

Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 51, Número 5, 2023

Racismo como determinante social da saúde no Brasil

ÓBITOS
MATERNOS
retrocedem
ao índice da
década de 1990



FEBRASGO POSITION STATEMENT

Mantendo o compromisso com a promoção da educação e atualização médica continuada em Ginecologia e Obstetrícia, a Febrasgo produz o Position Statement. Manuscritos com conteúdos baseados em evidências científicas sobre a temática proposta e resultados que contribuem para a prática clínica.

O Febrasgo Position Statement documenta o estado atual da área de Ginecologia e Obstetrícia na



Pesquisa e
Extensão

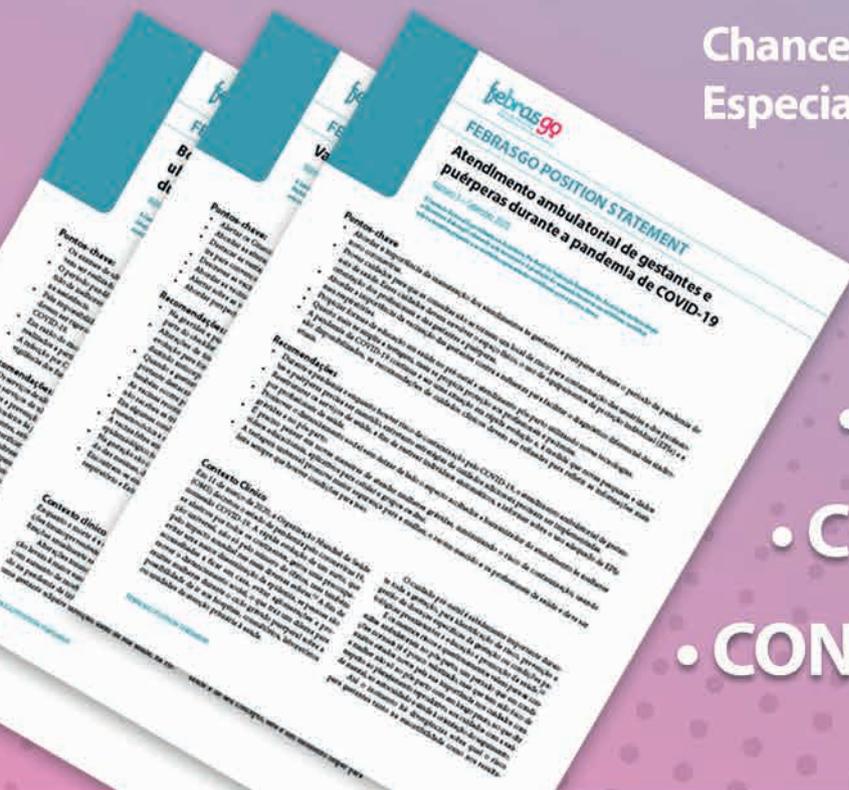


Prática
Assistencial



Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

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
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



EDITORIAL

Este volume está provocante, embora o tema de capa seja universal e não afete apenas o Brasil! Veja o grosso das referências utilizadas na redação do texto. Isso não minimiza nossas idiossincrasias. O Brasil é mistura de etnias; entre o caucasiano e o negro há um leque enorme e miscigenados. Logo, qualquer discriminação em nosso país não tem senso! O título é forte, e o texto tem redação de três professores de Campinas e coloca o cenário da pandemia de COVID-19 como pano de fundo. Para quem, enquanto médico, professor há mais de quarenta anos, atuando em hospital público universitário e não tem essa vivência, o texto choca e clama nossa atenção. Em tandem, a jornalista Letícia entrevista as três autoras e uma especialista em urgências médicas da Febrasgo. O texto expõe nossas feridas! Instituições de saúde e médicos racistas não devem fazer parte de nosso mundo, embora aqui tenham aportado poéticos navios negreiros.

Novamente, a jornalista Letícia entrevista obstetras médicos e enfermeiros que abordam a inadmissível taxa de mortalidade materna no Brasil. Ela ainda oscila e continuamos pecando, já que as maiores causas são tecnicamente evitáveis. O texto é rico em quadros educativos. A introdução do residente no trabalho em equipe de saúde é posta em texto de dois professores do Ceará, que se utilizam de vários cenários. Artigo enxuto e interessantíssimo para os educadores. A Comissão de Defesa e Valorização Profissional continua incansável em nossas políticas. Segue ferrenha adversária da pacificação do termo “violência obstétrica”, que agora querem colocar no guarda-chuva da Lei Maria da Penha. Posição da Febrasgo acerca da assistência ao câncer do colo uterino na gestação abre o Caderno Científico deste volume. Os seis pontos-chave descrevem amplos aspectos epidemiológicos e clínicos. Se seguidas, as sete recomendações asseguram conduta incriticável. Leitura agradabilíssima, um presente da Comissão Nacional Especializada de Ginecologia Oncológica da Febrasgo.

O Caderno Científico trata da sexualidade em uma carta ao editor e em um artigo original. O artigo colocado como “carta ao editor” é, na verdade, “carta a todos nós”. Traz dados e recomendações preciosas à nossa atuação clínica. O artigo original aborda as repercussões dos contraceptivos orais sobre a função sexual feminina. Os autores de Minas Gerais utilizam questionário, validado em português, com levantamento de dados. Esse ponto já merece elogios. O instrumento examina seis domínios em dezenove questões em escala de Likert, e o número de indivíduos é adequado. A análise dos dados indica possível efeito negativo desses contraceptivos na sexualidade feminina. Os resultados da literatura seguem controversos. *Femina* termina com artigo de revisão ensinando como devemos proceder ao realizar o exame ginecológico. O texto tem redação de professor de Minas Gerais. Tenho certeza de que a leitura será prazerosa. Em medicina, não há assunto esgotado, e esse texto é prova disso.

Este volume de *Femina* nos provoca. Daí sua relevância. Sentimentos mistos de indignação e tristeza podem permear sua leitura. Futuro pacificador é nossa vontade.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR

SUMÁRIO

262 Capa

Racismo como determinante social da saúde no Brasil – na pandemia de COVID-19 e além

267 Entrevista

O racismo [implícito] de cada dia

274 Entrevista
**Óbitos
maternos:
evitáveis,
inaceitáveis,
mas como
reduzi-los?**



280 Federada
**APGO
Vencendo distâncias**



283 Residência Médica
**Estratégias de treinamento
do residente no trabalho
em equipes de saúde**

288 Defesa e Valorização Profissional
**Febrasgo acompanha
tramitação de projeto de lei
que visa incluir o inadequado
termo “violência obstétrica”
na Lei Maria da Penha**

291 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

**Câncer de colo uterino
na gestação**

CARTA AO EDITOR

**Impactos da pandemia
de COVID-19 na
sexualidade feminina**

ARTIGO ORIGINAL

**O impacto do uso de métodos
contraceptivos orais na
função sexual de mulheres
em idade reprodutiva**

ARTIGO DE REVISÃO

Exame físico em ginecologia



Racismo como determinante social da saúde no Brasil – na pandemia de COVID-19 e além

Amanda Dantas-Silva¹, Sílvia Maria Santiago¹, Fernanda Garanhani Surita¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define disparidade como a diferença entre dois grupos, não só desnecessária e evitável, mas também injusta e perversa,⁽¹⁾ e as disparidades raciais são diferenças entre subgrupos distintos da espécie humana e sem nenhuma razão biológica cientificamente comprovada para que existam.⁽²⁾

Existem evidências crescentes de que disparidades étnicas e raciais permeiam assuntos relacionados à saúde, e o racismo estrutural é um ponto fundamental na determinação da saúde populacional.⁽³⁾

O racismo é um sistema de domínio de um grupo racial definido como inferior pelos grupos dominantes, em que características fenotípicas são utilizadas para justificar desigualdades no acesso a recursos e poder.⁽⁴⁾ O racismo é estrutural, na medida em que a estrutura social foi construída de forma racialmente hierárquica, e é cultural, uma vez que os valores e as crenças culturais do grupo racial dominante são usados como as normas pelas quais os demais grupos são socialmente julgados.⁽⁵⁾ O racismo institucional, por sua vez, refere-se à manutenção das desigualdades raciais por mecanismos institucionais. Atua de forma difusa, implícita no modo de funcionamento cotidiano das instituições e organizações sociais, por meio de práticas discriminatórias que colocam as pessoas discriminadas em desvantagem no acesso aos serviços e oportunidades, de acordo com a cor de pele.⁽⁶⁾ Assim, o racismo cultural mantém o racismo estrutural, e ambos constituem a raiz das iniquidades raciais em saúde.^(4,5)

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Fernanda Garanhani Surita
Av. Alexander Fleming, 101, 13083-887,
Campinas, SP, Brasil
surita@unicamp.br

Como citar:

Dantas-Silva A, Santiago SM, Surita FG. Racismo como determinante social da saúde no Brasil – na pandemia de COVID-19 e além. *Femina*. 2023;51(5):262-6.

Este artigo é a versão traduzida de:

Dantas-Silva A, Santiago SM, Surita FG. Racism as a social determinant of health in Brazil in the COVID-19 pandemic and beyond [editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;44(5).

Os resultados em saúde são diretamente impactados pelo nível de racismo estrutural e institucional.⁽⁷⁾ O racismo associa-se a piores resultados em saúde de forma geral, pior saúde física e saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e estresse psicológico, e a existência de crenças e práticas racistas entre os profissionais de saúde em relação a grupos minoritários influencia no processo de tomada de decisão por esses profissionais.^(8,9)

As diferenças raciais permeiam várias áreas da saúde: pessoas negras recebem menos prescrição de analgésicos de forma geral, menos tratamento paliativo no câncer metastático e menor uso de terapia de revascularização para tratamento de acidente vascular cerebral (AVC), e têm piores desfechos cardiovasculares, além de apresentarem maior tempo de espera para atendimento no departamento de emergência.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

Em ginecologia e obstetria, as disparidades raciais são evidentes: mulheres negras apresentam as maiores taxas de mortalidade e morbidade materna grave, início mais tardio e não realização de pré-natal, maior risco de pré-eclâmpsia, prematuridade e de hemorragia pós-parto, e relatam pior experiência durante a assistência pré-natal, parto e pós-natal.⁽¹⁵⁻²¹⁾ Além disso, têm menor acesso a métodos contraceptivos, recebem mais diagnóstico de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), fazem menos exames de rastreamento para câncer de colo de útero e tiveram aumento nas taxas de mortalidade por câncer de mama.⁽²²⁻²⁴⁾

No Brasil, a maioria da população brasileira é negra, sendo conceituada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como o conjunto de pessoas autodeclaradas como pretas e pardas.⁽²⁵⁾ Apesar disso, as disparidades raciais se perpetuam.⁽²⁶⁾

A pandemia da COVID-19 exacerbou as disparidades em saúde.⁽²⁷⁾ A situação de emergência em saúde pública global impôs uma nova realidade aos sistemas de saúde no mundo todo e acentuou as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento foram ainda mais afetados pelos efeitos da pandemia, mostrando que as desigualdades socioeconômicas existentes podem afetar o curso inicial da doença e as mortes por COVID-19, o que atinge especialmente as populações mais vulneráveis.⁽²⁷⁻²⁹⁾

No Brasil, as taxas de infecção e mortes por COVID-19 são desiguais, com maior risco para as populações com baixo nível socioeconômico e para a população negra.⁽³⁰⁾ A mortalidade por COVID-19 foi maior entre a população negra, e a mortalidade materna foi duas vezes maior entre as mulheres negras, em comparação com as não negras em nosso país.^(31,32)

Os impactos da pandemia colocaram em evidência as disparidades raciais em saúde já existentes no Brasil.⁽³³⁾ Revisão integrativa, incluindo estudos brasileiros com bancos de dados secundários e de base populacional, encontrou a cor de pele negra como fator de risco independentemente associado à gravidade da COVID-19 e

concluiu que a população negra é a maior vítima tanto dos impactos físicos causados pela COVID-19 quanto dos fatores econômicos.⁽³⁴⁾

As disparidades raciais ainda são muito presentes em nossa população, e existem marcantes diferenças sociodemográficas entre negras e não negras. Estudo brasileiro multicêntrico retrospectivo feito com gestantes e puérperas suspeitas para COVID-19 mostrou que as mulheres negras eram mais jovens e tinham menor escolaridade, maior taxa de gestação não planejada e maior cobertura pública de plano de saúde. Além disso, também mostrou maior gravidade da infecção entre as mulheres negras, com maior risco de síndrome respiratória aguda grave, internação em unidade de terapia intensiva, maior dessaturação na admissão e maior mortalidade materna nesse grupo.⁽³⁵⁾

A pandemia da COVID-19 não criou essas inequidades, mas nos lembrou de como o racismo estrutural é uma força motriz dos determinantes sociais de saúde e destacou a necessidade de os profissionais de saúde mudarem a abordagem e a assistência, principalmente às populações discriminadas. Isso significa que os profissionais de saúde devem se apropriar de todo o conhecimento já produzido sobre a saúde da população negra para que possam lidar mais especificamente com essa população, assim como deve-se fazer um chamado para que a produção de conhecimento nessa área seja aumentado. Essa é uma forma poderosa de combate ao racismo.

A COVID-19 não foi uma doença democrática e expôs ainda mais a forte associação entre raça, etnia, cultura, *status* socioeconômico e resultados de saúde.⁽³⁶⁾ O preconceito implícito individual e o profundo impacto do racismo estrutural devem ser reconhecidos e aceitos antes que um progresso real possa ser feito na redução das disparidades raciais na mortalidade materna. Para reduzir os impactos da COVID-19 e de outras emergências de saúde pública, é urgente adotar novos modelos de assistência centrados na mulher, levando em consideração as disparidades raciais e a sobreposição de vulnerabilidades, com políticas públicas voltadas especificamente para a população negra, respeitadas suas particularidades.

Inequidades em saúde são geradas e mantidas pelas diferenças sociais e pela desigualdade de acesso a serviços, recursos e poder.⁽¹⁾ Os determinantes sociais de saúde são condições não médicas que afetam os resultados em saúde e envolvem as condições em que as pessoas vivem, trabalham e crescem, com impacto em fatores de risco e desfechos de saúde.^(37,38) Esses determinantes sociais são responsáveis pelas inequidades em saúde, não só entre os países, mas também dentro de um mesmo país: quanto pior a condição socioeconômica, piores as condições em saúde.^(1,37)

Os objetivos do desenvolvimento sustentável, que são metas da ONU para os anos de 2015-2030, incluem combater as disparidades sociais em vários de seus

objetivos; podemos salientar três deles: o terceiro objetivo (ODS 3), que é sobre saúde e bem-estar para todos; o quinto objetivo (ODS 5), que aborda igualdade de gênero; e o décimo objetivo (ODS 10), que discorre sobre redução das desigualdades.⁽³⁹⁾ Sabemos que a pandemia de COVID-19 impactou fortemente as metas a serem atingidas nesse período, um atraso de décadas em vários setores como, por exemplo, a redução da mortalidade materna, indicador de saúde fortemente ligado à nossa especialidade, a ginecologia obstétrica.⁽⁴⁰⁾

As mulheres negras sofrem com vulnerabilidades de gênero, sociais e raciais que se cruzam e geram efeitos aditivos ou multiplicativos.⁽²⁷⁾ As mulheres negras estão sob o impacto de determinantes produzidos por um movimento histórico, que construiu formas culturais específicas de pensar a população negra, bem como vulneráveis às condições sociais produzidas por uma sociedade desigual que afeta sua saúde.⁽⁴¹⁾ A articulação dos determinantes sociais da diferença foi pensada pela primeira vez pela professora, filósofa e autora brasileira Lélia Gonzalez, na década de 1980, antes mesmo do surgimento do conceito de interseccionalidade.⁽⁴²⁾ Gonzalez relaciona os formadores sociais de cor, classe e gênero com a construção e manutenção do racismo. O conceito de interseccionalidade foi, então, sistematizado pela professora norte-americana Kimberly Crenshaw, como “a maneira pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”.⁽⁴³⁾ Crenshaw propõe o conceito como método de identificação das desigualdades sofridas pelas mulheres negras a partir do racismo estrutural. Nesse sentido, as mulheres negras agregam o maior conjunto de condições desfavoráveis e se situam na base da pirâmide social.⁽⁴⁴⁾

A variável cor da pele/raça deve ser levada em consideração, dentro de um contexto histórico de discriminação, como uma variável complexa, que interfere nos resultados em saúde não só por fatores genéticos e biológicos, mas muitas vezes por fatores sociais e econômicos, e como uma construção social.^(45,46) Compreender o racismo e considerar a existência de disparidades raciais na tomada de decisões e na construção de políticas públicas possibilita reduzir as desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
2. Fine MJ, Ibrahim SA, Thomas SB. The role of race and genetics in health disparities research. *Am J Public Health.* 2003;95(12):2125-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.076588
3. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017;389(10077):1453-63. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X
4. Hardeman RR, Medina EM, Kozhimannil KB. Structural racism and supporting black lives – the role of health professionals. *N Engl J Med.* 2016;375(22):2113-5. doi: 10.1056/NEJMp1609535
5. Dominguez TP. Race, racism, and racial disparities in adverse birth outcomes. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;51(2):360-70. doi: 10.1097/GRF.0b013e31816f28de
6. López LC. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface (Botucatu).* 2012;16(40):121-34. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004
7. Lukachko A, Hatzembuehler ML, Keyes KM. Structural racism and myocardial infarction in the United States. *Soc Sci Med.* 2014;103:42-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.07.021
8. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138511. doi: 10.1371/journal.pone.0138511
9. Sim W, Lim WH, Ng CH, Chin YH, Yaow CY, Cheong CW, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: a qualitative systematic review. *PLoS One.* 2021;16(8):e0255936. doi: 10.1371/journal.pone.0255936
10. Kreling MC, Pimenta CA, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. *Rev Dor.* 2014;15(3):230-5. doi: 10.5935/1806-0013.20140049
11. Cole AP, Nguyen DD, Meirkhanov A, Golshan M, Melnitchouk N, Lipsitz SR, et al. Association of care at minority-serving vs non-minority-serving hospitals with use of palliative care among racial/ethnic minorities with metastatic cancer in the United States. *JAMA Netw Open.* 2019;2(2):e187633. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7633
12. Faigle R, Cooper LA, Gottesman RF. Lower carotid revascularization rates after stroke in racial/ethnic minority-serving US hospitals. *Neurology.* 2019;92(23):e2653-60. doi: 10.1212/WNL.00000000000007570
13. Churchwell K, Elkind MS, Benjamin RM, Carson AP, Chang EK, Lawrence W, et al. Call to action: structural racism as a fundamental driver of health disparities: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2020;142(24):e454-68. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000936>
14. Karve SJ, Balkrishnan R, Mohammad YM, Levine DA. Racial/ethnic disparities in emergency department waiting time for stroke patients in the United States. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2011;20(1):30-40. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.10.006
15. Hoyert DL, Miniño AM. Maternal mortality in the United States: changes in coding, publication, and data release, 2018. *Natl Vital Stat Rep.* 2020;69(2):1-18.
16. Chen J, Cox S, Kuklina EV, Ferre C, Barfield W, Li R. Assessment of incidence and factors associated with severe maternal morbidity after delivery discharge among women in the US. *JAMA Netw Open.* 2021;4(2):e2036148. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36148
17. Leal MC, Gama SG, Pereira AP, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(Supl 1):e00078816. doi: 10.1590/0102-311X00078816
18. Johnson JD, Louis JM. Does race or ethnicity play a role in the origin, pathophysiology, and outcomes of preeclampsia? An expert review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S876-85. doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.038
19. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ. Births in the United States, 2021. *NCHS Data Brief.* 2022;(442):1-8.
20. Gyamfi-Bannerman C, Srinivas SK, Wright JD, Goffman D, Siddiq Z, D'Alton ME, et al. Postpartum hemorrhage outcomes and race. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(2):185.e1-10. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.052
21. Henderson J, Gao H, Redshaw M. Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:196. doi: 10.1186/1471-2393-13-196

22. Sutton MY, Anachebe NF, Lee R, Skanes H. Racial and ethnic disparities in reproductive health services and outcomes, 2020. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):225-33. doi: 10.1097/AOG.0000000000004224
23. Marcelino AC, Gozzi B, Cardoso-Filho C, Machado H, Zeferino LC, Vale DB. Race disparities in mortality by breast cancer from 2000 to 2017 in São Paulo, Brazil: a population-based retrospective study. *BMC Cancer.* 2021;21(1):998. doi: 10.1186/s12885-021-08735-2
24. White A, Thompson TD, White MC, Sabatino SA, de Moor J, Doria-Rose PV, et al. (2017). Cancer screening test use – United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(8):201-6. doi: 10.15585/mmwr.mm6608a1
25. Petruccelli JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>
26. Williamson KE. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. *Anthropol Med.* 2021;28(2):172-87. doi: 10.1080/13648470.2021.1932416
27. Barron GC, Laryea-Adjei G, Vike-Freiberga V, Abubakar I, Dakkak H, Devakumar D, et al. Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *Lancet Public Health.* 2021;7(1):e86-e92. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00235-8
28. Chackalackal DJ, Al-Aghbari AA, Jang SY, Ramirez TR, Vincent J, Joshi A, et al. The Covid-19 pandemic in low- and middle-income countries, who carries the burden? Review of mass media and publications from six countries. *Pathog Glob Health.* 2021;115(3):178-87. doi: 10.1080/20477724.2021.1878446
29. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):e782-92. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00081-4
30. Pereira FA, Filho FM, de Azevedo AR, de Oliveira GL, Flores-Ortiz R, Valencia LI, et al. Profile of COVID-19 in Brazil-risk factors and socioeconomic vulnerability associated with disease outcome: retrospective analysis of population-based registers. *BMJ Glob Health.* 2022;7(12):e009489. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009489
31. Teixeira RA, Vasconcelos AM, Torens A, França EB, Ishitani L, Bierrenbach AL, et al. Excess mortality due to natural causes among whites and blacks during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2022;55(Suppl 1):e0283. doi: 10.1590/0037-8682-0283-2021
32. Scheler CA, Discacciati MG, Vale DB, Lajos GJ, Surita F, Teixeira JC. Mortality in pregnancy and the postpartum period in women with severe acute respiratory distress syndrome related to COVID-19 in Brazil, 2020. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(3):475-82. doi: 10.1002/ijgo.13804
33. Nakamura-Pereira M, Amorim MM, Pacagnella RC, Takemoto ML, Penso FC, Rezende-Filho J, et al. COVID-19 and maternal death in Brazil: an invisible tragedy. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(8):445-7. doi: 10.1055/s-0040-1715138
34. Cavalcante GS, Santos MC, Andrade MM, Melo RB, Oliveira TS, Santos GG. Integrative Literature Review on COVID-19 racial ethnic disparities among black pregnant and postpartum women. *Pubsaúde.* 2021;8:a248. doi: 10.31533/pubsaude8.a248
35. Brazilian Black women are at higher risk for COVID-19 complications: an analysis of REBRACO, a national cohort. *RBGO.* 2023;45(45).
36. Yaya S, Yeboah H, Charles CH, Otu A, Labonte R. Ethnic and racial disparities in COVID-19-related deaths: counting the trees, hiding the forest. *BMJ Glob Health.* 2020;5(6):e002913. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002913
37. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
38. Centers for Disease Control and Prevention. Social determinants of health [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>
39. United Nations. Take action for the Sustainable Development Goals [Internet]. 2023 [cited 2023 May 9]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
40. Kumar J, Kumar P. COVID-19 pandemic and health-care disruptions: count the most vulnerable. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):e722-3. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00098-X
41. Saluja B, Bryant Z. How implicit bias contributes to racial disparities in maternal morbidity and mortality in the United States. *J Womens Health (Larchmt).* 2021;30(2):270-3. doi: 10.1089/jwh.2020.8874
42. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio Janeiro: Zahar; 2020.
43. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem.* 2002;10(1):177-88. doi: 10.1590/S0104-026X2002000100011
44. Crenshaw KW. Cartographies des marges: intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cah Genre.* 2005;(39):51-82.
45. Briggs AH. Healing the past, reimagining the present, investing in the future: what should be the role of race as a proxy covariate in health economics informed health care policy? *Health Econ.* 2022;31(10):2115-9. doi: 10.1002/hec.4577
46. Headen IE, Elovitz MA, Battarbee AN, Lo JO, Debbink MP. Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227(4):560-70. doi: 10.1016/j.ajog.2022.05.033

O racismo [implícito] de cada dia

Ele impõe diversas barreiras no acesso de mulheres negras à saúde e aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna nessa população.

Por Letícia Martins

Começo este texto com uma triste notícia: não temos um final feliz. O racismo chegou ao Brasil com os navios negreiros e nunca mais foi embora, nem mesmo com a abolição da escravidão. O homem já foi à Lua, explorou outros planetas, desceu às profundezas dos oceanos, encontrou petróleo, controlou a aids, desenvolveu vacinas que erradicaram várias doenças, mas ainda enxerga o outro a partir da cor da pele.

O racismo está entremeado na cultura, na história, na saúde, nas instituições e nas atitudes. A desigualdade de raça, que já era imensa, tornou-se evidente com a pandemia da COVID-19. Em março deste ano, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, emitiu um boletim epidemiológico mostrando, entre outras condições, que mulheres negras e pardas são 70% mais vulneráveis a um pré-natal inadequado do que as brancas. Diversos autores vêm abordando o tema do racismo enquanto determinante social na saúde do Brasil em artigos necessários, que nos levam à reflexão, provocam o debate e instigam a mudança de comportamento. Um desses artigos estampa a capa da atual edição de *Femina*, do qual recomendamos a leitura.

O debate, obviamente, é amplo demais para finalizar em algumas páginas de revista, mas a professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e diretora executiva de Direitos Humanos da Unicamp, **Dra. Silvia Maria Santiago**, ressalta a importância de espaços como este para jogar luz sobre o tema e ampliar o olhar dos médicos. “Sou uma mulher negra formada há 40 anos em Medicina. Estudei na Unicamp em uma época que não tinha negros na universidade, muito menos na Faculdade de Medicina. Foi um longo tempo de certa negação da questão racial na área da saúde. Ainda hoje o racismo nesse ambiente é velado. Mas vejo que o tema tem atraído cada vez mais a atenção de profissionais e pesquisadores e espero que daqui para a frente esse interesse cresça com mais força e que haja mais produção científica em torno do assunto para que todo o racismo seja descortinado”, disse a médica, que sempre trabalhou na Atenção

“O racismo é um tema doloroso, mas não podemos fugir dele. Escancará-lo e enfrentá-lo pode funcionar como uma ação curativa para as instituições”,

declara a Dra. Silvia Maria Santiago.



Básica em Saúde e nos últimos 17 anos atua também junto às populações vulneráveis.

Para combater o racismo na área da saúde, é preciso que os profissionais que nela atuam reconheçam a sua existência. A **Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Assistência Pré-natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e professora titular de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, também acredita que falar sobre o tema e reconhecer a dívida histórica que existe com as pessoas negras no Brasil, por conta da escravidão que se estendeu de forma ímpar no nosso país, é parte fundamental do processo de erradicação do problema. “A própria definição das disparidades raciais aponta para sua condição inaceitável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), disparidade é a diferença entre dois grupos, não só desnecessária e evitável, mas também injusta e perversa”, expõe a Dra. Fernanda.

Numa escala de vulnerabilidade que envolve gênero e cor da pele, as mulheres negras compõem o grupo mais vulnerável. “O acesso à saúde deveria ser universal, mas as pessoas mais vulneráveis por vários motivos têm maior dificuldade em acessar o cuidado qualificado. E isso com certeza impacta a qualidade de vida delas”, aponta a Dra. Fernanda, explicando que existem fatores biológicos que influenciam na saúde das mulheres negras e pardas, como anemia falciforme, entretanto ela salienta que existem outras condições, como problemas

nutricionais ou da saúde mental, que muitas vezes são secundários às várias adversidades que as mulheres negras enfrentam ao longo de suas vidas. E isso tudo é motivo para termos mais políticas públicas voltadas a essa população.

RACISMO NO DIA A DIA

Falar sobre racismo sem citar atitudes racistas pode nos distanciar da proposta. É válido, portanto, apontar as práticas veladas e as escancaradas. Antes, porém, a Dra. Silvia traz à tona o conceito de dois tipos de racismo: o estrutural e o institucional. “O racismo estrutural formata e acompanha os indivíduos desde a infância. Ele se faz presente na sociedade e todos nós, inclusive os negros, estamos ou já estivemos mergulhados nele de certa forma. Crescemos com algum nível de dificuldade de discernir que todas as pessoas têm o mesmo valor, independentemente da cor da pele. Essa deformação é refletida nas práticas profissionais, no ambiente das empresas, instituições, hospitais e universidades”, esclarece.

