamente, obstétrica.

### Grupo especial – Pacientes com imunossupressão

O grupo de pacientes com HIV, transplantadas de órgãos sólidos e de células-tronco hematopoiéticas, pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, doença inflamatória intestinal e doenças reumatológicas frequentemente apresenta imunossupressão.

### Recomendações para pacientes com imunossupressão<sup>(2)</sup>

- Primeiro rastreio → um ano após o início de atividade sexual → anual/3 anos → trienal a seguir → citologia até 30 anos. → Citologia anual ou coteste trienal a partir de 30 anos, durante toda a vida da paciente.
- Referência para colposcopia → ASC-US/HPV positivo ou maior → Se teste de DNA-HPV não realizado → Repetir citologia em 6/12 meses → Se ASC-US+ → Colposcopia.
- Referência para colposcopia → Todos os resultados de LSIL+ (ASC-H, AGC, AIS, HSIL) independentemente de teste de HPV.
- Teste de DNA-HPV → Não recomendado → Pacientes com menos de 30 anos/HIV+.

### Grupo especial – Pacientes pós-histerectomia

Pacientes com resultados histológicos (HSIL/NIC 2/3) pós-histerectomia são originárias de tratamento de condições benignas (miomatose, adenomiose, sangramento uterino anormal, prolapso uterino de terceiro grau), com avaliação pré-operatória incompleta; ou pacientes em tratamento de HSIL/NIC 2/3, quando abordagens excisionais, já realizadas, não foram suficientes, ou não mais exequíveis, ambas as situações passíveis de doença residual e/ou recorrência.

### Abordagem para mulheres histerectomizadas<sup>(11,13)</sup>

- HSIL/margens livres pós-histerectomia → Citologia 6 e 12 meses → Negativas → Citologia trienal.
- HSIL/margens comprometidas → Citocolposcopia por 2 anos → Citologia anual → 5 anos → Ausência de recidiva → Rastreamento trienal.
- Em cenários públicos e privados com recursos econômicos, testes de DNA-HPV com maior sensibilidade e alto valor preditivo negativo devem ser considerados.

### Abordagem pós-histerectomia com testes de DNA-HPV<sup>(2,13)</sup>

- Teste de DNA-HPV anualmente/3 anos → Teste positivo → Citologia/colposcopia.
- Teste de DNA-HPV/3 anos seguidos → Negativo → Teste de DNA-HPV trienal/25 anos.

### Grupo especial – Pacientes acima de 65 anos com anormalidades prévias<sup>(2)</sup>

O rastreamento deve ter continuidade acima de 65 anos em pacientes com história de resultados anormais ou tratamento de lesões intraepiteliais e/ou invasivas, principalmente pacientes com boa expectativa de vida. Aproximadamente 20% das neoplasias invasivas de colo ocorrem após os 65 anos, período em que citologia, teste de DNA-HPV e colposcopia são menos sensíveis que na pré-menopausa. Como recomendação, estriol creme vaginal por três semanas melhora a adequabilidade do material e facilita a colposcopia.

### Vigilância pós-tratamento de HSIL/NIC 2/3<sup>(2,11,13)</sup>

Abordagem indispensável, complementar o tratamento, com o objetivo precípuo de identificar:

- Doença residual – até 12 meses do tratamento/doença recorrente – após 12 meses ou dois controles negativos.  
Situações perfeitamente avaliáveis, levando-se em consideração a morfologia e a biologia molecular:
- Margens comprometidas/HSIL/NIC 2/3 → Citocolposcopia semestral/2 anos → Normais → Citologia anual/5 anos;
- Exames normais → Citologia trienal → 20 anos. Persistência citocolposcópica de tais lesões → Nova ressecção;

- Teste de DNA-HPV → Seis meses pós-tratamento → Negativo → Teste de DNA-HPV anual por três anos;
- Teste de DNA-HPV → Positivo → Colposcopia → HSIL/NIC 2/3 persistente → re-CAF → ou histerectomia.

### Abordagem das lesões HSIL/NIC 2/3 em tempos de COVID-19

Tendo em vista o expressivo potencial para complicações respiratórias que cerca pacientes com COVID-19, exigindo leitos de terapia intensiva e outros recursos na assistência secundária e terciária, já exauridos quase em todo país, a indicação de abordagem nessas pacientes com doença intraepitelial deve obedecer a alguns preceitos.

#### Abordagem de HSIL/NIC 2/3 em tempos de COVID-19

- Abordagem em ambulatório-hora em vez de hospital-dia.
- Procedimentos diagnósticos podem ser adiados por até quatro semanas, quando se suspeitar de invasão, e por volta de três meses, quando se tratar de doença intraepitelial de alto grau;<sup>(14)</sup> nas pacientes com possíveis lesões de baixo grau, a abordagem pode ser adiada por 6 a 12 meses.
- Utilizar técnicas eletrocirúrgicas com baixa potência de corte e coagulação (potencial de aerossol); se possível, usar técnicas não eletrocirúrgicas.<sup>(15)</sup>
- Usar evacuadores de fumaça.
- Testar todas pacientes com RT-PCR no máximo dois dias antes do procedimento; extensivo à equipe cirúrgica.
- Equipamento de proteção individual para a equipe médica e a paciente.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio incontestável da Organização Mundial da Saúde, mundo afora, na pandemia de COVID-19, reavivou, relativamente às mulheres e à comunidade médica, o interesse da instituição em diminuir, expressivamente, a incidência do câncer de colo uterino, ao propor em 2020 o fantástico 90-70-90 para os próximos 10 anos:

- 90% das meninas totalmente vacinadas contra o HPV até os 15 anos de idade – trata-se de prevenção primária cujo impacto ocorrerá num período não muito curto, mas sabidamente é a principal estratégia num contexto de futuro;
- 70% de cobertura da triagem com um teste de alto desempenho, aos 35 anos e novamente aos 45 anos;
- 90% das pacientes com doença intraepitelial de alto grau deverão ser tratadas com abordagens ambulatoriais, muito bem normatizadas, adequadíssimas às condições atuais de nosso país e que representam, num contexto imediato,

a principal forma de evitar as esperadas invasões. Por fim, 90% das formas invasivas, continuarão a ser atendidas pela excelência do nível terciário, em oncoginecologia, nos hospitais de referência deste fantástico país de dimensões continentais, agora duramente assolado pela COVID-19.

### REFERÊNCIAS

1. Bastos JF, Vale DB, Zeferino LC. Rastreamento do câncer do colo do útero. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 155-60.
2. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31. doi: 10.1097/LGT.0000000000000525
3. Furtado Y, Almeida G. Indicações da biologia molecular para detecção do DNA-HPV em anormalidades citológicas. *Rev Bras Patol Trato Genit Inferior.* 2016;3(2):11-4.
4. Feldman S, Goodman A, Peipert JF. Screening for cervical cancer in resource-rich settings [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer-in-resource-rich-settings>
5. Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk estimates supporting the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):132-43. doi: 10.1097/LGT.0000000000000529
6. Cheung LC, Egemen D, Chen X, Katki HA, Demarco M, Wiser A, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines: methods for risk estimation, recommended management, and validation. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):90-101. doi: 10.1097/LGT.0000000000000528
7. Goodman A, Huh WK, Einstein MH. Cervical cancer screening: management of results [Internet]. 2021 [cited 2021 May 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-management-of-results>
8. Demarco M, Egemen D, Raine-Bennedett TR, Cheung LC, Befano B, Poitras NE, et al. A study of partial human papillomavirus genotyping in support of the 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):144-7. doi: 10.1097/LGT.0000000000000530
9. Kamilos MF, Sarmanho FF. Neoplasia intraepitelial escamosa: diagnóstico, tratamento e seguimento. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos AL, Speck NM, Barbosa MT, Martins CM, editores. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 175-84.
10. Wright JD. Cervical intraepitelial neoplasia: management [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-management>
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
12. Karam A. Cervical cancer in pregnancy [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-in-pregnancy>
13. Wright JD. Cervical intraepithelial neoplasia: choosing excision versus ablation, and prognosis and follow up after treatment [Internet]. 2020 [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-choosing-excision-versus-ablation-and-prognosis-and-follow-up-after-treatment>
14. Romão GS, Sá MF. A residência médica em tempos de COVID-19. *Femina.* 2020;48(5):287-90.
15. Rosa e Silva JC, Ribeiro PA, Brito LG, Gomes MT, Podgaec S, Ribeiro HS, et al. Cirurgia ginecológica e COVID-19: qual impacto e como devo conduzir? *Femina.* 2020;48(7):427-31.