Há exceções, mas muitos profissionais não conseguem fugir da contaminação do racismo estrutural, e suas condutas dentro das instituições vão sendo regularizadas e aceitas como algo normal. “Quando o racismo estrutural impera, ninguém acha estranho que uma parturiente negra, naquele momento tão importante de sua vida, seja tratada de maneira diferente de uma mulher branca. Os profissionais não têm sensibilidade ou ação política de permitir que a conduta clínica ou cirúrgica possa acontecer da mesma maneira para diferentes mulheres”, exemplifica a Dra. Silvia.

Mas por que essa distinção no atendimento da saúde se há protocolos definidos para cada conduta? Por que mulheres negras têm menos acesso a tratamento paliativo contra o câncer metastático e demoram mais para serem atendidas nas unidades básicas de saúde? Por que pessoas negras recebem menos prescrição de analgésicos de forma geral, como apontado no artigo de capa?

A resposta para todas essas perguntas é uma só: “Por causa do racismo estrutural”, afirma a ginecologista obstetra **Dra. Amanda Dantas Silva**, da

“Na formação dos ginecologistas e obstetras, é necessário discutir como os determinantes sociais podem afetar a saúde das mulheres negras, estimulando a adoção de práticas antirracistas”,

afirma a Dra. Fernanda G. de Castro Surita.



Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Não existe nenhum motivo fisiológico ou biológico para acreditar, por exemplo, que mulheres negras seriam mais resistentes à dor e que, por isso, não precisariam tomar analgésicos. “Historicamente, elas foram tão oprimidas e discriminadas que aprenderam a não reclamar de dor. Mas não existe isso de negar analgesia a mulheres por causa da cor da pele. O que existe é racismo implícito, construído ao longo dos anos desde a colonização do país e enraizado na sociedade”, afirma a Dra. Amanda.

“O racismo é um tema doloroso, mas não podemos fugir dele. Escancará-lo e enfrentá-lo pode funcionar como uma ação curativa para a instituição”, continua a Dra. Silvia. Mas não é tão simples reconhecer que nos ambientes em que as pessoas deveriam encontrar acolhimento e cuidados físicos e emocionais há mulheres sendo discriminadas. “Existe racismo institucional numa instituição que não é racista, porque ela nunca vai admitir isso. Por essa razão, artigos e reportagens nos veículos de comunicação são uma ferramenta muito útil para que gestores de saúde possam identificar em que momento as ações discriminatórias acontecem e tomar providências curativas para essa enfermidade social quando se apresenta nos seus trabalhadores”, declara a Dra. Silvia.

É um ato discriminatório, por exemplo, quando os horários de funcionamento dos serviços de saúde são muito restritivos, dificultando o acesso da população mais pobre, composta por negros e negras. Outra prática comum que mascara o racismo é quando o médico deixa de prescrever um determinado

tratamento porque julga que aquela paciente pobre não vai conseguir fazê-lo. Em vez de tentar outros meios, como se aproximar da rede básica de saúde ou buscar ajuda de um parente, o médico toma a decisão revestida de discriminação. É racismo também quando a mulher negra está em trabalho de parto e ouve ofensas ou brincadeiras relacionadas à cor da pele que jamais seriam dirigidas a uma pessoa branca.

A **Dra. Carla Betina Andreucci Polido**, membro da CNE de Urgências Médicas da Febrasgo e professora adjunta no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), aponta que o racismo estrutural está implícito no sistema quando a necessidade da pessoa preta, que chega à unidade de saúde na mesma condição da pessoa branca, é minimizada e ela é atendida com demora, com menos empatia e com cuidados inadequados. “No período da COVID-19, por exemplo, mulheres pretas e pardas foram internadas ou intubadas mais tardiamente, o que resultou em desfechos piores nessa população. A pandemia escancarou uma fraqueza do Brasil na assistência à saúde e expôs a desigualdade social no atendimento e a vulnerabilidade de mulheres grávidas”, analisa a Dra. Carla.

Em 2021, a razão de mortalidade materna voltou a patamares da década de 1990, atingindo 107 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade por COVID-19 foi maior entre a população negra e o índice de mortalidade materna foi duas vezes maior entre as mulheres negras, em comparação com as não negras, no país, conforme destacaram as autoras no artigo de capa. “É inaceitável que mulheres grávidas tenham perdido a vida por causas evitáveis e mais inaceitável ainda saber que há tratamento desigual por causa da raça.”

Para a Dra. Carla, a morte materna é um indicador de qualidade de assistência à saúde e, se mulheres grávidas estão morrendo em maior número do que outros grupos, é possível dizer que o cuidado à saúde está sendo inadequado. “Precisamos sensibilizar os ginecologistas e obstetras sobre questões relacionadas à morte materna, porque ela é muito negligenciada no dia a dia. Existe um abismo entre as condutas que previnem morte materna e aquelas

“Precisamos olhar com mais atenção para as mulheres negras que chegam ao nosso consultório e não negligenciar os sintomas que elas trazem”,
diz a Dra. Carla Polido.



que são realizadas todos os dias nos consultórios médicos tanto no sistema público quanto privado”, afirma a Dra. Carla, que integra a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras.

Essas questões envolvem, sobretudo, o cuidado pré-natal de qualidade. “O médico não deve desvalorizar qualquer alteração de nível pressórico, de saturação de oxigênio ou de dificuldade respiratória, assim como não deve negligenciar o diagnóstico de infecções na gestação e o rastreamento de doenças, como diabetes. Todas essas medidas têm que ser incentivadas, porque isso já era uma fragilidade no nosso sistema de saúde, que foi mais exposto e potencializado na pandemia”, declara a professora da UFSCar.

MENOS VULNERABILIDADE E MAIS VISIBILIDADE

Seja qual for a direção, o caminho que as mulheres pretas enfrentam em busca de assistência médica é repleto de obstáculos. Muitas vezes, o receio de sofrer racismo ou experiências negativas prévias inviabiliza a procura dessas mulheres por atendimento médico. A Dra. Fernanda acredita que qualquer pessoa que não se sinta acolhida ou representada em um serviço de saúde só irá procurá-lo se não houver outra alternativa, assim, o risco de essas mulheres buscarem atendimento quando o problema de saúde já está grave é alto.

A presidente da CNE de Assistência Pré-natal ressalta outra barreira na assistência médica: “O fato de pessoas negras terem pouca representatividade entre os profissionais de saúde, majoritariamente brancos. Precisamos compreender que isso ocorre

por conta de toda uma construção social que por muito tempo não permitiu que as pessoas negras chegassem às mesmas profissões e cargos que as pessoas brancas, todo um sistema de opressão racial”, diz a Dr. Fernanda.

A aprovação da Lei nº 12.711/2012, conhecida como Lei de Cotas, foi uma iniciativa importante para viabilizar o ingresso de pessoas em condição de vulnerabilidade social, entre elas negras e pardas, nas universidades brasileiras. A Dra. Silvia fala com emoção como é encontrar cada vez mais estudantes negros nas faculdades de Medicina. “Desde 2020, a Faculdade de Medicina da Unicamp tem cotas étnico-raciais. Com isso, as turmas foram paulatinamente incorporando alunos e alunas negros e negras. Isso trouxe um novo colorido para a sala de aula e uma nova disputa de forças, o que é muito positivo. Nas discussões técnicas, por exemplo, os próprios estudantes questionam como seriam os sintomas de uma determinada doença de pele no indivíduo negro. Eles também cobram que o professor use em suas apresentações imagens de pessoas com pele negra”, conta a Dra. Silvia. Mas ainda é raridade encontrar médicos negros lecionando em universidades ou ocupando cargos de liderança.

Nada é tão eficaz para o combate ao racismo quanto ter exemplos de conduta ética e atendimento adequado às pacientes negras. Assim como a Unicamp, a UFSCar e outros serviços de referência em saúde desenvolvem projetos de acolhimento para a população grávida, em particular aquelas com maior vulnerabilidade social (negras, indígenas, comunidade LGBTQA+, entre outras), mas a Dr. Carla ressalta que são iniciativas isoladas. “Faltam políticas públicas nas unidades de saúde do interior, por exemplo, onde muitas mulheres não encontram o atendimento de qualidade técnica e precisam ser transferidas para outros centros, correndo o risco de agravar seu quadro clínico e até morrer por alguma complicação grave por causa dessa demora”, pondera a Dra. Carla.

Além de políticas públicas, ela destaca algo primordial, que depende muito mais da ação de cada ginecologista em particular. “Precisamos olhar com mais atenção para as mulheres negras que chegam

“A melhor forma de conseguirmos atender às particularidades da saúde das mulheres negras é parando para ouvi-las”,

expõe a Dra. Amanda Dantas Silva.



ao nosso consultório, hospitais ou centros médicos, sejam eles públicos ou privados, e não negligenciar os sintomas que elas trazem. Devemos investigar as queixas que elas apresentam em vez de normalizá-las. É assim que vamos diagnosticar algumas condições ameaçadoras de vida na nossa população obstétrica e prevenir muitas mortes maternas”, acrescenta a Dra. Carla.

A Dra. Amanda, doutoranda na Unicamp, concorda com a importância de dar voz às mulheres negras. “A melhor forma de conseguirmos atender às particularidades da saúde das mulheres negras é parando para ouvi-las. Infelizmente isso é justamente o que muitos médicos não fazem. Por causa do racismo velado e opressor, mulheres negras não são ouvidas e não recebem os cuidados necessários”. Tendo se graduado em uma turma de 120 alunos, dos quais apenas uma se autodeclarava negra, a Dra. Amanda afirma: “Acredito que investir na formação dos médicos é fundamental para melhorar a assistência de modo geral”.

A Dra. Fernanda completa: “Na formação dos ginecologistas e obstetras, é necessário discutir como os determinantes sociais (fatores culturais, econômicos, ambientais) podem afetar a saúde das mulheres negras e trazer a reflexão do cuidado para essa população, estimulando a adoção de práticas antirracistas”. Ela finaliza com uma questão da filósofa Djamilia Ribeiro, cujas respostas podem nos levar a um novo final ou um novo caminho na luta por mais igualdade no atendimento e acesso à saúde: “O que cada um de nós está fazendo ativamente para combater o racismo?”.





FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde integral da mulher.



SUA PACIENTE VAI GOSTAR DE SABER DISSO!

Criada pela Febrasgo, a plataforma digital **FEITO PARA ELA** publica frequentemente informação confiável e segura sobre saúde feminina.

Se por um lado a internet tem um papel importante como fonte de informação, por outro ela facilita o compartilhamento de *fake news*. Com o objetivo de combater a desinformação e divulgar conteúdo confiável, a Febrasgo criou o **FEITO PARA ELA**, uma plataforma digital sobre saúde integral da mulher.

No *site* e nas redes sociais do **FEITO PARA ELA**, há muitas matérias e entrevistas sobre bem-estar e saúde, planejamento familiar, maternidade, prevenção de doenças, comportamento, carreira, entre outros temas fundamentais à vida da mulher brasileira.

Os textos são escritos com linguagem leve e acessível, afinal o objetivo é dialogar com todas as mulheres, independentemente do perfil. Cada matéria publicada na plataforma é apurada com responsabilidade e aprovada pela diretoria e especialistas membros das Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo.

Os temas são pautados nas principais dúvidas das pacientes, como estas duas que destacamos abaixo.

Depressão pós-parto: como superar?

Muitas mulheres que planejam engravidar ou estão esperando um bebê preocupam-se com a depressão pós-parto e aproximadamente 10% das mulheres que deram à luz em todo o mundo tiveram depressão pós-parto.

Por isso, no *site* do FEITO PARA ELA há uma matéria abordando as causas, sintomas e tratamentos da depressão pós-parto, além de trazer orientações valiosas sobre como a gestante pode cuidar da saúde mental.

Escaneie o QR Code com o seu celular e indique essa matéria para suas pacientes!



Vacina contra o HPV é segura?

Essa é uma pergunta que geralmente chega pelas redes sociais do FEITO PARA ELA, e isso mostra que ainda há muitas mulheres com dúvidas sobre se devem mesmo vacinar suas filhas adolescentes contra o HPV.

Por essa razão, preparamos um conteúdo que vai direto ao ponto: a vacina contra o HPV é eficaz, segura e previne contra o câncer do colo do útero. Além disso, ainda está disponível no sistema público de saúde.

Se o médico recomendar a leitura, as chances de a paciente ler e se sentir mais motivada a tomar a vacina aumentam. Então, compartilhe essa boa notícia!



A plataforma **FEITO PARA ELA** precisa de você para crescer e se tornar mais conhecida. Então, acesse o *site*, siga as redes sociais do Feito para Ela e indique-os para suas pacientes.

Vamos juntos combater a desinformação e levar informação de qualidade e segura às mulheres brasileiras!

FEITO PARA ELA – Recomendar a leitura é bom para a saúde!



@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELA.COM.BR

Óbitos maternos: evitáveis, inaceitáveis, mas como reduzi-los?

Razão de mortalidade materna aumentou durante a pandemia e retrocedeu ao índice da década de 1990. O desafio agora é ainda maior e requer urgência.

Por Letícia Martins



Maternidade, morte e medo. Três palavras cuja única relação deveria ser somente a letra inicial. Mas, infelizmente, elas estão mais conectadas do que gostaríamos e do que deveríamos aceitar. A razão de mortalidade materna (RMM) aumentou assustadoramente no período da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e expandiu o desafio do Brasil de alcançar a meta de reduzir para no máximo 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos (NVs) até 2030. Temos apenas sete anos e vários obstáculos pela frente para atingir esse que é um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.1 propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Óbito materno, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a morte de mulher ocorrida durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto, por qualquer fator relacionado à gravidez. É preciso respirar fundo para acompanhar os números. “Até 2019, vínhamos observando uma redução substancial na RMM, mas não no ritmo necessário para atingir a meta. A pandemia foi um período realmente catastrófico, e o Brasil voltou a ter indicadores de morte materna lá da década de 1990”, declara o **Dr. Marcos Nakamura**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

O país fechou o ano de 1990 com uma RMM de 143,2 por 100 mil NVs. Em 2000, esse índice foi de 73,3; em 2010, a RMM continuou caindo mesmo depois da epidemia de H1N1, e o ano terminou com 69,9. Em 2019, desceu para o patamar de 57,9, mas começou a subir em 2020, quando atingiu 71,9. Em 2021, segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro, ao menos 1.518 gestantes morreram em decorrência do coronavírus, e o índice de mortalidade materna atingiu a triste marca de 107,53 por 100 mil NVs.

Dados preliminares apontam que o país teve 1.252 mortes maternas em 2022, o que significa um índice de 50,6 óbitos a cada 100 mil NVs. Os números ainda não estão fechados, ou seja, é possível que mais casos sejam registrados. Apesar de ter havido uma queda na RMM no ano passado, o Dr. Marcos argumenta que não temos motivos para comemorar: “Ainda é um indicador muito alto e nos deixa distantes de alcançar a meta assumida pelo Brasil com a ONU. No assunto mortalidade materna, infelizmente estamos patinando”, diz o presidente da CNE de Mortalidade Materna da Febrasgo.

A enfermeira obstetra **Mônica Iassanã dos Reis**, membro da CNE de Mortalidade Materna da Febrasgo e coordenadora de Saúde das Mulheres do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde (COSMU/DGCI/SAPS/MS), analisa que a pandemia colocou à prova as fragilidades da rede de atenção à saúde, pressionando tanto os hospitais quanto as unidades básicas, que foram destinadas ao atendimento prioritário de pacientes com COVID-19 e reduziram significativamente a oferta de serviços essenciais, diminuindo as ações de planejamento



“O que define se uma mulher vai morrer de morte materna não é a patologia que ela pode desenvolver, mas se ela vai receber o cuidado necessário, adequado e oportuno”, afirma o Dr. Rodolfo Pacagnella.

reprodutivo e os atendimentos de pré-natal. Esse é um dos indicadores importantes quando analisamos com lupa o cenário nacional.

“Em 2020, cerca de 49 mil mulheres não tiveram acesso a nenhuma consulta de pré-natal. Isso também é um determinante crucial para as condições que podem favorecer o óbito materno. Entre as mulheres que fazem até duas consultas de pré-natal, a RMM estimada é de 200 óbitos para cada 100 mil nascidos. Já entre as mulheres que fazem sete ou mais consultas de pré-natal, a RMM fica em torno de 71,4 de óbitos. Logo, trabalhar na perspectiva da ampliação e qualificação do número de consultas ajuda a reduzir a razão de mortalidade materna”, afirma Mônica.

O retrocesso nos indicadores do Brasil acompanhou a tendência mundial, que registrou um incremento de 40% na RMM, mas, devido à dimensão continental do nosso país, a queda nos indicadores de RMM se comporta distintamente em cada região. Assim, destaca Mônica, é preciso considerar as características de cada unidade federativa e analisar, além dos números, as dificuldades e necessidades predominantes e urgentes em cada uma. Isso porque a RMM de 107,5 é uma média nacional; alguns estados apresentam cenário melhor, como Pernambuco, que fechou 2021 com a melhor *performance*: 73,7, enquanto Roraima despontou com índice de RMM acima de 309 óbitos em cada 100 mil NVs.

Por sua vez, o Distrito Federal, que vinha em uma tendência de queda até 2019, quando finalizou o ano com uma RMM de 21,2, amargou uma RMM de 53,4 em 2020 e de 94,6 em 2021. “A discrepância entre os estados e a capital do Brasil é enorme. Portanto, estabelecer



Acesse o Boletim Epidemiológico e confira outros dados sobre a saúde da mulher brasileira.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar2023>





“É enorme a importância dos ginecologistas obstetras nesse pacto nacional para reduzir as mortes maternas, afinal eles estão na ponta do atendimento, acompanham o pré-natal, fazem os partos e assistem às mulheres no puerpério”, disse o Dr. Marcos Nakamura.

políticas públicas que dialoguem com essa diversidade é essencial para não distanciarmos a promoção da equidade. Precisamos tratar de forma diferente os diferentes. Nesse sentido, partimos do princípio de que todas as mortes maternas por causas evitáveis não podem ser toleradas. Nenhum estado brasileiro pode se sentir confortável enquanto estivermos perdendo mulheres por causas evitáveis”, afirma a representante do Ministério da Saúde.

PERFIL DAS MULHERES QUE MAIS PERDEM A VIDA POR MORTALIDADE MATERNA

O racismo estrutural e institucional coloca mais obstáculos no caminho das mulheres pretas e pardas que engravidam ou desejam ter filhos. Em março deste ano, as Secretarias de Vigilância em Saúde e Ambiente e de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde divulgaram boletim epidemiológico conjunto com dados que evidenciam a vulnerabilidade dessas mulheres quanto ao risco de terem pré-natal inadequado, parto cesáreo e filhos prematuros e com baixo peso ao nascer. “Essa população responde por 70% do total de pré-natal inadequado no país, o que equivale a três vezes mais que o percentual observado nas brancas, o que sinaliza que as questões de raça também definem óbito”, analisa Mônica Iassanã. Nesse contexto de profundas desigualdades sociais, raciais e étnicas as mulheres pretas e pardas carregam nos olhos o medo da discriminação, da injustiça e da demora ou recusa no atendimento. Os números oficiais comprovam o maior risco de desfecho adverso, sobretudo no ciclo gravídico-puerperal.

Outro indicador de mortalidade materna é a idade. Em 2021, 3.025 mulheres perderam a vida por causa evitável, sendo 229 óbitos maternos de meninas e jovens entre 10 e 19 anos. A pesquisa Nascer no Brasil identifica que 55% das gestações no país não foram planejadas. Em 2022, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), foram registrados quase 3 milhões de nascimentos, e cerca de 1,6 milhão de crianças nasceram de gestações não intencionais.

A violência sexual desponta como um dos principais fatores para a alta taxa de gravidez não planejada, especialmente entre as adolescentes. “Promover e ampliar a

oferta de métodos contraceptivos para meninas e mulheres em idade fértil e garantir o acesso ao aborto em todas as situações previstas em lei pode contribuir para a redução de até 30% da mortalidade materna”, afirma Mônica.

AS TRÊS DEMORAS QUE LEVAM À MORTALIDADE MATERNA

Cerca de 2/3 das mortes maternas têm causas diretas, como síndrome hipertensiva, hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia, infecção grave, sepse e aborto inseguro, e poderiam ser evitadas. Já um terço dos óbitos maternos é considerado indireto, relacionado a doenças preexistentes que se agravaram durante a gestação, como câncer, insuficiência renal, insuficiência hepática, entre outras.

Como vimos, o desafio de reduzir a mortalidade materna não é exclusivo do Brasil; outros países também lidam com o número alto de óbitos maternos. Devido a esse problema em comum no mundo todo, a data de 28 de maio foi marcada como o Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e aqui no Brasil foi definida também como Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.

“Se um problema não é visível, ele não existe para a sociedade. Por isso, efetivamente nessa data procuramos chamar a atenção dos gestores em saúde e da sociedade para a mortalidade materna. Com iniciativas de *advocacy* e divulgação específica, queremos mostrar que a morte materna precisa da ação de todos”, explica o **Dr. Rodolfo Pacagnella**, vice-presidente da CNE de Mortalidade Materna da Febrasgo e professor associado do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp).

De todos mesmo, a começar pela educação e orientação das mulheres. “É fundamental que as mulheres e/ou suas famílias saibam reconhecer um problema de saúde e busquem o atendimento médico no momento oportuno, evitando, assim, a demora em chegar à

THREE DELAYS MODEL

A mortalidade materna está associada a dois fatores principais: a agilidade na busca por atendimento médico e os cuidados obstétricos adequados. Eles foram organizados em um modelo teórico denominado três demoras, *Three delays model*, que são:

1. Demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados médicos;
2. Demora de chegar a uma unidade de cuidados adequados de saúde;
3. Demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência.

unidade de saúde para ser atendida. Também é preciso que elas sejam orientadas sobre o planejamento familiar, recebam educação sexual, conheçam os métodos contraceptivos e evitem a gravidez indesejada, que está por trás das causas da mortalidade materna”, argumenta o Dr. Marcos.

Embora envolva uma ação ativa da mulher em buscar ajuda, essa primeira demora está muito relacionada a problemas no sistema de saúde. “Muitas vezes a unidade de saúde demora para atender a mulher ou não tem vaga, encaminhando-a para outro lugar. Gestantes que apresentam condições de vulnerabilidade são mais suscetíveis, como pretas, pardas, indígenas e adolescentes”, contextualiza o Dr. Rodolfo. Ele acrescenta que há questões biológicas que aumentam a possibilidade de desenvolver patologias na gestação e podem colocar as mulheres em situações de ameaça à vida, como idade materna avançada (acima de 35 anos), presença de comorbidades, entre elas hipertensão, diabetes e obesidade. “No entanto, o que define se uma mulher vai morrer não é necessariamente a patologia que ela pode desenvolver, mas se ela vai receber o cuidado necessário e adequado oportunamente”, afirma o vice-presidente da CNE de Mortalidade Materna da Febrasgo.

Uma vez que a mulher consiga chegar a tempo na instituição de referência e ser atendida, ainda há o risco da terceira demora, que é em receber os cuidados adequados no tempo oportuno. O primeiro ponto crucial dessa jornada começa com os profissionais de saúde reconhecendo a mortalidade materna como um problema sério, evitável e inaceitável, que perpassa por diversas camadas de atendimento até chegar ao evento obstétrico. “É enorme a importância dos ginecologistas obstetras nesse pacto nacional para reduzir as mortes maternas, afinal eles estão na ponta do atendimento, acompanham o pré-natal, fazem o atendimento dos partos e assistem as mulheres no puerpério”, diz o Dr. Marcos, acrescentando em seguida: “Mas somente eles não são capazes nem responsáveis por reduzir totalmente a RMM”.



“Entre outras estratégias, promover o acesso à contracepção para mulheres em idade fértil e ao aborto previsto em lei para as vítimas de violência sexual pode contribuir para a redução de até 30% da mortalidade materna”, afirma Mônica Iassana.

Ou seja, a terceira demora também está relacionada à infraestrutura dos serviços e, logicamente, regiões onde a distribuição das unidades de saúde é desigual tendem a ter maiores RMMs. No Brasil, os estados do Norte e Nordeste têm altas RMMs, no entanto o maior número absoluto está no Sudeste, pela maior concentração populacional.

“Após a catástrofe que foi a assistência obstétrica na COVID-19, com aumento expressivo na morte de mulheres em decorrência do coronavírus ou pela desestruturação do sistema de saúde, tem havido alguma reorganização das ações para redução da mortalidade materna, no sentido de propor estratégias de qualificação de profissionais de saúde, de reorganização da rede de cuidado e de definição de marcos para melhorar a qualidade da assistência”, aponta o Dr. Rodolfo.

Ele cita o projeto Abraço de Mãe, implementado em parceria entre o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI)

10 PASSOS PARA O CUIDADO OBSTÉTRICO NA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

1. Garanta encontros de qualidade, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.
2. Institua ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante o pré-natal.
3. Realize triagem oportuna de infecções do trato geniturinário.
4. Identifique precocemente sinais de gravidade clínica materna e garanta tratamento oportuno.
5. Ofereça treinamento das equipes de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.
6. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação.
7. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos na gestação.
8. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das síndromes hemorrágicas na gestação e puerpério.
9. Reduza as taxas de cesariana desnecessárias.
10. Garanta vigilância e assistência permanente no puerpério.



Fonte: Portal de Boas Práticas da Fiocruz.

Escaneie ou clique no QR Code para acessar.

e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) que visa à redução das mortes maternas em hospitais públicos no Brasil a partir de uma estratégia que inclua a comunicação da equipe de saúde, o reconhecimento de condições de risco e o alerta e tratamento oportunos de condições de gravidade. “Esse é um exemplo de ação que pode ser expandida em nível nacional. Outra estratégia envolve sistemas inteligentes de apoio à decisão clínica, que estão em desenvolvimento pela Unicamp e Fiocruz e têm como objetivo apoiar o reconhecimento de condições potencialmente ameaçadoras da vida e orientar o tratamento adequado”, diz.

Algumas estratégias estão sendo implementadas ou pensadas em políticas para grupos específicos. Um exemplo, aponta o Dr. Rodolfo, é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que reconhece o problema, “mas ainda não tem ações efetivas que reduzam as demoras na assistência para essa população”.

Em nível nacional, Mônica cita o programa Rede Cegonha, que desde 2014 visa oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelo puerpério e cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em maio, o Ministério da Saúde aderiu à estratégia Dez Passos para o Cuidado Obstétrico na Redução da Morbimortalidade Materna, organizada por especialistas do Ministério da Saúde, da Febrasgo e da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizes (Abenfo) Nacional. O documento com os 10 passos apoia gestores e profissionais com orientações detalhadas focadas nas situações mais prevalentes que contribuem para o óbito no Brasil e associa *links* para assuntos relacionados. Ele está disponível no Portal de Boas Práticas da Fiocruz em formato clicável e amigável a diferentes dispositivos.

COMPROMISSO DA FEBRASGO

Como entidade científica que representa os ginecologistas e obstetras no Brasil, a Febrasgo atua em três principais frentes no intuito de aumentar a qualidade dos serviços prestados à saúde integral das mulheres. São elas:

- Promover capacitação para os ginecologistas e obstetras, por meio de treinamentos, simulações e cursos, para que saibam reconhecer as intercorrências da gestação e o tratamento adequado;
- Fornecer aos seus associados obstetras as melhores evidências científicas para o cuidado apropriado das pacientes;
- Participar de reuniões e ações do Ministério da Saúde, emitindo pareceres que ajudem na formulação de notas técnicas e propostas de saúde pública.

Segundo o Dr. Marcos Nakamura, a CNE de Mortalidade Materna está preparando *Statements* com recomendações para profissionais de saúde, gestores de hospitais e secretarias de saúde para serem divulgados e darem maior arcabouço científico nas estratégias de redução de mortalidade materna.

“Além disso, uma ação importante que a Febrasgo tem feito nos últimos anos foi incluir o tema da mortalidade materna na programação dos congressos, convocando os associados a debaterem sobre o tema. A prova para obtenção do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) da Febrasgo também adotou questões práticas sobre o manejo das complicações obstétricas, visando, assim, à maior capacitação dos médicos”, diz o presidente da CNE de Mortalidade Materna.

Sobre as iniciativas para reduzir as trágicas, evitáveis e inaceitáveis mortes maternas, o vice-presidente da CNE completa: “Temos buscado que a vida de gestantes seja prioridade na agenda do Ministério da Saúde. Só assim as estratégias para redução da mortalidade materna serão levadas a sério e implementadas em todo o país”, diz o Dr. Rodolfo. 