# Causas do desmame precoce em lactentes: uma revisão integrativa

## *Causes of early weaning in infants: an integrative review*

Adriana Budelon de Macedo<sup>1</sup>

### Descritores

Desmame precoce; Dificuldade no aleitamento materno; Prevalência do aleitamento materno

### Keywords

Early weaning; Difficulties in breastfeeding; Prevalence of breastfeeding

### Submetido

12/01/2022

### Aceito

13/07/2022

1. Centro Educacional Ação Social de Barreiros, São José, SC, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Adriana Budelon de Macedo  
Rua Cândido Amaro Damásio, 700,  
88111-110, São José, SC, Brasil  
demacedoadriana@yahoo.com.br

### Como citar:

Macedo AB. Causas do desmame precoce em lactentes: uma revisão integrativa. Femina. 2022;50(7):435-43.

### RESUMO

**Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é descrever, por meio de revisão da literatura, as causas do desmame precoce em lactentes no Brasil. **Métodos:** Foram incluídos na revisão artigos publicados entre o período de 2016 e 2020. As informações foram coletadas nas bases de dados BVMS, Google Acadêmico, NCBI PubMed e Portal de Periódicos Capes e nos sites da Sociedade Brasileira de Pediatria, da OMS, da Unicef e da Opas, usando-se os termos indexadores: desmame precoce, dificuldade no aleitamento materno e prevalência do aleitamento materno. **Resultados:** Os artigos coletados para a pesquisa demonstraram que as maiores dificuldades encontradas pelas mães foram ocasionadas por: uso de mamadeira e chupeta, problemas nas mamas, falta de informação, parto cirúrgico e falta do contato pele a pele. **Conclusão:** Para reduzir o desmame precoce, é necessário que as mães recebam orientação e incentivo desde a gestação. Também é importante haver divulgação sobre as possíveis dificuldades e intercorrências que podem surgir durante o aleitamento materno, bem como orientações sobre a gestação e os procedimentos a serem adotados quando ocorrerem problemas nas mamas, como mastite e fissuras, que estão associadas com a pega incorreta. O apoio precisa ser multiprofissional. Deixa-se como sugestão a Iniciativa Hospital Amigo da Criança como possível estratégia para combater o desmame precoce.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to describe, through a literature review, the causes of early weaning in infants in Brazil. **Methods:** Articles published between the period 2016 to 2020 were included in the review. The information collected was from the Virtual Health Library database of the Ministry of Health, Google Scholar, NCBI PubMed, Portal de Periódicos Capes and on the website of the Brazilian Society of Pediatrics, on the website of WHO and on the website of Unicef and on the PAHO website using the indexing terms: early weaning, difficulty in breastfeeding and prevalence of breastfeeding. **Results:** The articles collected for the research show me the greatest difficulties encountered by mothers were bottle use, pacifier, breast problems, lack of information, surgical delivery, and lack of skin-to-skin contact. **Conclusion:** To reduce early weaning, mothers need to receive guidance and encouragement from pregnancy. Disclosure about the possible difficulties and complications that may arise during the breastfeeding. Guidance since pregnancy what procedures to take, when breast problems occur such as mastitis, fissures, which are associated with incorrect handle. Support needs to be multiprofessional. The Iniciativa Hospital Amigo da Criança is suggested as a possible strategy to combat early weaning.

## INTRODUÇÃO

O leite materno é o primeiro alimento, único e inigualável, que a criança recebe. O colostro, produzido nos primeiros dias do pós-parto, serve como uma vacina de proteção contra várias doenças, sendo o alimento ideal para o lactente. Durante a amamentação, o lactente recebe vários estímulos para o desenvolvimento infantil e afetivo e do vínculo entre mãe e filho.<sup>(1)</sup>

É sabido que o puerpério é um período cheio de desafios, como o estresse físico e emocional enfrentado pela puérpera, o que pode influenciar no início do aleitamento materno. Por esse motivo, o ato de amamentar vai além da questão biológica, e muitos fatores vão influenciar esse período. Nesse sentido, os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação.<sup>(2)</sup>

É necessário um olhar atento para o binômio mãe e bebê para identificar as maiores dificuldades durante esse período e os mitos e tabus que prejudicam o aleitamento materno.<sup>(3)</sup>

As causas do desmame precoce encontradas no Brasil foram: uso da chupeta, nível de escolaridade dos pais, hospitalização da criança, depressão pós-parto, problemas mamários, influência dos avós e crenças e valores da mãe.<sup>(4)</sup>

A introdução da alimentação complementar antes dos 6 meses de vida pode ser desvantajosa e interferir na biodisponibilidade de nutrientes como zinco e ferro, contidos na quantidade exata no leite materno.<sup>(5)</sup>

Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida. Porém, muitos são os desafios encontrados durante o puerpério pela mãe, lactente e família. É comum ocorrer o desmame precoce durante esse período, por isso se justifica o objetivo deste artigo, que é descrever as causas do desmame precoce em lactentes no Brasil.<sup>(1-7)</sup>

## MÉTODOS

Este artigo é uma revisão da literatura com o objetivo de descrever as causas do desmame precoce e a prevalência do aleitamento materno no Brasil. Foram pesquisados artigos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVMS), Google Acadêmico, NCBI PubMed e Portal de Periódicos Capes e nos sites da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Fundação das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Para fazer a tabela com a revisão da literatura, foram pesquisados artigos com as datas compreendidas no período de 2016 até 2020, na base de dados NCBI PubMed, usando o indexador *difficulties in breastfeeding*, o que resultou em um total de 16.085 artigos, dos quais foram descartados 11.017 após a leitura dos títulos, por não atenderem ao tema da revisão, restando 5.068 artigos, dos quais foram descartados artigos de revisão,

artigos com datas maiores que cinco anos e artigos que não atendiam aos critérios do desmame precoce e prevalência do aleitamento materno. Um total de 975 artigos da NCBI PubMed passou para a fase I, tendo sido descartadas as pesquisas não realizadas em humanos. Após a leitura dos resumos do artigo, 60 artigos foram para a fase II; entre esses, 7 foram lidos e 5 foram apresentados no quadro 1.

Na base de dados Google Acadêmico, foi utilizado como indexador “dificuldades no aleitamento materno”. Para fazer a tabela com a revisão da literatura, foram pesquisados artigos desde 2016, e a pesquisa resultou em um total de 8.340 artigos. Foram lidos os títulos e excluídos os artigos de revisão, os artigos de pesquisas em animais e os artigos cujo assunto não era pertinente ao objetivo da revisão. Assim, 800 artigos passaram para a fase I; após a leitura dos resumos, 80 artigos foram para a fase II, dos quais 10 foram para a fase III, entre os quais foram utilizados 5 artigos.

No Portal de Periódicos Capes, foi usado o indexador “dificuldades na amamentação e problemas mamários”. Foram encontrados 243 artigos no total; desses, 43 artigos foram para a fase I e 5 foram para a fase II, dos quais foram lidos e descartados 4 artigos e utilizados somente 2.

Já na base de dados da BVMS, foram encontrados 43 resultados usando os indexadores “aleitamento materno” e “Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)”, dos quais 28 artigos foram para a fase II; desses, 23 artigos atenderam aos critérios de seleção.

Também foi encontrada uma publicação no site da SBP sobre o Agosto Dourado, com os benefícios do aleitamento materno. No site da Opas, foi pesquisado sobre a estatística do aleitamento materno, encontrando-se uma referência no artigo, e sobre a IHAC. No site do Ministério da Saúde, foi pesquisado sobre aleitamento materno e IHAC. No site da OMS, foi feita a pesquisa da estatística de prevalência do aleitamento materno no Brasil. No total, foram utilizados como referência 38 artigos.

## BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Os benefícios do aleitamento materno são apresentados no quadro 1.

Uma pesquisa acompanhou mulheres adolescentes de 14 a 21 anos da gestação até um ano após o parto, para verificar dificuldades na amamentação, sintomas depressivos e duração do aleitamento materno. As dificuldades em amamentar precocemente tiveram associação moderada com os sintomas depressivos, e as mães que não tiveram dificuldades precoces durante a amamentação apresentaram escores depressivos menores, quando comparadas com aquelas que relataram ter dificuldades em amamentar. Sendo assim, os autores concluíram que reduzir as dificuldades durante a amamentação é crítico para melhorar os sintomas depressivos do pós-parto em mães jovens.<sup>(8)</sup>

**Quadro 1. Benefícios do aleitamento materno**

Benefícios para o bebê	Benefícios para a mãe
As diferentes composições do leite materno protegem a criança das doenças alérgicas.	Em mães adolescentes, o aleitamento previne a depressão pós-parto.
Prematuros amamentados com leite materno apresentam efeito benéfico para a função cardíaca na idade adulta.	A amamentação reduz a incidência de câncer de mama.
A amamentação exclusiva por 4 a 6 meses pode reduzir em 33% a incidência e a gravidade da dermatite atópica em crianças.	A amamentação aumenta a sobrevivência de mulheres com câncer de mama.
A amamentação é protetora contra a obesidade infantil.	Mulheres que amamentam têm menos chances de desenvolver câncer de ovário.
A amamentação previne contra doenças inflamatórias intestinais.	A amamentação protege contra o carcinoma de endométrio.
O aleitamento materno pode programar o desenvolvimento de adiposidade na vida adulta.	O aleitamento materno está associado à redução de diabetes tipo 2 na mulher.
Recomenda-se iniciar o aleitamento materno o mais precocemente possível e estimular o aleitamento exclusivo nos casos de icterícia neonatal, mesmo durante a fototerapia.	O aleitamento materno está relacionado à redução de enxaqueca no pós-parto.
O leite materno é a primeira vacina que o lactente recebe.	O leite materno contribui para a economia, reduzindo gastos com doenças.
A amamentação exclusiva por pelo menos 3 meses pode reduzir a hospitalização de crianças por doenças infecciosas, mesmo nos países em desenvolvimento.	A amamentação aumenta a equidade social.
O aleitamento materno exclusivo reduz a dor do recém-nascido, quando submetido a procedimentos dolorosos.	O aleitamento materno contribui para a sustentabilidade ambiental e a segurança alimentar.
Os oligossacarídeos do leite humano protegem contra infecção do trato urinário por <i>E. coli</i> .	O aleitamento materno fortalece o vínculo entre mãe e filho.
O aleitamento materno protege contra otite média na infância.	O aleitamento materno é um ato de amor.
O aleitamento materno aumenta o QI das crianças.	O aleitamento materno ajuda a mãe a reduzir o peso que ganhou na gestação.
O aleitamento materno reduz o risco de a criança desenvolver artrite reumatoide e protege contra a morte súbita do lactente.	O aleitamento materno ajuda na involução uterina.
Crianças amamentadas têm 35% menos chances de desenvolver diabetes tipo 2.	O aleitamento materno promove o afeto.

O leite humano contém vários fatores que afetam o desenvolvimento imune do intestino do recém-nascido. Esses fatores ajudam a amadurecer o sistema imunológico. Os oligossacarídeos do leite humano são o principal substrato para as bifidobactérias do intestino do recém-nascido, e sua composição varia de mãe para mãe. O leite humano protege contra a alergia à proteína do leite de vaca, devido aos seus fatores imunomoduladores, como citocinas, IgA, lactoferrina, glicoproteínas, antioxidantes, quimiocinas e oligossacarídeos, entre outros. Por esse motivo, receber somente leite materno, em vez de fórmulas infantis ou outro leite não humano, favorece a formação da microbiota do intestino do neonato. A microbiota do intestino promove o desenvolvimento do sistema imunológico.<sup>(9)</sup>

Uma pesquisa foi realizada com uma coorte de 926 prematuros, dos quais 102 foram acompanhados, 30 foram randomizados para serem amamentados com leite humano exclusivo e 16, alimentados somente com fórmula infantil.

Os prematuros alimentados exclusivamente com leite humano tiveram o volume diastólico final dos ventrículos esquerdo e direito aumentado, quando comparados com os prematuros amamentados com fórmula infantil. Isso mostra uma melhora na função cardíaca associada ao aleitamento materno exclusivo.<sup>(10)</sup>

Em uma revisão sistemática com crianças com retocolite ulcerativa e doença de Crohn, os resultados demonstraram que o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e o aleitamento complementar até 1 ano de vida da criança protegem contra o desenvolvimento das doenças anti-inflamatórias intestinais.<sup>(11,12)</sup>

## DIFICULDADES NO ALEITAMENTO MATERNO E CAUSAS DO DESMAME PRECOCE

No quadro 2, está descrita uma revisão de 10 artigos da literatura com o tema dificuldades no aleitamento materno, compreendidos no período entre 2016 e

**Quadro 2. Fatores que dificultam o aleitamento materno**

Referência	Metodologia	Resultados	Conclusão
13	Estudo de coorte prospectiva com gestantes de 34 a 36 semanas e 4 meses após o parto, com avaliação da taxa de amamentação e das dificuldades por meio de questionário.	Constatou-se que 41% das mulheres que tiveram parto cirúrgico apresentaram maior dificuldade em amamentar nas 12 semanas após o parto.	O parto cirúrgico está associado com maior dificuldade em amamentar.
14	Realizou-se um estudo transversal com 341 lactentes com até 30 dias de vida e suas mães, para identificar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno.	Obtiveram-se como fatores que dificultam a amamentação: cor da pele da mãe (afrodescendentes), idade da criança, ter recebido fórmula infantil complementar na maternidade e falta de informação.	Constatou-se elevada taxa de aleitamento materno nesse estudo, e o fator associado à interrupção do aleitamento materno é a falta de informação durante o pré-natal.
15	Estudo transversal com 276 neonatos e suas mães em 3 hospitais de Minas Gerais. Foi aplicado um protocolo de avaliação de técnica da mamada.	Os principais fatores que dificultaram a amamentação foram: pega inadequada (25%), resposta do bebê ao contato com a mama (26,1%), problemas com a mama (28,3%), fatores socioeconômicos e trabalhar fora de casa.	As maiores dificuldades encontradas foram problemas com as mamas.
16	Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa com 10 mães primíparas.	60% das mulheres apresentaram dificuldades para amamentar. As dificuldades foram: fissura mamilar (30%), ingurgitamento mamário (10%), pouca produção de leite (10%), não produziam leite (10%).	Essas dificuldades refletiram a falta de apoio ao aleitamento materno por parte da equipe de saúde.
17	Estudo realizado por entrevista telefônica com 25 mulheres com deficiência física que tiveram filhos nos últimos 10 anos.	As barreiras encontradas para o aleitamento materno foram: falta de apoio, problemas de saúde relacionados à deficiência, falta de informação e dificuldades na produção de leite.	Mulheres com deficiência física precisam de mais apoio para amamentar.
18	Estudo de coorte prospectiva com 113 neonatos prematuros acompanhados entre 7 e 15 dias após a alta hospitalar.	A incidência do aleitamento materno foi de 81,4% na alta e de 66,4% entre 7 e 15 dias após a alta. As dificuldades no aleitamento materno foram parto de gêmeos, tempo de ventilação e peso ao nascer.	São necessárias ações dentro do hospital para incentivo e manutenção da amamentação precoce dos prematuros.
19	Estudo de coorte prospectiva com 150 neonatos e mães no Hospital das Clínicas de Porto Alegre.	Fatores associados a dificuldades no aleitamento materno: neonatos receberam fórmula infantil como complemento na maternidade (46,4%), problemas nas mamas (65%), dor nas mamas (53,6%) e presença de fissuras nas mamas (46,4%). Outros fatores que também dificultaram foram o parto cirúrgico e o uso da chupeta.	A equipe de saúde que trabalha em maternidades precisa orientar as mães sobre aleitamento materno e apoiá-las durante o período.
20	Pesquisa transversal, descritiva, com abordagem qualitativa com 16 gestantes com idade igual ou superior a 18 anos em Currais Novos, RN, por meio de questionário.	Influências externas e internas sobre o ato de amamentar e fórmula infantil como complemento nas maternidades foram os resultados encontrados.	A ausência de diálogo sobre aleitamento materno vinda dos profissionais de saúde foi a maior barreira relatada pelas mães. Falta de apoio dos profissionais e familiares. Complementação com fórmula láctea também foi uma barreira.
21	Estudo transversal com entrevista de 429 mães a respeito de orientações sobre aleitamento materno.	A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 50,1%. As barreiras para o aleitamento exclusivo foram renda, consumo de bebida alcoólica e uso de chupeta.	As orientações a respeito do aleitamento materno ajudaram as mães na amamentação exclusiva.
22	Estudo transversal com 207 puérperas sob alta hospitalar no Hospital Universitário de Maceió.	20% das puérperas não estavam amamentando, 25% não receberam orientação sobre aleitamento materno e 35,3% tiveram gestação complicada.	Falta um programa de incentivo ao aleitamento materno no hospital. Faltaram informações no pré-natal.

2020. E, logo em seguida, após a tabela, é feita a explanação dos artigos sobre os fatores que interferem na amamentação.