NOTA DE PESAR

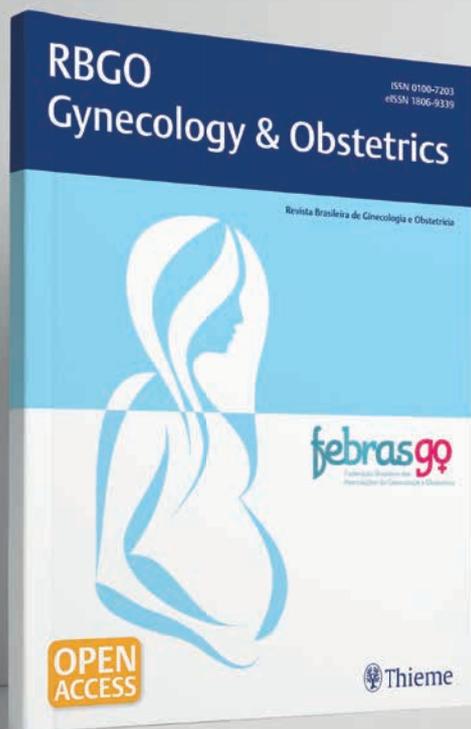


Prof. Dr. Thomaz Rafael Gollop

A Febrasgo manifesta seu pesar pelo falecimento do Prof. Dr. Thomaz Rafael Gollop, que foi membro da Comissão de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei da Febrasgo.

Destacamos sua contribuição à genética e à medicina fetal e sua atuação como defensor dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras.

Neste momento de luto, a Febrasgo, representada por sua diretoria, transmite seus sentimentos aos familiares, amigos e colegas de trabalho, e reconhece a sua importância para a Febrasgo e para a ginecologia e obstetrícia no Brasil.



OPEN ACCESS

Thieme



RBGO – Volume 44, Número 5, Maio 2023

Razões para submeter o seu manuscrito à RBGO

- Indexação: Medline/PubMed, SciELO, Scopus, LILACS, Scimago, Google Metrics
- Edição em inglês
- Periodicidade mensal
- Open Access: acesso livre e gratuito em qualquer parte do mundo
- Submissão de artigos eletronicamente pelo sistema ScholarOne
- Corpo editorial de excelência nacional e internacional
- Custo Zero: autores não pagam qualquer taxa para a publicação

▶ Dicas para os autores que submeterão seus manuscritos à RBGO

Para a publicação de artigos na RBGO, como em todas as revistas científicas, existe um “pacto” de responsabilidades dos autores dos manuscritos submetidos que precisa ser observado. Os autores devem sempre atentar para os aspectos éticos da publicação, desde a concepção, planejamento, metodologia utilizada, imparcialidade na apresentação até a documentação comprobatória dos resultados.

E alguns passos devem ser prioritariamente observados. Em primeiro lugar, deve-se assegurar a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi desenvolvido. Também se deve assegurar a originalidade do estudo submetido e atestar que o manuscrito não está sendo submetido ou que tenha sido aceito para publicação em outro periódico.

Todos os autores relacionados devem ter tido participação efetiva no desenvolvimento do trabalho, assim como devem assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A contribuição dos autores pode ser feita participando da concepção, desenvolvimento intelectual, experimental e analítico, assim como da redação e revisão do manuscrito. A versão final a ser submetida à publicação precisa ser aprovada e assinada por todos os autores responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

ACESSE: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas-rbgo>

EDITORIAL

Racism as a social determinant of health in Brazil in the COVID-19 pandemic and beyond

Amanda Dantas-Silva, Sílvia Maria Santiago, and Fernanda Garanhani Surita

ORIGINAL ARTICLES

OBSTETRICS

Prediction of perinatal and neurodevelopmental outcomes in newborns with a birth weight below the 3rd percentile: Performance of two international curves – prospective cohort from a Brazilian city

Marcos Masaru Okido, Ricardo de Carvalho Cavalli, Viviane Cunha Cardoso, Alessandra Cristina Marcolin

ONCOLOGY

A new Brazilian device for cervical cancer screening: acceptability and accuracy of self-sampling

Martina Lichtenfels, Noeli Paula Cristina Lorenzi, Maricy Tacla, Kaori Yokochi, Flávia Frustockl, Camila Alves da Silva, André Luiz da Silva, Lara Termini, Caroline Brunetto de Farias

BREAST

Effect of combined training on body image, body composition and functional capacity in patients with breast cancer: controlled clinical trial

Andréa Dias Reis, Paula Tâmara Vieira Teixeira Pereira, Jurema Gonçalves Lopes Castro Filha, Evelyn Feitosa Rodrigues, Isadora Pinheiro Laranjeira, Bianca Trovello Ramallo, Marcela Rodrigues de Castro, Fabrício Eduardo Rossi, Ismael Forte Freitas Júnior, João Batista Santos Garcia

COVID-19

Brazilian Black women are at higher risk for COVID-19 complications: an analysis of REBRACO, a national cohort

Amanda Dantas-Silva, Fernanda Garanhani Surita, Renato Souza, Leila Rocha, José Paulo Guida, Rodolfo Pacagnella, Ricardo Tedesco, Karayna

Fernandes, Sérgio Martins-Costa, Frederico Peret, Francisco Feitosa, Evelyn Traina, Edson Cunha Filho, Janete Vettorazzi, Samira Haddad, Carla Andreucci, Mario Correa Junior, Marcos Dias, Leandro de Oliveira, Elias Melo Junior, Marília Luz, Jose Guilherme Cecatti, Maria Laura Costa

COVID-19

Existence of SARS-CoV-2 in the peritoneal fluid

Orkun Ilgen, Mehmet Eyuphan Ozgozen, Ozgur Appak, Begum Ertan, Hikmet Tunc Timur, Omer Erbil Dogan, Cemal Posaci

TEACHING AND TRAINING

Clinical simulation in the training of obstetrics and gynecology resident from the perspective of Medical Residency programs

Simone Pereira Vidotti, Nildo Alves Batista

CASE REPORT

Pituitary apoplexy in pregnancy: what do we know?

Mariana Alves Patrício de Oliveira Gamito, Njila Yakalage Barreira Amaral, Carla Francisco Rodrigues, Joana Mariz Ribeiro, Sílvia Guerra

REVIEW

Mental health disorders in circumcised reproductive-age women, legal dimensions and prevention strategies: A narrative review

Farzane Alidost, Mahmoud Abbasi, Sepideh Rezaei Ghamsari, Mona Pakzad

LETTER TO EDITOR

Family-centered cesarean section for placenta accreta spectrum: questions and an addition

Shigeki Matsubara

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Cervical cancer in pregnancy

Geórgia Fontes Cintra, Sophie Françoise Mauricette Derchain, Delzio Salgado Bicalho, Agnaldo Lopes da Silva Filho, Walquíria Quida Salles Pereira Primo



Vencendo distâncias

Em algumas cidades do Pará, só é possível chegar de barco ou avião. Mas a saúde feminina não pode esperar. A presidente da APGO conta as estratégias para atualizar os médicos da região.

Por Letícia Martins

Quarta mulher a presidir a Associação Paraense de Ginecologia e Obstetrícia (APGO), a **Dra. Valéria Barbosa Pontes** abraçou o cargo no início de 2022 com um enorme desafio: vencer as barreiras geográficas do segundo maior Estado brasileiro e promover atualização técnica e científica para os ginecologistas e obstetras do Pará. Segundo a médica, esse é o caminho para reduzir alguns dos principais problemas da saúde feminina no país, como o alto índice de gravidez na adolescência, de mortalidade materna e de câncer do colo do útero.

A Dra. Valéria conversou com a **Femina** logo após a realização do 25º Congresso Paraense de Ginecologia e Obstetrícia, que reuniu cerca de 250 participantes na capital Belém.



Dra. Valéria Barbosa Pontes

Femina: Como está sendo a experiência de liderar a federada no Pará?

Dra. Valéria Pontes: Durante quatro anos, exerci o cargo de diretora científica de gestões anteriores da APGO, mas ser presidente tem um peso maior e uma responsabilidade muito mais abrangente! O maior desafio é administrar o tempo, porque, além das atividades de consultório, sou professora adjunta da disciplina Saúde da Mulher da Universidade Federal do Pará (UFPA), supervisora da residência médica de ginecologia e obstetrícia da UFPA e responsável técnica médica do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa. Preciso ainda conciliar o tempo com os filhos e o marido, além de todas as outras atividades e compromissos que nós mulheres carregamos.

Femina: A APGO tem uma tradição de 75 anos de fundação e representa os ginecologistas e obstetras do segundo maior Estado brasileiro em extensão territorial. Como a senhora avalia isso?

Dra. Valéria Pontes: Assumi a presidência da APGO motivada a dar continuidade ao trabalho que todos os presidentes anteriores vinham construindo e a melhorar progressivamente a qualificação dos nossos especialistas, proporcionando a eles atualizações, *workshops* e aprendizado, sem a necessidade de deslocamento para o Sul e Sudeste do Brasil. Buscamos trazer os médicos do interior

do Estado para a capital a fim de atualizá-los e treiná-los nos atendimentos que podem colocar a vida das mulheres em risco. A qualificação técnica e científica de nossos ginecologistas trará melhorias no atendimento à saúde da mulher paraense, principalmente no que tange aos maiores problemas de nossa região, como gravidez na adolescência, câncer do colo uterino e mortalidade materna.

Femina: Quais são os desafios enfrentados pelos ginecologistas e obstetras no Pará na promoção da saúde feminina?

Dra. Valéria Pontes: Os desafios são enormes, principalmente devido às dificuldades de deslocamento. Em muitos lugares, o acesso é somente por barco ou avião, o que dificulta a chegada e a implantação de serviços dignos e com a presença constante de profissionais especializados. A falta de estrutura e remuneração adequadas afastam os profissionais especializados, que optam por centros com melhores condições de atendimento e salários.

Femina: O Estado tem boa oferta de especialistas para atender as mulheres da região?

Dra. Valéria Pontes: Formamos em média 15 ginecologistas por ano, mas muitos são provenientes de outros Estados e retornam às suas cidades de origem, enquanto outros buscam inserção no mercado de trabalho na capital ou em cidades mais bem estruturadas. Dessa maneira, municípios menores e mais longínquos continuam sem atendimento do especialista por não priorizarem investimentos na infraestrutura e salários dignos.

Femina: Como a APGO vem trabalhando para tornar a saúde ginecológica cada vez mais acessível e melhor no Estado?

Dra. Valéria Pontes: Promovemos *workshops* práticos de planejamento familiar e prevenção do câncer do colo uterino. Além disso, realizamos campanhas com coleta de preventivos de mulheres que moram em comunidades ribeirinhas, com a participação voluntária de alguns de nossos associados e residentes. Em agosto deste ano, teremos *workshops* de urgências obstétricas, como hemorragias pós-parto e síndromes hipertensivas, com a Comissão Nacional Especializada (CNE) de Urgências Obstétricas da Febrasgo, para os obstetras que lideram os plantões das maternidades de referência do Pará. Vamos priorizar ginecologistas e obstetras em cargos de liderança para que possam posteriormente ser agentes multiplicadores de conhecimento. No segundo semestre, haverá cursos de imersões práticas em patologias do trato genital inferior, anticoncepção, uroginecologia, entre outros.

Femina: Recentemente, a APGO realizou o 25º Congresso Paraense de Ginecologia e Obstetrícia. Qual a sua avaliação desse evento?

Dra. Valéria Pontes: Este ano voltamos com plenitude à realização do nosso congresso com a comemoração do

Jubileu de Prata. Foi memorável! Investimos muito para realizá-lo no melhor centro de convenções de Belém e priorizamos a grade científica com ênfase em assuntos atuais proferidos por professores renomados da ginecologia e obstetrícia nacional. O congresso abordou temas como a prevenção de gravidez na adolescência, climatério, atualizações baseadas em evidências científicas sobre uso de androgênios, atendimento ginecológico para população LGBTQIA+, lançamento de vacina contra HPV, prevenção de câncer do colo de útero, valorização profissional, entre outros.

Femina: Além das palestras, quais foram as outras atrações da programação?

Dra. Valéria Pontes: Fizemos uma justa homenagem aos ex-presidentes da APGO, estimulamos a realização de trabalhos científicos com premiações aos três primeiros colocados e encerramos o evento com uma festa junina para promover a confraternização entre nossos associados. Os paraenses são muito hospitaleiros e adoram receber bem quem nos prestigia. Por isso, não poderia faltar a programação social oferecida aos nossos professores convidados, que foram recebidos de forma calorosa. Tivemos 250 participantes no congresso e ficamos felizes com a presença expressiva, acima da média esperada, de nossos associados nos dois dias do evento. 

Medicina de ponta

O ex-presidente da APGO na gestão de 2019-2021 e membro da CNE de Medicina Fetal da Febrasgo, **Dr. Fernando Artur Carvalho Bastos**, foi um dos palestrantes do 25º Congresso Paraense de Ginecologia e Obstetrícia. Ele também sempre incentivou a atualização técnica e científica dos associados e a oferta dos melhores serviços para a população feminina. Nesse sentido, ele destaca uma área relativamente nova na obstetrícia, que teve início em meados da década de 1980 e se desenvolveu muito rapidamente.

“A medicina fetal tem como principal atuação a prevenção de intercorrências maternas e fetais e, em segunda instância, o diagnóstico e tratamento precoce, contribuindo, assim, para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal”, diz o Dr. Fernando.

“Infelizmente, o acesso à medicina fetal no Pará está concentrado na capital e em pouquíssimos municípios, com alcance a uma parcela mínima da população. Precisamos de uma conscientização social e política muito grande para mudarmos nossa realidade”, afirma.



Dr. Fernando Artur Carvalho Bastos

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



RESIDÊNCIA MÉDICA

Estratégias de treinamento do residente no trabalho em equipes de saúde

Elfie Tomaz Figueiredo¹, Raquel Autran Coelho Peixoto²

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades presentes precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo. A atuação em equipe interprofissional (IP) melhora a eficiência da segurança do paciente, quando realizada uma abordagem em um contexto de colaboração e familiaridade com seu papel profissional em diferentes contextos.⁽¹⁾

Os profissionais de saúde, no entanto, muitas vezes não percebem um forte entendimento das funções de outros provedores e não se sentem preparados para lidar com conflitos com outros profissionais ou para atuar na dinâmica da equipe IP.⁽²⁾

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Quanto à educação multiprofissional, estudantes de várias profissões desenvolvem o método de aprendizagem de forma paralela. Em relação à formação IP, a aprendizagem é compartilhada, apresentando o envolvimento de estudantes e/ou profissionais de várias áreas

1. Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza, CE, Brasil.

2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Raquel Autran Coelho Peixoto
Av. da Universidade, 2.853, 60020-181,
Fortaleza, CE, Brasil
raquelautrancp@gmail.com

Como citar:

Figueiredo ET, Peixoto RA. Estratégias de treinamento do residente no trabalho em equipes de saúde. *Femina*. 2023;51(5):283-7.

distintas. Desenvolve-se de fato o trabalho em equipe. A Organização Mundial da Saúde (OMS) pediu a implementação de treinamento em IP nos currículos médicos, como uma estratégia crítica para preparar os profissionais de saúde para o trabalho colaborativo antes da atuação profissional como membros de uma equipe de saúde.⁽³⁾ A educação interprofissional (EIP) é recomendada para que os alunos das profissões de saúde aprendam sobre os outros e uns com os outros, e para fornecer cuidados baseados em equipes. Tal recomendação baseia-se em pesquisas que demonstram que a EIP melhora as atitudes dos alunos sobre outros profissionais de saúde e suas competências de colaboração.^(3,4)

De acordo com *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010),⁽⁵⁾ os seis domínios de competência na formação IP são: 1) comunicação IP; 2) cuidado ao paciente com atenção ao meio de convivência familiar e à comunidade; 3) papéis de atuação esclarecidos; 4) funcionamento da equipe; 5) liderança colaborativa; 6) resolução de conflitos IPs. Dentre essas habilidades essenciais à formação IP, a comunicação destaca-se como uma das mais importantes para o efetivo desenvolvimento das atividades IPs.

O trabalho em equipe no contexto da assistência à saúde foi definido como um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais de saúde com experiências e habilidades complementares, compartilhando objetivos de saúde comuns e exercitando esforço físico e mental combinado no planejamento ou avaliação do atendimento ao paciente. Isso é alcançado por meio de colaboração interdependente, comunicação aberta e tomada de decisão compartilhada. O fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões demanda ações que não podem se realizar isoladamente por um único agente, necessitando-se de recomposição dos trabalhos especializados na relação IP.⁽⁶⁾

A EIP, por sua vez, envolve reunir dois ou mais estudantes de profissões da saúde para aprender com o outro, do outro e sobre o outro. As metodologias ativas surgem como uma proposta que tem como objetivo principal a construção coletiva de conhecimento. Métodos de treinamento como aprendizado baseado em casos e discussão em grupo, por exemplo, são recomendados para ensinar valores éticos na abordagem IP. Esses métodos ajudam o aluno a analisar os assuntos, identificar problemas, comparar e avaliar as soluções desejadas, desenvolver a tomada de decisão sobre problemas éticos e melhorar comportamentos profissionais.^(7,8)

No rol de metodologias ativas, está o treinamento em equipe baseado em simulação, utilizado mundialmente no desenvolvimento de competências profissionais. A simulação realística envolve organização, planejamento e técnica. Trata-se de um processo educacional por meio do qual se replicam cenários de cuidados ao paciente muito próximos da realidade. Engloba não somente as habilidades técnicas, mas o raciocínio clínico em situações críticas, gerenciamento de crises e trabalho em equipe. Dessa

forma, discussões reflexivas sobre a aprendizagem das situações ocorridas e das decisões tomadas estimulam o pensamento crítico do estudante, consolidando seus saberes, com redução dos níveis de ansiedade e aumento da autoconfiança após sucessivas simulações.⁽⁹⁾

A simulação realística pode ser praticada com a participação de diferentes profissionais, tendo como foco o desenvolvimento da confiança mútua, liderança, apoio, comunicação, entre outros. O trabalho em equipe oferece a possibilidade do aprimoramento de habilidades, conhecimento e atitudes, identificando as limitações individuais, fortalecendo os acertos e minimizando os riscos de erros.⁽¹⁰⁾ O treinamento simulado é uma importante metodologia para a EIP, dada a sua natureza segura e experimental, entretanto apresenta desafios únicos relacionados à diversidade na formação de alunos de diferentes profissões. Cenários clínicos complexos simulados aprimoraram a experiência e a capacidade de colaboração dos alunos. O *debriefing* durante a atividade permitiu a comunicação aberta da equipe e o compartilhamento do papel de cada especialidade.⁽¹¹⁾

Outra estratégia empregada é a aplicação de rodadas IPs à beira do leito em pacientes internados. Gordon *et al.* (2022)⁽¹²⁾ observaram um impacto positivo desse método na quantidade e na qualidade do *feedback* interpares nas avaliações semanais de residentes de medicina interna.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA RESIDÊNCIA MÉDICA

A formação médica é baseada em experiências práticas, já que a competência clínica é mais facilmente demonstrada do que descrita. Os programas de residência médica não devem ser vistos como um processo de trabalho nem de educação, isoladamente, mas como treinamento em serviço sob supervisão de educadores capacitados e experientes em sua área de atuação.

Embora os residentes reconheçam as habilidades IPs como essenciais para sua prática diária, eles indicaram que faltava treinamento formal em IP.⁽¹³⁾ Em revisão recente da literatura, foram identificadas barreiras em vários níveis, incluindo o ambiente clínico (sistema), o relacionamento interpessoal e o nível individual.⁽¹⁴⁾

A residência médica, cada vez mais, tem caminhado na subespecialização dos médicos em suas práticas, desprezando as práticas multiprofissionais que orientam a integralidade em saúde. Atualmente, nas ações do processo aprendizagem-trabalho dos programas de residência, os médicos têm poucas oportunidades de atuar com outros membros da equipe de saúde.⁽¹⁵⁾ Há escassez de estudos especificamente abordando habilidades de residentes de ginecologia e obstetrícia (GO) para o trabalho colaborativo.⁽¹⁵⁾

A assimilação sobre o desenvolvimento das competências para a prática colaborativa permite evidenciar a satisfação no que se refere ao trabalho de equipe, ao

respeito mútuo e ao reconhecimento do seu papel e do outro profissional, o que permite trocas de experiências, identifica potencialidades e fragilidades e cria oportunidades de debates a respeito da integração na assistência e segurança do paciente.⁽¹⁶⁾

Para mudar o comportamento colaborativo dos residentes na prática, é preciso mudar o formato e o foco do treinamento, passando do treinamento individual para o treinamento colaborativo e em equipe. A EIP pode ser incorporada aos currículos de treinamento usando formatos como simulações, discussões de casos IPs, sessões conjuntas e clubes de leitura IPs.^(6,13,17) Sessões clínicas colaborativas permitem que os residentes reconheçam a utilidade de aprender com o corpo docente fora de sua própria especialidade. Formatos de pequenos grupos interdisciplinares permitem a integração e a transferência de conhecimentos e habilidades de alunos de várias origens.⁽⁶⁾

As atividades da preceptoria devem ser planejadas para a adequada capacitação no processo de ensino e aprendizagem dos residentes nos mais diferentes cenários de atuação. É necessário definir expectativas, acrescentar experiências e melhorar o ambiente de ensino a fim de que os alunos aprendam observando a conduta profissional dos preceptores no sistema em que estão inseridos. Conhecer o currículo do programa a que está vinculado é primordial, sendo possível adequar marcos curriculares a cada cenário de atuação.⁽¹⁸⁾

Experiência prévia de *workshops* com participação de residentes de GO e alunos de um programa universitário de enfermagem obstétrica revelou satisfação pela oportunidade, especialmente quanto aos valores compartilhados de justiça social. O corpo docente considerou que o aprendizado IP mais produtivo acontecia na unidade de parto e nascimento, onde os alunos desenvolviam relações de trabalho significativas para aprender uns com os outros. As sessões IPs resultaram em uma maior compreensão dos alunos uns sobre os outros, e nelas eles têm escopos de prática sobrepostos e podem ajudar uns aos outros, incluindo consultoria e sendo o consultor. Seu relacionamento entre si e com o corpo docente do serviço de parto e nascimento melhorou.⁽¹⁵⁾

AValiação NO Cenário INTERPROFISSIONAL

O cuidado em saúde requer mudanças nas estratégias de ensino e avaliação para proporcionar a formação de profissionais cada vez mais competentes para prestar um cuidado seguro, com cooperação interdisciplinar e interdependência entre os membros da equipe de saúde.

No contexto de metodologias ativas, surge a necessidade de adequação do sistema avaliativo utilizando novos métodos, como o TOSCE (*Team Objective Structured Clinical Examination*), utilizado para avaliação da atuação em equipe com essência formativa. A avaliação formativa permite devolutiva e planejamento de ações para recuperação de desempenho tanto para a equipe

quanto para seus membros, que assumem diferentes papéis com um objetivo comum.⁽¹⁹⁾

O *feedback* é estratégia que favorece a reflexão sobre condutas relacionadas ao desenvolvimento de competências do trabalho em equipe. Permite a autoavaliação e a autorregulação, ultrapassando os limites estritamente técnicos, possibilitando uma prática pedagógica mais ética, crítica, reflexiva e transformadora.⁽²⁰⁾ Esse processo precisa de estímulos cognitivos e metacognitivos, deixando o aluno como sujeito ativo e proporcionando a autoavaliação e autorregulação entre seu nível de aprendizado e o nível de capacitação a ser alcançado. Nesse momento, o professor atua como estimulador e mediador do processo, desenvolvendo a capacidade reflexiva e crítica dos estudantes.⁽¹⁾

O *debriefing*, por sua vez, promove uma discussão reflexiva utilizando as experiências vivenciadas durante o desenvolvimento de uma técnica de simulação. Os alunos apreciaram as oportunidades de prática IP em situações mais complexas, como urgência e emergência, e aprendendo uns sobre os outros por meio do *debriefing*.⁽²¹⁾

A avaliação baseada no local de trabalho (*Workplace Based Assessment – WBA*) foi incorporada no treinamento de médicos residentes como uma ferramenta útil para fornecer *feedback* sobre o desempenho no dia a dia, com o benefício de alta validade de conteúdo. As WBAs incluem discussão baseada em casos (DbC), exercícios de avaliação clínica (Mini-Ex), observação direta de habilidades processuais (DOPS) e *feedback* de múltiplas fontes (MSF) para alcançar habilidades de “desempenho” em cenários reais de prática.⁽²²⁾ A seleção das ferramentas de WBA deve ser uma medida viável, válida e confiável para avaliar o desempenho do residente, com o objetivo principal de integrar avaliação e *feedback* no dia a dia de trabalho.^(23,24)

CENÁRIO DE URGÊNCIA

O profissional de saúde atuante em urgência e emergência obstétrica deve demonstrar agilidade, habilidade, capacidade de estabelecimento de prioridades e ação consciente e segura. Uma barreira à comunicação IP é que as equipes geralmente abrangem vários membros que podem não ter trabalhado juntos antes, nem provavelmente trabalharão na mesma composição do time novamente. Intervenções curriculares são necessárias para preparar os residentes para trabalhar em ambientes tão exigentes.⁽¹³⁾ O treinamento adequado de equipes de saúde deve ser incluído na residência de GO e multiprofissional, minimizando erros na assistência obstétrica, na tentativa de reduzir a morbimortalidade.

Programas de treinamento em emergências das maternidades são fundamentais para o alinhamento de equipes, melhora na segurança do paciente e diminuição da mortalidade. O emprego de cenários de simulação, inclusive *in loco*, permite a realização de treinamento

repetitivo em ambiente seguro, com possibilidade de reflexão sobre as práticas vivenciadas. A simulação em obstetrícia é um campo em rápida evolução que cresce em importância e relevância, com elevada satisfação dos participantes. Trata-se de oportunidade de praticar eventos raros e/ou críticos.⁽²⁵⁾

A liderança no trabalho de equipe deve ser levantada no *debriefing*, tendo em vista que em algumas equipes os papéis podem não estar bem definidos. Quando uma liderança é estabelecida e os comandos são direcionados a indivíduos específicos, as tarefas são mais propensas a serem reconhecidas e executadas. Siassakos *et al.* (2009)⁽²⁶⁾ realizaram um estudo em que foram coletadas gravações de simulações híbridas de hemorragia pós-parto e analisados padrões de comunicação. Nas duas das quatro equipes que receberam treinamento adicional em comportamentos específicos de trabalho em equipe, as funções de cada membro foram estabelecidas, com observação de menor número de comunicações indiretas e aleatórias, o que gerou melhora na eficiência da prática simulada. Percebe-se, dessa forma, a relevância de trazer cenários IPs em emergência obstétrica para as discussões de estratégias metodológicas na formação de residentes.

CENÁRIO DE CIRURGIA

As unidades cirúrgicas têm ambientes de alto estresse, onde os membros da equipe devem trabalhar juntos para fornecer cuidados seguros. Criar e manter o trabalho em equipe e a colaboração IP em uma equipe cirúrgica multidisciplinar (composta por cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros, anestesistas e enfermeiros de tecnologia cirúrgica) com diferentes personalidades é uma tarefa complexa. Desafios com equipes multidisciplinares podem afetar negativamente o desempenho da equipe e o atendimento ao paciente.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Profissionais de saúde com diferentes especialidades precisam contribuir com outros membros da equipe cirúrgica para alcançar um objetivo comum. O profissionalismo IP enfatiza o trabalho com pessoas de diferentes profissões para demonstrar respeito mútuo e valores compartilhados. Inclui humanismo, responsabilidade, prestação de contas e gestão de desafios IPs. Uma universidade da Califórnia definiu uma estrutura de profissionalismo em cirurgia com 11 atributos: competência clínica, competência cultural, altruísmo, liderança, responsabilidade, habilidades interpessoais, respeito, melhoria da prática, ética/legal, aparência e educação.⁽³⁰⁾ Ensinar essa competência para os membros da equipe é reconhecido como um elemento de cooperação IP na sala de cirurgia.^(4,31) A falta de atenção ao profissionalismo na cooperação IP pode causar tensão nos relacionamentos, reduzir a satisfação no trabalho e aumentar o estresse dos membros da equipe.