Em uma pesquisa com o objetivo de avaliar o tipo de parto (pélvico ou cirúrgico) e sua relação com a duração do aleitamento materno, foi estudada uma coorte prospectiva de mulheres com 34 e 36 semanas de gestação, acompanhadas por quatro meses após o parto. Para avaliar as gestantes, foi utilizado um questionário com os respectivos temas: taxas de amamentação e dificuldades de acordo com o tipo de parto. Nessa pesquisa, foi constatado que o parto cirúrgico está associado com maior dificuldade de amamentação e menor duração do aleitamento materno exclusivo, em comparação com o parto pélvico.<sup>(13)</sup>

Em um estudo transversal com 341 lactentes com até 30 dias de vida e suas mães, para identificar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno, foram obtidos como resultados os fatores: cor da pele da mãe (afrodescendentes), lactentes com 21 dias de vida ou mais, ou seja, a idade da criança, ter recebido fórmula infantil complementar na maternidade, dificuldades na amamentação após a alta hospitalar e falta de informação.<sup>(14)</sup>

Em estudo transversal, observacional e analítico com 276 lactentes e suas mães nas primeiras 18 a 48 horas pós-parto, em três hospitais, todos com o título de “Hospital Amigo da Criança” em Minas Gerais, foram avaliadas somente as dificuldades encontradas com as mamas em mães nas primeiras 24 horas após o parto. Os resultados obtidos foram a idade materna, escolaridade da mãe, complemento com fórmula infantil na maternidade e mulheres que trabalham fora de casa, e as maiores dificuldades encontradas pelas mães nesse estudo foram os problemas com as mamas.<sup>(15)</sup>

As maiores dificuldades encontradas pelas mães durante o aleitamento materno são: falta de apoio, saúde da mãe, deficiência física da mãe, falta de informação, dificuldades na produção de leite e rotina de cuidados adotada pela maternidade.<sup>(16)</sup>

Em um estudo de coorte prospectiva com 113 prematuros de uma unidade neonatal em Goiânia, acompanhados de 7 a 15 dias após a alta hospitalar, a gestação gemelar, o tempo de ventilação mecânica e o peso ao nascer foram as maiores dificuldades encontradas pelas mães para continuar o aleitamento materno exclusivo.<sup>(17)</sup>

Em uma coorte prospectiva realizada com 150 mães e seus neonatos no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, os resultados associados a dificuldades com o aleitamento materno foram: 46,4% dos neonatos receberam fórmula infantil como complemento na maternidade; 65% das mães referiram mamas muito cheias, 53,6%, dor nas mamas e 46,4%, presença de fissuras nas mamas. Outros fatores que também dificultaram foram o parto cirúrgico e o uso da chupeta.<sup>(18)</sup>

Em uma pesquisa transversal, descritiva e com abordagem qualitativa com 16 gestantes com idades entre

19 e 38 anos, as mães relataram que as crenças sobre o leite ser insuficiente, a oferta de fórmula infantil como complemento nas maternidades e a falta de orientação por parte dos profissionais de saúde que as assistiam foram as maiores dificuldades.<sup>(19,20)</sup>

Os fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar no estudo transversal com 207 puérperas foram: menos de 50% das puérperas tiveram contato precoce com os neonatos após o parto, 25% não receberam orientações sobre aleitamento materno e 20,3% não estavam amamentando os lactentes após a alta hospitalar. Os resultados demonstraram que faltam programas de incentivo ao aleitamento materno nas maternidades e durante o pré-natal.<sup>(21,22)</sup>

A falta de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal é a principal causa do desmame precoce entre as lactantes; outros fatores associados foram o contato pele a pele nas primeiras horas após o parto e o uso da chupeta.<sup>(23)</sup>

Para investigar os fatores relacionados ao desmame precoce antes dos 6 meses de vida, uma pesquisa foi realizada com 52 mães com filhos de 0 a 6 meses que não estavam em aleitamento materno exclusivo, em Minas Gerais. Foram obtidos os seguintes resultados: 40% das mães amamentaram seus filhos até os 3 meses, 31% deixaram de amamentar porque consideravam o seu leite fraco ou insuficiente e 27% afirmaram ter parado de amamentar por terem que retornar ao trabalho.<sup>(24)</sup>

Em uma pesquisa para avaliar o cumprimento do quarto passo (contato pele a pele) da IHAC, em uma maternidade pública da Paraíba, participaram 107 puérperas; nessa amostra foi elevada a taxa de partos cirúrgicos (51,4%); 70,4% realizaram o pré-natal na atenção básica e 60% receberam orientações sobre aleitamento materno, porém 57,1% não receberam orientações sobre a amamentação na primeira hora de vida. Com relação ao cumprimento do quarto passo da IHAC, 54 mulheres relataram ter recebido o neonato no colo nos primeiros 30 minutos após o parto, com 9,3% das puérperas podendo manter o contato pele a pele com seus recém-nascidos por mais de 30 minutos ou até que eles realizassem a primeira mamada, cumprindo, assim, o quarto passo. Foi verificado na pesquisa que nenhuma mulher que teve parto cirúrgico teve oportunidade de cumprir o quarto passo da maneira como é preconizado.<sup>(25)</sup>

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, apresentados no quadro 3, conferem um selo IHAC para os hospitais que os cumprem.

Para o hospital receber o selo IHAC, ele precisa ter 80% de aprovação dos critérios estabelecidos para cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, além de cumprir os 10 requisitos (Quadro 4) da Portaria nº 756, de dezembro de 2004, do Ministério da Saúde.<sup>(26)</sup>

A IHAC é uma estratégia de sucesso para aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo no mundo todo.<sup>(27,28)</sup>

**Quadro 3. Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**

<b>Passo 1</b>	Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
<b>Passo 2</b>	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
<b>Passo 3</b>	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
<b>Passo 4</b>	Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora, e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.
<b>Passo 5</b>	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
<b>Passo 6</b>	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista.
<b>Passo 7</b>	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
<b>Passo 8</b>	Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
<b>Passo 9</b>	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes.
<b>Passo 10</b>	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e dar os devidos encaminhamentos.

**Quadro 4. Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança, integrante do Sistema Único de Saúde**

<b>Critério</b>	<b>IHAC no Brasil será desenvolvida consoante às normas e orientações a seguir descritas.</b>
<b>1</b>	Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
<b>2</b>	Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.
<b>3</b>	Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>4</b>	Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
<b>5</b>	Disponer de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto.
<b>6</b>	Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares, mediante incentivo instituído pela Portaria nº 938/GM, de 20 de maio de 2002.
<b>7</b>	Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
<b>8</b>	Apresentar taxa percentual de cesarianas conforme estabelecido pelo gestor estadual/municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde (MS).
<b>9</b>	Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano.
<b>10</b>	Permitir a presença de acompanhante no alojamento conjunto.

## PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

A taxa de aleitamento materno é menor nos países de baixa renda, com 37% das crianças sendo amamentadas exclusivamente até os 6 meses de vida. Em nível mundial, as prevalências mais altas de amamentação foram na África Subsaariana, no Sul da Ásia e nos países da América Latina.<sup>(29)</sup>

O Brasil está em uma transição epidemiológica, por isso é importante promover o aleitamento materno, o qual previne infecções. Segundo o autor, em países mais pobres, a taxa de aleitamento materno é maior.<sup>(30)</sup>

O Brasil é referência em aleitamento materno. No Brasil, 41% das mães amamentam seus filhos exclusivamente até os 6 meses, enquanto outros países como China, Estados Unidos e Reino Unido têm uma taxa menor.<sup>(31)</sup>

A prevalência da amamentação exclusiva até os 6 meses de vida no ano de 1975 era de 22% e em 1999 passou para 69%. Esses resultados aumentaram devido à implantação da IHAC.<sup>(6,31)</sup>

Uma pesquisa realizada em um hospital de Londrina, Paraná, no período entre 1994 e 1998, obteve como resultado um aumento na prevalência do aleitamento

materno exclusivo de 1,9% para 41,7% depois da implantação da IHAC.<sup>(32)</sup>

Em pesquisa sobre a prevalência do aleitamento materno em Minas Gerais, após a implantação da IHAC em uma maternidade, o aumento foi de 36% para 54,7%.<sup>(33)</sup>

Em uma pesquisa em Montes Claros, em Minas Gerais, avaliou-se a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, antes e depois da IHAC, no serviço público de saúde. Antes da IHAC, a duração do aleitamento materno era de 8,9 meses e depois da IHAC passou para 11,6 meses de duração.<sup>(34)</sup>

Na pesquisa em Feira de Santana, Bahia, em hospitais com a IHAC e sem a IHAC, o índice de problemas mamários e o desmame precoce foram maiores nas maternidades onde não havia a IHAC.<sup>(35)</sup>

A prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 41% nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. A duração do aleitamento materno exclusivo foi de 1,8 mês e a duração do aleitamento materno foi de 11,2 meses. Houve aumento da prevalência de menores de 4 meses, de 35,5%, em 1999, para 58,7%, em 2008. O aumento da frequência do aleitamento materno exclusivo foi maior no sexo feminino e na região Norte do Brasil. A relação do aleitamento materno na primeira hora de vida nas capitais do Brasil consta no quadro 5.

A prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses, em 2008, nas capitais e Distrito Federal, no Brasil, foi de 45,9% na região Norte, 37% na região Nordeste, 45% na região Centro-Oeste, 39,4% na região Sudeste e 43,9% na região Sul, com um total de 41% no Brasil.<sup>(36)</sup>

No Brasil a duração do aleitamento materno aumentou de 2,5 meses – considerada uma das menores entre os países de baixa renda –, em 1975, para 14 meses, em 2006. O Brasil é um exemplo de políticas públicas para o aleitamento materno como a IHAC e a licença remunerada para mães (24 semanas) e pais (5 dias). A licença-maternidade de 120 dias, prorrogáveis para 180 dias, geralmente concedida em instituições públicas, e os Bancos de Leite Humano em mais de 200 hospitais demonstram o esforço para a melhora dos índices de aleitamento.<sup>(37)</sup>

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se afirmar que as causas para o desmame precoce foram: a depressão pós-parto, o tipo de parto (especificamente o parto cirúrgico), a etnia (afrodescendentes), a falta do contato pele a pele, a idade da criança e o fato de a criança ter recebido fórmula infantil complementar na maternidade. Outro fator relacionado ao desmame precoce é a falta de orientação e apoio, durante o pré-natal e dentro das maternidades, para que as mulheres que têm problemas nas mamas sejam tratadas e não cessem o aleitamento materno. Além da saúde da mãe, também interferem na duração do aleitamento materno: a

**Quadro 5.** Aleitamento materno na primeira hora de vida nas capitais do Brasil

Capital, Região	Crianças %
NORTE	72,9
Palmas	79,6
Boa Vista	77,5
Macapá	75,8
Porto Velho	73,8
Belém	72,8
Manaus	71,9
Rio Branco	64,3
NORDESTE	66,9
São Luís	83,5
Teresina	79
João Pessoa	76,9
Natal	70,3
Fortaleza	67,6
Recife	66,8
Maceió	64,8
Aracaju	61,2
Salvador	58,5
CENTRO-OESTE	72
Cuiabá	77,4
Campo Grande	74,3
Distrito Federal	72,5
Goiânia	66,7
SUDESTE	63,5
Vitória	72,8
Rio de Janeiro	65,6
Belo Horizonte	64,1
São Paulo	62,4
SUL	71,8
Florianópolis	75,5
Porto Alegre	71,9
Curitiba	71,2
<b>Total BRASIL</b>	<b>67,7</b>

deficiência física materna, as dificuldades na produção de leite, a rotina de cuidados adotada pela maternidade, o uso de chupeta e mamadeira, a gestação gemelar, a renda e o fato de a mãe trabalhar fora e precisar interromper a amamentação para retornar ao trabalho. No Brasil, o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, em 1975, era de 22%, tendo um aumento em 1999 com a IHAC, passando para 69%. Para reduzir o desmame precoce, são necessários orientação e incentivo ao aleitamento materno desde a gestação, bem como

a divulgação sobre as possíveis dificuldades e intercorrências que poderão surgir durante o aleitamento materno. É importante também orientar as mães desde a gestação sobre quais os procedimentos adotar quando ocorrerem problemas nas mamas como mastite e fissuras, que estão associadas com a pega incorreta. A orientação precisa ser multiprofissional, com o apoio de psicólogos, assistentes sociais, médicos, nutricionistas, pediatras e enfermeiros. O Brasil foi considerado como referência em aleitamento materno, porém, para manter esse padrão, é necessário que os hospitais continuem a seguir os Dez Passos para o Sucesso o Aleitamento Materno, para não perder o selo IHAC. Por isso, sugere-se que a IHAC é uma possível estratégia para combater o índice do desmame precoce, seguida de maior orientação e acompanhamento das lactantes por um período maior, que vai além da sala de parto.

## REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2009 [cited 2022 Jan 11]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)
- Taniguchi N. Brasil é referência mundial em Bancos de Leite Humano [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 11]. Available from: <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/brasil-e-referencia-mundial-em-bancos-de-leite-humano/>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o aleitamento materno [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [cited 2022 Jan 11]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album\\_seriado\\_aleitamento\\_materno.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf)
- Sales CM, Seixas S. Causas de desmame precoce no Brasil. *Cogitare Enferm*. 2008;13(3):443-7. doi: 10.5380/ce.v13i3.13042
- Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_crianca\\_brasileira\\_versao\\_resumida.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf)
- World Health Organization, Unicef. Baby-Friendly Hospital Initiative: implementation guidance [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-revised-2018>
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Amamentação [Internet]. São Paulo: SBP; 2018 [cited 2022 Jan 11];(24). Available from: <https://www.sbp.com.br/especiais/sbp-amamentacao-2018/>
- Sipsma HL, Ruiz E, Jones K, Magriples U, Kershaw T. Effect of breastfeeding on postpartum depressive symptoms among adolescent and young adult mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(11):1442-7. doi: 10.1080/14767058.2017.1319351
- Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552
- Lewandowski AJ, Lamata P, Francis JM, Piechnik SK, Ferreira VM, Boardman H, et al. Breast milk consumption in preterm neonates and cardiac shape in adulthood. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20160050. doi: 10.1542/peds.2016-0050
- Xu L, Lochhead P, Ko Y, Claggett B, Leong RW, Ananthkrishnan AN. Systematic review with meta-analysis: breastfeeding and the risk of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;46(9):780-9. doi: 10.1111/apt.14291
- Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2014;14:1267. doi: 10.1186/1471-2458-14-1267
- Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:90. doi: 10.1186/s12884-016-0876-1
- Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JK, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(Spe):e20160044. doi: 10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044
- Barbosa GE, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Medeiros Filho RA, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(3):265-72. doi: 10.1590/1984-0462/2017;35;3;00004
- Assis EL, Nodari PR, Borges RS, Aleixo ML. Dificuldades enfrentadas por puérperas primíparas em relação ao aleitamento materno exclusivo. *Rev Gestão Saúde*. 2014;5(3):808-19.
- Powell RM, Mitra M, Smeltzer SC, Long-Bellil LM, Smith LD, Rosenthal E, et al. Breastfeeding among women with physical disabilities in the United States. *J Hum Lact*. 2018;34(2):253-61. doi: 10.1177/0890334417739836
- Luz LS, Minamisava R, Scochi CG, Salge AK, Ribeiro LM, Castral TC. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2876-82. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0762
- Gasparin VA, Strada JK, Moraes BA, Betti T, Gonçalves AC, Santo LC. Pairs seen by lactation consultants and cessation of exclusive breastfeeding in the first month. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03422. doi: 10.1590/S1980-220X2018010003422
- Sousa EO, Melo LG, Medeiros DM. Práticas de complementação ao leite materno: concepções de puérperas sobre aleitamento materno e uso de fórmula infantil. *Rev Bras Educ Saúde*. 2019;9(2):76-84. doi: 10.18378/rebes.v9i2.6149
- Alves JS, Oliveira MI, Rito RV. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(4):1077-88. doi: 10.1590/1413-81232018234.10752016
- Tenório MC, Mello CS, Oliveira AC. Fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar em uma maternidade pública de Maceió, Alagoas, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3547-56. doi: 10.1590/1413-812320182311.25542016
- Miranda e Silva C, Pellegrinelli AL, Pereira SC, Passos IR, Santos LC. Práticas educativas segundo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em um Banco de Leite Humano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(5):1661-71, 201. doi: 10.1590/1413-81232017225.14442015
- Andrade HS, Pessoa RA, Donizete LC. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-11. doi: 10.5712/rbmf13(40)1698
- Sampaio AR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a "Baby Friendly" public maternity hospital in Northeast Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):281-90. doi: 10.5123/S1679-49742016000200007
- Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [cited 2022 Jan 11]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf)
- Alves Lamounier J, Bouzada MC, Janneu AM, Maranhão AG, Araújo MF, Vieira GO, et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(2):161-9. doi: 10.1590/S0103-05822008000200012
- Organización Panamericana de la Salud. La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades [Internet]. Washington (DC): OPS; 2016 [cited 2022 Jan 11]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829>

29. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
30. Garcia LP. The Lancet: série sobre amamentação. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):203-4. doi: 10.5123/S1679-49742016000100022
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2022 Jan 11]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento\\_materno\\_alimentacao\\_complementar\\_2edicao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_alimentacao_complementar_2edicao.pdf)
32. Vannuchi MT, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. [The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit]. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):422-8. doi: 10.1590/s0034-89102004000300013. Portuguese.
33. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Exclusive breastfeeding at the point of discharge of high-risk newborns at a Neonatal Intensive Care Unit and the factors associated with this practice. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(3):241-8. doi: 10.1590/S0021-75572004000400014
34. Labbok MH. Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(2):99-101. doi: 10.1590/S0021-75572007000200002
35. Vieira GO, Silva LR, Mendes CM, Vieira TO. Mastite lactacional e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1193-200. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600008
36. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2009 [cited 2022 Jan 11]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf)
37. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2

# Histerectomia radical após parto cesáreo por adenocarcinoma de colo uterino: relato de caso

## *Radical hysterectomy after c-section in cervical adenocarcinoma: a case report*

Amanda Pereira Labadessa<sup>1</sup>, Marina Martinelli Sonnenfeld<sup>1</sup>, Fábio Nogueira Liguori Alves<sup>1</sup>, Milucci Messias de Gatti Mello<sup>1</sup>, César Eduardo Fernandes<sup>1</sup>, Caetano da Silva Cardial<sup>1</sup>

### Descritores

Neoplasia intraepitelial cervical; Rastreamento com citologia e testes de DNA-HPV; Abordagem por estimativas de risco; Colposcopia; Cirurgia de alta frequência

### Keywords

Cervical intraepithelial neoplasm; Cytology screening and HPV-DNA testing; Risk estimation approach; Colposcopy; Loop electrosurgical excision procedure

### Submetido

08/04/2021

### Aceito

30/05/2022

1. Centro Universitário Saúde ABC, Santo André, SP, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Amanda Pereira Labadessa  
amanda.labadessa@hotmail.com

### Como citar:

Labadessa AP, Sonnenfeld MM, Alves FN, Mello MM, Fernandes CE, Cardial CS. Histerectomia radical após parto cesáreo por adenocarcinoma de colo uterino: relato de caso. Femina. 2022;50(7):444-8.