Há necessidade de aquisição de habilidades como requisito em comum para diferentes programas de

residência. Certos procedimentos e habilidades, porém, são ensinados apenas para membros de uma determinada disciplina com o corpo docente de sua especialidade, embora possa haver uma sobreposição significativa com diferentes especialistas realizando os mesmos procedimentos.⁽⁶⁾ Uma estratégia de ensino de habilidades e procedimentos comuns a residentes de medicina de emergência e de cirurgia em sessões clínicas conjuntas impactou positivamente vários fatores, incluindo percepções, atitudes e comunicação dos residentes entre as duas especialidades.⁽⁶⁾

A comunicação é uma competência crítica dos membros da equipe cirúrgica,^(32,33) consistindo em escuta ativa, comunicação respeitosa, cooperação com outros membros da equipe de saúde e responsabilidade pelas necessidades de outros colegas.⁽³⁴⁾ A base da abordagem de uma equipe bem-sucedida é o respeito mútuo e a confiança entre seus membros. Isso permite colaboração, comunicação e tomada de decisão compartilhada.⁽⁶⁾ Um estudo de revisão apontou a discussão em grupo como um dos métodos interativos mais comuns para melhorar a comunicação em unidades operacionais e cirúrgicas.⁽³⁵⁾

Em ambiente de simulação, a percepção da importância da comunicação na equipe deve ficar clara no *debriefing*. A comunicação ineficaz no cuidado cirúrgico do paciente é um problema endêmico e pode se manifestar de várias formas por meio de informações mal interpretadas e dadas em momento inapropriado (ou seja, muito cedo ou muito tarde), o que pode comprometer a segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há necessidade crescente de treinamento de competências para a atuação de equipes IPs no cuidado em saúde moderno. A transformação no processo de ensino na saúde envolve mudanças de paradigmas e costumes bem estabelecidos nas relações entre os profissionais, serviços de saúde e instituições de ensino. Requer uma reformulação curricular que proporcione a formação de um profissional de saúde com conhecimento, habilidade e atitudes no contexto da prática IP. A integração IP possibilita realizar novas interações no trabalho de equipe, troca de experiências com respeito às diferenças, resultando em práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e fortalecimento do processo de comunicação. O desenvolvimento de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, incluindo sessões clínicas conjuntas, simulação realística e *feedback*, proporciona condições de integração dos saberes dos residentes e se propõe a formar profissionais mais críticos, reflexivos e preparados para a atuação real, possibilitando melhoria da qualidade no atendimento prestado. É necessário avaliar o real impacto da EIP na prática profissional, nos resultados dos pacientes e nos sistemas de saúde nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

- Keshmiri F, Najarkolai AR, Motlagh MK, Saljoughi N. InterProfessional Team Objective Structured Clinical Examination (ITOSCE): teaching and assessment strategies of the inter professional approach. *Bali Med J*. 2016;5(3):463-9. doi: 10.15562/bmj.v5i3.304
- Allen BB, Schiller JH, Roberts SJ, Allen SG, Morgan HK, Malone A. Collaboration in interprofessional teams: a needs assessment of factors that impact new resident physicians. *J Interprof Care*. 2023;37(3):392-9. doi: 10.1080/13561820.2022.2094902
- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (WHO/HRH/HPN/10.3) [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice [Internet]. Washington (DC): IPEC; 2016 [cited May 15]. Available from: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: University of British Columbia; 2010.
- Kunac A, King NA, Ostrovsky I, Rytzavre D, Merchant AM, Murano T. The Impact of Interdisciplinary Education on Skills and Attitudes of Surgery and Emergency Medicine Residents. *Surg J (N Y)*. 2019;5(1):e18-e24. doi: 10.1055/s-0039-1681063
- Chou FC, Kwan CY, Hsin DH. Examining the effects of interprofessional problem-based clinical ethics: findings from a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2016;30(3):362-9. doi: 10.3109/13561820.2016.1146877
- Manspeaker SA, Donoso Brown EV, Wallace SE, DiBartola L, Morgan A. Examining the perceived impact of an ethics workshop on interprofessional values and teamwork. *J Interprof Care*. 2017;31(5):628-37. doi: 10.1080/13561820.2017.1336992
- Bommer C, Sullivan S, Campbell K, Ahola Z, Agarwal S, O'Rourke A, et al. Pre-simulation orientation for medical trainees: an approach to decrease anxiety and improve confidence and performance. *Am J Surg*. 2018;215(2):266-71. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.09.038
- Brandão CS, Collares CF, Marin HF. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. *Sci Med*. 2014;24(2):187-92. doi: 10.15448/1980-6108.2014.2.16189
- Crawford SB, Monks SM, Mendez M, Quest D, Mulla ZD, Plavsky SK. A simulation-based orientation to improve residents' collaborative clinical practice. *J Grad Med Educ*. 2019;11(1):66-71. doi: 10.4300/JGME-D-18-00209.1
- Gordon LB, Zelaya-Floyd M, White P, Hallen S, Varaklis K, Tavakolikhahi M. Interprofessional bedside rounding improves quality of feedback to resident physicians. *Med Teach*. 2022;44(8):907-13. doi: 10.1080/0142159X.2022.2049735
- Olde Bekkink M, Farrell SE, Takayesu JK. Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *Int J Med Educ*. 2018;9:262-70. doi: 10.5116/ijme.5bb5.c111
- Visser CL, Ket JC, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):77. doi: 10.1186/s12909-017-0909-0
- Avery MD, Mathiason M, Andrighetti T, Autry AM, Cammarano D, Dau KQ, et al. Improved self-assessed collaboration through interprofessional education: midwifery students and obstetrics and gynecology residents learning together. *J Midwifery Womens Health*. 2022;67(5):598-607. doi: 10.1111/jmwh.13394
- Casanova IA, Batista NA, Ruiz Moreno L. A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22 Suppl 1:1325-37. doi: 10.1590/1807-57622017.0186
- Hosseinpour A, Keshmiri F, Jambarsang S, Jabinian F, Shiryazdi SM. The effect of interprofessional education on interprofessional professionalism behaviors of the surgical team members. *BMC Nurs*. 2022;21(1):239. doi: 10.1186/s12912-022-01015-9
- Machado MA, Medeiros EL. Capacitando preceptores de residentes em ginecologia e obstetrícia pelo modelo one-minute preceptor. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(8):622-6. doi: 10.1055/s-0041-1735230
- Gordon M, Uppal E, Holt K, Lythgoe J, Mitchell A, Hollins-Martin C. Application of the team objective structured clinical encounter (TOSCE) for continuing professional development amongst postgraduate health professionals. *J Interprof Care*. 2013;27(2):191-3. doi: 10.3109/13561820.2012.725232
- Flato UA, Guimarães HP. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. *Rev Bras Clin Méd*. 2011;9(5):360-4.
- Shaw-Battista J, Belew C, Anderson D, van Schaik S. Successes and challenges of interprofessional physiologic birth and obstetric emergency simulations in a nurse-midwifery education program. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(6):735-43. doi: 10.1111/jmwh.12393
- Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE guide no. 31. *Med Teach*. 2007;29(9):855-71. doi: 10.1080/01421590701775453
- Jafri L, Siddiqui I, Khan AH, Tariq M, Effendi MU, Naseem A, et al. Fostering teaching-learning through workplace-based assessment in postgraduate chemical pathology residency program using virtual learning environment. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):383. doi: 10.1186/s12909-020-02299-8
- Koenemann N, Lenzer B, Zottmann JM, Fischer MR, Weidenbusch M. Clinical case discussions - a novel, supervised peer-teaching format to promote clinical reasoning in medical students. *GMS J Med Educ*. 2020;37(5):Doc48. doi: 10.3205/zma001341
- Satin AJ. Simulation in obstetrics. *Obstet Gynecol*. 2018;132(1):199-209. doi: 10.1097/AOG.0000000000002682
- Siassakos D, Draycott T, Montague I, Harris M. Content analysis of team communication in an obstetric emergency scenario. *J Obstet Gynaecol*. 2009;29(6):499-503. doi: 10.1080/01443610903039153
- Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the medTeams project HSR. *Health Serv Res*. 2002;37(6):1553-81. doi: 10.1111/1475-6773.01104
- Hultman CS, Connolly A, Halvorson EG, Rowland P, Meyers MO, Mayer DC, et al. Get on your boots: preparing fourth-year medical students for a career in surgery, using a focused curriculum to teach the competency of professionalism. *J Surg Res*. 2012;177(2):217-23. doi: 10.1016/j.jss.2012.06.019
- Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev*. 2013;60(3):291-302. doi: 10.1111/inr.12034
- Sullivan ME, Trial J, Baker C, Inaba K, Etcheverry J, Nally M, et al. A framework for professionalism in surgery: what is important to medical students? *Am J Surg*. 2014;207(2):255-9. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.08.027
- Rothdiener M, Griewatz J, Meder A, Dall'Acqua A, Obertacke U, Kirschniak A, et al. Surgeons' participation in the development of collaboration and management competencies in undergraduate medical education. *PLoS One*. 2020;15(6):e0233400. doi: 10.1371/journal.pone.0233400
- Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery – creating a culture of safety. *J Interprof Care*. 2013;27(5):387-93. doi: 10.3109/13561820.2013.784243
- Tørring B, Gittell JH, Laursen M, Rasmussen BS, Sørensen EE. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):528. doi: 10.1186/s12913-019-4362-0
- Frost JS, Hammer DP, Nunez LM, Adams JL, Chesluk B, Grus C, et al. The intersection of professionalism and interprofessional care: development and initial testing of the interprofessional professionalism assessment (IPA). *J Interprof Care*. 2019;33(1):102-15. doi: 10.1080/13561820.2018.1515733
- Etherington C, Wu M, Cheng-Boivin O, Larrigan S, Boet S. Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Can J Anaesth*. 2019;66(10):1251-60. doi: 10.1007/s12630-019-01413-9



DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Febrasgo acompanha tramitação de projeto de lei que visa incluir o inadequado termo “violência obstétrica” na Lei Maria da Penha

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio², Ana Cláudia Louçana da Costa Araújo Pires³, André Ricardo de Holanda Sousa⁴, Lúcia Maria de Sousa Aguiar dos Santos⁵, Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes⁶

A Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo está realizando acompanhamento e atuação em relação ao Projeto de Lei nº 422/2023, protocolado na Câmara dos Deputados.⁽¹⁾

O projeto de lei visa incluir a “violência obstétrica” entre os tipos de violência previstos na Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha.⁽²⁾ Na Lei Maria da Penha, no seu artigo 7º, são tipificadas como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: a violência física, a violência psicológica, a violência sexual, a violência patrimonial e a violência moral.⁽²⁾ O referido projeto de lei objetiva acrescentar nesse artigo o seguinte inciso:

VI – a violência obstétrica, entendida como qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, constituindo, assim, limitação ao poder de escolha e de decisão da mulher.

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.
2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.
3. Conselheira efetiva 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. Diretoria do Sindicato dos Médicos do Estado do Piauí (Simepi).
6. Presidente da Associação Piauiense de Ginecologia e Obstetria (Sopigo).

Inicialmente, destaca-se o incalculável valor e importância da Lei Maria da Penha, que é uma importante conquista das mulheres e da sociedade para o enfrentamento da violência de gênero no âmbito doméstico e familiar, e também fora dele, incorporando diversas medidas de assistência, atendimento e proteção, bem como a perspectiva de gênero.⁽³⁾ Entretanto, a Febrasgo manifesta-se fortemente desfavorável ao presente projeto, pelos motivos elencados a seguir.

Da forma como colocado pelo projeto e por tantos outros que utilizam o termo “violência obstétrica”, pode haver uma indevida criminalização de atos médicos e de saúde, por vezes urgentes e necessários, em detrimento do objetivo social e ético de proteger a mulher.

Sobre o termo “violência obstétrica”, em uníssono, as entidades médicas contraíndicam o seu uso. O Parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 32/2018 esclarece que a expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.⁽⁴⁾ Para os médicos, a atenção humanizada ao parto deve ser baseada em evidências científicas, com o objetivo final de um parto e assistência seguros e respeitosos.

Da forma apresentada, o projeto de lei equipara o médico, ou qualquer profissional de saúde envolvido com a assistência ao parto, à figura do agressor descrita na Lei Maria da Penha. Os médicos são, como os demais profissionais de saúde e na sua imensa maioria, defensores das mulheres e dos seus direitos e vítimas em comum dos graves problemas e deficiências da assistência em todo o país.⁽⁵⁾ Todo o Código de Ética Médica já resguarda os direitos da paciente, ressaltados os direitos ao consentimento livre e esclarecido, a tomada de decisão informada e a autonomia de pacientes e médicos, não sendo oportuno que uma lei imponha e sugira reconhecimento de prática de violência por parte dos médicos, por vezes em procedimentos desconhecidos pelos leigos e muitas vezes necessários, fomentando o litígio e dificuldades de relacionamento entre os profissionais de saúde e pacientes.⁽⁵⁾

As evoluções na área da obstetrícia têm permitido avanços e conquistas que eram considerados impossíveis há poucas décadas, sobretudo no que se refere à sobrevivência 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 uma 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.⁽⁶⁾

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 casos concretos pode 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 a práxis 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. Por todos esses e outros motivos, a Febrasgo é absolutamente contrária ao uso do termo “violência obstétrica”. Além disso, os aspectos do ponto de vista médico e técnico e de desestímulo ao exercício da profissão devem ser fortemente considerados.⁽⁶⁾

O objetivo de todas as entidades médicas é a defesa do exercício profissional seguro e respeitoso, e os pontos levantados devem ser valorizados na construção dessa e outras normas que impactem diretamente o exercício da medicina e a saúde e proteção do binômio materno-fetal. Em todo esse processo, a Febrasgo, por meio da Diretoria de Defesa e Valorização Profissional e do seu Departamento Jurídico, tem participado ativamente.

Neste caso, após reunião da nossa Comissão, definimos que vamos realizar contato com a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM e manter as

tratativas com os parlamentares via o Núcleo de Apoio Parlamentar da Associação Médica Brasileira (AMB) para as possibilidades de atuação jurídica e administrativa. Será marcada uma reunião com a deputada federal relatora do PL nº 422/2023 para expor todos os argumentos contrários. No momento, o referido projeto encontra-se em recepção pela Comissão de Educação da Câmara dos Deputados.

A Febrasgo entende e apoia o valor da discussão e a importância inegociável de forte atuação contra toda e qualquer violência contra a mulher. Entretanto, projetos como esse e possíveis criminalizações de práticas de saúde prejudicam e atrapalham a assistência, causando temor da má interpretação de práticas que possam ser realizadas sem qualquer viés de violência.

A violência contra a mulher, em qualquer ambiente que ocorra e em qualquer circunstância, é absolutamente inaceitável, e a Febrasgo, bem como a imensa maioria dos médicos do Brasil, é defensora incansável das mulheres e dos seus direitos e dignidade.

Propostas como essa, com essa criminalização de práticas em saúde de forma genérica, desrespeitam normas éticas e profissionais, e a autonomia de ambas as partes, extrapolam os limites de competência do legislativo em rotina profissional especializada, anulam o delicado equilíbrio entre autonomia e segurança e, de maneira temerária, estimulam a condenação sumária e generalizada de práticas assistenciais específicas, o que pode expor gestantes e parturientes ao comprometimento da qualidade e segurança na sua assistência à saúde.

O posicionamento atual oficial da Febrasgo é contra o uso e divulgação do termo “violência obstétrica”, sendo recomendado o combate a qualquer violência contra a mulher ou contra a gestante, sem depreciação ou responsabilização inadequada da figura do médico obstetra. O foco deve ser **o enfrentamento ao abuso e maus-tratos e a defesa do parto seguro e respeitoso**. Fundamentalmente, qualquer ação ou omissão que resulte em violência contra a mulher, em qualquer contexto, deve ser prontamente denunciada e fortemente combatida, mas não majorada por termos preconceituosos e que podem prejudicar a já desfalcada assistência em saúde, que requer tanto apoio estrutural e de recursos materiais e de número de profissionais. 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.⁽⁶⁾

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanecerá atenta à tramitação deste e de outros projetos relacionados, e manterá os seus associados informados sobre os encaminhamentos dessa discussão e dos requerimentos apresentados, que devem ser cuidadosos e dialogados e têm repercussões importantes.

REFERÊNCIAS

1. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 422/2023, de 9 de fevereiro de 2023. Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 [Internet]. 2023 [cited 2023 May 10]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2234455
2. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [Internet]. 2006 [cited 2023 May 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
3. Azeredo CM. Dez anos de Lei Maria da Penha: a importância da perspectiva de gênero no enfrentamento da violência. *Rev Juríd.* 2017;1(46):494-514. doi: 10.6084/m9.figshare.5309587
4. Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta CFM nº 22/2018-Parecer CFM nº 32/2018. Dispõe sobre violência doméstica. Relator: Cons. Ademar Carlos Augusto [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 12]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>
5. Wender MC, Damásio LC, Pires AC, Sousa AR, Santos LM, Nunes JM. Febrasgo apoia manifestação das entidades médicas do Piauí sobre lei estadual que dispõe sobre a assistência obstétrica. *Femina.* 2022;50(4):219-21.
6. Wender MC, Damásio LC, Pires AC, Sousa AR, Cury RA, Parente MP, et al. Conselho Regional de Medicina do Piauí publica resolução sobre a autonomia do médico e da paciente nos cenários de assistência ao parto. *Femina.* 2022;50(7):410-4.

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, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebirim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste 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

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

292 Câncer de colo uterino na gestação

Geórgia Fontes Cintra, Sophie Françoise Mauricette Derchain, Delzio Salgado Bicalho, Agnaldo Lopes da Silva Filho, Walquíria Quida Salles Pereira Primo

CARTA AO EDITOR

297 Impactos da pandemia de COVID-19 na sexualidade feminina

Rhuan Victor Pereira Morais, Lorena Porto Magalhães, Renata Lopes Britto, Milena Bastos Brito, Andréa Railla Nogueira Rodrigues, Maria Eduarda Freire dos Santos, Ligya Castro Santos, Luana Maria Figueiredo Paes

ARTIGO ORIGINAL

299 O impacto do uso de métodos contraceptivos orais na função sexual de mulheres em idade reprodutiva

Leonardo Pandolfi Caliman, Eduarda Cardoso Costa, Fernanda Sotto Maior do Valle Pinheiro, Luisa Gouvêa Abrantes

ARTIGO DE REVISÃO

309 Exame físico em ginecologia

Roberto de Oliveira Galvão

Câncer de colo uterino na gestação

Número 5 – Maio 2023

A Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica 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 incidência de câncer durante a gestação tem aumentado devido à tendência das mulheres em postergar a gravidez. O câncer de colo de útero é a terceira neoplasia mais comumente diagnosticada durante o período gestacional.
- O rastreamento e o diagnóstico devem se dar como nas pacientes não gestantes; a citologia oncótica cervical é o exame obrigatório do pré-natal, e a colposcopia com biópsia pode ser realizada em qualquer período da gestação.
- A gestação complicada pelo diagnóstico de um câncer deve sempre ser conduzida em centro de referência e por equipe multidisciplinar.
- A interrupção da gestação em situações específicas, para tratamento-padrão, é respaldada por lei.
- A quimioterapia neoadjuvante é uma alternativa segura de tratamento durante a gestação, para permitir alcançar a maturidade fetal. Apresenta altas taxas de resposta, sendo relatada progressão neoplásica durante a gestação em apenas 2,9% dos casos. O risco de malformações fetais decorrentes da quimioterapia é semelhante ao da população geral. Contudo, a quimioterapia está associada a restrição de crescimento intraútero, baixo peso ao nascer e mielotoxicidade neonatal.
- Na ausência de progressão de doença, deve-se levar a gestação até o termo.

RECOMENDAÇÕES

- O rastreamento do câncer do colo de útero em gestantes deve ser igual ao das demais mulheres.
- O tratamento de lesões precursoras (NICII ou III) deve ser realizado após o parto, devido ao mínimo risco de progressão durante a gestação.
- O estadiamento das lesões invasoras deve ser preferencialmente realizado por ressonância magnética do abdome, sem contraste, e radiografia do tórax, com proteção abdominal.
- A decisão terapêutica levará em conta o estadiamento, a idade gestacional e o desejo da paciente em manter a gestação.
- Há respaldo legal para interromper a gestação de pacientes com câncer do colo uterino e idade gestacional < 22 semanas, para permitir o tratamento-padrão (cirurgia ou radioterapia, com ou sem quimioterapia concomitante).
- Para pacientes que desejem preservar a gestação, as alternativas são: tratamento expectante, conização/traquelectomia com ou sem linfadenectomia pélvica ou quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel até a 34ª/35ª semana ou até a progressão da doença.
- A via de parto, em pacientes com lesão invasora no colo, é a cesárea, com incisão corporal.
- Após o parto, a paciente deve receber o tratamento-padrão de acordo com o estágio da doença.

CONTEXTO CLÍNICO

O câncer de colo uterino é o câncer ginecológico mais comum na gravidez, com estimativa de 0,1-12 por 10.000 gestações. Para as neoplasias intraepiteliais cervicais,

são descritas taxas de incidências que variam entre 1,3 e 2,7 por 1.000 gestações.⁽¹⁻³⁾ Os estudos não mostram diferenças no prognóstico oncológico da mulher com câncer de colo uterino diagnosticado na gravidez, quan-

do comparados com aqueles em não gestantes.^(1,3) O número crescente de pacientes gestantes tratadas por alguma neoplasia, bem como o seguimento das crianças fruto dessas gestações, gera segurança no uso de diversos quimioterápicos durante a gestação. Isso tem se refletido em um maior número de gestações levadas a termo e em melhores desfechos neonatais e de desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças.^(1,3)

Qual a conduta relativa à paciente gestante com colpocitologia alterada?

O rastreamento das lesões pré-neoplásicas e do câncer de colo de útero em gestantes deve ser realizado pela colpocitologia, seguindo as recomendações de periodicidade e faixa etária das mulheres não grávidas. A procura pelo serviço de saúde, para o acompanhamento pré-natal, deve ser sempre considerada uma oportunidade para o rastreio.^(1,4) Pacientes com colpocitologia oncológica alterada devem ser encaminhadas para colposcopia. Não há contraindicação para a realização de biópsia em qualquer fase da gestação.⁽⁴⁾ Em pacientes com diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial cervical (NICII ou NICIII), o tratamento deve ser postergado para após o parto, devido ao mínimo risco de progressão neoplásica durante a gestação. Deve-se acompanhar com colposcopia a cada 12 semanas. A biópsia deve ser repetida apenas se houver suspeita de invasão. Na gravidez, a conização diagnóstica é indicada apenas se o estadiamento ou a confirmação da doença invasora residual alterar o momento e o tipo de parto. Caso contrário, esse procedimento deve ser postergado para o período pós-parto.

Qual a conduta relativa à paciente gestante com lesão suspeita de neoplasia invasora em colo uterino?

Lesões suspeitas no colo uterino, em pacientes gestantes, devem ser investigadas por meio de biópsia incisional. Após a confirmação de malignidade, o estadiamento imagenológico deve ser conduzido, preferencialmente, por meio de radiografia de tórax, com proteção abdominal, e ressonância magnética de abdome total sem contraste, tendo em vista que o gadolínio está associado a doenças reumatológicas na criança e óbito neonatal. Na indisponibilidade da ressonância magnética, pode-se realizar ultrassom de abdome total, com ênfase nos rins e vias urinárias.^(1,3,5)

Quais centros estão aptos a realizar a condução de pacientes com câncer de colo uterino diagnosticado na gestação?

A condução dessas pacientes deve se dar em centro de referência, com equipe multidisciplinar (ginecologistas

oncológicos, oncologistas clínicos, obstetras especialistas em gestação de alto risco, neonatologistas, radio-oncologistas e psicólogos). O tratamento depende do estadiamento, da idade gestacional e do desejo de preservar a gestação, sempre de forma individualizada e após discussão multidisciplinar, levando em conta os riscos de adiar ou modificar o tratamento para aquela paciente.

É possível a interrupção legal da gestação em pacientes gestantes com câncer de colo uterino?

É impossível a realização da terapia-padrão do câncer de colo uterino (cirurgia radical e/ou radioterapia pélvica) e a manutenção da gestação. Por isso, a interrupção da gestação em pacientes com câncer de colo uterino e gestação de até 22 semanas é prevista no artigo 128 do Código Penal Brasileiro (aborto necessário ou terapêutico quando há risco de vida materna)⁽⁶⁾ e pela Portaria GM/MS Nº 1.508, do Ministério da Saúde.⁽⁷⁾ Após essa idade gestacional, o feto é considerado viável na maioria dos centros, e a conduta deve ser individualizada. A interrupção da gestação, seguida de tratamento oncológico padrão, é recomendada em pacientes com doença localmente avançada ou com linfonodo positivo. Nesse contexto, as pacientes que optam por prosseguir com a gestação devem ser informadas de que não realizarão o tratamento oncológico padrão, o que poderá resultar em comprometimento do prognóstico materno, bem como em maiores riscos obstétricos.^(1,3)

Como deve ser realizada a interrupção da gestação?

Para a interrupção da gestação em pacientes com câncer de colo de útero, são necessários:

- A avaliação de, no mínimo, dois profissionais; um deles deverá ser especialista na doença que está motivando a interrupção;
- Prontuário médico com as justificativas médicas pormenorizando o risco materno;
- A anuência e/ou consentimento esclarecido, assinado pela gestante ou por seus familiares, salvo se isso não for possível, em situações de iminente risco de vida;
- Apoio e acompanhamento de uma equipe multiprofissional, especialmente de psicólogos.

Não é necessária autorização judicial, boletim de ocorrência ou comunicação ao Conselho Regional de Medicina. O método de interrupção da gestação depende da idade gestacional e do estadiamento. Em pacientes com a doença em estágio inicial, pode-se realizar histerectomia radical, com o feto *in situ* (“útero cheio”). Em doença localmente avançada, durante o primeiro trimestre, indica-se abortamento com evacuação do con-

cepto. Porém, quando o aborto cirúrgico não é viável, devido à presença de tumor obliterando o orifício cervical, a radioterapia pode ser iniciada com o conceito intraútero. Isso resulta em aborto espontâneo dentro de três semanas.^(1,3) Acima de 16 semanas, dá-se preferência por feticídio, antes do início do tratamento ou da evacuação.

Como pacientes gestantes com câncer de colo uterino estágio IA1 ou IA2 devem ser conduzidas?

É recomendado tratamento cirúrgico conservador, como a conização, preferencialmente entre 14 e 22 semanas. Depois dessa idade gestacional, pelo risco de sangramento e perda gestacional, deve-se realizar vigilância trimestral, com colposcopia, até o parto, e tratamento definitivo seis semanas após o parto. A conização com cirurgia de alta frequência está associada a menor volume de sangramento e complicações.^(1,8) A indicação de cerclagem é controversa.

Qual o papel da linfadenectomia em pacientes gestantes com câncer de colo uterino?

A metástase linfonodal é um dos principais fatores prognósticos em câncer de colo de útero. Por esse motivo, alguns autores preconizam a realização da linfadenectomia estadiadora para real determinação do estadiamento e prognóstico e, portanto, melhor seleção de pacientes candidatas à manutenção da gestação. É factível até 20 semanas, pois, após essa idade gestacional, o volume uterino compromete o campo cirúrgico e o número de linfonodos ressecados cai consideravelmente, não sendo considerada apropriada para fins de estadiamento.^(1,3) A via de escolha é a laparoscópica em mãos experientes, por se associar a recuperação mais rápida e melhor controle de dor no pós-operatório. A pesquisa de linfonodo sentinela não é recomendada em gestantes, devido ao risco de anafilaxia com o azul patente e à falta de dados de segurança com o uso do tecnécio e do verde de indocianina durante a gestação. Em caso de linfonodos positivos, a tendência é orientar a interrupção da gestação para permitir o tratamento-padrão. Pacientes que recusam a interrupção devem ser aconselhadas ao tratamento com quimioterapia neoadjuvante, a ser realizado até três semanas antes do parto.

Como pacientes gestantes com até 20 semanas e câncer de colo de útero estádios IB1 e IB2 devem ser conduzidas?

Diversos estudos em pacientes com câncer de colo de útero mostraram que, quando os linfonodos pélvicos são negativos, o risco de acometimento parametrial é desprezível.⁽⁹⁾ Por isso, levando-se em conta a morbidade importante da traquelectomia radical durante a

gestação, como perda gestacional e sangramento, há suporte na literatura para conduzir essas pacientes com linfadenectomia pélvica e conização ampla, ou traquelectomia simples, para obtenção de margens livres, seguida de cerclagem. O planejamento cirúrgico deve ser feito por equipe multidisciplinar, incluindo médicos radiologistas, com o objetivo de avaliar a chance de ressecção da neoplasia com margem livre, mantendo uma distância segura do orifício cervical interno. Em pacientes em que a conização com margem livre não é factível, a cirurgia é desaconselhável.

Como pacientes gestantes com mais de 20 semanas e diagnóstico de câncer de colo de útero estádios IB1 e IB2 devem ser conduzidas?

O estudo de séries de casos de pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino restrito ao colo, no fim do segundo trimestre e no terceiro trimestre, que realizaram tratamento expectante, com vigilância de progressão, mostrou excelentes desfechos oncológicos, sendo esse tratamento, portanto, uma opção.⁽⁸⁾ Em pacientes em que o diagnóstico ocorre no início da gestação, ou quando não se considera prudente a conduta expectante, devido a outros fatores prognósticos (invasão estromatosa profunda, invasão angiolímfática ou tipos histológicos desfavoráveis), indica-se quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel a cada três semanas, com início após a 14ª semana de gestação. Não havendo progressão, deve-se realizar o tratamento até a 34ª/35ª semana, para permitir o parto a termo. Considerando o risco de complicações maternas e neonatais, como infecção e hemorragia, a quimioterapia deve ser interrompida três semanas antes da data planejada para o parto.^(1,3)

Como pacientes gestantes com tumor localmente avançado e que desejam preservar a gestação devem ser conduzidas?