### RESUMO

Mundialmente, o câncer de colo uterino ocupa o quarto lugar das neoplasias em mulheres, porém, nos países em desenvolvimento, as taxas de incidência superam de forma impactante os casos de países desenvolvidos. Apesar de ser um evento incomum durante a gestação, é cada vez mais observado, o que talvez possa ser atribuído às gestações programadas em idades mais avançadas. O caso descrito refere-se a uma paciente de 32 anos de idade, diagnosticada no terceiro trimestre da gestação com adenocarcinoma de origem endocervical com estadiamento anatomopatológico final (FIGO 2018) 1B2. Ela foi submetida à abordagem cirúrgica como tratamento inicial. Foi adotada como conduta a resolução da gestação, com boa vitalidade fetal, ao final da 34ª semana, após corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Foi realizado parto cesariano seguido de histerectomia radical tipo C1 na classificação de Querleu e Morrow associado a linfadenectomia pélvica, no mesmo ato operatório.

### ABSTRACT

Worldwide, cervical cancer ranks fourth in female cancers, but when assessing data from developing countries, incidence rates are significantly higher than in developed countries. Although it is an uncommon event during pregnancy, it is increasingly observed, which may perhaps be justified due to pregnancies postponed at older ages. The case described relates to a 32-year-old woman diagnosed in the third trimester of pregnancy with endocervical adenocarcinoma, whose final anatomopathological staging (FIGO 2018) was 1B2. The same was submitted to the surgical approach as an initial treatment. It was adopted as a conduct, the resolution of pregnancy, with good fetal viability, at the end of the 34th week, after corticosteroid therapy for fetal lung maturation. The patient underwent cesarean section followed by radical type C1 hysterectomy in the classification of Querleu and Morrow associated with pelvic lymphadenectomy in the same surgery.

### INTRODUÇÃO

No mundo, quase a totalidade das neoplasias cervicais está associada à infecção causada pelo papilomavírus humano (HPV). Entre as mulheres afetadas pelo câncer do colo do útero, cerca de 3% são diagnosticadas no período da gestação ou puerpério. Tratar uma gestante com a doença é uma situação de manejo clínico desafiador, devendo-se equilibrar o melhor desfecho do tratamento para a mãe enquanto se minimizam os danos ao feto.<sup>(1-3)</sup>

Graças ao advento da colpocitologia oncótica, a doença tem sido encontrada em sua forma inicial na maioria das pacientes. Considerando o câncer de colo uterino propriamente dito, o estadiamento será eminentemente clínico, sendo considerado de acordo com a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) de 2018. É considerado estágio IA1 o carcinoma restrito ao colo, menor do que 3 mm, que poderá ser tratado, preservando a fertilidade, com conização. No caso do estadiamento IA2, entre 3 mm e 5 cm de profundidade, o tratamento conservador poderá ser de conização com margens negativas, associada a linfadenectomia, ou traquelectomia radial com linfadenectomia. Para tumores IB1, entre 5 mm e 2 cm no maior diâmetro, e IB2, entre 2 cm e menos de 4 cm, o tratamento será a histerectomia tipo C de Querleu e Morrow, assim como para tumores IIA1, menores do que 4 cm, acometendo os 2/3 superiores da vagina, sem comprometimento de paramétrios. Tumores IB3, maiores do que 4 cm, e os demais deverão ser tratados com quimiorradiação. Exames de imagem podem ser usados para acessar acometimento linfonodal retroperitoneal, sendo considerado IIIC1 se estiverem positivos apenas linfonodos pélvicos e IIIC2 se linfonodos paraórticos estiverem acometidos.<sup>(4)</sup>

No caso da paciente gestante, o estadiamento e, principalmente, a idade gestacional em que o diagnóstico é realizado vão definir a proposta terapêutica. Tanto a cirurgia como a quimioterapia (esquemas não teratogênicos) são relativamente seguras durante a gravidez, diferentemente do tratamento radioterápico. Enfatiza-se que a prematuridade iatrogênica é a complicação mais comum da gravidez, visando ao benefício materno. O estadiamento deverá seguir o mesmo padrão de abordagem da FIGO<sup>(4)</sup> para não gestantes, o que inclui o exame físico pélvico (exame especular, toque vaginal, toque retal) e a avaliação da extensão locorregional da doença, podendo-se lançar mão de exames complementares, como ultrassonografia e ressonância nuclear magnética (RNM).<sup>(3-6)</sup>

O tratamento proposto deve ser individualizado e ético, levando em consideração o desejo materno, o estágio da doença e a idade gestacional. Nesse sentido, uma discussão multidisciplinar agrega, de forma balanceada, os pontos positivos e negativos de cada decisão. As possíveis terapias para pacientes diagnosticadas no terceiro trimestre da gestação – o que inclui um feto viável – preveem um tratamento após a resolução da gestação.<sup>(3)</sup>

Quando indicado o tratamento cirúrgico, a resolução da gestação, seguida da histerectomia radical, pode ser realizada no mesmo tempo cirúrgico ou em dois tempos, e, quando optado por conduta não cirúrgica, deve-se avaliar no pós-parto o tratamento adjuvante com radioterapia, braquiterapia e quimioterapia.<sup>(3)</sup>

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 32 anos de idade, gestante, com idade gestacional de 29 semanas, foi admitida em pronto

atendimento obstétrico com sangramento vaginal intermitente de início há quatro dias. Condições relacionadas à gestação, como inserção placentária anômala, placenta prévia e sangramentos relacionados ao terceiro trimestre, foram excluídas. Paciente com rotina ginecológica em dia e exame de citologia oncótica de 2018 apenas com alterações reativas reparativas.

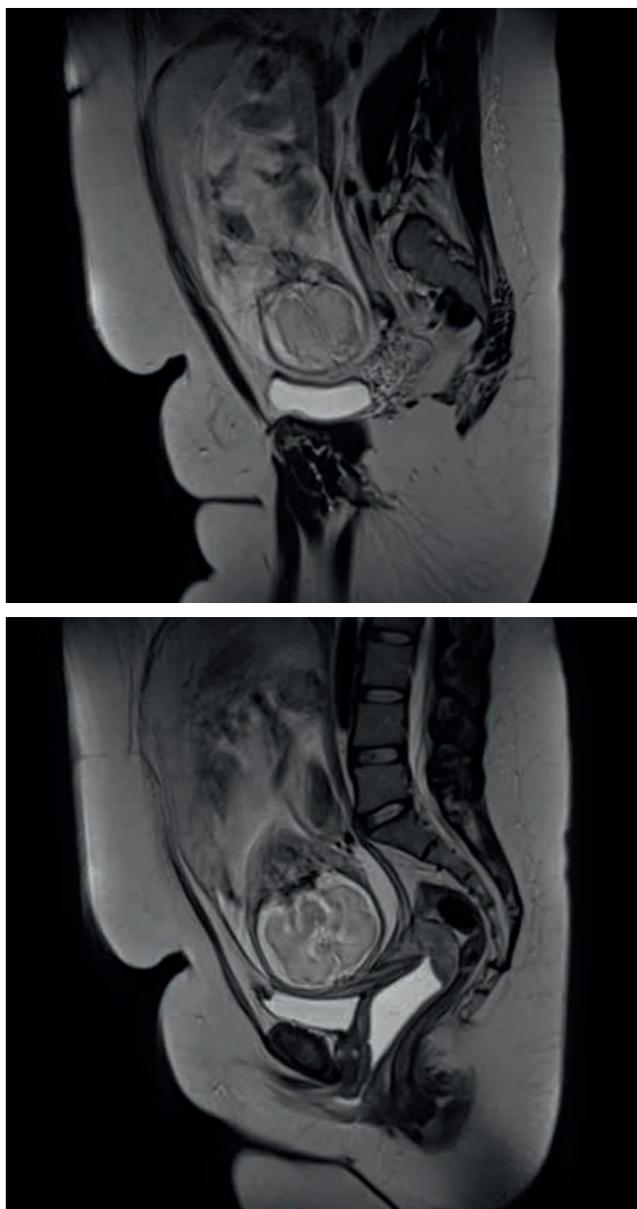
No exame ginecológico, foi identificada formação polipoide se exteriorizando através do canal cervical, de consistência friável, vascularizada e sangrante. A massa apresentava cerca de 4 cm, sendo possível identificar estrutura pedicular oriunda do canal endocervical, o qual se encontrava entreaberto. O toque retal não identificou comprometimento de paramétrios. Foi realizada biópsia do material, enviado para análise, a qual diagnosticou adenocarcinoma mucinoso de endocérvice, sendo informado o diagnóstico da neoplasia para a paciente na 31ª semana de gestação.