Indica-se quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel a cada três semanas, com início após a 14ª semana de gestação. Não havendo progressão, deve-se realizar o tratamento até a 34ª/35ª semana e parto ao termo.⁽¹⁰⁾ A radioquimioterapia pode ser iniciada duas semanas após o parto.^(1,3)

Como pacientes gestantes com câncer de colo uterino estágio IVB devem ser conduzidas?

Pode ser oferecida quimioterapia paliativa. Imunoterapias com anticorpos monoclonais humanizados recombinantes como o bevacizumabe e o pembrolizumabe são contraindicadas durante a gestação.⁽¹⁻³⁾ O encaminhamento precoce aos cuidados paliativos, para controle da dor e de outros sintomas, é fundamental no contexto da doença avançada e metastática, con-

tribuindo não apenas para a melhora da qualidade de vida, como também para a maior sobrevivência dessas pacientes.

Como deve ser o planejamento do parto em pacientes gestantes com câncer de colo de útero?

Nos casos em que não há progressão de doença ou indicação obstétrica de antecipação do parto, o momento ideal do parto deve ser no termo da gestação. A via de parto é a cesariana para os casos em que há doença invasora no colo, com incisão corporal, para não haver risco de extensão da histerotomia para o colo e consequente laceração tumoral, com contaminação da cavidade abdominal.^(1,3) O parto vaginal está contraindicado em pacientes com neoplasia invasora no colo, por trazer risco materno e fetal. Além do risco de sangramento tumoral e obstrução do canal de parto, a literatura descreve 20 casos de implante em laceração de canal de parto ou episiotomia, com desfecho fatal na maioria dos casos.^(1,3) Arakawa *et al.*⁽¹¹⁾ relataram dois casos de crianças que desenvolveram carcinoma epidermoide de pulmão após parto vaginal em paciente com a mesma neoplasia em colo uterino. Em pacientes tratadas com conização com margens livres e sem evidência de doença em colo, a via de parto é a obstétrica.^(1,3)

Como deve ser realizado o tratamento definitivo após o parto?

O tratamento definitivo dependerá do desejo reprodutivo da paciente.

Pacientes com desejo reprodutivo:

- As opções de tratamento com preservação de fertilidade são restritas às pacientes com estágio até IB1. Incluem conização ou traquelectomia radical com ou sem linfadenectomia. O momento ideal para a cirurgia é quatro a seis semanas após o parto.

Pacientes sem desejo reprodutivo:

- Estádio IA1 sem invasão angiolinfática: a histerectomia extrafascial pode ser adotada juntamente com a cesariana ou seis semanas após;
- Estádio IA1 com invasão angiolinfática a IB2: devem ser tratadas com histerectomia radical e linfadenectomia pélvica, juntamente com a cesariana, ou no período pós-parto (seis semanas). A histerectomia após a cesariana está associada a maior sangramento e complicações perioperatórias, como infecção de ferida operatória e infecção do trato urinário.⁽¹²⁾

Pacientes com indicação de quimiorradioterapia podem iniciar o tratamento duas semanas após o parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico concomitante de um câncer e gestação é uma situação rara e dramática. A literatura médica é limitada a série de casos e a um consenso das Sociedades Europeias de Ginecologia Oncológica e Oncologia Clínica (ESGO/ESMO), sendo fundamental que as orientações sejam interpretadas sempre com cautela. A avaliação multidisciplinar e individualizada é a melhor forma de garantir o melhor desfecho para a mãe e, quando há desejo de preservar a gestação, para o feto.

REFERÊNCIAS

1. Pereira Primo WQ, Fernandes CE, Silva Filho AL, editores. Ginecologia oncológica: diagnóstico e tratamento. Barueri: Manole; 2022.
2. Korenaga TK, Tewari KS. Gynecologic cancer in pregnancy. *Gynecol Oncol.* 2020;157(3):799-809. doi: 10.1016/j.jgyno.2020.03.015
3. Amant F, Berveiller P, Boere IA, Cardonick E, Fruscio R, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. *Ann Oncol.* 2019;30(10):1601-12. doi: 10.1093/annonc/mdz228
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.
5. Ray JG, Vermeulen MJ, Bharatha A, Montanera WJ, Park AL. Association between MRI exposure during pregnancy and fetal and childhood outcomes. *JAMA.* 2016;316(9):952-61. doi: 10.1001/jama.2016.12126
6. Senado Federal. Código penal [Internet]. Brasília (DF): Coordenação de Edições Técnicas; 2017 [cited 2022 Dec 20]. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [Internet]. 2005 [cited 2022 Dec 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html
8. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C, Haie-Meder C. Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet.* 2012;379(9815):558-69. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60829-5
9. Frumovitz M, Sun CC, Schmeler KM, Deavers MT, Dos Reis R, Levenback CF, et al. Parametrial involvement in radical hysterectomy specimens for women with early-stage cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 2009;114(1):93-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181ab474d
10. Song Y, Liu Y, Lin M, Sheng B, Zhu X. Efficacy of neoadjuvant platinum-based chemotherapy during the second and third trimester of pregnancy in women with cervical cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther.* 2018;13:79-102. doi: 10.2147/DDDT.S186966
11. Arakawa A, Ichikawa H, Kubo T, Motoi N, Kumamoto T, Nakajima M, et al. Vaginal transmission of cancer from mothers with cervical cancer to infants. *N Engl J Med.* 2021;384(1):42-50. doi: 10.1056/NEJMoa2030391
12. Olthof EP, van der Velden J, Painter RC, Mom CH. Morbidity of radical hysterectomy combined with caesarean section in pregnant patients with cervical cancer. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2021;42(2):300-6. doi: 10.31083/j.ejgo.2021.02.2346

Como citar:

Cintra GF, Derchain SF, Bicalho DS, Silva Filho A, Pereira Primo WK. Câncer de colo uterino na gestação. *Femina*. 2023;51(5):292-6.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Cervical cancer in pregnancy", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45(5).

Geórgia Fontes Cintra

Instituto Brasileiro de Controle de Câncer, São Camilo Oncologia, São Paulo, SP, Brasil.

Sophie Françoise Mauricette Derchain

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Delzio Salgado Bicalho

Instituto Oncoclínicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Agnaldo Lopes da Silva Filho

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

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

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

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Vice-presidente:

Suzana Arenhart Pessini

Secretário:

Jesus Paula Carvalho

Membros:

Angélica Nogueira Rodrigues
Caetano da Silva Cardial
Delzio Salgado Bicalho
Eduardo Batista Candido
Etelvino de Souza Trindade
Fernando Maluf
Francisco José Cândido dos Reis
Georgia Fontes Cintra
Marcia Luiza Appel Binda
Mirian Helena Hoeschl Abreu Macedo
Renato Moretti Marques
Ricardo dos Reis
Sophie Françoise Mauricette Derchain
Heloisa de Andrade Carvalho
Filomena Marino Carvalho

Impactos da pandemia de COVID-19 na sexualidade feminina

Rhuan Victor Pereira Morais^{1,2}, Lorena Porto Magalhães², Renata Lopes Britto^{1,2}, Milena Bastos Brito², Andréa Railla Nogueira Rodrigues^{1,2}, Maria Eduarda Freire dos Santos³, Ligya Castro Santos³, Luana Maria Figueiredo Paes³

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em sua definição ampla, a sexualidade é parte inerente da vida do ser humano e influencia diretamente no bem-estar físico, psíquico e mental.⁽¹⁾ Apesar da importância universal, homens e mulheres possuem necessidades e anseios distintos que interferem na saúde sexual, contracepção e desejo reprodutivo. Dentre esses fatores, destacam-se os biológicos, como fadiga, depressão, efeitos colaterais de medicações, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e infertilidade comprovada, e os psicológicos, com destaque para distrações da vida diária, experiências negativas no passado, timidez, vergonha ou inexperiência sexual. Além disso, segundo Basson *et al.*, a resposta sexual feminina é circular, em que fatores psicológicos, sociais e biológicos estão sobrepostos.⁽²⁾

Para além disso, a pandemia de COVID-19, infecção causada pelo vírus de RNA denominado SARS-CoV-2, vivenciada hodiernamente, causou grande impacto nos sistemas de saúde do mundo inteiro e alterou a dinâmica da sexualidade feminina e dos modos de contracepção e de desejo reprodutivo.⁽³⁾ Como já observado durante e após o furacão Katrina em 2005 e o terremoto de Wenchuan em 2008, cenários caóticos como desastres naturais, guerras civis e epidemias podem alterar o comportamento sexual de mulheres, interferindo na frequência sexual, desejo de ter filhos e higiene íntima, com o potencial de precipitar até anormalidades menstruais.⁽⁴⁾

Pode-se constatar que o acesso à saúde sexual e reprodutiva esteve imensamente prejudicado ao redor do mundo durante os períodos mais críticos e com maiores restrições nessa pandemia, gerando diversas consequências socioeconômicas e sanitárias, que ainda poderiam ser mais agravadas a depender das condições de geopolítica local. Para cada uma das decisões com o intuito de controle das taxas de transmissão da COVID-19, houve reverberação em outros setores, desde a alocação de recursos, com o fechamento de serviços de saúde considerados não essenciais e carência de recursos humanos, até problemas com abastecimento de materiais e falta de insumos. Todas essas decisões impactaram diretamente a vida de mulheres ao redor do mundo.⁽⁵⁾

É fato que diversas mudanças ocorreram na sociedade, sobretudo no âmbito da sexualidade feminina, reduzindo e limitando o acesso aos serviços de saúde, ocasionando aumento significativo nas taxas de gestações indesejadas, abortos provocados, mortalidade materna, além da dificuldade de praticar educação em saúde com as mulheres.⁽⁶⁾ Ademais, em decorrência das mudanças vivenciadas, houve também um aumento inversamente proporcional entre a frequência da atividade sexual e o desejo de engravidar pelas mulheres.

Para além do fator biológico, as incertezas trazidas pela doença e a mudança das relações sociais, com o risco iminente de contaminação, tratamentos incertos, alto número de óbitos e incertezas econômicas geradas pelo isolamento social, alteraram a dinâmica da resposta sexual da mulher. O humor deprimido, a irritabilidade, o nervosismo e a culpa dificultaram a

Submetido:

18/01/2023

Aceito:

11/04/2023

1. Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Salvador, BA, Brasil.

2. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

3. Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, BA, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Renata Lopes Brito
Avenida Augusto Viana, s/n,
Hupes, 19 andar, Canela, 40110-060,
Salvador, BA, Brasil
renatalopesbritto@gmail.com

Como citar:

Morais RV, Magalhães LP, Britto RL, Brito MB, Rodrigues AR, Santos ME, et al. Impactos da pandemia de COVID-19 na sexualidade feminina. *Femina*. 2023;51(5):297-8

prática sexual, pela diminuição do desejo e da excitabilidade, que são indispensáveis na sexualidade feminina, dada a dimensão da importância do bem-estar psicológico para a busca e a concretização do desejo.⁽³⁾ Apesar de algumas pesquisas apontarem para um aumento da frequência sexual durante a pandemia, em comparação com meses anteriores, a qualidade da relação não aumentou, evidenciando, mais uma vez, o peso que o fator psicológico exerce sobre a satisfação sexual feminina.

No que se refere à fecundidade, a pandemia de COVID-19 permitiu uma reflexão maior acerca do planejamento familiar, revelando realidades díspares também no Brasil. A dualidade entre adiar a maternidade, tendo em vista o momento de incertezas, ou abreviar o momento de engravidar, devido às possibilidades de uma rotina de trabalho mais flexível, obtida pelo trabalho remoto, com a chance de conciliar a maternidade sem precisar renunciar à carreira, foi alvo de muitas discussões familiares e em consultórios médicos. Mulheres com idade avançada que já possuíam um relacionamento estável e que desejavam complementar a família auxiliadas por técnicas de reprodução assistida, contrastado por mulheres sem estabilidade econômica ou que dependem financeiramente de outrem, residindo nas inseguranças do futuro, na assistência (ou falta) durante a gestação, parto e puerpério devido à sobrecarga dos serviços de saúde e isolamento social, dificultando muito a rede de apoio necessária a esse período.⁽¹⁾

Deve-se ressaltar que, no tocante aos indivíduos que demandam tratamento de infertilidade, tais como a reprodução assistida, em decorrência do maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2, houve um adiamento pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) até que o Ministério da Saúde recomendasse seu retorno, em uma situação amena da pandemia. Desse modo, apesar da ausência de dados que comprovem a interferência do vírus em tal procedimento, pondo em risco a saúde dos fetos, é fato que esse contexto adiou ou mitigou muitos planos de constituição familiar na sociedade.⁽⁷⁾

Sabe-se também que, com as mudanças pandêmicas, as situações de pobreza foram acirradas e o desemprego aumentou, juntamente com as desigualdades sociais, reduzindo a condição financeira, principalmente, das mulheres. Dessa maneira, em adição às outras condições de vulnerabilidade que foram acentuadas, a saúde mental feminina foi impactada, e isso repercutiu diretamente na saúde sexual. Ademais, segundo alguns autores, pôde-se observar aumento nos casos de violência (psicológica, física e moral) contra a mulher e nas taxas de feminicídio com as medidas de isolamento social, isso porque as vítimas foram submetidas a um maior tempo de convívio com os agressores.⁽⁶⁾

Assim, é extremamente importante utilizar a consulta médica para oferecer orientações específicas sobre qualidade de vida e sexualidade, principalmente quando identificados indícios de relações abusivas, transgressões de direitos pessoais, entre outros tipos

de violência. Um relacionamento negativo gera mais estresse e piora progressivamente a saúde mental e sexual dos envolvidos. Logo, para uma saúde sexual plena, são necessários afeto, comunicação, respeito e companheirismo.⁽⁸⁾ Outrossim, da mesma forma que ainda se vivenciam os impactos e consequências da pandemia no momento presente, há também a possibilidade de aprender a reinventar a sexualidade com tais desafios.

Por fim, é imprescindível reforçar a necessidade de análises sobre os efeitos a longo prazo da pandemia de COVID-19 na sexualidade feminina. Tal discussão deve ser levada aos consultórios médicos, universidades, escolas e a tantos outros equipamentos sociais que possuem mulheres integrando suas atividades. A abordagem da sexualidade feminina deve ser feita de forma integrada e biopsicossocial, valorizando também os aspectos econômicos e políticos, levando em consideração as diferentes realidades do local onde a mulher está inserida. Tais fatores podem implicar a perpetuação dos danos à saúde sexual e reprodutiva causados por uma pandemia. Apesar das dissidências governamentais na condução de políticas de assistência à saúde na mulher e do prejuízo nos serviços de saúde em todo o mundo, devemos valorizar toda e qualquer defesa dos sistemas públicos de saúde, com o intuito de fortalecê-los e para diminuir tais impactos negativos. Assim sendo, espera-se que essas disparidades reveladas pela COVID-19 estimulem políticos, profissionais de saúde, educadores e gestores a serem mais ambiciosos e comprometidos em melhorar tais indicadores, promovendo melhor qualidade de vida às mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho RZ, Lima LC, Leocádio VA, Bernardes T. Considerations about the COVID-19 pandemic and its effects on fertility and sexual and reproductive health of Brazilian women. *Rev Bras Estud Popul.* 2020;37:e0130
2. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x
3. Yuksel B, Ozgor F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(1):98-102. doi: 10.1002/ijgo.13193
4. Kissinger P, Schmidt N, Sanders C, Liddon N. The effect of the Hurricane Katrina disaster on sexual behavior and access to reproductive care for young women in New Orleans. *Sex Transm Dis.* 2007;34(11):883-6. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318074c5f8
5. Cousins S. COVID-19 has "devastating" effect on women and girls. *Lancet.* 2020;396(10247):301-2. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31679-2
6. Carvalho BR, Rosa-E-Silva AC, Ferriani RA, Reis RM, Sá MF. COVID-19 and assisted reproduction: a point of view on the Brazilian scenario. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(6):305-9. doi: 10.1055/s-0040-1713795
7. Oliveira AC, Gonçalves EC, Oliveira GA, Marcolino GJ, Paulino LS, Campos FA. Saúde reprodutiva feminina no Brasil durante a pandemia da Covid-19: fecundidade, contracepção e pré-natal: uma revisão narrativa. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2022;15(3):e9684. doi: 10.25248/reas.e9684.2022
8. Lopes GP, Vale FB, Vieira I, Silva Filho AL, Abuhid C, Geber S. COVID-19 and sexuality: reinventing intimacy. *Arch Sex Behav.* 2020;49(8):2735-8. doi: 10.1007/s10508-020-01796-7

O impacto do uso de métodos contraceptivos orais na função sexual de mulheres em idade reprodutiva

The impact of the use of oral contraceptive methods on the sexual function of women of reproductive age

Leonardo Pandolfi Caliman¹, Eduarda Cardoso Costa¹,
Fernanda Sotto Maior do Valle Pinheiro¹, Luisa Gouvêa Abrantes¹

Descritores

Mulher; Dispositivo contraceptivo; Contraceptivos orais; Disfunções psicosssexuais; Questionário

Keywords

Woman; Contraceptive device; Oral contraceptives; Psychosexual dysfunctions; Questionnaire

Submetido:

17/10/2022

Aceito:

11/04/2023

1. Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luisa Gouvêa Abrantes
Alameda Salvaterra, 200, 36033-003,
Juiz de Fora, MG, Brasil
luisaabrantes@hotmail.com

Como citar:

Caliman LP, Costa EC, Pinheiro FS, Abrantes LG. O impacto do uso de métodos contraceptivos orais na função sexual de mulheres em idade reprodutiva. *Femina*. 2023;51(5):299-308.

RESUMO

Objetivo: Investigar o impacto dos contraceptivos orais hormonais na função sexual de mulheres. **Métodos:** Estudo transversal realizado por meio do questionário traduzido e validado “Índice da Função Sexual Feminina”, capaz de estimar o risco de disfunção sexual feminina. Dados sociodemográficos, ginecológicos, medicamentosos e outros foram avaliados e correlacionados estatisticamente a esse escore, estimando possíveis causas da disfunção sexual, com destaque para o uso de anticoncepcional oral. O estudo foi baseado em uma amostragem por conveniência, incluindo mulheres > 18 anos em idade reprodutiva, de 04/01/2021 a 04/01/2022, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Participaram deste estudo 105 mulheres com média e desvio-padrão de idade de 23,4 ± 3,8 anos, predominantemente heterossexuais (84,0%) e bissexuais (13,2%). A maioria delas (93,4%) utiliza métodos contraceptivos, sendo esses anticoncepcional oral (45,3%), DIU hormonal (19,8%) e camisinha (17,0%). A composição hormonal mais utilizada foi levonorgestrel (26,4%) e etinilestradiol (25,5%). Oitenta por cento das mulheres são sexualmente ativas, 69,3% delas têm parceria fixa, 42,5% tinham relações quase sempre e 33,0% referiam que as relações sexuais eram sempre satisfatórias. Houve boa adequação da amostra (0,865) e significância estatística ($p < 0,0001$). Utilizar ou não método contraceptivo apresentou diferença nos domínios desejo, satisfação e dor. Contudo, as questões do histórico sexual foram as que mais apresentaram relevância estatística em relação aos domínios. **Conclusão:** Apesar de outros estudos serem necessários para provar a hipótese de que os contraceptivos orais têm impacto negativo na função sexual feminina, é clara a importância de os profissionais de saúde já estarem cientes dessa possibilidade e saberem como abordá-la.

ABSTRACT

Objective: To investigate the impact of hormonal oral contraceptives on women's sexual function. **Methods:** Cross-sectional study carried out using the translated and validated questionnaire “Index of Female Sexual Function”, capable of estimating the risk of female sexual dysfunction. Sociodemographic, gynecological, medication and other data were evaluated and statistically correlated to this score, estimating possi-

ble causes of sexual dysfunction, with emphasis on the use of oral contraceptives. The study was based on a convenience sample, including women > 18 years of reproductive age, from 01/04/2021 to 01/04/2022, following inclusion and exclusion criteria. **Results:** The study included 105 women with a mean and standard deviation of (23.4 ± 3.8) years old, predominantly heterosexual (84.0%) and bisexual (13.2%). Most of them (93.4%) use contraceptive methods, these being (45.3%) oral contraceptives, (19.8%) hormonal IUDs and (17.0%) condoms. The most used hormonal composition was levonorgestrel (26.4%) and ethinylestradiol (25.5%). Eighty percent of the women are sexually active, 69.3% of them have a steady partner, 42.5% almost always had sex and 33.0% said that sex was always satisfactory. There was good sample adequacy (0.865) and statistical significance ($p < 0.0001$). Using or not using a contraceptive method showed a difference in the desire, satisfaction and pain domains. However, sexual history questions were the ones that showed the most statistical relevance in relation to the domains. **Conclusion:** Although further studies are needed to prove the hypothesis that oral contraceptives have a negative impact on female sexual function, it is clear that health professionals are already aware of this possibility and know how to approach it.

INTRODUÇÃO

A pílula anticoncepcional oral (ACO) está no mercado há mais de 50 anos e teve enorme impacto na saúde reprodutiva das mulheres.⁽¹⁻³⁾ O método tem sido reconhecido como altamente eficaz e geralmente seguro para o controle de fertilidade, com estimativa de 100 milhões de usuárias no mundo. Ainda assim, há uma notável falta de conhecimento básico sobre como ele pode afetar a qualidade de vida, a sexualidade e o comportamento das mulheres.^(4,5)

Sabe-se que o desejo sexual e a libido da mulher são fenômenos complexos orquestrados por vários fatores biológicos, neurológicos e psicológicos e por costumes sociais, que resultam em cascatas de alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias.⁽⁶⁾ Já a disfunção sexual feminina (DSF) refere-se a alterações na resposta sexual persistente e recorrente, por mais de seis meses e que causem angústia/sofrimento à pessoa.⁽⁷⁾

Em relação ao papel dos ACOs sobre o desejo sexual e sua relação causal com a DSF, há uma controvérsia. Existem evidências de que o desejo sexual é afetado, mas a satisfação sexual permanece inalterada; em contraponto, existem estudos mostrando o contrário. De qualquer forma, para entender a influência dos ACOs sobre a função sexual (FS), deve-se ter bom conhecimento sobre os componentes hormonais dessa pílula.

Com o progresso das pesquisas nas últimas décadas, tornou-se frequente o uso de contraceptivos orais combinados (COCs),⁽¹⁻³⁾ que combinam um progestagênio com um estrogênio, geralmente o etinilestradiol, e os mais recentes contêm menos progestagênios androgênicos, como a drospirenona, um derivado de espirolactona, gestodeno ou desogestrel.⁽⁸⁾

Dito isso, entende-se o efeito antigonadotrófico dos ACOs, que resulta na supressão da produção ovariana de androgênio, além de aumentar a produção de globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), a principal proteína de ligação para esteroides gonadais na circulação.⁽⁹⁾ Esses efeitos combinados resultam em níveis diminuídos de testosterona (T) total e livre, hormônio coadjuvante para estimular o desejo sexual e regular o fluxo sanguíneo genital e a integridade estrutural e funcional dos genitais.^(10,11) Assim, embora não haja um nível específico de T abaixo do qual a DSF é mais provável de ocorrer, a redução da T, por si só, piora todas as fases da resposta sexual⁽¹²⁻¹⁶⁾ e parece ser a base dos efeitos adversos dos ACOs na FS.

Dados de um ensaio clínico randomizado controlado,⁽¹⁷⁾ referentes a agosto de 2016, corroboram essa hipótese. Nele, foram comparados os efeitos de um método de barreira, de planejamento familiar natural e de um ACO contendo etinilestradiol e drospirenona sobre a FS em mulheres. Foi visto que o risco de deterioração da FS associado ao uso dos COCs foi 2,01 vezes maior no grupo em uso de ACO, em comparação com o grupo em uso dos outros métodos estudados (intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,45, 2,79; $p < 0,001$).⁽¹⁷⁾

Em contraponto, em outros dois estudos, esses efeitos foram mistos, enfatizando a necessidade de melhor compreensão dos efeitos dos COCs sobre a FS. No primeiro deles, os domínios desejo (-4,4; IC de 95%: -8,49 a -0,38; $p = 0,032$), excitação (-5,1; IC de 95%: -9,63 a -0,48; $p = 0,030$) e prazer (-5,1; IC de 95%: -9,97 a -0,32; $p = 0,036$) foram significativamente reduzidos, em comparação com o placebo; ao passo que, no segundo, entre as usuárias de COC, 85% relataram aumento ou nenhuma alteração na libido e 15% relataram diminuição.^(6,7)

Diante dessas controvérsias na literatura a respeito do efeito dos COCs na FS feminina, o presente estudo tem como objetivo determinar a atual relevância do impacto negativo dos COCs sobre a FS.

De forma secundária, também foi avaliada: a prevalência de uso dos ACOs, o impacto de outros fatores sobre a FS, incluindo a presença de doenças associadas, o uso de outras drogas (outros medicamentos contínuos, álcool e tabaco), a prática de atividade física, o sobreposo, a situação conjugal e o histórico sexual.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de tipologia transversal e observacional, realizado de forma *on-line*, via Google Forms. O recrutamento das participantes do estudo foi realizado por meio de *link* enviado via WhatsApp ao celular pessoal delas, no período de setembro a janeiro de 2021.

A amostra incluiu mulheres que acessaram o *link* via WhatsApp, de maneira voluntária, e que atenderam aos critérios de inclusão, sem englobar aquelas que apresentavam algum dos critérios de exclusão. Foi considerado para incluir a mulher no estudo que ela

estivesse com mais de 18 anos e em idade reprodutiva. Excluíram-se mulheres que apresentaram qualquer deficiência que impossibilitasse o preenchimento do questionário aplicado, além de mulheres transgênero.

Essa amostra foi, ainda, bem-informada em formulário *on-line* via Google Forms sobre o estudo planejado, recebendo informações detalhadas sobre o procedimento, incluindo o motivo pelo qual esta pesquisa foi realizada, seus possíveis riscos, benefícios e desconfortos, descritos abaixo. Após isso, as mulheres assinaram um termo de consentimento. Foram esclarecidas todas as dúvidas e garantido que a mulher poderia se recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe causasse qualquer prejuízo.

Este estudo incluiu possíveis riscos, tais como constrangimento, com chance de remeter a voluntária a memórias ruins, invadir sua privacidade e questioná-la quanto a questões sensíveis, como a sexualidade. Contudo, foi garantido que suas identidades seriam preservadas e os dados coletados seriam mantidos em sigilo, e sua abordagem foi feita de maneira individual por meio do seu telefone pessoal, podendo a mulher ter o tempo necessário para responder ao questionário.

Os benefícios da pesquisa foram: possibilitar que as mulheres analisem o impacto do uso de contraceptivos orais sobre sua função sexual e o prejuízo no seu bem-estar atual, podendo ser efetivada a troca do método contraceptivo por meio de avaliação complementar médica e melhora da qualidade de vida sexual.

A partir do início do estudo, as participantes preencheram de forma *on-line* um questionário sociodemográfico sobre: idade; nível de educação; dados conjugais; história psicossocial, familiar, medicamentosa, patológica pregressa, ginecológica e obstétrica e da vida sexual.

Em seguida, essas mulheres preencheram também de forma *on-line* questões que compõem o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), usado para avaliar a FS das mulheres. Esse instrumento foi validado no idioma português e demonstrou alto grau de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e sensibilidade na diferenciação de respostas entre mulheres sexualmente disfuncionais e não disfuncionais. Ele consiste em 19 questões que abordam seis domínios da FS. Os domínios avaliados foram confirmados por meio de análises fatoriais e incluem desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Para cada questão, existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado no final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total.

O IFSF foi autoadministrado individualmente a partir da inscrição do estudo. Os escores foram calculados e analisados estatisticamente e, de acordo com

Pacagnella *et al.* (2009),⁽¹⁸⁾ as mulheres com pontuação total do IFSF igual ou abaixo de 26 foram classificadas como de risco para DSF.

Na tentativa de responder aos objetivos, esse escore foi correlacionado com o uso ou não de ACOs, buscando demonstrar a maior ocorrência de DSF nas mulheres em uso dessa medicação, o que poderia sugerir um impacto negativo dos ACOs sobre a FS. Correlacionaram-se, ainda, os dados sociodemográficos e clínicos com a presença ou não de DSF.

Para todos os dados coletados, foram realizadas, portanto, análises estatísticas. Na análise e interpretação dos dados pessoais, clínicos, conjugais, ginecológicos e obstétricos e sexual, foram utilizadas ferramentas de estatísticas descritiva e indutiva, além do cálculo das frequências absolutas e percentuais, e, para as questões quantitativas, o cálculo da média aritmética e desvio-padrão.