A paciente foi encaminhada para seguimento com equipe de oncologia pélvica e pré-natal de alto risco do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de São Bernardo do Campo (CAISM-SBC), onde foram realizados exames complementares para definição de conduta. A RNM (realizada em fevereiro de 2019) evidenciou feto único, vivo, longitudinal e cefálico, com placenta anterolateral direita. Presença de lesão expansiva vegetante com sinal intermediário em T2, emergindo do colo uterino das 10 às 2 horas, ocupando o fórnice posterior da vagina, mantendo estreito contato com a parede vaginal, sem evidências de extensão parametrial, medindo 40 x 22 x 17 mm. Ausência de linfonodomegalias (Figura 1). O tumor foi classificado, de acordo com o último estadiamento da FIGO para neoplasia cervical (2018),<sup>(4)</sup> em IB3: tumor maior ou igual a 4 cm, restrito ao colo uterino.

O caso foi abordado pela equipe multidisciplinar de oncoginecologistas, radiologistas, obstetras e neonatologistas para discutir as opções de tratamento que seriam propostas para a paciente, sendo, em cada uma delas, expostos os riscos e possíveis desfechos para a paciente, o feto e a neoplasia cervical.

A decisão tomada, em conjunto com a paciente, foi de resolução cirúrgica logo após completar 34 semanas, levando-se em consideração o diagnóstico realizado no terceiro trimestre da gestação, o estadiamento clínico IB3 e o desejo materno de desfecho fetal favorável, para minimização de complicações neonatais. Foi realizada corticoterapia (um ciclo de betametasona) para maturação pulmonar fetal ao final da 33ª semana, já em regime hospitalar de internação.

O tratamento cirúrgico para os casos que são enquadrados nos estadiamentos IB1, IB2 e IIA1 é a modalidade preferida, mas o recurso da radioterapia pode ser escolhido dependendo de fatores relacionados à paciente e aos recursos locais, o que seria contraindicado como modalidade de tratamento durante a gestação. Já nos estadiamentos IB3 e IIA2, pelo fato de o tamanho tumoral ser maior ou igual a 40 mm, a possibilidade de



**Figura 1.** Ressonância nuclear magnética abdominopélvica. Feto em posição longitudinal, polo cefálico rechaçando posteriormente lesão expansiva cervical com sinal intermediário em T2, emergindo do colo uterino

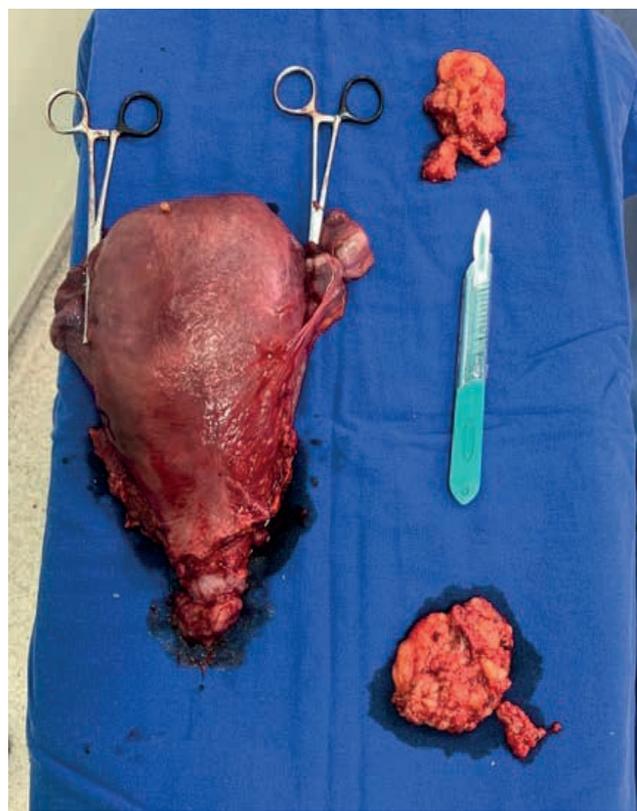
fatores de alto risco estarem presentes, como linfonodos positivos, comprometimento dos paramétrios e margens cirúrgicas comprometidas, é maior. A modalidade de tratamento inicial eleita é a radioterapia associada a quimioterapia (individualizando cada caso), evitando-se, assim, a possibilidade de soma de morbidades dos tratamentos (cirúrgico e radioterápico).<sup>(4)</sup>

O fato de o tumor ser classificado pela RNM como 40 mm exatos em sua maior extensão gerou a dúvida sobre a forma de tratamento a ser proposto. Primeiramente, o fato de a paciente estar gestante contraindicaria o tratamento radioterápico, que só poderia ser iniciado após a resolução da gestação, e este postergaria algumas semanas no início do tratamento. Em segundo lugar, a

resolução da gestação seria via cesariana, indubitavelmente, o que levaria a paciente a já ser submetida a uma morbidade cirúrgica e necessidade de recuperação e cicatrização para início de adjuvância. Terceiro, a idade da paciente e o tipo histológico do tumor levaram a equipe a considerar a qualidade de vida pós-operatória, preservando qualidade e funcionalidade sexual, que apresenta melhor resultado no tratamento cirúrgico. Por fim, a paciente havia sido estadiada da melhor forma possível, não se evidenciando comprometimento parametrial em exames de imagem nem no exame físico, com ausência de linfonodomegalias, sendo o único ponto limitante o tamanho tumoral. Todos esses fatores foram analisados e a abordagem cirúrgica foi eleita.

A paciente foi submetida a cirurgia de parto cesáreo seguida de histerectomia radical tipo C1 de Querleu e Morrow, associada a salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica (Figura 2), por meio de incisão laparotômica a Cherney. O procedimento transcorreu sem intercorrências com perda sanguínea estimada de 500 a 1.000 mL.

Foi previamente discutido com a paciente sobre a remoção dos ovários devido à incerteza da taxa de metástases ovarianas na histologia de adenocarcinoma cervical, sabendo-se que os valores podem variar de 0-12% nos diferentes relatos, sendo realizada decisão em conjunto com a equipe para realizar salpingo-ooforectomia bilateral.<sup>(7)</sup>



**Figura 2.** Produto da histerectomia C1 de Querleu e Morrow, associada a salpingo-ooforectomia bilateral e a linfadenectomia pélvica

O recém-nascido encontrava-se vigoroso e saudável no momento do parto, sendo encaminhado ao berçário nas primeiras horas de vida por desconforto respiratório transitório, não sendo necessárias medidas invasivas.

A paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, em enfermaria, sendo retirada a sonda vesical após 48 horas, sem intercorrências. Realizada profilaxia para trombose venosa profunda e mantida antibioticoterapia durante a internação, devido à manipulação cirúrgica associada ao parto no mesmo tempo operatório e devido às condições de biotipo da paciente (obesidade e abdômen em avental). Ambos, mãe e bebê, receberam alta no terceiro dia pós-operatório.

O resultado anatomopatológico revelou: adenocarcinoma mucinoso da endocérvice, moderadamente diferenciado, exofítico e ulcerado, exteriorizando-se pelo canal endocervical, medindo 2,5 x 2,5 x 2,5 cm. Ausência de embolização angiolímfática e ausência de comprometimento perineural. Istmo livre de comprometimento neoplásico. Endométrio autolizado e paramétrios livres de comprometimento. Produto de linfadenectomia pélvica, com 25 linfonodos livres de comprometimento e margens vaginais livres de comprometimento. Estadiamento final IB2 (FIGO 2018).<sup>(4)</sup>

No sétimo dia pós-operatório, a paciente deu entrada no serviço com secreção exteriorizada pela ferida operatória. No exame físico, à palpação, foi evidenciada deiscência de aponeurose em terço distal esquerdo, sendo necessária nova abordagem cirúrgica com ressutura de parede abdominal, sem intercorrências, com alta após dois dias.

Devido ao resultado anatomopatológico, não foi indicada nenhuma terapia adjuvante para o caso.