O segundo passo foi o cálculo entre os domínios, separados em desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Para verificar o grau de associação entre eles, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e a análise fatorial com rotação de *varimax*, método esse que estima os fatores de maior relevância (maiores percentuais de variância explicada e fatores com valores acima de 0,4).

Para analisar a existência ou não de diferença entre as categorias das questões relativas aos domínios, foram utilizados os testes *t* de *Student* (para duas categorias) e ANOVA (para três ou mais categorias). Foram registrados os *p*-valores de todas as categorias e as médias e desvios dos valores de significância estatística.

Para os cálculos, foram utilizados os *softwares* estatísticos Excel versão 2019 e o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.

Por fim, vale ressaltar que a aprovação ética para a realização do estudo foi dada pelo Comitê de Bioética do Brasil da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 44899621.0.0000.5103/Parecer: 4.945.850). O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

RESULTADOS

O principal desfecho de interesse foi a diferença entre as pontuações do IFSF nas mulheres em uso de ACO e nas em uso de outro método, propondo um possível impacto dos métodos contraceptivos orais no desempenho sexual e na qualidade de vida das mulheres em idade reprodutiva. Os desfechos secundários incluíram: identificação de alta prevalência de mulheres em idade reprodutiva em uso de ACO, em especial os combinados; avaliação das características das mulheres por meio do estudo descritivo, incluindo dados sociodemográficos, conjugais, clínicos, medicamentosos, ginecológicos, obstétricos e sexuais, cujos fatores

poderiam influenciar nos resultados. Participaram deste estudo 105 mulheres com idade média de $23,4 \pm 3,8$ anos. Dessas, 81,1% se autodeclararam de etnia branca; 84,0%, heterossexuais e 13,2%, bissexuais; 59,4% tinham o terceiro grau incompleto, ao passo que 63,2% eram estudantes da área de saúde e 9,4%, estudantes da área de humanas.

Das mulheres que participaram do estudo, 32,1% possuem doenças associadas, sendo elas compostas principalmente por distúrbios psicológicos (17,0%) e síndrome dos ovários policísticos (7,5%). Quanto ao sobrepeso, 80,2% não possuem. A maioria das mulheres, entretanto, tem estresse cotidiano (31,1-54,7%), mas poucas fazem uso de medicamento controlado (35,8%). Em relação ao uso de álcool, 81,1% afirmaram fazer uso, sendo mais utilizado com frequência de uma a duas vezes na semana (76,4%) e com tempo médio de $6,0 \pm 2,6$ anos de utilização. Já em relação ao tabaco, somente 11,3% fazem uso, com frequência de uma a duas vezes na semana (9,4%) e com tempo médio de $2,8 \pm 1,3$ anos de uso.

Com relação aos dados conjugais das mulheres pesquisadas, 54,7% estão namorando e 38,7% estão solteiras. Entre as comprometidas, 61,3% estão satisfeitas com o relacionamento e possuem uma média e desvio-padrão de $4,1 \pm 4,7$ anos de relacionamento. Ainda entre as comprometidas, 59,4% afirmam não ter traído o(a) parceiro(a) atual, ter boa comunicação com o(a) parceiro(a) (89,6%) e sentir-se muito à vontade com o(a) companheiro(a) (82,1%). Com relação às informações ginecológicas e obstétricas, as mulheres pesquisadas possuem média e desvio-padrão de $12,3 \pm 1,2$ anos de idade na primeira menstruação e um ciclo menstrual de $23,7 \pm 9,8$ dias e ficam $4,7 \pm 2,1$ dias menstruadas, com intensidade moderada (37,7%) a alta (24,5%) de fluxo menstrual. A maioria das mulheres ainda não passou por uma gestação (95,3%), e 1,9% passou por uma gestação. Entre as mulheres que já passaram por uma gestação, totalizando 3,7%, 1,9% teve parto cesáreo, 0,9%, normal e 0,9%, induzido. Entre as mulheres, 93,4% utilizam métodos contraceptivos, sendo eles pílula oral (45,3%), DIU hormonal (19,8%) e camisinha (17,0%). A composição hormonal mais utilizada foi levonorgestrel (26,4%) e etinilestradiol (25,5%).

A idade média da primeira relação sexual das 101 mulheres que já a tiveram foi de $16,9 \pm 1,5$ anos e, das 99 com penetração vaginal, foi de $17,3 \pm 1,8$ anos de idade. Um número de 100 mulheres informou uma média de $5,5 \pm 4,3$ parceiros(as) ao longo da vida. Com vida sexual no último mês, estão 80,2% das mulheres, e 69,3% possuem um(a) parceiro(a) fixo(a) atualmente. A maioria das mulheres (41,5%) tem frequência sexual de uma a duas vezes na semana, e as outras (26,4%), de menos de uma vez na semana, com relações quase sempre satisfatórias (42,5%) e sempre satisfatórias (33,0%). Pela análise de correlação interdomínios, obtemos a informação sobre a associação entre os domínios, que demonstra forte correlação ente orgasmo e excitação

(0,6160), orgasmo e lubrificação (0,8452), satisfação e excitação (0,6328), satisfação e orgasmo (0,6114) e dor com lubrificação (0,7025). As demais apresentaram correlações moderadas e fracas. Orgasmo e desejo, satisfação e desejo e dor e excitação não apresentaram significância estatística ao nível de 0,05 e apresentaram correlação fraca (Tabela 1).

Na tabela 2, constam os resultados da análise fatorial com as cargas fatoriais e o percentual da variância explicada. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem apresentou valor de 0,865 (adequado para valores maiores que 0,800) e significância estatística no teste Qui-Quadrado aproximado ($p < 0,0001$). Os itens com carga fatorial superior a 0,40 foram registrados em negrito. Dados os 19 fatores, foram selecionados os de maiores variâncias explicadas, totalizando quatro fatores que somam juntos 74,8%.

O fator 1 (29,0% de variância explicada) agrupou os itens de excitação, dois de lubrificação, dois de orgasmo e todos de satisfação. O fator 2 (26,1% de variância explicada) agrupou os itens dor, dois de lubrificação e um de orgasmo. O fator 3 (10,5% de variância explicada) agrupou os itens de desejo, e o fator 4 (9,2% de variância explicada) agrupou dois itens de excitação. A tabela 3 contém os p-valores que indicam se existe diferença entre as categorias das questões em relação aos domínios. Os valores que apresentaram relevância, ou seja, diferença entre as categorias, foram registrados em negrito.

Na questão doença associada, observa-se diferença entre quem possui ou não doença nos domínios desejo, lubrificação, orgasmo e dor. O tipo de doença associada apresentou diferença no domínio lubrificação. No domínio desejo, observa-se diferença nas questões sobre usar ou não medicamento contínuo, praticar ou não atividade física e ter ou não sobrepeso. A situação conjugal e o fato de ter traído ou não o(a) parceiro(a) apresentaram diferença nos domínios lubrificação, orgasmo e dor. O fato de sentir-se ou não à vontade com seu(sua) parceiro(a) apresentou diferença nos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e dor. Ter ou não boa comunicação com o(a) parceiro(a) influenciou os domínios desejo e dor. Utilizar ou não método contraceptivo apresentou diferença nos domínios desejo, satisfação e dor. O histórico sexual das participantes do estudo foi a questão que mais apresentou relevância estatística em relação aos domínios. Possuir ou não vida sexual ativa no último mês apresentou diferença nos domínios desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (Tabela 4). Ter ou não um(a) parceiro(a) fixo(a) apresentou diferença nos domínios lubrificação, orgasmo e dor. A frequência das relações sexuais e a frequência das relações sexuais satisfatórias apresentaram diferença no desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A tabela 5 apresenta os valores médios e seus desvios-padrão das questões que apresentaram essas diferenças nos domínios.

Tabela 1. Análise de correlação interdomínios do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

Análise de correlação	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Desejo	1,0000					
Excitação	0,2660	1,0000				
Lubrificação	-0,3194	0,4816	1,0000			
Orgasmo	-0,1637*	0,6160	0,8452	1,0000		
Satisfação	0,1218*	0,6328	0,5375	0,6114	1,0000	
Dor	-0,3657	0,1666*	0,7025	0,5944	0,3747	1,0000

* $p > 0,05$, não apresenta correlação.

Tabela 2. Análise fatorial com rotação *varimax* do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

Domínio	Questão	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Desejo	1: Frequência	0,0823	-0,3498	0,8247	0,1515
	2: Nível	0,0374	-0,3118	0,8400	0,2177
Excitação	3: Frequência	0,4112	-0,0270	0,2729	0,7454
	4: Nível	0,4533	0,0460	0,3152	0,6894
	5: Confiança	0,6646	0,1685	-0,0634	0,3776
	6: Satisfação	0,8372	0,0951	0,1076	0,3372
Lubrificação	7: Frequência	0,6791	0,0861	-0,0524	0,2808
	8: Dificuldade	0,1504	0,8179	-0,2674	0,1650
	9: Frequência de manutenção	0,6915	0,1470	-0,0269	0,3235
	10: Dificuldade de manutenção	0,1773	0,8426	-0,2842	0,1131
Orgasmo	11: Frequência	0,8210	0,0890	-0,1030	0,1477
	12: Dificuldade	0,0449	0,8411	-0,2243	0,2154
	13: Satisfação	0,7689	0,1037	-0,0262	0,1350
Satisfação	14: Proximidade com o(a) parceiro(a)	0,6838	0,3863	0,1090	-0,2151
	15: Com relação sexual	0,8105	0,2040	0,2242	-0,0554
	16: Com vida desejo global	0,6781	0,1951	0,3622	0,0123
Dor	17: Frequência durante a penetração	0,2039	0,8718	-0,0294	-0,1033
	18: Frequência que segue a penetração	0,2860	0,8837	-0,0610	-0,0692
	19: Grau durante a penetração vaginal	0,1328	0,8970	-0,0011	-0,1264
Percentual de variância explicada		29,0	26,1	10,5	9,2

DISCUSSÃO

Avaliamos a FS em uma amostra de mulheres brasileiras > 18 anos e em idade reprodutiva, usando os dados de 105 questionários IFSF preenchidos no idioma português. Foram comparadas as respostas das usuárias de métodos contraceptivos com as daquelas que não os utilizavam, sendo encontrados escores mais baixos nos domínios específicos de desejo, satisfação e dor com o uso de contraceptivo. Em relação à comparação das

usuárias de ACOs com as de métodos não hormonais, houve diferenças, ainda que os dados não tenham sido significativos.

Assim, ainda que os dados do nosso estudo não tenham demonstrado redução significativa na FS geral sobre o uso de contraceptivo, houve prejuízo em alguns domínios específicos. Desse modo, nossos resultados indicam que o uso de ACOs pode diminuir alguns aspectos de FS e deve ser considerado como causa na DSF.

Tabela 3. Diferença entre os escores médios das questões em relação aos domínios

Questões	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Doença associada	0,0010	0,4260	0,0050	0,0040	0,1850	0,0130
Quais doenças associadas	0,1540	0,7060	0,0170	0,0620	0,4140	0,1050
Nível de estresse cotidiano	0,3560	0,9200	0,7400	0,4590	0,9770	0,7290
Uso de medicamento contínuo	0,0010	0,6140	0,2150	0,4160	0,8710	0,2510
Álcool	0,5280	0,1890	0,9350	0,6910	0,7560	0,4910
Frequência do uso de álcool (semana)	0,7070	0,4300	0,8190	0,8840	0,8630	0,8330
Tabagismo	0,3260	0,5090	0,5720	0,6060	0,8550	0,7100
Atividade física	0,0270	0,8340	0,4470	0,1430	0,9100	0,3120
Sobrepeso	0,0020	0,4260	0,2390	0,4100	0,5700	0,3090
Situação conjugal	0,9710	0,3010	<0,0001	0,0010	0,5480	<0,0001
Traição	0,7660	0,2980	<0,0001	0,0060	0,8650	<0,0001
O quanto você se sente à vontade com sua parceria?	<0,0001	0,0500	<0,0001	<0,0001	0,4310	<0,0001
Boa comunicação com o(a) parceiro(a)?	0,0010	0,6110	0,0530	0,2180	0,7440	<0,0001
Intensidade do fluxo menstrual	0,8160	0,2080	0,1600	0,1000	0,0230	0,1580
Número de gestações	0,6880	0,7290	0,9560	0,9610	0,7950	0,7820
Tipo de parto	0,9670	0,9470	0,8940	0,9930	0,7950	0,6310
Método contraceptivo	0,0220	0,7910	0,0750	0,1320	0,0040	0,0050
Tipo de método contraceptivo	0,0680	0,7040	0,1220	0,3890	0,1600	0,3950
Composição do método contraceptivo hormonal	0,0870	0,1740	0,0720	0,0690	0,2370	0,2690
Vida sexual ativa (último mês)	<0,0001	0,1860	<0,0001	<0,0001	0,0090	<0,0001
Parceiro(a) fixo(a) (atualmente)	0,0810	0,2330	<0,0001	0,0010	0,2310	<0,0001
Frequência de relações sexuais	0,0440	0,7390	<0,0001	0,0020	0,0080	<0,0001
Frequência de relações sexuais satisfatórias	0,0030	0,4270	<0,0001	<0,0001	0,0040	<0,0001

Entre as limitações do nosso estudo, incluem-se o tamanho limitado da amostra e o envolvimento, principalmente, de mulheres jovens e que estavam em um relacionamento. Portanto, nossos achados podem não ser generalizáveis para a população feminina como um todo. Além disso, deve-se considerar a falta de seguimento.

Ainda que possua um desenho transversal, esta pesquisa beneficiou-se do uso de um instrumento padronizado e validado para avaliar a relação entre a FS e a contracepção. Além disso, as pacientes responderam ao questionário sozinhas, sem interferência dos investigadores.

Ademais, é evidente o papel da moralidade sexual restritiva em diferentes sociedades culturais, étnicas e religiosas. Por isso, não é possível descartar que opiniões e expectativas subjetivas possam ter alguma influência nos nossos resultados. No entanto, tentamos controlar tal viés por meio da avaliação de dados socio-demográficos da amostra.

O efeito do uso de ACO no humor e na FS tem sido questionado.^(6,19-24) São comuns relatos de piora da FS

devido ao uso de pílulas combinadas, o que parece estar parcialmente de acordo com o nosso estudo.

São vistos resultados semelhantes em: a) Battaglia *et al.*,⁽⁸⁾ que encontraram comprometimento significativo do desejo, excitação, lubrificação e orgasmo após o uso de ACOs; b) Caruso *et al.*,⁽²⁵⁾ que observaram piora da FS geral com o uso de comprimidos de 15 mcg de etinilestradiol e gestodeno; c) Smith *et al.*,⁽²⁶⁾ que também utilizaram um *design* de estudo de pesquisa *on-line*, e cujas usuárias de anticoncepcionais hormonais sentiram mais dor, desconforto e secreção vaginal, além de terem atividade sexual, orgasmos e sensação de excitação menos frequentes; d) Wallwiener *et al.*,⁽²⁷⁾ que evidenciaram que o uso de ACOs foi associado a uma pontuação mais baixa do IFSF do que para outros métodos contraceptivos.

Além disso, estudos epidemiológicos mostraram que um histórico de problemas psicológicos, estado civil, baixa atividade física e doenças crônicas estão significativamente associados à DSF.⁽²⁵⁻²⁸⁾ Tal dado também está em concordância com o nosso estudo, no qual a insatisfação sexual em mulheres na pré-menopausa esteve

Tabela 4. Diferença dos escores das questões significativas pelos domínios desejo, excitação e lubrificação

Questões		Desejo	Excitação	Lubrificação
Doença associada	Não	2,6 (1,2)	X	3,5 (0,7)
	Sim	3,5 (1,5)	X	2,5 (1,7)
Doenças associadas	Nenhuma	X	X	3,4 (0,9)
	Distúrbios psicológicos	X	X	2,7 (1,7)
	Síndrome dos ovários policísticos	X	X	2,1 (1,7)
	Doença autoimune	X	X	3,7 (0,1)
	Alterações hormonais	X	X	3,9 (0,0)
	Dislipidemia	X	X	3,9 (0,0)
Uso de medicamento contínuo	Não	2,5 (1,2)	X	X
	Sim	3,5 (1,4)	X	X
Atividade física	Não	3,5 (1,4)	X	X
	Sim	2,7 (1,3)	X	X
Sobrepeso	Não	2,7 (1,3)	X	X
	Sim	3,7 (1,5)	X	X
Situação conjugal	Casada	X	X	3,4 (0,3)
	Namorando	X	X	3,6 (0,4)
	Solteira	X	X	2,5 (1,6)
Traição	Não se aplica	X	X	2,5 (1,6)
	Não	X	X	3,6 (0,6)
	Sim	X	X	3,7 (0,1)
O quanto você se sente à vontade com sua parceria?	Pouco	4,4 (,0)	2,5 (2,4)	1,5 (2,0)
	Moderado	4,0 (1,3)	1,2 (1,3)	1,8 (1,9)
	Muito	2,6 (1,2)	1,7 (0,7)	3,5 (0,7)
Boa comunicação com o(a) parceiro(a)?	Não	4,3 (1,7)	X	X
	Sim	2,7 (1,3)	X	X
Método contraceptivo	Não	4,2 (1,4)	X	X
	Sim	2,8 (1,3)	X	X
Vida sexual ativa (último mês)	Não	4,0 (1,5)	X	1,6 (1,8)
	Sim	2,6 (1,2)	X	3,5 (0,5)
Parceiro(a) fixo(a) (atualmente)	Não	X	X	2,2 (1,8)
	Sim	X	X	3,6 (0,4)
Frequência de relações sexuais	Não se aplica	3,8 (1,8)	X	1,7 (1,9)
	Menos de 1 vez	3,2 (1,5)	X	2,7 (1,5)
	1 a 2 vezes	3,5 (1,1)	X	3,6 (0,4)
	3 a 4 vezes	2,6 (1,2)	X	3,7 (0,5)
	5 ou mais vezes	2,8 (1,2)	X	3,7 (0,1)
Frequência de relações sexuais satisfatórias	Muito baixa ou nula	4,2(2,0)	X	1,3 (1,8)
	Baixa	3,9 (1,3)	X	2,2 (1,9)
	Moderada	3,0 (1,3)	X	2,4 (1,9)
	Quase sempre	2,8 (1,3)	X	3,4 (0,7)
	Sempre	2,4 (1,1)	X	3,6 (0,4)

Tabela 5. Diferença dos escores das questões significativas pelos domínios orgasmo, satisfação e dor

Questões		Orgasmo	Satisfação	Dor
Doença associada	Não	3,2 (0,8)	X	4,7 (1,6)
	Sim	2,3 (1,6)	X	3,5 (2,5)
Doenças associadas	Nenhuma	X	X	X
	Distúrbios psicológicos	X	X	X
	Síndrome dos ovários policísticos	X	X	X
	Doença autoimune	X	X	X
	Alterações hormonais	X	X	X
	Dislipidemia	X	X	X
Uso de medicamento contínuo	Não	X	X	X
	Sim	X	X	X
Atividade física	Não	X	X	X
	Sim	X	X	X
Sobrepeso	Não	X	X	X
	Sim	X	X	X
Situação conjugal	Casada	2,7 (0,3)	X	5,2 (0,5)
	Namorando	3,3 (0,6)	X	5,1 (1,1)
	Solteira	2,4 (1,6)	X	3,2 (2,5)
Traição	Não se aplica	2,5 (1,6)	X	3,3 (2,5)
	Não	3,2 (0,7)	X	5,1 (1,1)
	Sim	4,1 (0,4)	X	3,3 (3,0)
O quanto você se sente à vontade com sua parceria?	Pouco	1,8 (2,5)	X	1,0 (1,5)
	Moderado	1,7 (2,0)	X	2,0 (2,5)
	Muito	3,2 (0,7)	X	4,9 (1,4)
Boa comunicação com o(a) parceiro(a)?	Não	2,1 (2,2)	X	1,5 (1,9)
	Sim	3,1 (1,1)	X	4,7 (1,8)
Método contraceptivo	Não	X	0,5 (0,8)	2,1 (2,6)
	Sim	X	1,8 (1,1)	4,5 (1,9)
Vida sexual ativa (último mês)	Não	1,5 (1,8)	1,0 (1,3)	1,2 (2,1)
	Sim	3,3 (0,7)	1,9 (0,9)	5,1 (1,1)
Parceiro(a) fixo(a) (atualmente)	Não	2,1 (1,8)	X	2,7 (2,7)
	Sim	3,3 (0,6)	X	5,1 (1,1)
Frequência de relações sexuais	Não se aplica	1,7 (2,0)	0,7 (1,3)	1,0 (1,9)
	Menos de 1 vez	2,7 (1,6)	1,8 (1,2)	3,9 (2,4)
	1 a 2 vezes	3,3 (0,6)	2,0 (0,9)	5,2 (0,8)
	3 a 4 vezes	3,1 (0,6)	1,6 (0,6)	5,2 (0,8)
	5 ou mais vezes	3,3 (0,7)	1,3 (0,2)	4,3 (2,8)
Frequência de relações sexuais satisfatórias	Muito baixa ou nula	1,5 (2,1)	0,6 (1,4)	0,7 (1,5)
	Baixa	2,4 (2,1)	2,3 (1,9)	2,1 (2,1)
	Moderada	2,4 (2,0)	1,7 (1,5)	2,6 (1,0)
	Quase sempre	3,4 (0,8)	1,9 (0,8)	1,3 (0,2)
	Sempre	3,0 (0,4)	1,5 (0,6)	5,0 (1,2)

associada à diminuição do bem-estar psicológico geral e à depressão.

Por outro lado, alguns outros pesquisadores observaram melhorias na FS por meio do uso de ACOs ou não observaram nenhuma interferência.^(13,29-33) No entanto, é preciso lembrar que apenas alguns estudos randomizados avaliaram essa questão e que os estudos existentes geralmente não avaliaram grande número de mulheres.

É amplamente aceito que a sexualidade é uma parte fundamental da vida humana e que sua disfunção tem impacto negativo na qualidade de vida e no bem-estar emocional, independentemente da idade.⁽³⁴⁾

Essa disfunção inclui dificuldades em qualquer estágio (desejo, excitação, orgasmo e lubrificação) da resposta sexual normal, impedindo o indivíduo ou o casal de desfrutar da atividade sexual satisfatória. Trata-se de um distúrbio muito comum, com prevalência estimada de 40% em, pelo menos, uma fase da resposta sexual.⁽³⁵⁾

Entre as diversas causas possíveis para essa disfunção, o uso de ACO parece estar relacionado a uma parcela importante. Isso pode interferir na aceitação do método e nas taxas de continuação, sendo um forte preditor de descontinuação, com taxas de abandono de até 32% no primeiro ano de uso, risco subsequente de gravidez indesejada e aborto induzido, além de ter grande impacto no âmbito pessoal e psicológico da usuária.^(5,17)

Por isso, o melhor entendimento dos efeitos negativos do ACO na FS, proposto neste estudo, poderá contribuir de forma positiva em questões de grande importância na área de ginecologia e obstetria.

CONCLUSÃO

Nosso estudo encontrou algumas evidências de que os ACOs têm impacto negativo na FS feminina. Contudo, mais estudos são necessários para provar ou refutar nossos achados, incluindo estudos multicêntricos prospectivos de longo prazo. Ainda assim, desde já, é evidente a importância de os profissionais de saúde estarem cientes de que os ACOs podem ter efeitos negativos na FS feminina, visto que a insatisfação sexual é uma razão importante para a descontinuação do ACO, o que pode levar a riscos ginecológicos e obstétricos. Portanto, diante dos dados expostos, a conclusão mais importante a ser tirada de nosso estudo é a necessidade e a importância de os profissionais de saúde perguntarem às mulheres sobre sua sexualidade e possíveis mudanças indesejadas em sua vida sexual durante o uso de métodos contraceptivos. Cabe aos profissionais o desafio importante de descobrir o papel e o impacto dos ACOs na saúde sexual de cada paciente e, se necessário, de adaptar e/ou alterar o método.

REFERÊNCIAS

- Lara-Torre E, Schroeder B. Adolescent compliance and side effects with Quick Start initiation of oral contraceptive pills. *Contraception*. 2002;66(2):81-5. doi: 10.1016/s0010-7824(02)00326-8
- Parsey KS, Pong A. An open-label, multicenter study to evaluate Yasmin, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenone, a new progestogen. *Contraception*. 2000;61(2):105-11. doi: 10.1016/s0010-7824(00)00083-4
- Suthipongse W, Taneepanichskul S. An open-label randomized comparative study of oral contraceptives between medications containing 3 mg drospirenone/30 microg ethinylestradiol and 150 microg levonogestrel/30 microg ethinylestradiol in Thai women. *Contraception*. 2004;69(1):23-6. doi: 10.1016/j.contraception.2003.08.01
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. Anticoncepção e sexualidade: dúvidas frequentes [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 1]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/707-anticoncepcao-e-sexualidade-duvidas-frequentes>
- Zethraeus N, Dreber A, Raneshill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined oral contraceptives and sexual function in women—a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4046-53. doi: 10.1210/jc.2016-2032
- Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(1):27-43. doi: 10.3109/13625187.2012.728643
- Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Rufino AC, Troncon JK, Serapião JJ, et al. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais. *Femina*. 2018;46(6):381-5.
- Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Busacchi P, Paganotto MC, Morotti E, et al. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *J Sex Med*. 2012;9(2):550-7. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x
- Wiegratz I, Kutschera E, Lee JH, Moore C, Mellinger U, Winkler UH, et al. Effect of four different oral contraceptives on various sex hormones and serum-binding globulins. *Contraception*. 2003;67(1):25-32. doi: 10.1016/s0010-7824(02)00436-5
- Traish AM, Kim SW, Stankovic M, Goldstein I, Kim NN. Testosterone increases blood flow and expression of androgen and estrogen receptors in the rat vagina. *J Sex Med*. 2007;4(3):609-19. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00491.x
- Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med*. 2010;7(6):2139-48. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x
- Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*. 2005;294(1):91-6. doi: 10.1001/jama.294.1.91
- Graham CA, Bancroft J, Doll HA, Greco T, Tanner A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32(3):246-55. doi: 10.1016/j.psyneuen.2006.12.011
- Davis SR, Bitzer J, Giraldi A, Palacios S, Parke S, Serrani M, et al. Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparation is associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2013;10(12):3069-79. doi: 10.1111/jsm.12310
- Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. *Femina*. 2019;47(2):66-74.
- Zimmerman Y, Foidart JM, Pintiaux A, Minon JM, Fauser BC, Cobey K, et al. Restoring testosterone levels by adding dehydroepiandrosterone to a drospirenone containing combined oral contraceptive: II. Clinical effects. *Contraception*. 2015;91(2):134-42. doi: 10.1016/j.contraception.2014.11.008
- Čiaplinskienė L, Žilaitienė B, Verkauskienė R, Žalinskius R, Bumbulienė Ž, Vanagienė V, et al. The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(5):395-400. doi: 10.1080/13625187.2016.1217324

18. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2333-44. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100004
19. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med*. 2012;9(9):2213-23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x
20. Davis AR, Castaño PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:297-320.
21. Kahn LS, Halbreich U. Oral contraceptives and mood. *Expert Opin Pharmacother*. 2001;2(9):1367-82. doi: 10.1517/14656566.2.9.1367
22. Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord*. 2002;70(3):229-40. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00356-1
23. Poromaa IS, Segebladh B. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(4):420-7. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01333.x
24. Roberts SC, Cobey KD, Klapilová K, Havlíček J. An evolutionary approach offers a fresh perspective on the relationship between oral contraception and sexual desire. *Arch Sex Behav*. 2013;42(8):1369-75. doi: 10.1007/s10508-013-0126-9
25. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. *Contraception*. 2004;69(3):237-40. doi: 10.1016/j.contraception.2003.11.001
26. Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*. 2014;11:462-70. doi: 10.1111/jsm.12409
27. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, et al. Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(4):883-90. doi: 10.1007/s00404-015-3726-x
28. Martin-Loeches M, Ortí RM, Monfort M, Ortega E, Rius J. A comparative analysis of the modification of sexual desire of users of oral hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2003;8(3):129-34.
29. Guida M, Di Spiezio Sardo A, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, et al. Effects of two types of hormonal contraception--oral versus intravaginal--on the sexual life of women and their partners. *Hum Reprod*. 2005;20(4):1100-6. doi: 10.1093/humrep/deh686
30. Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of the quality of life and sexual functioning of women using a 30-microg ethinylestradiol and 3-mg drospirenone combined oral contraceptive. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(1):49-57. doi: 10.1080/13625180701712406
31. Greco T, Graham CA, Bancroft J, Tanner A, Doll HA. The effects of oral contraceptives on androgen levels and their relevance to premenstrual mood and sexual interest: a comparison of two triphasic formulations containing norgestimate and either 35 or 25 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2007;76(1):8-17. doi: 10.1016/j.contraception.2007.04.002
32. Li RH, Lo SS, Teh DK, Tong NC, Tsui MH, Cheung KB, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*. 2004;70(6):474-82. doi: 10.1016/j.contraception.2004.06.010
33. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, et al. Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav*. 2008;37(6):912-24. doi: 10.1007/s10508-007-9287-8
34. Sadovsky R, Nusbaum M. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J Sex Med*. 2006;3(1):3-11. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00193.x
35. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1(1):35-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x

Exame físico em ginecologia

Physical examination in gynecology

Roberto de Oliveira Galvão¹

Descritores

Exame físico em ginecologia; Exame físico de mamas; Exame físico de abdome; Exame físico vulvar; Triagem para câncer cervicouterino; Toque bimanual

Keywords

Physical examination in gynecology; Physical breast exam; Physical exam of abdomen; Vulvar physical exam; Screening for uterine cervical cancer; Bimanual touch

Submetido:

13/01/2023

Aceito:

12/04/2023

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Roberto de Oliveira Galvão
Avenida dos Jardins, 250, 38412-639,
Uberlândia, MG, Brasil
galvao.roberto@yahoo.com.br

Como citar:

Galvão RO. Exame físico em ginecologia. Femina. 2023;51(5):309-20.

RESUMO

O exame físico na prática ginecológica diuturna é o sustentáculo de uma perspectiva diagnóstica com vistas a uma abordagem individualizada, oportuna e humanizada da paciente. Lança mão de técnica semiótica clássica, inicialmente, após avaliação de sinais vitais, minuciosa inspeção ectoscópica, seguida de exame físico especial. E deverá ser realizado em ambiente adequadíssimo, sem nenhuma improvisação e ou adaptações não compatíveis, com a importância e a segurança garantidas por um exame físico de boa qualidade. O exame físico de mamas tem como objetivo primordial a identificação de nódulos mamários e, eventualmente, de tumores localmente avançados; e relativa tranquilidade é assegurada às pacientes quando ele é considerado normal. O exame físico vulvar permite a identificação de prolapso de órgãos pélvicos, neoplasia intraepitelial e/ou invasiva vulvar e distúrbios de desenvolvimento sexual, além de oferecer subsídios para a propedêutica da vulvodínea, sendo, principalmente, uma oportunidade para o diagnóstico em dermatologia vulvar, mesmo a vulva correspondendo a apenas 1% da pele feminina. O exame especular, um clássico da ginecologia, é indispensável para a triagem do câncer de colo uterino. Por fim, o toque genital, a despeito de sua subjetividade, permite a avaliação dos órgãos genitais internos.

ABSTRACT

Physical examination in daytime gynecological practice is the mainstay of a diagnostic perspective with a view to an individualized, timely and humanized approach to the patient; resorting to the classical semiotic technique, initially, after assessing vital signs, a thorough ectoscopic inspection, followed by a special physical examination; which should be carried out in a very suitable environment, without any improvisation or adaptations that are not compatible with the importance and safety guaranteed by a good quality physical examination. The primary objective of the physical examination of the breasts is to identify breast nodules and possibly locally advanced tumors; in addition to relative tranquility, assured to patients, when the respective exam is considered normal. Vulvar physical examination allows the identification of pelvic organ prolapse; vulvar intraepithelial and/or invasive neoplasia; sexual development disorders; in addition to offering subsidies for the propaedeutics of vulvodinia; and, above all, it is an opportunity for diagnosis in vulvar dermatology, even though the vulva accounts for only 1% of female skin. Specular examination, a classic in gynecology, is essential for screening for cervical cancer. Finally, the genital touch which, despite its subjectivity, allows the evaluation of the internal genital organs.

A anamnese e o exame físico representam, na prática clínica diária, o alicerce na construção de uma suspeição diagnóstica, seja facilitando a abertura de perspectivas no estabelecimento de um adequado relacionamento médico-paciente, seja construindo, por meio de técnica semiótica clássica, a hipótese diagnóstica e, por fim, orientando a propedêutica complementar judiciosa. Esses aspectos resultam, na maioria das vezes, em um diagnóstico correto e na conseqüente tomada decisiva de uma conduta específica para o paciente.

Nenhuma especialidade, absolutamente nenhuma, pode prescindir de um primoroso exame físico. A ginecologia, por particularidades inerentes a sua área de atuação – genitália e mamas –, requer um exame físico detalhado, objetivo, relativamente célere, com posição, vestimenta e ambiente adequadíssimos, para que, em nenhum momento, seja quebrado o bom relacionamento médico-paciente estabelecido, entre outros, pela preservação respeitosa da intimidade da paciente. Tudo isso posto, a paciente, após a anamnese e com sua total concordância, adequadamente vestida para a ocasião (avental confortável com a abertura na frente, sem sutiã e/ou outras peças íntimas) e com a bexiga vazia, é conduzida pela enfermagem à sala de exames, que, por sua vez, deverá ser limpa, com banheiro conjugado, bem iluminada, com dimensões adequadas, ventilada e/ou climatizada; a mesa ginecológica, particularíssima para essa abordagem, deverá oferecer alguma comodidade para a paciente e o médico (lençóis descartáveis, largura e altura adequadas, colchão confortável, pernas com suporte almofadado para a região poplíteia, ajustadas em altura e grau de abertura a depender da compleição da paciente) (Quadro 1).

Quadro 1. Material para exame ginecológico e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

Balança, fita métrica, escada com dois degraus, banco giratório; foco de luz; esfigmomanômetro; estetoscópio; sonar Doppler; vaselina; luvas, espéculos vaginais e pinças descartáveis de Cherron e Pozzi; pinças para biópsia de colo e endométrio; histerômetro, vela de Hegar 5; ácido acético 3%-5%, lugol; PVPI, clorexidina degermante; anestésico local, seringa carpule, agulhas, preservativos; compressa de gaze algodoadada; colposcópio; bisturi de alta frequência, alças, tesouras; mesa ginecológica.

Trata-se de revisão de literatura na qual foram avaliados, nos principais portais de pesquisa, utilizando-se a frase “exame físico em ginecologia” e selecionando artigos em inglês, publicados a partir de 2000 (exceto dois artigos); como complementação da revisão bibliográfica, tendo em vista a característica didática do tema, selecionamos capítulos de livro de ginecologia geral e ambulatorial, manual ilustrado de doenças da vulva, além de protocolo e artigo recentíssimo de *Femina*. Do total de artigos lidos, algo em torno de 90, selecionamos 32, que compõem a lista bibliográfica.

EXAME FÍSICO PROPRIAMENTE DITO

Com a paciente sentada, com máscara facial, pernas estendidas em sentido da maior dimensão da mesa ginecológica, e o médico, adequadamente vestido, com máscara cirúrgica (tempos de COVID-19), à direita da paciente, inicia-se o exame físico geral.

EXAME FÍSICO DOS DADOS VITAIS⁽¹⁻⁴⁾

Pressão arterial; frequência de pulso; perfusão periférica; frequência respiratória; temperatura axilar.

EXAME FÍSICO GERAL – ECTOSCOPIA⁽¹⁻⁴⁾

Estado geral; nível de consciência; orientação no tempo e espaço; atitude e decúbito preferencial; fala e linguagem; estado de hidratação; mucosas; biotipo; musculatura; fâcies; panículo adiposo; edema; pele (descrição de lesões elementares); fâneros; dados antropométricos (peso, altura, IMC; circunferência abdominal e do quadril; relação cintura/quadril) (Quadro 1).

EXAME FÍSICO ESPECIAL

Como o próprio título sugere, trata-se de uma avaliação clínica detalhada, utilizando recursos semióticos específicos para avaliar mamas, abdome e órgãos genitais externos e internos, lançando mão de criteriosa inspeção, palpação, exame especular e toque genital (Quadro 1).

EXAME FÍSICO DE MAMAS⁽⁴⁻¹⁰⁾

Inspeção

Paciente com tórax descoberto, inicialmente de pé ou sentada, com braços ora relaxados, ora contraídos (por compressão bimanual do quadril, que contrai os músculos peitorais), ao longo do corpo e depois elevados acima da cabeça; em seguida em decúbito dorsal, mãos sob a nuca permitindo criteriosa avaliação dermatológica, identificação de possíveis abaulamentos, retrações da pele e do complexo areolopapilar (CAP), além de anomalias de desenvolvimento, forma e volume das respectivas mamas. Considerações especiais devem ser dadas, durante a inspeção, às retrações de pele (motivadas por infiltração dos ligamentos de Cooper por células neoplásicas), também secundárias a liponecroses, processos inflamatórios ou cicatrizes cirúrgicas; não menos importantes são áreas com hiperemia difusa ou setorial, máculas avermelhadas múltiplas, edemas circunscritos ou difusos, áreas de discromia, orifícios de drenagem de fístulas, linfangite, infiltrações e ulcerações; por fim, as alterações do CAP, especificamente, como retração recente e achatamento do mamilo sobre a aréola, que podem prenunciar uma neoplasia de quadrante central da mama, não se esquecendo das alterações eczematosas do CAP, que podem sugerir doença de Paget. Nas anomalias de desenvolvimento, merecem considerações, pela frequência, mamas supranumerárias ou polimastia, com incidência de 1% a 2% em mulheres brancas, muitas vezes associadas a outras malformações, frequentemente desenvolvidas no oco axilar e em toda a linha mamária, que se estende da axila ao púbis; a variante, tecido mamário axilar acessório, ectópico, é a persistência de

tecido mamário, ao longo da linha láctea, geralmente bilateral, frequentemente sem aréola e/ou papila, muitas vezes identificada na puberdade ou gestação, ocorrendo em 0,4% a 6% das mulheres, causando dor e ansiedade.

Palpação

Inicialmente com a paciente sentada, quando serão avaliadas as cadeias ganglionares axilar, supra e infra-claviculares e cervical, com o médico sempre do lado a ser examinado, sustentando o antebraço da paciente e explorando o oco axilar de cima para baixo e a região periclavicular. Em seguida, com a paciente em decúbito dorsal, palpa-se uma área retangular limitada superiormente pela clavícula, medialmente pela região médio-esternal, lateralmente pela linha axilar média e inferiormente pela costela inferior. A palpação deverá ser realizada com as polpas digitais (face palmar das falanges digitais, e não as pontas) dos dedos indicador, médio, anular e mínimo, estendendo-se, seja em círculos concêntricos, por progressão radial ou faixas verticais, com o propósito de abranger toda a mama – das bordas ao quadrante central. O objetivo primordial do exame físico de mamas, em particular, por meio da palpação é identificar um nódulo dominante (tridimensional), um espessamento (bidimensional) ou uma assimetria, portanto tais alterações deverão ser criteriosamente documentadas, seja em relação à posição (utilizando-se o sistema de relógio e/ou a distância do nódulo à borda da aréola, além do respectivo quadrante da mama acometida) ou em relação às características próprias do nódulo:

- **Dimensões** – O ponto de corte de palpabilidade situa-se em torno de 1 cm. A sensibilidade da palpação aumenta com as dimensões do nódulo e com a idade da paciente. Crescimento rápido de tumoração volumosa pode significar benignidade (cistos, processo inflamatório). Dimensões definidas pela palpação geralmente são superestimadas.
- **Forma, contornos e superfície** – Quando regulares, sugerem benignidade; ao contrário, formas irregulares, indefinidas, podem cursar com malignidade, em que pesem algumas exceções.
- **Consistência** – Apresenta alguma relevância clínica apenas em nódulos de maiores dimensões; nódulos endurecidos podem sugerir neoplasia.
- **Mobilidade** – Tem algum significado, quando lesões em planos superficiais podem estar associadas a retrações cutâneas ou pregas cutâneas adjacentes à lesão; ou em lesões profundas, que se movimentam com contrações do peitoral.
- **Sensibilidade** – Em algumas situações, a palpação pode ser dolorosa, entretanto apresenta baixa especificidade, sendo mais expressiva em lesões benignas (cistos, processo inflamatório).

Com relação às mastalgias simples, frequentes na prática clínica diária, devem-se considerar causas extramamárias (neurites intercostais, artroses e mialgias). A importância da palpação das regiões linfonodais, já detalhada anteriormente, diz respeito a informações relacionadas a aspectos oncológicos, seja com o objetivo de estadiamento clínico em tumores já pressupostos pela palpação e inspeção, ou mesmo diante de palpação e inspeção normais, mas com nódulo axilar e/ou periclavicular, que pode subsidiar o diagnóstico de neoplasia, clinicamente ou por meio de punção-biópsia com agulha fina, dos respectivos linfonodos. Por fim, não se pode esquecer que a identificação de comprometimento axilar é um fator importante de prognóstico nas neoplasias de mama.

Expressão^(5,9)

A palpação das mamas termina com a expressão mamilar e compressão das regiões areolar e periareolar com o objetivo de detectar derrame ou descarga papilar, em todas as pacientes, e confirmar, naquelas com derrame espontâneo, muitas vezes, já sugeridos pela anamnese ou identificados na inspeção, principalmente quando abundantes. Trata-se de sinal ou sintoma associado a várias doenças e que se manifesta por secreção, retração, infecção e massa do CAP, com risco de malignidade em torno de 5%, e em 95% das vezes sugerindo condições sugestivas de benignidade.⁽⁹⁾ O exame físico, quando provoca a liberação de derrame papilar associado a um gatilho retro ou periareolar, muitas vezes permite sugerir um diagnóstico clínico, levando-se em consideração algumas características dos diversos tipos de secreção papilar (Quadro 2).⁽⁵⁾

EXAME FÍSICO DE ABDOME⁽¹⁾

A importância do exame físico de abdome, durante o exame ginecológico, reside na relação de proximidade-contiguidade entre o cólon ascendente (região ileocecal – apêndice); cólon descendente, especificamente sigmoide e reto; bexiga e ureter terminal com os órgãos genitais internos, peritônio pélvico e região retrouterina/septo retovaginal. Sinais e sintomas sugestivos de patologias ginecológicas, obrigatoriamente, induzem diagnóstico diferencial com entidades não ginecológicas; por outro lado, os órgãos genitais permitem uma comunicação direta, em muitas situações, entre o meio externo, óstio vaginal e peritônio pélvico, via canal endocervical-cavidade endometrial-luz tubária-peritônio pélvico; esse aspecto explica muitas situações que cursam com pelve – peritonite (doenças sexualmente transmissíveis [DSTs]-anexites, abortamentos infectados, instrumentação intrauterina, inserção de dispositivo intrauterino [DIU]). Por fim, quadros hemorrágicos (gravidez ectópica; dor do meio, cisto hemorrágico,

Quadro 2. Secreção papilar

<p>Leitosa – Abundante, espontânea, multiductal, bilateral Etiologia: extramamária, hipersecreção de prolactina, por alterações endócrinas ou tumorais; estimulação do mamilo, herpes-zóster, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, drogas psicotrópicas (antidepressivos), antieméticos</p>
<p>Purulenta – Abundante, espontânea, uniductal, unilateral Etiologia: inflamatória – galactoforite; mastites agudas e crônicas</p>
<p>Colorida – Uni ou bilateral, uni ou multiductal, múltiplas tonalidades Etiologia: involução após processos inflamatórios e ectasia ductal</p>
<p>Serosa – Abundante, espontânea, unilateral, uni ou multiductal Etiologia: ectasia ductal, doença proliferativa epitelial benigna</p>
<p>Límpida “água de rocha” – Unilateral, uniductal, viscosa, pouco frequente Etiologia: ectasia ductal, doença proliferativa epitelial benigna, ocasionalmente, neoplasia</p>
<p>Hemorrágica ou sero – Hemorrágica – unilateral, uni ou multiductal Etiologia: papilomas, hiperplasia ductal, carcinoma ductal <i>in situ</i>, carcinoma invasivo; maior relevância em pacientes acima de 60 anos</p>

Fonte: Andreoli et al. (2002).⁽⁵⁾

perfurações de vísceras; torções; processos inflamatórios e neoplásicos; extensão de implantes endometrióticos para a serosa e demais camadas, em todos esses órgãos que ocupam o andar inferior e fossas ilíacas) podem compartilhar sinais e sintomas entre morbidades ginecológicas e não ginecológicas, daí a importância da semiologia abdominal em quaisquer situações em que a mulher se apresentar para um exame ginecológico.

Inspeção⁽¹⁾

Requer paciente em decúbito dorsal, com abdome descoberto, e o médico, preferencialmente, à direita da paciente. Devem-se avaliar forma e simetria, abaulamentos e retrações, cicatrizes e, principalmente, hérnias, além de se realizar inspeção dermatológica criteriosa, documentando-se as clássicas lesões elementares e eventuais circulações colaterais, finalizando com descrição sumária da cicatriz umbilical, local frequente de herniações.

Ausculat⁽¹⁾

A identificação de ruídos hidroaéreos (aumentados ou caracterizando o silêncio abdominal) é um recurso indispensável, geralmente à beira do leito, em pós-operatório que cursa com dor expressiva, distensão, vômitos, parada de eliminação de gases, febre e outros sinais que prenunciam obstrução, peritonite e/ou coleções intraperitoneais.

Percussão⁽¹⁾

Um clássico da semiologia abdominal com vistas a definir hepatimetria, pela identificação do início e fim da macicez hepática, além de definir o espaço de Traube pelo timpanismo e/ou macicez do referido espaço, quando a esplenomegalia deve ser cogitada.

Palpação⁽¹⁾

Paciente e médico continuam na mesma posição adotada para inspeção. A palpação superficial, com as polpas digitais de todos os dedos em movimentos delicados de compressão e descompressão avalia o tônus muscular, sensibilidade da parede, visceromegalias e massas. Na palpação profunda, devem-se realizar:⁽¹⁾

- Deslizamento das polpas digitais sobre planos profundos-sigmoide, ceco, bexiga, estômago, massas, tumores, cistos, descrevendo a localização, sensibilidade, consistência, dimensões, forma, superfície, mobilidade e pulsações.
- Palpação do fígado pela manobra em garra ou lateral da mão, sempre na inspiração, avaliando dimensões, consistência elástica ou endurecida; borda fina ou romba; superfície lisa ou irregular, com ou sem nódulos, sensibilidade à palpação; testar reflexo hepatojugular.
- **Palpação do baço** – em posição de Schuster (decúbito lateral direito, perna direita estendida, perna esquerda fletida, braço esquerdo elevado); palpação durante a inspiração com a mão direita e a mão esquerda na região lombar.
- **Palpação da vesícula biliar** – abaixo do rebordo costal, no ponto cístico (linha hemiclavicular com rebordo costal).
- **Sinal de Murphy** – mão espalmada no ponto cístico, paciente em inspiração profunda; se houver dor e interrupção da inspiração, o sinal é positivo.
- **Sinal de descompressão brusca** – DB/Blumberg positivo em todo o abdome; inicia-se em pontos menos dolorosos, comprimindo-se lentamente a parede abdominal e com posterior descompressão brusca; se houver dor intensa, é sinal de irritação peritoneal.
- **Sinal de Giordano** – golpe com a face ulnar da mão direita nos ângulos costovertebrais; se houver dor, há distensão da cápsula renal.
- **Abdome globoso** – pesquisar distensão por gases, líquidos, tecido adiposo, massa sólida, cística ou sólido-cística.
- **Sinal do piparote** – com a face palmar de uma das mãos em um dos flancos e aplicando um piparote no outro flanco, com a outra mão, percebe-se uma onda vibratória na mão espalmada, que é um sinal positivo e sugestivo de ascite.

- **Sinal de Skoda** – paciente em decúbito dorsal; a ascite se concentra nos flancos, determinando timpanismo periumbilical e macicez nos flancos.

EXAME FÍSICO DA VULVA

Tempo importante que requer a indispensável posição ginecológica, em mesa adequadíssima para tal, em ambiente higienizado e bem iluminado, com a paciente com apoio confortável das regiões poplíteas em pernas com abdução proporcional à compleição dela, e o médico posicionado em frente à região genital, com luvas, em banco giratório. A presença de acompanhante, ainda que não definitivamente normatizada, deve ser considerada tanto por médicos quanto por médicas, levando-se em consideração a opção da paciente. Não se deve esquecer que adolescentes podem ser examinadas sem conhecimento ou autorização de pais ou responsáveis, quando houver suspeita de DST ou gestação; no entanto, faz-se necessária a autorização de pais ou responsáveis para exames na infância ou adolescência não relacionados ao contato sexual.⁽¹¹⁾ É indispensável um adequado relacionamento médico-paciente pautado na confiança e respeito recíprocos.

Anatomia vulvar⁽¹¹⁻¹⁴⁾

A vulva é a representação externa dos órgãos genitais femininos, sendo caracterizada ou constituída por:

- **Monte de Vênus** – Coxim adiposo recoberto por pele, com formato triangular de base superior, anterior à sínfise púbica; a deposição gordurosa e de pelos é reflexo da ação estrogênica.
- **Grandes lábios** – Constituídos por duas pregas cutâneas, paralelas ao plano sagital mediano, grossas, altas, com eixo de tecido gorduroso, revestido por epitélio escamoso estratificado, queratinizado com folículos pilosos, glândulas sebáceas, sudoríparas apócrinas (odor), écrinas (suor); as duas pregas unem-se anteriormente sobre a sínfise púbica e regridem, posteriormente, unindo-se entre si, 2 a 3 cm, acima do ânus, constituindo a comissura (união) posterior dos lábios, ou fúrcula.
- **Pequenos lábios** – Também constituídos por duas pregas cutâneas longitudinais, assimétricas, com eixo de tecido conjuntivo, fibras elásticas, colágenas, revestido por epitélio escamoso estratificado, queratinizado, que delimita o vestibulo; dotados de glândulas sebáceas, sem glândulas sudoríparas e/ou pelos. Cada lábio menor bifurca-se, na região anterior, em um ramo anterior e outro posterior, que formam, respectivamente, o prepúcio e o frênulo do clitóris.
- **Vestíbulo** – Trata-se de espaço ovalado, amplo, para dentro da linha de Hart (transição do

epitélio escamoso queratinizado para o não queratinizado), delimitado pelos pequenos lábios – vestibulo vulvar – em cujo assoalho, revestido por epitélio escamoso estratificado não queratinizado, se abrem, para o exterior, de forma isolada, os óstios externos da uretra, vagina e das glândulas vestibulares maiores e menores.

- **Óstio uretral** – Abertura da uretra – localiza-se 2 a 3 cm abaixo do clitóris, na metade anterossuperior do vestibulo, com formato circular, em fenda sagital ou estrelada, algo em relevo; em ambos os lados do óstio abrem-se as minúsculas glândulas parauretrais de Skene.
- **Óstio vaginal** – Abertura vaginal – localizado na metade posteroinferior do vestibulo, com forma e características dependentes da idade e da presença ou não do hímen – membrana delicada, muito vascularizada, localizada entre o lume vaginal e o vestibulo; a membrana himenal poderá apresentar pequenas perfurações, de múltiplos formatos, às vezes cribiforme, que drenam o fluxo menstrual; em raras ocasiões, o hímen é imperfurado, provocando dor recorrente, criptomenorreia, hematocolpo e abaulamento himenal. Após o primeiro coito, poderá ocorrer uma ruptura radial ou não; cicatrizes da ruptura himenal constituem as carúnculas himenais.
- **Glândulas de Bartholin ou vestibulares maiores** – São duas glândulas localizadas entre o bulbo do vestibulo (duas massas eréteis localizadas na base dos pequenos lábios) e o músculo transverso do períneo. Os ductos de Bartholin, de aproximadamente 2 cm, abrem-se lateralmente no sulco entre o hímen e o lábio menor; a secreção dessas glândulas é um lubrificante vaginal; ocasionalmente ocorre obstrução e/ou infecção dos referidos ductos, com consequente edema, distensão, hiperemia e dor vulvar intensa.
- **Clitóris** – Órgão homólogo ao pênis, de menor tamanho e sem uretra, constituído por um corpo de 2 cm, formado pela união de dois cilindros de tecido esponjoso erétil e por uma glândula, formando uma verdadeira esponja repleta de maior ou menor quantidade de sangue, a depender de seu estado funcional.
- **Períneo anatômico** – Conjunto muscular, ligamentar e fascial, em forma de losango, que se insere na abertura inferior da pelve.
- **Períneo ginecológico na mulher ou centro tendinoso do períneo** – É o espaço situado entre a comissura dos lábios maiores ou fúrcula e o ânus.⁽¹⁵⁾

Exame físico da vulva – inspeção estática e dinâmica: Etapas que se complementam durante o exame físico, que requerem adequada iluminação, médico bem posicionado, com luvas, entreabrindo, tracionando e lateralizando as formações labiais com o polegar, indicador ou

dedo médio (com auxílio de gazes ou espátulas); manobra que permite exposição completa das estruturas vulvares e, quando associada à manobra de Valsalva, permite a suspeição diagnóstica dos prolapso de órgãos pélvicos (POP).⁽¹³⁾ A palpação de quaisquer estruturas, com alterações de relevo, consistência e cor, perda de tecido, distorção arquitetural e sinais de necrose, extensivas à região perineal e perianal, complementa essa etapa do exame, podendo ser acrescida de compressão periuretral das glândulas de Skene ou das glândulas de Bartholin, quando o aspecto da secreção pode sugerir evidências de DST. Por fim, a identificação, com o dedo enluvado ou com cotonete, de pontos-gatilhos, poderá ser relevante no diagnóstico de vulvodínea; não se deve esquecer que o uso de uma lupa ou colposcópio pode ser complementar ao exame físico, na avaliação dermatológica (Quadro 3).⁽¹⁶⁾

O exame físico completo da vulva inclui: Avaliação dermatológica vulvoperineal e perianal; identificação de sinais sugestivos de neoplasia intraepitelial e/ou invasiva vulvar; diagnóstico e estadiamento de POP; diagnóstico dos distúrbios de desenvolvimento sexual (DDS); avaliação de pontos-gatilhos para vulvodínea.