## DISCUSSÃO

Devido ao pequeno número de casos na literatura de gestantes com neoplasia de colo uterino, não existe conduta definida protocolada, devendo-se individualizar cada caso. Nos casos em que o diagnóstico ocorre mais tardiamente, a viabilidade do feto deve ser levada em consideração, para que o desfecho fetal seja o melhor possível.

A literatura sugere que quanto mais precocemente o tratamento for instituído, melhor o desfecho em relação à doença, principalmente relacionado à disseminação locorregional. Porém, nesses casos, as condições fetais devem ser consideradas, enfatizando-se que partos abaixo de 27 semanas estão associados a paralisia cerebral, disfunções auditivas e visuais, bem como ao desenvolvimento cognitivo da criança ao longo da vida. Assim, o início ou atraso do tratamento deve ser discutido exaustivamente com a gestante, devendo-se explicar os riscos, em uma decisão compartilhada, pois pode estar envolvida uma diminuição das chances de cura e/ou sobrevida da mãe.<sup>(6)</sup>

O uso de quimioterapia durante a gestação pode ser uma opção para casos em que a idade gestacional é inicial, o que proporcionaria melhor controle locorregional e, por vezes, diminuição da carga tumoral, com possibilidade de conduta cirúrgica no pós-parto. Nos casos em que a doença é diagnosticada em fases iniciais da gestação, principalmente no primeiro trimestre, também deve ser considerada e discutida com a mãe e a comissão ética da instituição a possibilidade de interrupção da gestação e tratamento completo.

Os casos devem ser individualizados e conduzidos de acordo com o tratamento proposto. Em casos em que a cirurgia pode ser proposta, principalmente em pacientes jovens, devem ser esclarecidos os riscos de ela ser realizada imediatamente pós-parto (risco de infecção e de sangramento) ou em segundo tempo, após recuperação breve da cesariana (porém com mais tempo de evolução da doença).

A recuperação cirúrgica, em pacientes jovens, parece apresentar melhor desfecho em termos de qualidade de vida, visto que os efeitos radioterápicos podem trazer grandes consequências do ponto de vista sexual (atrofia vaginal e seca).<sup>(7)</sup>

No caso descrito, optou-se pela realização da histerectomia tipo C e Querleu e Morrow, considerando a idade gestacional do diagnóstico, de 31 semanas, além do estadiamento clínico IB3, e, após acompanhamento multidisciplinar de acordo, foi uma proposta aceita pela paciente, considerando o risco-benefício da mãe e do feto. Nesse caso, optou-se pela remoção dos ovários devido ao tipo histológico e sua chance maior de recidiva, o que levou a paciente a uma indução cirúrgica de menopausa precoce. Em um segundo momento, quando da recuperação completa da cirurgia, será discutida a possibilidade de terapia de reposição hormonal, se necessária, para que a paciente não curse com aumento de chances de doenças cardiovasculares ou disfunções ósseas, cognitivas e sexuais decorrentes de hipogonadismo.<sup>(7)</sup>

A terapia adjuvante deve ser indicada para pacientes com fatores patológicos adversos, tais como linfonodos pélvicos positivos, infiltração parametrial, margens positivas ou invasão estromal profunda. De acordo com fatores prognósticos, as pacientes são classificadas como de alto risco, risco intermediário e baixo risco para recidiva. As pacientes de alto risco apresentam margens cirúrgicas positivas e acometimento de paramétrio, devendo-se oferecer a elas a radioquimioterapia pós-operatória. No caso das pacientes de risco intermediário, que apresentam dois de três fatores (tumor acima de 4 cm, invasão linfovascular ou invasão estromal profunda), a radioterapia isoladamente deverá ser aplicada. Por fim, tal como no caso da paciente descrita, para pacientes classificadas como de baixo risco, que não preenchem os outros critérios, não é considerado necessário tratamento adjuvante.<sup>(4)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão multidisciplinar é o que pode agregar o maior benefício e segurança para a paciente. Individualizar a idade gestacional e o momento do diagnóstico dita a conduta inicial a ser abordada. Apesar de muitas vezes ser imperativo o desejo materno, o tratamento do câncer deve ser aventado, sendo possível o uso de quimioterápico durante a gestação até que se atinja uma mínima viabilidade fetal. Para todas as pacientes, deve-se considerar evitar a soma de morbidades de múltiplas modalidades de tratamento sem acréscimo de sobrevida, porém casos limítrofes devem ser individualizados para uma melhor proposta terapêutica.

## AGRADECIMENTOS

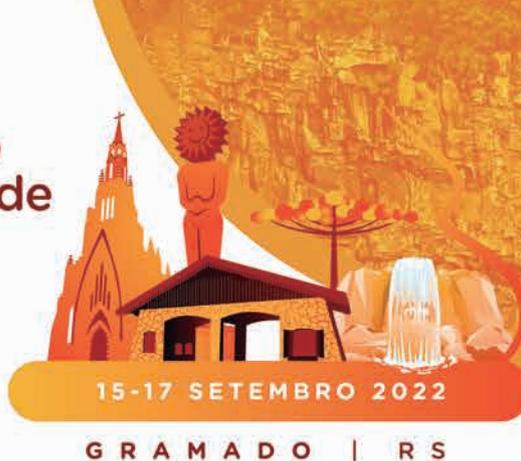
Agradecemos à Faculdade de Medicina do ABC por toda a ajuda oferecida na execução do estudo, sem a qual este projeto não seria possível.

## REFERÊNCIAS

1. Halaska MJ, Uzan C, Han SN, Fruscio R, Dahl Steffensen K, Van Calster B, et al. Characteristics of patients with cervical cancer during pregnancy: a multicenter matched cohort study. An initiative from the International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy. *Int J Gynecol Cancer*. 2019 Mar 20. doi: 10.1136/ijgc-2018-000103. [ahead of print].
2. Yoshihara K, Ishiguro T, Chihara M, Shima E, Adachi S, Isobe M, et al. The safety and effectiveness of abdominal radical trachelectomy for early-stage cervical cancer during pregnancy. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(4):782-7. doi: 10.1097/IGC.0000000000001218
3. Ricci C, Scambia G, De Vincenzo R. Locally advanced cervical cancer in pregnancy: overcoming the challenge. A case series and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(8):1490-6. doi: 10.1097/IGC.0000000000000795
4. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143 Suppl 2:22-36. doi: 10.1002/ijgo.12611
5. Albright CM, Wenstrom KD. Malignancies in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;33:2-18. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.10.004
6. Perrone AM, Bovicelli A, D'Andrilli G, Borghese G, Giordano A, De Iaco P. Cervical cancer in pregnancy: analysis of the literature and innovative approaches. *J Cell Physiol*. 2019;234(9):14975-90. doi: 10.1002/jcp.28340
7. Hu J, Jiao X, Yang Z, Cui H, Guo H, Wu Y, et al. Should ovaries be removed or not in early-stage cervical adenocarcinoma: a multicenter retrospective study of 105 patients. *J Obstet Gynaecol*. 2017;37(8):1065-9. doi: 10.1080/01443615.2017.1323198

# XX Congresso Sul-Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

V Jornada Sul-Brasileira de Mastologia



## Cursos Pré Congresso

15 DE SETEMBRO | QUINTA-FEIRA

Sala 1 Gineco - Laçador

**TEÓRICO-PRÁTICO EM COLPOSCOPIA (MD ANDERSON)**

Sala 3 Obstetrícia - Ópera de Arame

**CURSO HEMORRAGIA PUERPERAL**

Sala 2 Gineco - Ponte Hercílio Luz

**CURSO SUTURA DE LACERAÇÕES PERINEAIS (PROTECT IUGA)**

Sala 4 Obstetrícia - Natal Luz

**CURSO ULTRASSOM INTRAPARTO**

## Convidados Internacionais



**ALLY MURJI**

Canadá



**ANDREW SHEEHAM**

Reino Unido



**ASMA KALIL**

Reino Unido



**EDUARD GRATACÓS**

Espanha



**MATIAS COSTA VIEIRA**

Reino Unido



**PHILIP CASTLE**

Reino Unido



**RENE PAREJA**

Colômbia



**SANTIAGO PALACIOS**

Espanha



**ROBERTA BGEGINSKI**

Canadá

ACESSE O SITE

[www.sulbrasgo2022.com.br](http://www.sulbrasgo2022.com.br)

REALIZAÇÃO



ORGANIZAÇÃO



ENTIDADE APOIADORA



AGÊNCIA DE VIAGENS





CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O congresso de todos os brasileiros  
16-19/Nov, 2022 • Rio de Janeiro, RJ



# INSCRIÇÕES ABERTAS

para o **reencontro** mais aguardado do ano!



Acesse o site e confira todas as informações do evento

[www.cbgo2022.com.br](http://www.cbgo2022.com.br)

Realização



Gerenciamento