Em 2011, a *International Society for the Study of Vulvar Disease* (ISSVD) propôs uma nova classificação para as alterações ou desordens dermatológicas vulvares, que requer criteriosa inspeção das características morfológicas das respectivas lesões, no exame físico, e que poderão ser avaliadas, sumariamente, com a utilização dos quadros 3-15 (Quadros 4 e 5).⁽¹⁶⁾

Quadro 3. Dermatologia vulvar – Aspectos importantes na anamnese

Evolução – lesão de início agudo ou gradual, desencadeada por trauma ou gatilho
Sintomas associados – prurido, queimação, dor, picadas, sangramento, secreção; fatores de melhora/piora; outros sintomas – febre, queixas urinárias, intestinais; sangramento uterino anormal; perda de peso; outras lesões de pele, boca, vagina, ânus. Antecedentes familiares; fatores genéticos frequentes em psoríase, líquen escleroso
Cuidados e higiene da pele vulvar – frequência, rotina, produtos usados, duchas, lenços umedecidos, absorventes, tampões, lubrificantes vaginais, medicamentos, desodorantes, fragrâncias, detergentes, amaciantes, sabonetes, roupas apertadas, estilo de vida

Fonte: Margesson e Haefner (2022).⁽¹⁶⁾

Quadro 4. Dermatologia vulvar – Aspectos importantes no exame físico

Morfologia da lesão; tamanho e forma de lesões individualizadas; bordas demarcadas/mal definidas; número, localização e distribuição de múltiplas lesões; cor; consistência; alterações dermatológicas secundárias – escoriação, liquenificação, edema, escama, crosta, fissura, erosão, ulceração, sangramento, atrofia, cicatriz, hipo/hiperpigmentação; sinais inflamatórios agudos – edema, dor e eritema.
--

Fonte: Margesson e Haefner (2022).⁽¹⁶⁾

Quadro 5. Dermatologia vulvar – Definições morfológicas para lesões vulvares

Mácula	Área pequena, < 1 cm, mudança de cor, sem relevo, não palpável
Mancha	Área grande, > 1 cm, mudança de cor, sem relevo, não palpável
Pápula	Lesão palpável pequena, < 1 cm
Nódulo	Lesão palpável grande, > 1 cm, em cúpula, margens agudas, inclinadas
Placa	Lesão grande, > 1 cm, palpável, topo plano
Vesícula	Bolha pequena, < 1 cm, líquido claro
Pústula	Bolha pequena ou grande, líquido purulento
Bolha	Bolha grande, > 1 cm, líquido claro
Cisto	Nódulo pequeno ou grande, cavidade com material sólido, semissólido, líquido
Erosão	Defeito raso, perda tecidual superficial, limitado a epiderme; cura sem cicatrizes
Úlcera	Defeito profundo, perda tecidual acometendo a derme; cura com cicatrizes
Fissura	Erosão linear de tecido < 2 mm de largura, acometendo a epiderme
Escara	Queratina acinzentada ou prata, áspera; aspecto brancacento quando úmidas
Crosta	“Casca” – solidificação de proteínas sobre úlceras, geralmente azuis ou pretas
Escoriação	Erosões lineares ou angulares pós-arranhaduras
Eczema	Manchas – placas eritematosas, mal marginadas, liquenificação/erosões/crostas

Fonte: Margesson e Haefner (2022).⁽¹⁶⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DESORDENS DERMATOLÓGICAS VULVARES AO EXAME FÍSICO (QUADROS 6 A 15)

Quadro 6. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Erosões e ulcerações

Erosões vulvares	Úlceras vulvares
Escoriações	Infecciosas
Fissuras de fúrcula após coito	Herpes simples/ imunossuprimidos
Fissuras de dobras cutâneas	HIV
Candidíase, herpes simples	Sífilis primária
Líquen simples crônico	CMV
Líquen escleroso erosivo	Granuloma inguinal
Líquen plano erosivo	Linfogranuloma inguinal
Impetigo	Cancroide
Dermatite de contato alérgica	TBC
Trauma	Amebíase
Erosões após vesículas ou bolhas	Esquistossomose
Herpes-zóster	Leishmaniose
Síndrome Stevens-Johnson	Não infecciosas
Malignidade erodida	Escoriações por eczema, líquen simples
Neoplasia intraepitelial	Úlceras aftosas menores, maiores
Doença extramamária de Paget	Úlceras de Lipschütz secundárias a Crohn
Doenças bolhosas autoimunes	Behçet e várias infecções virais
Pênfigo vulgar	Carcinoma escamoso ulcerado
Penfigoide bolhoso	Melanoma
Penfigoide cicatricial	Trauma
Penfigoide gestacional	Dermatite de contato

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽¹⁸⁾

Quadro 7. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Lesões vesicobolhosas – Pústulas

Lesões vesicobolhosas	Pústulas	
Herpes simplex/ zóster	Penfigoide bolhoso	Candidíase
Líquen escleroso bolhoso	Penfigoide gestacional	Foliculite
Úlcera de Lipschütz	Pênfigo vulgar	Furunculose
Impetigo bolhoso	Penfigoide cicatricial	Hidradenite supurativa
Dermatite de contato	Stevens-Johnson	Molusco contagioso

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽¹⁸⁾

Quadro 8. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Lesões brancas

Pápulas e nódulos	Manchas e placas
Grânulos de Fordyce – normais	Vitiligo
Mílio	Hipopigmentação pós-inflamatória
Molusco contagioso	Líquen escleroso/ plano/simples
Condiloma	Condiloma/candidíase
HSIL vulvar/NIV usual	HSIL vulvar/NIV usual
NIV diferenciada/dNIV	NIV diferenciada/dNIV
Carcinoma de células escamosas	Carcinoma de células escamosas

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽¹⁹⁾

Quadro 9. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Lesões vermelhas

Pápulas e nódulos	
Foliculite/hidradenite supurativa	Carúncula uretral
Angioqueratoma	Prolapso e carúncula uretral
Hemangioma	HSIL vulvar/NIV usual
Furunculose	NIV diferenciada/dNIV
Bartholinite	Doença de Cronh
Molusco contagioso inflamado	Sarcoma de Kaposi
Papilomatose vestibular – normal	Carcinoma de células escamosas/melanoma

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽²⁰⁾

Quadro 10. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Lesões vermelhas

Manchas e placas	
Eczema de contato alérgico	Psoríase
Eczema de contato irritativo	HSIL vulvar
Eczema atópico	Líquen plano
Candidíase	<i>Tinea cruris</i>
Doença de Paget extramamária	Celulite/fasciíte necrosante
Líquen simples crônico	Tinha versicolor
Liquenificação sobreposta à doença pruriginosa	Doença de Hailey-Hailey

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽²¹⁾

Quadro 11. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Lesões cor da pele

Pápulas e nódulos	Placas
Papilomatose vestibular e face interna	Líquen simples crônico
de pequenos lábios – normal	Outras doenças liquenoides
Condilomatose/HSIL vulvar/dNIV	HSIL vulvar/dNIV
Molusco contagioso	
Cicatriz/cistos mucinosos de vestibulo/pequenos lábios	
Acrocórdon, pólipo fibroepitelial/cisto de Bartholin	
Nevo intradérmico/lipoma/siringoma	
Carcinoma de células escamosas/basocelular	

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽²¹⁾

Quadro 12. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Lesões de cor escura, marrom, azul, cinza, preta

Manchas	Pápulas e nódulos
Hiperpigmentação fisiológica/pós-inflamatória	Nevo melanocítico
Melanose vulvar	Condilomatose/HSIL vulvar
Melanoma <i>in situ</i>	Ceratose seborreica
Condilomatose/HSIL vulvar	Angioqueratoma
Acantose nigricante	Melanoma
Líquen plano	Hidradenoma papilífero
Varizes	

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽²²⁾

Quadro 13. Dermatologia vulvar – Diagnóstico diferencial – Edema genital difuso

Edema cor da pele	Edema eritematoso
Doença de Crohn	Obstrução venosa-gravidez/parto
Obstrução linfática pós-cirúrgica/Rt.	Abscesso de Bartholin
Celulite/estafilo/estreptococo	Trauma
Hidradenite supurativa	Doença de Crohn

Fonte: Chuery e Speck (2020).⁽¹⁷⁾ Margesson e Haefner (2022).⁽²³⁾

Quadro 14. Lesões intraepiteliais escamosas vulvares (SIL)

Terminologia – ISSVD-2015/Projeto LAST	
LSIL vulvar – lesão intraepitelial de baixo grau – HPV baixo risco	
HSIL vulvar – lesão intraepitelial de alto grau – HPV alto risco	
dNIV – NIV diferenciada – líquen escleroso associado	
Diagnóstico diferencial	
HSIL vulvar	DNIV
Frequência- 3,26/100.000 mulheres/ano	0,08/100.000 mulheres/ano
Idade – 30 a 40 anos	Acima de 60 anos
HPV-induzida, lesões condilomatosas, NIVA, HSIL cervical, doença invasiva	HPV não relacionada
Tabagismo, imunossupressão, herpes simples	Líquen escleroso
Baixo potencial evolutivo, < 20%	Alto potencial de malignidade, > 30%
Multifocal, confluyente, multicêntrica	Unifocal, unilateral
Áreas sem pelos	Áreas pilosas
Lesões brancas, amarronzadas, acinzentadas, avermelhadas, hiperocrômicas, enegrecidas	Lesões brancas, avermelhadas, espessadas e queratóticas
Frequentemente em relevo ou verrucosas; com máculas em mucosas	Sinais de líquen escleroso
Fortemente acetorreadoras	Pouco ou não acetorreadoras

Fonte: Kamilos e Campaner (2020).⁽²⁴⁾ Holschneider (2022).⁽²⁵⁾

Quadro 15. Neoplasias malignas da vulva

Carcinoma epidermoide	Melanoma
75% a 90% dos tumores vulvares	7% a 10%
Idade 65 a 84 anos	50 a 80 anos
Associação com HPV – mulheres jovens	HPV como cofator
Lesões em placas, úlceras, massa verrucosa, nodular, carnosa; em grandes lábios	Mácula, pápula ou nódulo pigmentado, coloração irregular, bordas assimétricas, diâmetro > 7 mm (ABCDE); em clitóris e pequenos lábios

Fonte: Cardial et al. (2020).⁽²⁶⁾ Santos et al. (2020).⁽²⁷⁾ Berek e Karam (2022).⁽²⁸⁾

Como considerações finais ao exame dermatológico vulvar, deve-se considerar a inspeção visual com ácido acético a 3% e a 5%, com lupa ou colposcópio, das respectivas lesões; aspectos que permitem, muitas vezes, um diagnóstico clínico ou definem, com maior precisão, o local ideal para biópsia, que, com toda certeza, norteará a conduta.

DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DE POP

O POP é a terminologia que normatiza a herniação de órgãos pélvicos através das paredes vaginais. O sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q), introduzido em 1996, é o sistema de escolha da *International Continence Society*, da *American Urogynecologic Society* e do *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Uma versão simplificada do POP-Q, o POP-Q Simples (S-POP-Q), mais fácil de ser usada na prática clínica, desenvolvida pela Associação Internacional de Uroginecologia, foi validada e considerada, adequadamente, correlacionada com o sistema original de estadiamento.^(29,30)

EXAME FÍSICO EM MULHERES COM POP^(29,30)

Inspecção visual

Paciente em decúbito dorsal, relaxada, em seguida sob o esforço de Valsalva ou tosse; numa segunda etapa, de pé, que melhor reflete a extensão do prolapso: inspeção visual das regiões vulvar, perineal e perianal, avaliando-se diâmetro transversal do hiato genital (espaço entre grandes lábios) e protrusão de paredes vaginais, ou do colo uterino para além do introito. O ponto máximo de prolapso deve ser registrado em relação a um ponto de referência fixo – carúncula himenal (plano anteroposterior do hímen); medidas são expressas em centímetros; sinal negativo (-) para um ponto proximal ou superior ao hímen; sinal positivo (+) para pontos de prolapso distais ou inferiores ao hímen. A terminologia atual sugere prolapso de parede vaginal anterior, prolapso de parede vaginal posterior e prolapso apical, em vez de cistocele, retocele (Quadros 16 a 19).^(29,30)

Quadro 16. Exame físico em mulheres com POP/estadiamento-POP

POP-Q	S-POP-Q
Estágio 0 – Sem prolapso	
Estágio I – Prolapso acima de -1	Estágio I – Prolapso acima de -1
Estágio II – Prolapso entre -1 e +1	Estágio II – Prolapso entre -1 e +1
Estágio III – Prolapso abaixo de +1	Estágio III – Prolapso abaixo de +1
Estágio IV – Eversão completa da vagina	Estágio IV – Eversão completa da vagina, cúpula vaginal ou útero

Fonte: Feldner Jr et al. (2015).⁽²⁹⁾ Fashokun e Rogers (2022).⁽³⁰⁾

Exame especular e de toque

Os exames especular e de toque são indispensáveis para uma avaliação criteriosa de POP.

Prolapso apical: Colo uterino ou cúpula vaginal – insere-se um espéculo vaginal, expondo-se o colo ou cúpula vaginal, em seguida, lentamente o espéculo é retirado e notifica-se qualquer descida do ápice.

Parede vaginal anterior (PVA): Apenas a lâmina posterior do espéculo é inserida com uma leve pressão em PVP, o que permite uma adequada visualização da PVA.

Parede vaginal posterior (PVP): Apenas a lâmina anterior do espéculo é inserida, com uma leve compressão em PVA, o que permite uma adequada visualização da PVP. O toque bimanual, preferencialmente unidigital, com indicador, complementa esta etapa do exame físico; a inspeção de defeitos paravaginais não faz parte do sistema POP-Q, e o significado clínico desses defeitos tem pequena relevância; o tratamento cirúrgico de tais defeitos não é realizado.⁽³⁰⁾

Exame retovaginal

Exame, possivelmente, mais executado por proctologistas, tem como objetivo diagnosticar enterocele, diferenciar retocele de enterocele e avaliar a integridade perineal e prolapso retal.

Quadro 17. Exame físico em mulheres com POP – Exame neuromuscular

Reflexo bulbocavernoso – avaliação do nervo sacral – toque delicado ou compressão do clitóris (dedos enluvados, compressão com duas espátulas)
Reflexo anocutâneo – contato delicado da pele (cotonete ou espátula) da região perianal que desencadeia uma contração reflexa do esfíncter anal externo.
Flexão e extensão ativa do joelho, tornozelo e dedos do pé – avaliação da função motora sacral – reflexo patelar e plantar também devem ser avaliados

Fonte: Fashokun e Rogers (2022).⁽³⁰⁾

Quadro 18. Exame físico em mulheres com POP – Avaliação da musculatura do assoalho pélvico

Paciente em posição ginecológica – tônus, força e espessura do músculo elevador são avaliados durante o toque bimanual
Músculos do assoalho pélvico normais – contração e relaxamento voluntários
Músculos hiperativos – não há relaxamento
Músculos hipoativos – não há contração voluntária
Músculos disfuncionais – ausência de ação muscular palpável no assoalho pélvico
Mulheres com má função muscular do assoalho pélvico podem responder à fisioterapia pélvica

Fonte: Fashokun e Rogers (2022).⁽³⁰⁾

Quadro 19. Exame físico em mulheres com POP – Avaliação de incontinência urinária

Paciente em posição ginecológica/ortostática; bexiga confortavelmente cheia
Manobra de Valsalva e/ou tosse
Reproduzir e caracterizar a perda urinária; identificar sinais de hipostrogenismo
Caracterizar e estadiar distopias genitais; redução do prolapso para identificação de incontinência urinária oculta (por dobra e obstrução uretral)
Força de contração voluntária da musculatura do assoalho pélvico
Tônus do esfíncter retal; sensibilidade do períneo e reflexos sacrais

Fonte: Feldner Jr et al. (2015).⁽²⁹⁾ Fashokun e Rogers (2022).⁽³⁰⁾ Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2021).⁽³¹⁾

EXAME FÍSICO EM PACIENTES COM DDS⁽³²⁾

As diferenças ou DDSs compreendem um grupo heterogêneo de condições congênitas que resultam na discordância entre o sexo cromossômico, gonadal e/ou anatómico de um indivíduo.⁽³²⁾ Essa classificação permitiu a substituição de termos, muitas vezes inadequados, tais como pseudo-hermafrodita, hermafrodita e intersexo. Os DDSs podem ser identificados em diferentes fases da vida:

- **Nascimento e infância:** genitália externa com graus variáveis de genitália atípica, ou normal (Quadro 20).
- **Adolescência:** ausência ou desenvolvimento incompleto de caracteres sexuais secundários; amenorreia primária ou sinais de virilização na puberdade.
- **Adultos:** infertilidade, tumores gonadais.⁽³²⁾

Quadro 20. Exame físico em pacientes com DDS – Exame físico da genitália externa; exames complementares

Inspeção e palpação da genitália; grau de virilização; medidas de clitóris/pênis
Palpação de massas ou gônadas em correspondência aos grandes lábios, região inguinal
Grau de hiperpigmentação; fusão de pregas labioescrotais; verificar assimetria genital
Identificação de meato uretral/introito vaginal – orifícios, separados ou único
Cariótipo define a categoria do DDS; identificação do gene SRY (<i>sex-determining region Y</i> – braço curto do cromossomo Y) indutor da formação testicular; na ausência desse gene e presença de 2 cromossomos XX, haverá formação de ovário
FSH, LH, testosterona total, AMH, 17 α -hidroxiprogesterona; US; RNM; vaginoscopia para dimensões da vagina; laparoscopia para localização, biópsia e exérese de gônada

Fonte: Pontes et al. (2022).⁽³²⁾

EXAME FÍSICO – EXAME ESPECULAR

Trata-se de um clássico da ginecologia com o objetivo primordial de propiciar: o rastreamento da neoplasia intraepitelial e invasiva do colo uterino e vagina; o diagnóstico oportuno de DSTs; a identificação de alterações estruturais (ectrópio, pólipos, lacerações, nodulações, vegetações, cistos de Gartner, fístulas, malformações, sinais de hipostrogenismo, POP); o diagnóstico presuntivo de processos inflamatórios cervicovaginais; a avaliação da secreção vaginal; a quantificação e a origem do sangramento uterino anormal. Totalmente adequado, também, no período gravídico-puerperal, ocasião em que a colpocitologia cervicovaginal não deverá ser preterida. Técnica: médico sentado, mãos enluvadas, em frente à paciente, adequadamente posicionada, com pernas corretamente abduzidas; foco de luz, indispensável. Espéculo descartável, de tamanho adequado, levemente lubrificado, introduzido delicadamente num eixo próximo ao sagital do óstio vaginal com leve rotação em sentido horário, ao mesmo tempo em que o parafuso do dispositivo vai sendo aberto; manobra que termina com a localização e posicionamento do colo uterino e/ou cúpula vaginal, no interior do dispositivo.

EXAME FÍSICO – EXAME ESPECULAR – POSSIBILIDADES⁽⁴⁾

Coleta de material para colpocitologia – escovação com dispositivos adequados para o canal endocervical (Cytobrush) e ectocérvix (espátula de Ayre), ambas fazendo rotação de 360°; material depositado por discreta compressão e deslizamento sobre a lâmina, ocupando um hemirretângulo para a ectocérvix e outro, para o canal endocervical; em seguida, fixação com *spray* de álcool. Em outros contextos, a citologia poderá ser em meio líquido, concomitante com a pesquisa de agentes etiológicos, tais como HPV, clamídia, gonococo, *Trichomonas vaginalis*, fungos e *Gardnerella vaginalis*, não se esquecendo de que o exame a fresco da secreção vaginal com KOH 10%, para germes anaeróbios, é factível nessa fase do exame físico. Por fim, durante o exame especular, é possível a inspeção visual com ácido acético (IVA) a 3% ou a 5% para identificar lesões intraepiteliais ou invasivas de colo, que serão abordadas, também em exame especular, pela colposcopia e biópsia dirigida. Concluindo, o exame especular é uma via de acesso para inúmeras abordagens em patologias do trato genital inferior, na maioria das vezes com anestesia local, em regime ambulatorio-hora, em vez de hospital-dia; representadas, principalmente, pela cirurgia de alta frequência do colo/exérese da zona de transformação.

EXAME FÍSICO – TOQUE GENITAL⁽⁴⁾

Trata-se da complementação final do exame ginecológico, que requer ótimo e respeitoso relacionamento

Quadro 21. Classificação das diferenças/distúrbios do desenvolvimento sexual/categorias de acordo com cariótipo

DDS por alterações cromossômicas	DDS 46,XY	DDS 46,XX
a. Síndrome de Turner (45,X) e variantes b. Síndrome de Klinefelter (47,XXY) e variantes c. Disgenesia gonadal mista (45,X/46,XY) d. DDS ovotesticular (46,XX/46,XY) – quimerismo (duas ou mais populações de células geneticamente distintas com origem em zigotos diferentes)	A. Distúrbios do desenvolvimento gonadal: a. Disgenesia gonadal completa 46,XY (síndrome de Swyer) b. Disgenesia gonadal parcial 46,XY c. Síndrome de regressão testicular d. DDS ovotesticular 46,XY	A. Distúrbios do desenvolvimento gonadal: a. Disgenesia gonadal completa 46,XX b. DDS ovotesticular 46,XX c. DDS testicular 46,XX (SRV+) no homem 46,XX
	B. Distúrbios na síntese ou ação de androgênios: a. Defeitos na biossíntese dos androgênios b. Deficiência de 5 α -redutase tipo 2 c. Deficiência da 3 β -hidroxiesteroide desidrogenase d. Deficiência da 17 α -hidroxilase Defeitos na ação dos androgênios: a. Síndrome de insensibilidade completa aos androgênios b. Síndrome de insensibilidade parcial aos androgênios c. Defeitos no receptor de LH (hipoplasia ou aplasia das células de Leydig) d. Distúrbio no AMH ou no seu receptor (síndrome no ducto de Müller persistente)	B. Distúrbios por excesso de androgênios: a. Hiperplasia adrenal congênita (deficiência e/ou mutações na 21 ou 11-hidroxilase) b. Deficiência da 3 β -hidroxiesteroide desidrogenase c. Deficiência fetoplacentária da aromatase d. Tumores maternos virilizantes (luteoma) e androgênios exógenos e. Tumores fetais ou placentários produtores de androgênios
	C. Outras: a. Hipospádia severa b. Extrofia de cloaca c. Criptorquidismo	C. Outras: a. Agenesia dos ductos de Müller tipos I e II (síndrome de Mayer Rokitansky-Kuster-Hauser) b. Atresia vaginal c. Outras malformações complexas

Fonte: Pontes et al. (2022).⁽³²⁾

médico-paciente; posição ginecológica clássica, com pernas adequadamente abduzidas; bexiga vazia; médico com mãos enluvadas, de pé, em frente à paciente. O toque deverá ser unidigital, com indicador lubrificado, afastando-se os pequenos lábios com o polegar e dedo médio e introduzindo-se o indicador com sua face palmar voltada para PVP; os dedos médio, anular e mínimo permanecem flexionados e o polegar em hiperextensão; completa-se a introdução do indicador, girando-o através das paredes laterais e anterior, aspecto que permite avaliação da textura, dimensões e consistência das respectivas paredes, bem como o tônus do assoalho pélvico. O toque do colo avalia dimensões, consistência, regularidade da superfície, sensibilidade à movimentação laterolateral e anteroposterior; posição, direção (quando posterior do colo sugere anteversão, se anterior, retroversão); a dor ao toque nos fundos de sacos e da movimentação laterolateral do colo reflete condições intraperitoneais (sangue, pus, exsudato inflamatório, respectivamente, gravidez

ectópica, DIP, ruptura e torção de anexos, sinais sugestivos de endometriose). Na sequência, o médico posiciona a outra mão, no abdome inferior, aprofundando-a da região infraumbilical à sínfise púbica, na tentativa de identificar o corpo uterino, suas características morfológicas, mobilidade, dimensões, consistência e sensibilidade em movimentos sincrônicos das duas mãos; o toque é finalizado com a palpação dos anexos: o dedo indicador, que está na vagina, desloca-se para os fórnices laterais e os dedos que estão no abdome deslocam-se para as fossas ilíacas, numa tentativa de aproximação máxima entre os dedos, com o objetivo de identificar alguma estrutura nessa topografia, que será avaliada quanto a dimensões, sensibilidade, consistência e mobilidade. Ovários normais podem ser palpados; trompas não são palpáveis em condições fisiológicas; paramétrios são palpáveis em condições inflamatórias e neoplásicas, quando a via retal é a mais indicada. Nas pacientes virgens, o toque vaginal, ainda que autorizado pela paciente, é de indicação

excepcionalíssima; ocasião em que o toque retal poderá, também com a concordância da paciente, ser indicado. O toque ginecológico deverá ser rotineiro, como reexame, muitas vezes no centro cirúrgico, no pré-operatório, em pacientes que serão submetidas a um procedimento cirúrgico- ginecológico.⁽⁴⁾

EXAME FÍSICO EM GINECOLOGIA

Artigos de literatura atual, textos clássicos de ginecologia ambulatorial e ginecologia geral, e a prática clínica diuturna evidenciam, de forma consensual, que o exame físico em ginecologia é parte integrante da semiologia médica e jamais deverá ser preterido, seja em abordagens preventivas ou como propedêutica básica em distúrbios clínicos ou cirúrgicos abdominopélvicos, ficando claro que a postura ética do médico é um pré-requisito básico para que o bom relacionamento médico-paciente seja preservado.

REFERÊNCIAS

- Matoso AG. Manual de semiologia médica. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/Faculdade de Medicina; 2017. (Publicação interna da disciplina de Semiologia Médica do curso de Medicina)
- Porto CC. Semiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Semiologia geral; p. 3-150.
- Machado LV. Ginecologia. In: López M, Laurentys-Medeiros J. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 1132-53.
- Alves AL, Péret FJ. Anamnese e exame físico. In: Camargos AF, Melo VH. Ginecologia ambulatorial. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 47-55.
- Andreoli C, Di Maggio C, Galimberti V. O exame clínico no diagnóstico semiológico. In: Veronesi U, Luini A, Costa A, Andreoli C. Mastologia oncológica. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 60-72.
- Sabel MS. Clinical manifestations, differential diagnosis, and clinical evaluation of a palpable breast mass [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-differential-diagnosis-and-clinical-evaluation-of-a-palpable-breast-mass>
- van Dam PA, Van Goethem ML, Kersschot E, Vervliet J, Van den Veyver IB, De Schepper A, et al. Palpable solid breast mass: retrospective single-and multimodality evaluation of 201 lesions. *Radiology*. 1988;166(2):435-9. doi: 10.1148/radiology.166.2.3275983
- Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cavalheiro JA, Rabin EG, Bittelbrunn A, et al. Rotinas em mastologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. Diagnóstico clínico; p. 35-7.
- Taniguchi CK, Pellegrini Júnior O. Fluxos papilares. In: Nazário AC, Elias S, Facina G, Araújo Neto JT. Mastologia: condutas atuais. São Paulo: Manole; 2016. p. 95-101.
- Gomes AL, Gomes CC, Gomes CE. Anomalias do desenvolvimento mamário. In: Lucena CE, Silva Júnior GA, Barra AA. Propedêutica em mastologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 43-9.
- Carusi DA. The gynecologic history and pelvic examination [Internet]. 2022 [cited Dec 25]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/the-gynecologic-history-and-pelvic-examination>
- Baracat EC, Simões RS, Soares Júnior JM, Simões MJ. Anatomia descritiva e topográfica. In: Martins NV, Ribalta JC. Patologia do trato genital inferior. São Paulo: Roca; 2005. p. 44-55.
- Almeida MA, Cardial MF, Campaner AB. Exame da vulva. In: Campaner AB, Cardial MF, Kamilos MF, Santos ALF, Martins CMR, Speck NM, et al. Manual ilustrado de doenças da vulva. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020. p. 19-46.
- Campaner AB, Speck NM, Chaves MA. O exame da vulva: anatomia e classificação vulvoscópica. In: Cardial MF, Campaner AB, Santos ALF, Speck NM, Barbosa MT, Martins CMR. Manual de diagnóstico e condutas em patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 3-14.
- Ponte JG, Bruno JA. Anatomia clínico-cirúrgica das mamas e dos órgãos genitais femininos. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 343-62.
- Margesson LJ, Haefner HK. Vulvar lesions: diagnostic evaluation [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents-vulvar-lesions-diagnostic-evaluation>
- Chuery AC, Speck NM. Classificação das desordens vulvares. In: Campaner AB, Cardial MF, Kamilos MF, Santos ALF, Martins CMR, Speck NM, et al. Manual ilustrado de doenças da vulva. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020. p. 47-59.
- Margesson LJ, Haefner HK. Vulvar lesions: differential diagnosis of vesicles, bullae, erosions, and ulcers [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-of-vesicles-bullae-erosions-and-ulcers>
- Margesson LJ, Haefner HK. Vulvar lesions: differential diagnosis of white lesions [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-of-white-lesions>
- Margesson LJ, Haefner HK. Vulvar lesions: differential diagnosis of red lesions [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-of-red-lesions>
- Margesson LJ, Haefner HK. Differential diagnosis of yellow, skin-colored and edematous lesions [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-of-yellow-skin-colored-and-edematous-lesions>
- Margesson LJ, Haefner HK. Vulvar lesions: differential diagnosis of pigmented (black, brown, blue) lesions [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-pigmented-\(black-brown-blue\)-lesions](https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-pigmented-(black-brown-blue)-lesions)
- Margesson LJ, Haefner HK. Differential diagnosis of skin-colored or erythematous edema of the vulva [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 11]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN/96008&source=graphics_gallery&topicKey=128409
- Kamilos MF, Campaner AB. Lesões intraepiteliais escamosas. In: Campaner AB, Cardial MF, Kamilos MF, Santos ALF, Martins CMR, Speck NM, et al. Manual ilustrado de doenças da vulva. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020. p. 235-56.
- Holschneider CH. Vulvar squamous intraepithelial lesions (vulvar intraepithelial neoplasia) [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-squamous-intraepithelial-lesions-vulvar-intraepithelial-neoplasia>
- Cardial CS, Nicolau SM, Cardial DT. Câncer vulvar epitelial. In: Campaner AB, Cardial MF, Kamilos MF, Santos ALF, Martins CMR, Speck NM, et al. Manual ilustrado de doenças da vulva. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020. p. 281-7.
- Santos ALF, Di Santis EP, Moya FG, Martins MR. Melanoma in situ e invasor da vulva. In: Campaner AB, Cardial MF, Kamilos MF, Santos ALF, Martins CMR, Speck NM, et al. Manual ilustrado de doenças da vulva. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020. p. 267-79.
- Berek JS, Karam A. Vulvar cancer: epidemiology, diagnosis, histopathology, and treatment [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-cancer-epidemiology-diagnosis-histopathology-and-treatment>
- Feldner Jr PC, Castro RA, Girão MJ. Distopia genital. In: Lima GR. Ginecologia clínica. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 219-25.
- Fashokun TB, Rogers RG. Pelvic organ prolapse in women: diagnostic evaluation [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-diagnostic-evaluation>
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. Incontinência urinária de esforço. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo de Ginecologia, nº 50/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
- Pontes A, Silva AC, Lara A, Mendes MC, Ramos ES, Sá MF. Atendendo mulheres com cariótipo 46, XY. *Femina*. 2022;50(2):71-90.



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

Aqui **ELA** encontra informações seguras sobre saúde,
bem-estar e qualidade de vida.

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

 [@feitoparaelaoficial](https://www.instagram.com/feitoparaelaoficial)

61° CBGO

CONGRESSO BRASILEIRO DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

14 a 17 de novembro de 2023
RioCentro • Rio de Janeiro, RJ



INSCRIÇÕES ABERTAS



www.cbgo2023.com.br

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia